# UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

## ESCUELA DE POSGRADO

## TESIS

# PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD TÚCUME

**PARA OPTAR POR EL GRADO MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Autora:**

**Bach. Julca Morales Dermina Maribel**

**ORCID**

**https://orcid.org/0000-0002-0405-3009**

**Asesora:**

**Mg. Carmona Brenis Karina Paola**

**ORCID**

**https://orcid.org/0000-0003-4164-9124**

**Línea de Investigación:**

**Ciencias de la vida y cuidado de la salud humana**

**Pimentel – Perú**

**2022**

# UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

## ESCUELA DE POSGRADO

# MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD TÚCUME"

**AUTORA**

Mg. Dermina Maribel Julca Morales

PIMENTEL – PERÚ

**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD TÚCUME**

## APROBACIÓN DE LA TESIS

Dr. Callejas Torres Juan Carlos

**Presidente del jurado de tesis**

Mg. Olazabl Boggio Roberto Dante

**Secretario del jurado de tesis**

Mg. Carmona Brenis Karina Paola

**Vocal del jurado de tesis**

## Dedicatoria

*A mi familia, por el apoyo desinteresado e incondicional, por la fortaleza y unión en tiempos de crisis.*

**Agradecimientos**

*A Dios Padre y Dios Hijo, por su amor infinito.*
*Al docente de tesis por su sabiduría y apoyo constante.*
*A todas las personas que hicieron posible esta investigación.*

# RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general elaborar un programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al Centro de Salud de Túcume,2020. Para ello, se diagnosticó el estado actual de depresión en los adultos mayores seguido de proponer un programa para accionar sobre lo encontrado; para el diagnóstico en los adultos mayores se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) y un cuestionario de acompañamiento basado en el primero que fue aplicado a los familiares de los adultos mayores. Se obtuvo como resultado que, el mayor porcentaje de adultos mayores se encuentran ubicados en un nivel moderado de depresión (43%) siendo este, un resultado similar al obtenido por los familiares ya que ellos ubicaron al mayor porcentaje en un nivel moderado de depresión con el 73%. En relación a ello, se elaboró un programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores, el cual fue validado por tres expertos y aplicado parcialmente (sesión 1, 2 y 3), en la que se evidenció cambios favorables pasando de un 17% de depresión severa a un 7%.


Palabras clave: Terapia, depresión, diagnóstico.

**ABSTRAC**

The present research had the general objective of developing a cognitive behavioral program to reduce depressive symptoms in older adults who attend the Túcume Health Center, 2020. To do this, the current state of depression in older adults was diagnosed followed by proposing a program to act on what was found; For the diagnosis in the elderly, the Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS) and a follow-up questionnaire based on the first one that was applied to the relatives of the elderly were used. It was obtained as a result that the highest percentage of older adults are located in a moderate level of depression (43%), this being a similar result to that obtained by relatives since they placed the highest percentage in a moderate level of depression with 73%. In relation to this, a cognitive-behavioral program was developed to reduce depressive symptoms in older adults, which was validated by three experts and partially applied (sessions 1, 2 and 3), in which favorable changes from a 17% severe depression to 7%.

Keywords: Therapy, depression, diagnosis.

# ÍNDICE

DEDICATORIA ..... **iv**
AGRADECIMIENTOS ..... **v**
RESUMEN..... **vi**
ABSTRAC ..... **vii**
**I. INTRODUCCIÓN ..... 12**
1.1. Realidad Problemática..... 12
1.2. Trabajos previos ..... 16
1.3. Teorías relacionadas al tema ..... 20
1.3.1. Caracterización del Proceso Cognitivo Conductual y su dinámica ..... 20
1.3.2. Determinación de las tendencias históricas del Proceso de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y su dinámica ..... 25
1.3.3. Marco Conceptual ..... 38
1.4. Formulación del Problema. ..... 39
1.5. Justificación e Importancia del estudio. ..... 39
1.6. Hipótesis..... 40
1.6.1. Hipótesis..... 40
1.6.2. Variables, operacionalización. ..... 40
1.7. Objetivos ..... 41
Objetivo General. ..... 41
Objetivos Específicos..... 41
**II. MATERIAL Y MÉTODO ..... 42**
2.1. Tipo y Diseño de la investigación. ..... 42
2.2. Población y muestra ..... 42
2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad ..... 43
2.3.1. Técnicas..... 43
2.3.2. Instrumento..... 44
2.3.3. Validez y confiabilidad. ..... 44
2.4. Procedimiento de análisis de datos..... 45
2.5. Criterios éticos. ..... 46
2.6. Criterios de rigor científico. ..... 46
**III. RESULTADOS ..... 48**
3.1.1. Resultados de los adultos mayores ..... 48
3.1.2. Resultados de los familiares de los adultos mayores..... 49
3.2. Discusión de resultados..... 50

3.3. Aporte práctico ..... 53
**IV. CONCLUSIONES ..... 80**
**V. RECOMENDACIONES ..... 81**
**VI. REFERENCIAS ..... 82**
**ANEXOS. ..... 89**

# ÍNDICE DE TABLAS

Tabla1 Resumen de la evolución de la terapia cognitivo conductual ..... 35

Tabla 2 Muestra Seleccionada..... 43

Tabla 3 Juicio de Expertos del cuestionario de sintomatología depresiva en el adulto mayor .. 45

Tabla 4 Confiabilidad del instrumento..... 45

Tabla 5 Frecuencia y porcentaje del nivel de depresión en el adulto mayor..... 48

Tabla 6 Frecuencia y porcentaje del nivel de depresión en el adulto mayor según la percepción de sus familiares..... 49

Tabla 7 Calificación de los jueces al aporte práctico ..... 77

Tabla 8 Resultados comparativos del pre y postest..... 78

# ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Nivel de depresión en adultos mayores ..... **48**
Figura 2. Nivel de depresión en adultos mayores según la percepción de sus familiares..... **49**

# I. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Realidad Problemática.

Referirse a la adultez mayor, última etapa del ciclo de vida y definirla es complejo, debido a que, diversos autores difieren en la edad determinada para dar inicio a la etapa e incluso puede variar a lo determinado por cada país; la OMS (2018) considera como personas de la tercera edad a aquellas de 60 años a más en los países de ingreso bajo a mediano y a partir de 65 años en los países con altos ingresos; de acuerdo con ello y con la Ley 30490 que considera como adulto mayor al peruano que tiene de 60 años a más, en el presente apartado se tomará como referente los 60 años para ser considerado adulto mayor en esta investigación.

Se considera a esta proporción de la población en crecimiento, esto debido a que, en los últimos años la expectativa de vida ha incrementado tanto en los países avanzados como en los medianamente o subdesarrollados, observándose en los primeros una significativa disminución de muerte en los adultos mayores, y en los segundos una disminución considerable de muertes en el nacimiento y la infancia (OMS, 2015), estos datos junto con la extraordinaria disminución de la tasa de fecundidad en el mundo, BBC (2018), nos lleva a deducir un incremento de la edad adulta mayor a nivel mundial, tal es así que, entre los años 2015 y 2050 los habitantes de más de 60 años habrán duplicado su población pasando de un 12% a 22% en general (OMS, 2017)

Esta etapa en cuanto a definición no es clara, va a ir ligada de acuerdo a la experiencia de cada adulto mayor y de las personas a su alrededor, lo que para algunos puede ser considerado como una etapa de disfrute, de des obligaciones y de plenitud para otros puede responder a padecimientos, enfermedad y sufrimiento generando implicaciones negativas en lo adultos mayores y en las personas a su alrededor.

Los adultos mayores son considerados un grupo vulnerable al maltrato sea físico, por negligencia o psicológico, obteniéndose que, 1 de cada 10 sufren de maltrato; según reporta la OMS a nivel mundial más del 20% de adultos mayores presentan alguna enfermedad mental, ubicando a la depresión y demencia como las más comunes en este grupo etario (OMS, 2017).

Se considera a la depresión como una problemática generalizada, causante de frecuentes problemas de salud y discapacidad, padeciéndola cerca de 300 millones de habitantes mundialmente, lo cual ha generado un aumento significativo del 18% entre los

años 2005 y 2015; estas cifras acompañado de la poca inversión en los países en temas de salud mental (5% en los países de mayores ingresos y 1% en los países de menores ingresos), y el miedo al estigma impiden que muchas personas reciban el tratamiento adecuado para mantener la salud mental; en América de cada 10 personas un promedio de 7 no recibe el tratamiento necesario, lo que resulta en una pérdida por año de aproximadamente 1 billón de dólares, dando a entender que, si se asegura un tratamiento efectivo tanto en el trastorno de ansiedad como depresión, por cada dólar invertido retorna convertido en cuatro dólares de una mejor salud y habilidad para trabajar (OMS, 2017).

En los adultos mayores este problema se agrava, debido a que, en la mayoría de casos esta enfermedad pasa por desapercibida asociándose los síntomas a otros problemas de salud propios de la edad.

A nivel mundial, de acuerdo a la OMS (2017), se sabe que la depresión afecta al 7% de la población de adulto mayor, representando el 5.7% de los años vividos con discapacidad, también se ha identificado que, el padecer de depresión aumenta el riesgo de abuso de sustancias y de enfermedades cardíacas y diabetes, y viceversa, quiere decir que, los ancianos con estas condiciones presentan mayor riesgo a deprimirse, convirtiéndose la depresión en el principal factor de riego para el suicidio.

En el adulto mayor el porcentaje de prevalencia de depresión tiende a variar de acuerdo al país y a los factores de riesgo y protección que presenten los mismos (Calderón, 2018).

En Europa, el estudio Europed, reportó a Alemania como el país con mayor porcentaje de depresión en personas de 60 años a más, obteniendo el 23,6 %, seguido de Taiwán que registra 21.2%, en Suecia e Islandia se encontró una prevalencia de 12 a 14% y 8,8% respectivamente (Calderón, 2018).

En América Central, se registró a República Dominicana como el país con mayor porcentaje de la enfermedad, obteniendo 13.8%, seguido de Cuba con un 4.9% y Puerto Rico con 2.3%; en Latinoamérica los datos son igual de variados, se registra a México con el país de mayor prevalencia encontrándose datos que oscilan entre el 26% y 66%, en Colombia datos que varían del 47 al 60% de adultos mayores deprimidos, mientras que en chile la prevalencia se ha reportado entre 7,6% y 16,3%. (Calderón, 2018).

A nivel nacional, 3 345 552 habitantes son adultos mayores lo que asciende al 9,7% de la población total (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI, 2018])

La INEI (2015), realizó la encuesta demográfica de salud familiar con una muestra probabilística a nivel nacional de 11 411 adultos mayores obtuvo un porcentaje estimado del 14% de prevalencia de la enfermedad, identificando como factores de riesgo el sexo femenino, mayores de 75 años, personas iletradas, vivir sin pareja, vivir en área rural, pobreza e incapacidad física.

La región Lambayeque, el año 2015 según como reporta el INEI contaba con una población de 1 260 650 habitantes, de los cuales el 10,6% es decir, 133 315 son adultos mayores, en ese mismo año únicamente en el MINSA se registraron 46 113 atendidos (INEI, 2015).

Un estudio realizado por Montenegro (2016) en Mochumí – Lambayeque, determinó que de los adultos mayores evaluados el 45,8% presentan un estado depresivo severo, evidenciando que el factor psicológico como la autoestima y el factor social como la integración y el apoyo familiar, tiene un alto grado de asociación a la enfermedad.

En Chiclayo, se registran 92 236 habitantes de 60 años a más INEI (2015), los mismos que, en su mayoría son atendidos en Centros de Salud de atención primaria.

Piélago (2017), en su investigación en un Centro de Salud en los distritos de Chiclayo y la Victoria, obtuvo que el 30,8% de los participantes presentaron manifestaciones depresivas y el 18,2% algún grado de deterioro cognitivo.

El Centro de Salud de Túcume cuenta con el 12% del total de pacientes registrados que tienen de 60 años a más.

En la atención brindada por el servicio de psicología los adultos mayores refieren las siguientes **manifestaciones**:

- Sentirse tristes.
- Muerte de su cónyuge o amigos cercanos.
- Abandono por parte de los hijos o familia cercana.
- Sentimientos de inutilidad al no poder cuidar de ellos mismo o de la familia,
- Dependencia económica
- Cansancio sin realizar esfuerzo físico.
- Presentan insomnio o hipersomnia.

- Inapetencia.
- Sentimientos de soledad.
- Pensamientos suicidas o creen que si ellos muriesen sería una carga menos para la familia.

Además, en las entrevistas se observa:

- Descuido personal.
- Ropa inadecuada a la estación.
- Ligera pérdida de la orientación espacial.
- Disminución de la memoria a corto plazo.
- Semblante decaído.
- Postura encorvada.

Así mismo, el cuestionario Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage nos ayudará a determinar si existe o no depresión en los adultos mayores.

De ahí que el **problema del estudio** sea insuficiencias en el proceso cognitivo conductual inciden en el desarrollo de la depresión.

A través de la observación se puede determinar que las posibles causas del problema son:

- Falta y/o deficiente intervención práctica a nivel individual y grupal en cuanto a prevención de la depresión en el proceso cognitivo conductual de los adultos mayores.
- Insuficiente capacitación e inexistencia de orientación metodológica y práctica en el proceso cognitivo conductual de los adultos mayores por parte del servicio de psicología.

Por tanto, el **objeto de investigación** es el: Proceso Cognitivo Conductual, el cual tiene como supuesto teórico que la persona a través de su percepción va a estructurar el mundo viéndose este influenciado por una serie de creencias y esquemas que han ido incorporando a través de un aprendizaje previo.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), está fundamentada por dos paradigmas aparecidos en el Siglo XX: El conductismo y el cognitivismo.

A grandes rasgos, al referirnos a la TCC es reconocer su historia mediante los fundamentos teóricos del Conductismo, condicionamiento clásico, condicionamiento

operante y la teoría social representadas por Watson, Ivan Pavlov, Skinner y Albert Bandura respectivamente, los cuales hacían hincapié en la importancia de la modificación de los comportamientos observables, siendo estos considerados como piedra angular para la eficacia psicoterapéutica; así mismo, sus representantes cognitivos como Jean Piaget, Lev Vigotsky, Donald Meinchenbaum, entre otros, los mismos se basaban en el estudio del tratamiento de la información. De estos y más representantes se hablará con mayor profundidad en el desarrollo del presente estudio.

Cabe resaltar que, las técnicas terapéuticas utilizadas en la TCC tienen como principales objetivos:

- Identificar pensamientos y conductas problemáticas e ir modificándolos para reducir los síntomas.
- Realizar la reestructuración de pensamientos con la finalidad de percibir las situaciones acordes a la realidad.

De lo desarrollado por estos autores se aprecia que aún son insuficientes los estudios prácticos y metodológicos en cuanto a la dinámica del proceso.

Siendo, el **campo de acción de la investigación** el proceso cognitivo conductual y su dinámica.

### 1.2. Trabajos previos

La depresión, debido a la prevalencia mundial que se ha venido generando en estos últimos años, se considera como el principal problema en salud mental

Se considera que ha estado presente desde los inicios y a lo largo de la historia siendo concebida en la antigüedad como “Melancolía”

Este término médico fue acuñado como fruto de la doctrina humorista, la misma que ya se conocía por Hipócrates en el siglo V, esta doctrina hacía referencia a la composición del ser humano a través de 4 humores sangre, flema, bilis amarilla, bilis negra, los cuales según los griegos de aquella época la predominación de uno de ellos definía el temperamento de la persona pudiendo ser estos de tipo sanguíneo, colérico, flemático o melancólico.

Los griegos definieron al temperamento de tipo melancólico sensible, pesimista y pasivo guardando por tiempo prolongado sus impresiones.

Hipócrates hace mención a que el miedo prolongado se transforma en melancolía.

Los romanos llamaban a la bilis negra “atra bilis” que fonéticamente quiere decir “melancholía”.

Capadocia (Siglo I d.C.), define a la melancolía como una alteración del ánimo, en la que predomina la tristeza.

Galeno (Siglo II d. C.), anota: Los pacientes melancólicos se sienten invadidos por el miedo y la desesperación, algunos muestran temor a la muerte, otros le temen, pero la desean, detestan todo lo que observan y frecuentemente lucen apenados.

Imran (Siglo X), menciona que la melancolía está caracterizada por el sentimiento de angustia hacia algo que se cree real, además existen somáticos como la pérdida de sueño y de peso.

Constantino (Siglo XI), define a la melancolía como un sentimiento que turba al espíritu, influenciada por el temor y la tristeza los cuales confunden al alma, oscurecen su luz y genera desconfianza.

El término depresión surge en Inglaterra aproximadamente en el Siglo XVII, derivado de los vocablos en latín “de” y “premere” que significan apretar u oprimir y empujar hacia abajo respectivamente.

Blackmore (1725), fue el primer autor en aludir al término cuando menciona estar deprimido es sentir profunda pena y melancolía; Whytt (1764), asocia *depresión mental* con espíritu decaído y desánimo; por su parte Haslam (1808), habla de personas que están afectada por emociones reprimidas o pasiones depresivas, ya en ese año se empieza a utilizar el término depresión como asignación a la enfermedad dejando de la lado la palabra melancolía; Kraepelin usa la palabra depresión para indicar un estado mental, interpretando a la melancolía como un modo de depresión mental. Fue Meyer el que propuso reemplazar melancolía por depresión.

Toda la revisión antes señalada sobre la historia de la depresión es planteada por (Zarragoitia et al., 2018).

A nivel internacional, de acuerdo con la OMS (2020), menciona que la depresión perturba alrededor de 350 millones de habitantes, de los cuales el 60% de ellos no recibe tratamiento de esta forma se convierte en la principal causa de discapacidad en el mundo

en cuanto a la pérdida de años de vida saludable y, en el peor de los casos puede llevar al suicido, el mismo que registra 800000 casos por año.

En Europa, de acuerdo la OMS (2018), registra a Alemania con el mayor caso de personas que padecen de depresión siendo el equivalente a 4 millones de habitantes enfermos, seguida de Italia con un poco más de 3 millones, Francia y España con 3 y 2 millones respectivamente.

Todos estos países europeos registraron mayor prevalencia en mujeres que en hombres siendo los porcentajes 5,1% frente a 3,6%, mencionando que las mujeres con mayor incidencia son las que oscilan en edades menores a 29 años y mayores a 55 años.

La OMS (2017), hace referencia que, el 5% de los habitantes en edad adulta del Caribe y América Latina padecen de depresión.

De acuerdo al informe de la OMS en el mismo año, Brasil sería el primer país latinoamericano que registra mayores casos de depresión en su población obteniendo que el 5.8% la padecen, seguido muy de cerca por Cuba con 5,5%, Paraguay 5,2%, Uruguay y Chile obtienen ambos 5% del total poblacional, seguido de Perú con el 4,8%, Argentina al igual que Colombia, Costa Rica y República Dominicana, los cuatro con un 4,7%, Ecuador 4,6%, Bolivia, El Salvador y Panamá con un 4,4%, México, Nicaragua y Venezuela iguales en porcentaje con 4,2%, Honduras y Guatemala con un 4% y 3,7% respectivamente (OMS, 2017)

En el Perú, la depresión está considerada como el principal problema causante de pérdida de años de vida saludable (AVISAS), generando 224535 AVISAS perdidos, es decir, 7,5 años por cada peruano. (MINSA, 2018)

Del mismo modo, el Instituto Nacional de Salud Mental (2016), afirma que más de 1700000 personas padecen de depresión, encontrándose el mayor porcentaje en adolescentes menores de 18 años con un 8%, seguido del 7% de adultos y 6% de adultos mayores, cifra preocupante debido a que es una población en constante crecimiento.

En Lambayeque 3,5 de cada 10 personas sufren de alguna enfermedad mental, evidenciando crecimiento en las atenciones pasando de 6491 en el 2017 a 9056 en el 2018 y 13654 hasta octubre del 2019, de las cuales 2165 atenciones son debido a depresión. (Gerencia Regional de Salud, [GERESA, 2019]).

Con lo antes mencionado, se puede deducir que la depresión ha estado presente desde inicios de la historia, existe y seguirá existiendo debido a que las cifras actuales vienen en aumento, dicho ello, en cuanto a los adultos mayores es conocido ya por investigaciones líneas arriba que es una población en crecimiento a nivel mundial a causa de la poca natalidad y la disminución considerable de la morbilidad global, datos que convierte a este grupo etario en foco principal de atención.

En cuanto a la población en estudio, este problema aún no ha sido abordado específicamente con adultos mayores.

De acuerdo con ello, a continuación, se presentan estudios a nivel **internacional**, **nacional** y **local** que evidencian los hallazgos de depresión en el adulto mayor.

En Ecuador, Lliguisupa et al. (2020), realizaron su investigación basada en los niveles de atención de los adultos mayores, en la que concluyeron que, el 35,3%, el 11% y el 53,7% manifestaron depresión leve, establecida y sin rasgos depresivos respectivamente.

En ese mismo país, Ibarra (2019), en su investigación con adultos mayores abandonados en un asilo, obtuvo que el 40% manifiesta depresión leve, el 30% depresión severa y el otro 30% no manifiesta características depresivas.

Por otro lado, en México, Maldonado et al. (2019), en su estudio en un centro gerontológico en el que se determinan los niveles de depresión, se halla que, de los adultos mayores el 69,6% presentan un estado normal, el 26,8% leve y tan solo el 3,6% severa.

Fernández et al. (2016) en su investigación relacionada con la prevalencia de depresión en los centros de vida de Cartagena-Colombia, concluyeron que, el 6,7% de los encuestado tienen depresión leve, el 1% depresión moderada, en tanto, el 92,2% de adultos mayores no evidenciaron rasgos depresivos, siendo en este estudio la prevalencia de depresión de 7,7%.

En cuanto a las investigaciones nacionales, Mateo (2019), en Huacho, en su investigación sobre el envejecimiento y nivel de depresión en adultos mayores, concluyó que el 36,4% presenta depresión leve, el 18,2% depresión establecida y el 45,5% un estado normal.

Polar (2019), en Madre de Dios, investigó el nivel de depresión de adultos mayores en un asilo en la que concluyó que, el 13,04% de los adultos mayores presentan depresión leve, el 30,43% moderada y el 56,52% grave.

En un estudio realizado en Lima por Martínez (2019), se investigó el nivel de depresión de ancianos pertenecientes a un asilo, se concluye que el 52% manifiesta depresión leve o moderada, el 22% depresión severa y el 26% no presentó depresión.

Mauricio y Alfaro (2019), en su investigación en Trujillo obtuvieron que, del total de los adultos mayores evaluados el 20% registró depresión leve, el 29,2% moderadas, el 37,5% depresión severa y el 13,3% de los estudiados no presentaron depresión.

Huaricallo (2018), en su investigación en Puno, en la que relaciona niveles de depresión y la capacidad funcional, concluyó que el 41,6% no presentan depresión, mientras que el 28,4% y 30% manifiestan depresión leve y severa respectivamente.

Somoza (2018), en Chimbote, en su investigación depresión en adultos mayores, obtuvo que el 64,7% manifestó depresión moderada, el 11,8% severa y el 23,5% manifestó no tener depresión.

En el plano local, Barrantes y Sosa (2019), en su estudio en el distrito de San José, obtuvieron como resultados que el 56,4% de los ancianos evaluados evidenciaron depresión frente a un 43,6% que no presentó rasgos significativos.

En Chiclayo, Piélago (2017), en su investigación de asociación de déficit cognitivo y estado afectivo, halló que del total de los adultos mayores participantes en su investigación el 30,8% presentaron manifestaciones depresivas y el 69,2% no las presentó.

Montenegro y Santisteban (2016), en su estudio realizado en el distrito de Mochumí, concluyeron que el 16,7% de los adultos mayores presentan un estado de depresión normal, 37,5% manifiestan depresión moderada y el 45,8% depresión severa.

### 1.3. Teorías relacionadas al tema

#### 1.3.1. Caracterización del Proceso Cognitivo Conductual y su dinámica

La historia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), está vinculada directamente a la historia de la psicología en sí: surge como parte de un equipo de filósofos europeos que deciden dejar la filosofía por la ciencia, con la finalidad de

incursionar en la piscología teniendo como fundamento el estudio de la estructura de la mente y la conciencia utilizando la introspección como técnica, de ahí es que nace en el Siglo XIX el estructuralismo dirigido por Wihem Wundt en Alemania y Titchener en EE.UU.

Años después ya en el Siglo XX, el interés en una investigación objetiva y más experimental condujo a un levantamiento de la psicología en EEUU, surgiendo a causa de ello 3 escuelas: La Gestalt, el Conductismo y el Funcionalismo.

El desarrollo del conductismo basado en el conocimiento a través de la observación tuvo como principal representante a Jhon. B. Watson considerándose determinantes para el crecimiento de la TCC (Díaz et al., 2012).

Los fundamentos teóricos conductuales que fueron base para el crecimiento de la TCC son: La reflexología y las leyes del condicionamiento clásico, el conexionismo de Thorndike, conductismo de Watson y las aportaciones neoconductistas de Hull, Guthrie, Mowrer y Tolman, finalmente, Skinner con su análisis experimental de la conducta.

#### 1.3.1.1. La reflexología rusa y las leyes del condicionamiento clásico:

Los rusos marcaban que el ambiente era una importante fuente de conducta.

Sechenov (1829-1905), propuso que el aprendizaje está determinado por mecanismos reflejos y la estimulación del ambiente. Tuvo como discípulos a Ivan Pavlov y Vladimir M. Bechterev v.

Pavlov (1849-1936), se centró específicamente en la observación de los reflejos con la intención de comprender la acción cerebral y de este modo la conducta.

El condicionamiento clásico, implica la presencia de un Estímulo Neutro (EN) el cual al ser presentado de manera individual repetidas veces ante un sujeto no causa ningún efecto; por el contrario, el Estímulo Incondicionado (EI) al ser presentado ante el sujeto produce un acto innato reflejo denominado Respuesta Incondicionada (RI); de tal modo que, al presentarse el EN junto con el EI el EN pasará a ser EC el mismo que producirá un Respuesta Condicionada (RC).

El experimento clásico de Pavlov (1927) se basó en hacer sonar una campana (EN) antes de alimentar (EI) a un perro hambriento, o de descargar electricidad (EI) a un perro

saciado. Luego de repetidas asociaciones sucedía que, el perro con hambre salivaba (RC) y el perro satisfecho corría (RC) únicamente al oír el campanazo (EC)

Bechterev (1857 – 1927), basó su estudio en respuestas motoras y estímulos aversivos brindando a la reflexología una connotación más psicológica y funcional, estudiando la relación entre el ser humano y su ambiente la misma que era manifestada a través de gestos, expresión fácil, contenido del habla, conducta, entre otros.

#### 1.3.1.2. El conexionismo de Thorndike

Thorndike (1974 - 1949), fue reconocido internacionalmente como el primer psicólogo americano gracias a su libro Animal Intelligence (1898).

Para Thorndike (1974 - 1949), la asociación estímulo – respuesta (S-R) era dirigida hacia la relación de una respuesta específica entre los refuerzos o castigos. Menciona leyes básicas del aprendizaje: Ley del efecto y la ley de la práctica en las que explica cómo se adquiere la respuesta y la eficacia del aprendizaje respectivamente.

La ley del efecto sustentaba que la respuesta provocada por la satisfacción asociada a determinada situación aumenta la probabilidad que vuelva a suceder, mientras que las situaciones acompañadas de malestar son poco probables que se vuelvan a dar, efecto se resume en que la conducta es resultado de las consecuencias.

#### 1.3.1.3. El conductismo de john B. Watson:

Watson (1878-1958), para él, la psicología tenía que ser objetiva; contaba con cuatro principios básicos: La conducta manifiesta como objeto de estudio, el uso de la experimentación animal como método objetivo, ruptura con corrientes psicológicas tradicionales y explicación de la conducta por medio del condicionamiento clásico.

Watson se ve influenciado tanto por Pavlov como por Bechterev, sin embargo, la influencia de Pavlov fue mayor de modo que el condicionamiento se convierte en su principal herramienta de trabajo con el cual constituye el concepto de los mecanismos que rigen la conducta compleja como son los pensamientos, emociones, instintos, etc. El estudio de Watson Psychology as the behaviorist views it, publicado en 1913 fue denominado el acta fundacional del conductismo y la nominación de la psicología como parte de la ciencia que tiene como estudio el control de la conducta.

Watson es reconocido además por el estudio realizado junto con R. Rayner en 1920, el que consistió en el condicionamiento de una fobia al pequeño Albert, un niño de 11 meses de edad asociando un estímulo neutro (Rata blanca) con un estímulo provocador de respuestas de miedo (Ruido fuerte), tras 7 ensayos de asociación la rata por sí sola ocasionaba respuestas de pánico en el niño generalizando la misma reacción con objetos o animales semejantes como conejos, perros o abrigos de piel. El miedo se prolongó sin ensayos posteriores de condicionamiento.

Su aportación fue demostrar que el miedo puede ser aprendido o condicionado además de generalizado a otros estímulos de características parecidas y que el mismo podía persistir a través del tiempo.

Para el tratamiento Watson y Rayner (1920), propusieron 7 estrategias, la deshabituación, el halago verbal, la adaptación negativa, el castigo social, la distracción, el condicionamiento directo y la imitación social, de las cuales según Rayner fueron dos las estrategias que resultaron más efectivas: el condicionamiento directo y la imitación social, la primera consiste en asociar el temor con un estímulo de respuesta agradable, y la segunda, situar al niño con otros que interactuaban con el objeto temido.

#### 1.3.1.4. El neoconductismo

Representado por autores que ayudaron a elaborar principios para el entendimiento del comportamiento las mismas que actualmente conforman la base de algunas técnicas de la TCC.

Guthrie (1865-1959), reconocido por el principio de contigüidad el cual proponía que el aprendizaje sólo necesita la asociación o emparejamieto de un estímulo con una respuesta. En su obra The psychology of learning publicada en 1935, muestra algunas técnicas para sustituir o desaprender hábitos y conductas desadaptativas fundamentadas en su teoría (Kazdin, 1978), una de ellas consistía en mostrar el estímulo que provoca respuestas no deseadas, esta exposición se tenía que hacer de forma progresiva e ir aumentando la intensidad hasta que no provoque la respuesta, semejante aloque hoy conocemos como aproximación sucesiva; en otra técnica se emparejaba el estímulo que provoca la respuesta no deseable con un estímulo que provoca una respuesta incompatible con ella con lo que se daba indicios del principio de inhibición recíproca de Wolpe, otra de las técnicas radicaba en mostrar el estímulo que creaba la respuesta desadaptada hasta

que no se provocara más. Estas técnicas ligadas actualmente a las usadas por la TCC como son la desensibilización sistemática o las técnicas de exposición.

Hull (1884-1952), diseña la cimentación de la teoría formal de la conducta, introduce variables que intervienen, como la fuerza del hábito e impulso, dentro de la relación estímulo-respuesta. Según Hull el hábito se establece por la relación entre una respuesta y la reducción de un impulso, que opera como reforzamiento.

Hull hace mención a que el hábito se forma por la correspondencia entre una respuesta y la disminución de un impulso, el cual actúa como reforzamiento

Su teoría unifactorial planteaba que el refuerzo (la reducción del impulso) era el factor primordial del aprendizaje y no la contigüidad como se creía.

Tolman (1896-1961). Tolman, introdujo un reconocido aporte en la psicología Gestáltica, aportando que para generar un aprendizaje tenía que existir asociación entre estímulos (E-E) y no entre estímulo – respuesta (E-R).

Según Tolman (1952), los sujetos aprenden significados sobre los organismos que se relacionan con una meta y no conductas concretas; es decir, cuando aparecen dos acontecimientos conectados en el tiempo el sujeto genera una expectativa, de tal forma que la aparición del primero haría que se espere el segundo.

Tolman condujo una aproximación más holística de la conducta implementando el concepto de variable interviniente (cognitivo) como nexo entre el estímulo y la respuesta que ayuda a establecer el comportamiento.

Mowrer (1907- 1982), formula en 1947 la teoría de los dos factores, o teoría bifactorial del reforzamiento, en la que plantea el aprendizaje de señales (por contigüidad), este se basa en suponer que algunas de las respuestas involuntarias que también podrían ser respuestas emocionales se condiciona a un estímulo que opera como señal de un acontecimiento aversivo; por otro lado, el aprendizaje de soluciones (por reforzamiento), radica en la manifestación de respuestas voluntarias que comprimen los impulsos.

En sus planteamientos Mowrer estableció el miedo como mediador en la conducta de evitación el mismo que era adquirido por condicionamiento clásico, por lo tanto, las conductas que redujesen este impulso serían aprendidas según el aprendizaje de soluciones.

La relevancia de esta teoría consiste en argumentar y tratar a través de los principios del aprendizaje las conductas de evitación producidas es diferentes trastornos.

En resumen, es valioso rescatar el papel desempeñado por estos autores en el desarrollo de la TCC, pues, las investigaciones de Hull fueron importantes e influenciadoras en el desarrollo de la psicoterapia por inhibición recíproca de Wolpe, Tolman introdujo lo cognitivo dentro de la asociación estímulo – respuesta, el trabajo de Guthrie y Mowrel siguen presentes en muchas de las técnicas de la TCC.

#### 1.3.1.5. Skinner y el condicionamiento operante

Skinner (1904 - 1990), ha sido considerado el psicólogo más influyente del Siglo XX, su estudio basado en la conducta parte del interés por la relación entre los modelos de Pavlov y Thorndike, de este modo, plante dos tipos de condicionamiento el respondiente y operante, fundamentados en el condicionamiento clásico y en el aprendizaje en función a la ley del efecto respectivamente; dirigiendo de tal modo, la atención hacia la conducta operante,  es así que, establece los principios básicos como son refuerzo, castigo, extinción, control estimular y entrenamiento en discriminación, ante esto hizo hincapié en el refuerzo, entendiéndose el mismo como cualquier consecuencia que consiga fortalecer la respuesta.

Los estudios de Skinner lo condujeron hacia el análisis experimental de la conducta que hace referencia al estudio de la correspondencia entre el comportamiento y los estímulos ambientales, con lo que se buscaba explicar, pronosticar y cambiar la conducta atendiendo únicamente a las relaciones funcionales.

Mediante el análisis funcional de la conducta bajo el planteamiento estímulo – respuesta – consecuencia posibilitó el abordaje de problemas sociales como problemas en el aula, problemas de lenguaje, entre otros; generando posteriormente el análisis conductual aplicado.

### 1.3.2. Determinación de las tendencias históricas del Proceso de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y su dinámica

La TCC adquiere sus bases de la psicología como ciencia y toma las contribuciones de la psicología del aprendizaje para el entendimiento y control de la conducta, de ahí que, el objetivo principal radica en el interés por la conducta desadaptada.

Su evolución se ha visto influenciada por los avances propios de la psicología, O'Donohue (1998), resume el desarrollo de la TCC por generaciones, en las que se va obteniendo tratamientos prácticos para trastornos específicos. A continuación, se presenta la evolución del proceso de la TCC

**Primera Generación: El surgimiento de la terapia de la conducta (Década de los años 50)**

La característica principal de esta primera generación fue extrapolar a la clínica los principios del aprendizaje, aquí, el papel del terapeuta se reduce en aplicar las regularidades obtenidas a través de la investigación básica a los problemas clínicos, utilizando de tal manera los principios del aprendizaje para proponer intervenciones,

En esta generación se considera la reseña geográfica de su desarrollo.

El surgimiento en Sudáfrica: Representado por Joseph Wolpe quien centra sus investigaciones en el trabajo sobre neurosis experimentales de Masserman y la obra de Hull (1943).

Wolpe basándose en el principio teórico de inhibición recíproca propone la desensibilización sistemática como forma de tratamiento para la neurosis (Wolpe, 1952 - 1958). Wolpe (1952 – 1958), sistematiza el procedimiento en humanos y lo estructura en fases, como respuesta a la ansiedad recurre especialmente a la relajación de Jacobson.

La técnica de desensibilización sistemática fue presentada en su obra Psicoterapia por inhibición recíproca (1058), y consistía en la aproximación gradual a los estímulos evocadores de la ansiedad, o evocándolos a través de la imaginación o con el uso de hipnosis.

Sin duda, la difusión de la Desensibilización Sistemática aportó a la fundación de la Terapia de Conducta y al uso del enfoque neoconductista como opción al tratamiento de los problemas emocionales.

EL surgimiento en Inglaterra: Difundida por Yates et al. (s.f) hicieron foco en tratar problemas neuróticos, fóbicos, agorafóbicos, tics, tartamudeo, etc., a través del uso de exposición y aproximación sucesiva.

El grupo de Inglaterra se caracterizó por la investigación, la evaluación de la eficacia de los tratamientos y por la crítica al diagnóstico terapéutico.

Una importante aportación de Eysenck fue su interés por la construcción conceptual de la Terapia de Conducta (Eysenck & Martin, 1987), se interesó principalmente en la psicopatología y la personalidad, siendo en esta última en la que destacó constituyendo un esfuerzo por unir los principios de aprendizaje (Pavlov), la actividad biológica y la caracterización personal.

La contribución británica se adapta a la flexibilidad del neoconductismo mediacional y el conductismo metodológico, integrando en sus estudios estímulos, respuestas y constructos como la ansiedad, el miedo o la personalidad.

El surgimiento en Estados Unidos: Basado en el trabajo de Skinner, quien diferenció dos tipos de respuestas: las respondientes (que se provocan) y las operantes (que se emiten), diferenciando dos tipos de condicionamiento: el condicionamiento tipo E (E-R), y el condicionamiento tipo R (R-E), en el que el reforzamiento correlaciona con una respuesta de tipo operante, generándose mayor importancia en la conducta operante es decir la conducta tras la respuesta. Según Skinner el objeto de estudio de la psicología debería ser la conducta y su función sobre el ambiente en que se emite, originando así el análisis experimental de la conducta el cual estaba basado en diseños experimentales de caso único en los que son de significativa importancia la descripción de la conducta concreta en relación a sus efectos. De esta forma se dio prioridad a la inducción antes que a la deducción como estrategia de teorización en psicología.

Las aplicaciones del análisis experimental de la conducta fueron muchas, Salomon y Lisdney (1953), aplicaron la técnica en psicópatas, Barret y Lindsley (1962) las replicaron a infantes con retraso; Ferster y DeMyer (1961 - 1962) y Lovaas (1961) a infantes autistas; Flanagan et al. (1958) y Goldiamond (1965) altartamudeo; Barrett (1962) a tics; y Ayllon con esquizofrénicos crónicos, Ayllon y Azrin promovieron el progreso de la economía de fichas.

El análisis conductual aplicado deja 3 contribuciones fundamentales a la Terapia Conductual: Técnicas y programas asentados en el control de contingencias, el análisis funcional y el interés de antecedentes neutrales como mecanismo de estudio, es decir, conductas frente a las etiquetas diagnósticas ((inducción frente a deducción).

**Segunda Generación: el papel de los aspectos cognitivos en Terapia de Conducta (Década de los años 70)**

Esta generación se caracteriza fundamentalmente por la intención de superar los planteamientos de sus antecesores, considerando al condicionamiento como un principio de aprendizaje reduccionista, por el contrario, consideran a la psicología experimental, cognitiva y social como elementos importantes para abordar la complicación del comportamiento; junto con ello, en esta generación, se provoca el alejamiento de los clínicos hacia la investigación de los principios del aprendizaje, es decir, más clínicos y menos investigadores (Mineka & Zimbarg, 2006), lo que se oevidencia en los resultados deficientes al aplicar procedimiento terapéuticos en trastornos más afectivos, y es debido a que, se centraron en un trastorno sin previa investigación.

Durante esta generación son dos las teorías que resultan más influentes el aprendizaje social de Bandura y las del enfoque cognitivo.

El aprendizaje social de Bandura: Bandura busca superar la forma experiencial de aprendizaje, es así que, en los planteamientos de su teoría cognitiva social refleja la contribución de los procesos cognitivos a la emoción y la conducta humana; su aportación plantea la posibilidad de aprender mientras imitamos.

El condicionamiento vicario- observacional está fundamentado en aprender a través de la observación haciendo uso de procesos psíquicos superiores como la retención, atención, producción y motivación, es así que, los sucesos estimulares que actúan como modelo, se convierten en una representación simbólica que se reproducen de forma conductual a través de señales ambientales específicas. A esta reciprocidad del comportamiento y el medio, Bandura denomina determinismo recíproco el cual se ve influenciado por los procesos cognitivos del sujeto. Otra de sus contribuciones fue el término auto-eficacia (1977), definida como las perspectivas de eficacia, es decir, el juicio u opinión que se emite sobre la propia capacidad realizar una conducta específica y producir un resultado, esta auto-eficacia según Bandura, se basa en cuatro fuentes: los logros de ejecución, la experiencia vicaria, la persuasión verbal y el estado emocional.

Bandura fue quien impulsó los aspectos cognitivos la noción de autocontrol. Las aportaciones terapéuticas de Bandura son todas las que se rigen en el aprendizaje vicario

o técnicas del modelado como son las técnicas de autocontrol (entrenamiento asertivo, entrenamiento en habilidades sociales y terapia de grupo conductual).

El surgimiento de las terapias cognitivas: Supone que, en la primera generación al imaginar las situaciones temidas en la desensibilización sistemática da el paso número uno hacia la iniciación de los aspectos cognitivos; en el conductismo mediacional el mismo que se regía a través de Estímulo-Organismo-Respuesta, se introdujo variables internas moduladoras de la respuesta al estímulo. Estos propuestos teóricos consideran a los aspectos cognitivos como conductas encubiertas.

A inicio de los años 70 se les otorga mayor importancia a los aspectos cognitivos, teniendo como antecedentes:

- Con respecto a la insatisfacción con el aprendizaje y la conducta observable como elementos básicos de las consideraciones clínicas, se recomienda detener la investigación con animales y comenzar la investigación con humanos, enfatizando la mediación cognitiva del aprendizaje.
- Los resultados obtenidos al aplicar técnicas conductuales de primera generación (control de emergencias, exposición y desensibilización sistémica) a problemas como la depresión no son satisfactorios.
- Toma el conductismo covariante propuesto por Homme (1965), menciona que los estímulos pueden provocar dos respuestas (abiertas y encubiertas), y son covariantes.
- Modelo del procesamiento de la información el cual asume a la psicología cognitiva como una metodología científica rigurosa.

Atribuyen a la cognición como el mecanismo que determina la conducta, entendiéndose que el que aprende, adquiere la información en un esquema, es decir, un marco de conocimiento acumulado.

Mahoney y Arnkoff (1978), proponen la siguiente clasificación de la Terapia Cognitiva:

- Técnicas de reestructuración cognitiva: se centra en reconocer y cambiar la cognición (creencias irracionales, pensamientos distorsionados o autoexpresión negativa). Resuelven errores o distorsiones en el procesamiento de la información.

Incluyen: Terapia emocional racional de Ellis (1962), Terapia cognitiva de Baker (1979), Reconstrucción racional sistemática de Godfried (Decented & Weinberg, 1974) y la autodirección de Meichenbaum y Goodman (1971). formación. Beck y Ellis son considerados los terapeutas cognitivos más representativos.

- *Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis (1962):* Es una psicoterapia que tiene como objetivo minimizar los trastornos emocionales ayudando a las personas a conocerse a sí mismas para que puedan llevar una vida más feliz y significativa (Ellis & Bernard, 1990), para lo cual propuso dos objetivos básicos que son mantenerse con vida consiguiendo el mayor beneficio y evitar molestias innecesarias.

- Ellis argumentó que las creencias juegan un papel importante en el desarrollo de los trastornos emocionales y argumentó que los cambios en las creencias irracionales pueden conducir a cambios en el comportamiento y las emociones.

- Ellis (1984), propone el modelo ABC con la finalidad de analizar las interrelaciones entre acontecimientos, cogniciones y consecuencias, donde:

A: Acontecimiento activadores.

B: Percepción o interpretación del acontecimiento activador.

C: Consecuencia emocionales, conductuales y cognitivas.

Ellis menciona que los acontecimientos activadores (A) de forma aislada no generan consecuencias emocionales o conductuales (C), sino que, estas dependerán de cómo se perciban o interpreten (B), es decir, B es el intermediario principal entre A y C, también reconoce la influencia de A sobre B y C y de C sobre A y B.

*Terapia Cognitiva de Aaron Beck (1967):* Surge a partir del interés de Beck hacia los problemas de depresión, Beck plantea que los trastornos psicológicos se originan en los pensamientos automáticos generados por una persona, decir, ideas o percepciones acerca de las demás personas, la vida y las situaciones diarias (Beck, 1967).

Presenta elementos centrales como, *Los esquemas,* que son estructuras cognitivas básicas desarrolladas en la infancia que ayudan a integrar y dar sentido a los hechos actuales además de ser relevantes para la toma de decisiones; estos esquemas se desarrollan mediante la interacción con el medio físico y social, *pensamientos*

*automáticos,* cogniciones negativas, irracionales e inadecuadas que aparecen sin razonamiento previo como si fuesen reflejos, los pacientes los aceptan como válidos y les cuesta detenerlos, *distorsiones cognitivas,* son errores sistemáticos en el procesamiento de la información que suponen la aplicación rígida e inapropiada de esquemas preexistentes los cuales dan lugar a respuestas des adaptativas (Camacho, 2003).

Beck plantea una serie de errores de cognición como son, interferencia arbitraria (Conclusión a la que se llega sin evidencia o con evidencia contraria), abstracción selectiva (A partir de un único momento emitir una valoración a un hecho o experiencia), generalización excesiva (Conclusión extraída de hechos aislados), magnificación y minimización (Incrementar hechos negativos y minimizar los positivos), personalización (Atribución personal de sucesos externos), pensamiento absolutista y dicotómico (Clasificar al mundo y lo que lo rodea en dos opciones) (Beck, 1967).

- Técnicas para el manejo de situaciones: Su propósito es enseñar habilidades para lidiar con el estrés o el dolor de manera adecuada; se encuentran las técnicas de entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum (1977 - 1985) y técnicas de Manejo de Ansiedad de Suinn y Richardson (1971). La contribución de Meichenbaum se basa en el uso del lenguaje como facilitador de la conducta a través del entrenamiento autodirigido (Auto-instrucciones).
- *Entrenamiento en inoculación de estrés (EIE):* Conjunto de técnicas cognitivo conductuales diseñadas es su inicio para el tratamiento de ansiedad (Meichenbaum y Cameron, 1973); está fundamentado en el modelo transaccional de estrés (Lazarus y Folkman, 1984) y de determinismo recíproco de Bandura (1977). El EIE debe estar centrado en el requerimiento de cada individuo de acuerdo a la situación de estrés que se pretende advertir o erradicar.

El EIE de acuerdo a Meichenbaum (2009), es de gran utilidad para los cuatro tipos de estrés planteados por Eliot y Eisdorfer (1982), estresores agudos de tiempo ilimitado, secuencias de estrés, intermitencia crónica, estrés crónico continuado.

Los objetivos del EIE están centrados en 3 áreas: Promoción de una actividad autoreguladora para reducir o eliminar la intensidad de auto-verbalizaciones, imágenes y emociones perturbadoras e incrementar o instalar aquellas que brinden un funcionamiento más adaptativo para cada situación, la modificación de conductas des adaptativas y el incremento o instauración de las conductas adaptativas, y por último el análisis y

modificación de estructuras cognitivas como creencias o supuestos básicos que estén promoviendo valoraciones negativas de uno mismo y del mundo.

Se distinguen tres fases en su aplicación; fase de conceptualización, fase de adquisición y entrenamiento en habilidades y fase de aplicación de las habilidades aprendidas.

- Técnicas de solución de problemas: Facilita métodos para abordar situaciones problemáticas. Se incluyen la Terapia de Solución de problemas sociales de D'Zurrilla y Nezu (1982), la Terapia de Solución de Problemas Interpersonales de Spivack y Shure (1974), la Ciencia Personal de Mahoney (1974).
- *Terapia de Solución de Problemas (TSP):* Intervención dirigida a incrementar la habilidad de los sujetos para afrontar las experiencias estresantes de la vida generando habilidades de afrontamiento más adaptativas y eficientes, optimizando el funconamiento psicológico y conductual para prevenir las recaídas maximizando tener una vida de calidad. (D'Zurilla & Nezu, 2010).

La TSP cuenta con un proceso sistematizado adaptado a cada paciente de acuerdo al problema que agrava la sintomatología, esta terapia es de carácter breve y directivo.

La TSP tiene como objetivo permitir que las personas adopten estilos de afrontamiento más realistas y positivos, para comprender eficazmente el papel de las emociones y para formular planes de acción destinados a reducir o eliminar el malestar psicológico aumentando la felicidad.

**Tercera generación: Panorama actual de la Terapia Cognitivo Conductual (Década de los años 90 hasta la actualidad)**

En esta generación se busca retomar la cercanía entre el terapeuta y la investigación básica para la aplicación clínica, basada en las terapias contextuales y en las cognitivo-constructivistas.

Estado actual de las Terapias Cognitivas

Meichenbaum (1995) asume que las terapias cognitivas se han adecuado a tres metáforas básicas:

- Metáfora del condicionamiento: Aquí se explican las técnicas del condicionamiento encubierto (Cautela, 1967), la técnica de parada de

pensamiento (Mahoney, 1974), y las técnicas cognitivo conductuales como la terapia de solución de problemas y el manejo de situaciones las cuales buscan desarrollar habilidades cognitivas específicas, entre ellas se incluyen el Entrenamiento en Autoinstrucciones, la Inoculación de Estrés, la Solución de Problemas.

- Metáfora del procesamiento de la información: Asume que la mente es una computadora y es la base de la terapia de reconstrucción cognitiva (Beck & Ellis, s.f). Estas terapias muestran que existe una realidad independiente de un individuo, que se puede capturar objetivamente a través del análisis lógico y racional de datos
- Metáfora de la narración constructiva: Aclarar la terapia cognitiva constructivista. No existe una realidad objetiva fuera de nuestro proceso de conocimiento, el rol del terapeuta es guiar y hacer entender al cliente cómo crea su propia realidad y las consecuencias de esta construcción, por lo que su construcción es importante para el proceso adaptativo.

Reda y Mahoney (1984), dividen las terapias cognitivas en dos grupos: los enfoques asociacionistas (Beck et al., s.f) y enfoques constructivistas los que proponen una noción activa de la mente. El enfoque racionalista por su parte, toma los modelos de reestructuración cognitiva y los cognitivos conductuales.

Las teorías evolucionistas y motrices de la mente creen que el sujeto es creador y producto del entorno es el modelo conceptual del enfoque constructivista. Según el punto de vista de Mahoney, este enfoque propone una visión cognitiva más positiva en lugar de una cognición más representativa y reactiva. Enfatizar la existencia de procesos nucleares recesivos y considerar los pensamientos, sentimientos y comportamientos como expresiones interdependientes del ciclo de vida.

Entre las terapias constructivistas se ha de citar la Terapia Cognitivo-Estructural o Psicoterapia Estructural de Guidano y Liotti (1983), la Terapia de los Constructos Personales (Neimeyer, 1986), los constructos personales de Kelly (1955) y la Psicoterapia Constructiva de Mahoney (1995,1997).

El enfoque contextual

El enfoque contextual se rige mediante el paradigma del contextualismo funcional y se caracteriza por su ambientalismo radical. Se centra en la investigación sobre el aprendizaje de ahí que considera como reduccionista la analogía entre el aprendizaje animal y humano.

Las tres terapias más importantes dentro de este enfoque son:

- La Psicoterapia Funcional Analítica: Enfatiza en la interacción terapéutica psicólogo-paciente, tiene como elemento primordial el intercambio de respuestas y su valor funcional; junto con ello, atribuyen a que el psicólogo debe responder al paciente de forma similar a como ocurre en su medio ambiente lo cual resulta útil en problemas recurrentes y en los de personalidad.
- La terapia de Aceptación o compromiso (ACT): Intenta excluir el control que tienen los pensamientos y emociones sobre la conducta, tratando de dar importancia a las contingencias externas de la conducta, utilizada en trastornos por evitación experiencial.
- La terapia de Conducta Dialéctica: Fundamentada en las dos terapias anteriores, busca moldear la adecuación de expresión emocional, utilizada especialmente en personas con personalidad límite.

Algunas críticas a la orientación contextual son:

- Carencia de sistematización: Debido a que no presentan procedimientos ni fases sistematizados, sino, que la acción en intervención dependerá de las variables terapeuta-paciente.
- La relación entre los principios de aprendizaje y las terapias contextuales es post hoc, contraria a como era en la primera generación, en donde primero se descubrían los principios del aprendizaje y luego se aplicaban.
- Hay muy poca investigación sobre el proceso y falta de certeza sobre los principios que llevan al cambio.

**Tabla1**

*Resumen de la evolución de la terapia cognitivo conductual*

| **Etapas** | **Primera Generación (Década de los años 50)** | **Segunda Generación (Década de los años70)** | **Tercera Generación (Década de los años 90 hasta la actualidad)** |
|---|---|---|---|
| Expansión de la terapia cognitivo conductual | Estrecha relación con las teorías del aprendizaje, representada por el análisis conductual aplicado y el neoconductismo mediacional | Consideran a las teorías del aprendizaje (Condicionamiento) reduccionista, consideran que la psicología experimental, cognitiva y social aportan elementos para abordar la conducta humana. | Buscan nuevas alternativas terapéuticas extrapolando los nuevos desarrollos de la psicología del aprendizaje y la psicología experimental |
| Caracterización del terapeuta | Visto como el investigador que trata de aplicar las regularidades extraídas de la investigación básica a los problemas clínicos | Distanciamiento de los clínicos de la investigación básica sobre el aprendizaje, más clínicos y menos investigadores | Buscan fomentar de nuevo la relación entre investigación básica y aplicación clínica. |
| Interés de estudio | Conducta desadaptada | Cognitivo y social | Aprendizaje humano a través del lenguaje |
| Enfoque | Condicionamiento | Aprendizaje social y cognitivo | Terapias Contextuales (Psicoterapia funcional analítica, Terapia de aceptación y compromiso, Terapia de conducta dialéctica) y Terapias cognitivo constructivistas |

A pesar de todos los aportes teóricos y prácticos, y la aceptación positiva en distintos países, se asume que aún falta desarrollar la dinámica del proceso cognitivo conductual y su sistematización.

**Programa Cognitivo Conductual**

Con la finalidad de conseguir un cambio basado en el proceso cognitivo conductual Ingram y Hollon (1986) señalan 7 pasos importantes:

1. Proporcione una lógica de tratamiento
2. Entrene al paciente en técnicas o métodos de autorregistro.
3. Promueva la ejecución de conductas mediante técnicas específicas y actividades para casa
4. Identifique pensamientos automáticos, creencias irracionales el proceso de su formación y mantenimiento.
5. Contraste creencias y realice un examen lógico de las estrategias de razonamiento defectuosas.
6. Articule los esquemas.
7. Prepare hacia culminar la terapia y prevenir recaídas.

La duración del programa para un tratamiento efectivo consta de 15 a 20 sesiones con frecuencia de 1 por semana (Beck. et al., 1971).

Primera sesión:

Tiene como propósito recopilar información sobre los problemas del cliente, establecer una buena relación, delinear las opciones de tratamiento y generar expectativas de cambio. En esta primera sesión, se debe mantener la retroalimentación mutua entre el paciente y el terapeuta para verificar si el primero comprende situación problemática del segundo, la respuesta secreta del cliente al tratamiento, cómo son sus emociones y tipos de pensamientos durante este período. Si comprende la explicación del terapeuta y está de acuerdo con ellos.

Estructura de las siguientes sesiones:

Se organiza en seis fases:

1. Inicie la reunión observando el estado general del paciente y determinando los objetivos como la agenda del día.

2. Discutir y comentar aspectos relacionados con la última reunión y los sentimientos o experiencias del paciente entre las dos sesiones.
3. Revise los registros de las tareas que se planean realizar en casa y preste más atención a los puntos de conflicto
4. Pregunte y busque evidencia de pensamientos automáticos, prejuicios negativos y creencias básicas obtenidas de la tarea o lo que sucedió durante la semana.
5. De mutuo acuerdo, programar nuevas actividades, anticipar posibles dificultades, dudar o predecir los resultados y realizar ejercicios de comportamiento (imaginación, juego de roles, etc.) cuando sea necesario.
6. Al comentar y resumir el contenido de la reunión, incluido lo que se ha dicho o cambiado, lo que es útil o no, sus sentimientos y si estos problemas deben resolverse, obtener comentarios para trabajarlos en la próxima sesión.

Principales técnicas de intervención.

Programación de actividades: De acuerdo con la dificultad percibida, utilizar la jerarquía de tareas para ordenar las actividades diarias que realiza el paciente, de manera que se perciba con la capacidad de controlar su tiempo para realizar determinadas actividades.

Distracción externa: Ver televisión, llamar por teléfono, leer un libro, etc., sirven para aliviar los sentimientos de tristeza, angustia o ansiedad.

Hablar de forma limitada de los sentimientos: Evitar conversar de sus sentimientos con las personas de su alrededor, debido a que la expresión del malestar genera que el sentimiento se conserve e incremente.

Evitar verbalizaciones internas catastrofistas: Estas generan incapacidad “no puedo soportar tanto sufrimiento” al evitarlas alivia la tristeza y disminuyen la percepción de incapacidad.

Técnicas de reatribución: Para cambiar los sesgos cognitivos, las personas frustradas suelen hacer atribuciones internas, estables y generales al explicar sus fracasos, mientras que sus éxitos suelen aparecer como externos, inestables y específicos.

Técnicas de conceptualización alternativa: Además de las explicaciones y soluciones propuestas inicialmente por el paciente en la situación específica, busque otras explicaciones y soluciones.

Parada de imágenes: Cuando la fantasía, la imagen o el recuerdo del paciente le provoquen incomodidad, pídale al paciente que golpee o diga alto

Imaginación como estrategia de coping: Se capacita al paciente para que se visualice enfrentando diversas situaciones o visualizando cómo lo harían los demás (modelado encubierto), de menos a más amenazantes.

Técnicas emotivas: Promover situaciones de alto contenido emocional para descubrir disfunciones o detectar creencia irracional.

Registro de datos positivos y recoger evidencia de los nuevos y viejos esquemas: Establecer un programa positivo alternativo que pueda evaluar la evidencia que respalda sus componentes cognitivos, emocionales y conductuales

Ensayo de conducta: Realice tareas de comportamiento para probar los escenarios negativos o positivos que desea establecer

Promover una nueva imagen: Imagínese, cómo se verá esto y cómo quiere que su vida cambie en diferentes áreas.

### 1.3.3. Marco Conceptual

**Adultos Mayores:** Personas de 60 años a más en los países de medianos y bajos ingresos y de 65 años a más en los países con altos ingresos (OMS, 2017).

**Aprendizaje:** Proceso que conduce a un cambio, se produce como resultado de la experiencia y aumenta el potencial de mejorar el rendimiento en un futuro (Ambrose et al., 2010).

**Depresión:** La depresión es un trastorno mental común que se caracteriza por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento inferior o falta de autoestima, pérdida del sueño o del apetito, cansancio y falta de atención. (OMS, 2017).

**Desadaptativa:** Conjuntos de patrones desviados de la norma, desajustados y fuera de los patrones considerados como normales (Llopis et al., 2017).

**Cognición:** Proceso por el que las personas adquieren conocimientos, desplaza al término cognoscitivo (Rivas, 2008).

**Conducta:** Acción que ejecuta un organismo o individuo, relación asociativa entre los elementos de una estructura funcional o campo psicológico (Roca, 2007).

**Irracional:** Ideas fuera de razón que provocan emociones dolorosas, dramatizadas y exageradas (Ellis, 1957).

**Terapia:** Proceso de trabajo interior y evolución personal ajustada a las necesidades de cada persona y al momento en que se encuentra (Magallón, 2015)

**Terapia Cognitivo Conductual:** Actividad terapéutica de carácter psicológico basada, en sus inicios, en la psicología del aprendizaje. Actualmente su punto de referencia parte en las intervenciones fundamentadas en la psicología científica (Ruiz et al., 2012).

**Observación:** Acción cotidiana de los sujetos que al no ser rígida toma diversos matices de acuerdo al interés de los hombres y a la forma en cómo se utiliza (Campos & Lule, 2012).

**Pensamiento:** Don especial de la humanidad con origen en la intervención sensorial y la razón; el razonamiento lógico y la argumentación son habilidades de pensamiento que pueden reflejar de inmediato la realidad, los problemas y las necesidades del sujeto. Según la lógica formal, la estructura del pensamiento está compuesta por conceptos, juicios, razonamientos y argumentaciones. (Izquierdo, 2006).

**Percepción:** Parte esencial de la conciencia, que consta de hechos intratables y, por tanto, constituye la realidad como es experimentada (Carterette & Friedman, 1982).

### 1.4. Formulación del Problema.

Insuficiencias en el proceso cognitivo conductual inciden en el desarrollo de la depresión.

### 1.5. Justificación e Importancia del estudio.

Tal como se ha revisado en la literatura, la depresión por sus altos índices de prevalencia en el mundo se considera actualmente un problema de salud pública que genera interés global, afectando a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, este

último grupo etario en constante crecimiento debido al aumento de esperanza de vida en el mundo, se convierte en el principal factor de riesgo, ya que, según la OMS (2018) entre el 2000 y el 2050 la población de adultos mayores se duplicará al 22% del total poblacional, por ello, es de vital importancia que el aumento de años de vida de estas personas esté finamente ligado a la calidad de vida y bienestar físico pero sobre todo mental, por todo ello, se plantea diseñar y validar una estrategia cognitivo conductual, que se basa principalmente en tomar conciencia de los pensamientos negativos para visualizar situaciones adversas con mayor claridad haciéndole frente de forma efectiva y conductualmente adecuada.

El principal aporte de este estudio, es anticipar soluciones ante un problema que se manifiesta de preocupación social, el programa basado en el proceso de la terapia cognitivo conductual y su dinámica propicia el uso de técnicas concretas, estructuradas y organizadas con base teórica científica apropiadas a la intervención, de modo que, ayuden a prevenir y/o superar episodios depresivos en los adultos mayores, generando así aporte importante también para la institución la misma que podría ejecutar el programa validado en este estudio y con ello evidenciar cambios positivos en la población.

Finalmente, la presente investigación se justifica en el ámbito teórico, puesto que, a nivel local son escasos los estudios referentes al tema, así pues, los resultados obtenidos y la revisión epistemológica de la literatura serán de utilidad para estudios posteriores.

## 1.6. Hipótesis.

### 1.6.1. Hipótesis.

Si se elabora un programa cognitivo conductual, que tenga en cuenta la relación entre la teoría y las técnicas existentes, se contribuye a reducir la sintomatología depresiva en los adultos mayores.

### 1.6.2. Variables, operacionalización.

#### 1.6.2.1. Variables.

Variable independiente: Programa cognitivo conductual.

Variable dependiente: Depresión.

#### 1.6.2.2. Operacionalización.

Anexo02

## 1.7. Objetivos

**Objetivo General.**

Elaborar un programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al Centro de Salud de Túcume,2020.

**Objetivos Específicos.**

- Fundamentar epistemológicamente el proceso cognitivo conductual y su dinámica.
- Determinar las tendencias históricas del proceso cognitivo conductual y su dinámica.
- Identificar el estado actual de depresión en adultos mayores asistentes al Centro de Salud de Túcume.
- Elaborar las acciones y planeación del programa cognitivo conductual.
- Validar por juicio de expertos el programa cognitivo conductual que se propone.
- Ejemplificar parcialmente la aplicación del programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud de Túcume.

# II. MATERIAL Y MÉTODO

## 2.1. Tipo y Diseño de la investigación.

El tipo de investigación de acuerdo al objeto fue aplicado, debido a que, el problema en este estudio, insuficiencias en el proceso cognitivo conductual inciden en el desarrollo de la depresión fue de ámbito social y buscó a través de la realidad obtener conocimientos con la finalidad de diseñar estrategias que conlleven a su resolución mediante un constructo basado en la teoría cognitiva conductual (Vargas, 2008).

Del mismo modo, fue una investigación mixta, puesto que propuso hacer uso de herramientas tanto cuantitativas como cualitativas, ahondando en teorías con base científica basada en la revisión epistemológica de la depresión en adultos mayores con el objetivo de plantear una propuesta a través de técnicas cognitivas-conductuales (Hernández et al., 2014).

Así mismo, el alcance de este estudio fue de tipo descriptivo, el mismo que recopiló información de las variables de investigación para proponer una estrategia dirigida con acciones y técnicas de soluciones rápidas (Hernández et al., 2014).

Finalmente, el diseño que se utilizó en la investigación fue no experimental-transversal, debido a que no fue posible manipular e influir en la variable dependiente, siendo medidas en un solo momento (Hernández et al., 2014).

## 2.2. Población y muestra

**Población:** Estuvo conformada por 94 adultos mayores de ambos sexos asistente al Centro de Salud Túcume, 2020.

Para triangular la información se contó con 1 familiar cercano por cada adulto asistente al Centro de Salud Túcume, 2020.

Debido al poco acceso a la población se seleccionó lo siguiente:

**Muestra:** como muestra se contó con 30 adultos mayores seleccionados mediante el muestreo no probabilístico de tipo intencional y con 30 familiares cercanos a los adultos mayores de quienes se tuvo disponibilidad para el desarrollo del instrumento, de modo tal que los participantes se muestran en la siguiente tabla:

**Tabla 2**

*Muestra Seleccionada*

| Sexo | Adultos Mayores | Familiares |
|---|---|---|
| Masculino | 16 | 10 |
| Femenino | 14 | 20 |
| Total | 30 | 30 |

De acuerdo a los criterios de elegibilidad se consideraron los siguientes:

**Criterios de inclusión:**

- Adultos mayores de 60 años a más.
- Adultos mayores voluntarios a formar parte de la investigación.
- Familiar cercano por cada adulto mayor.

**Criterios de exclusión:**

- Adultos mayores que no desearon formar parte del estudio.
- Adultos mayores con problemas de audición y visión.
- Adultos mayores analfabetos.
- Adultos mayores que no lograron completar el cuestionario.
- Familiares que no sean cercanos a los adultos mayores

## 2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

### 2.3.1. Técnicas

Encuesta: Técnica de recolección de datos cuestionando al sujeto con el fin de obtener información de manera sistemática sobre conceptos derivados de preguntas de investigación. Los datos se recopilan mediante cuestionarios (López & Fachelli 2015).

Entrevista: Se define como una conversación a través de preguntas abiertas y/o cerradas a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto. (Díaz et al., 2013).

Análisis documental: Sistema de operaciones utilizado para recolectar, analizar, seleccionar y describir información de distintas bibliografías o documentos (Clauso, 2003).

Juicio de expertos: Implica pedir a una serie de personas que emitan juicios sobre un objeto, un instrumento, un material didáctico o sus puntos de vista sobre un aspecto en particular. (Cabero & Llorente, 2013).

### 2.3.2. Instrumento

**Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS):** La GDS está conformada por 30 ítems con respuesta dicotómica que investiga síntomas cognitivos, conductuales y afectivos de un episodio depresivo en adultos mayores de 60 años en adelante durante los últimos quince días; el tiempo para la aplicación es entre 10 a 15 minutos y puede ser individual o colectiva.

Para su interpretación se considera 1 punto por cada pregunta sugestiva a síntoma depresivo siendo el máximo puntaje 30 y mínimo 0, en escala de 0 a 9 sin depresión, 10 a 19 depresión moderada y 20 a 30 depresión severa.

Para calificar el test se tiene en cuenta 1 punto para las respuestas afirmativas de los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 y 28 y un punto para cada respuesta negativa de los ítems 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30. (Fernández, 2016).

Es importante mencionar que, en base a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), se elaboró un cuestionario con la finalidad de conocer la percepción de los familiares de los adultos mayores en relación a su estado anímico, siendo este de utilidad para triangular la información obtenida.

Cabe resaltar que este cuestionario tiene la misma cantidad de preguntas y medición que la GDS, cuenta con validez de contenido y confiabilidad por consistencia interna, no obstante, debe ser utilizada únicamente como medio de acompañamiento.

### 2.3.3. Validez y confiabilidad.

La validez del instrumento fue obtenida mediante constructo y criterio, analizando la validez de constructo mediante el análisis de la validez convergente a través de la fórmula de correlación de Spearman correlacionando la prueba GDS-VE con la escala de Montgomery-Ansberg de detección de depresión, así mismo, para la validez discriminante se analizó la correlación de las pruebas GDS-VE y SPMSQ-VE para despistaje de alteraciones cognitivas. (Fernández, 2016).

La confiabilidad del constructo fue obtenida por varios métodos hallando valores de 0.94 por consistencia interna, 0.94 mediante el método de las dos mitades y 0.85 por fiabilidad test – pretest. (Fernández, 2016).

Por otro lado, el cuestionario de sintomatología depresiva en el adulto mayor obtuvo evidencia de validez haciendo uso del juicio de expertos.

**Tabla 3**

*Juicio de Expertos del cuestionario de sintomatología depresiva en el adulto mayor*

| **Expertos** | **30 ítems del cuestionario** |
|---|---|
| Experto 1 | De acuerdo |
| Experto 2 | De acuerdo |
| Experto 3 | De acuerdo |

**Tabla 4**

*Confiabilidad del instrumento*

| Variable | Coeficiente de alfa |
|---|---|
| Depresión | .87 |

*Nota:* ítems 30.

**2.4. Procedimiento de análisis de datos.**

Se coordinó con el médico jefe del Centro de Salud de Túcume la entrega de la base de datos con los números de teléfono de cada adulto mayor, los mismos que fueron informados de la investigación, citados en un horario específico y con la indicación que asistan acompañados de algún familiar cercano, de este modo, se aplicó el instrumento a ambos.

Posterior a ello, una vez obtenidos los datos de la encuesta se pasaron al programa estadístico SPSS, en donde se diseñó la matriz la misma que permitió categorizar las variables, estableciendo el sumatorio total de los ítems y finalmente la elaboración de tablas de contingencia y gráficos que permitieron identificar el diagnóstico actual de los adultos mayores.

## 2.5. Criterios éticos.

El presente estudió se rigió bajo los principios éticos establecidos en el informe Belmont; el National Institutes of Health (2003):

Respeto hacia las personas: Este principio incorpora dos convicciones éticas, la primera es que toda persona es autónoma y de libre decisión y la segunda que aquellas personas con autonomía disminuída tienen derecho a la protección, por ello, en esta investigación se respetó la decisión de ser partícipe o no en el proceso.

Beneficencia: Es asegurar el bienestar de toda persona, se rige bajo dos reglas, no hacer daño y aumentar los beneficios disminuyendo los posibles daños; en este estudio se consideró fundamental no hacer daño a los participantes, muy por el contrario, se vieron beneficiados con un aporte de soluciones rápidas a la problemática actual.

Justicia: Relacionada con la equidad en la distribución brindando a cada quien lo merecido de acuerdo a sus necesidades basada en cinco formulaciones, porción igual para todos, de acuerdo a su necesidad, de acuerdo al esfuerzo individual, a su distribución a la sociedad y al mérito individual. En este estudio se fue imparcial y equitativo cumpliendo con este principio.

## 2.6. Criterios de rigor científico.

Se consideraron los criterios de rigor científico propuestos por Noreña et al. (2012):

Fiabilidad o consistencia: Implica la posibilidad de replicar estudios que al ser ejecutados con la mismas estrategias y métodos obtengan resultados similares.

Valdiez: Dirigida a la imterpretación correcta de los resultados.

Credibilidad o valor de verdad: También llamado autenticidad, posibilita mostrar fenómenos o experiencias humanas tal como son percibidos por los suejetos.

Tranferibilidad o aplicabilidad: Consiste en capacidad de transferir los resultados de la investigación a otros entornos.

Confirmabilidad o reflexividad: Conocido también como neutralidad u objetividad, incluye asegurar la exactitud de la descripción proporcionada por los participantes

Relevancia: Permite evaluar el conociemiento de la problemática y su hubo o no una repercusión positiva en la población estudiada, junto con ello evalúa si se logro cumplir con los objetivos planteados en el proyecto.

## III. RESULTADOS

### 3.1. Resultados en tablas y figuras

En este punto se dan a conocer los resultados hallados sobre el nivel de depresión de los adultos mayores, del mismo modo, con la finalidad de triangular los resultados se evidencian los datos obtenidos de los familiares de los adultos mayores.

#### 3.1.1. Resultados de los adultos mayores

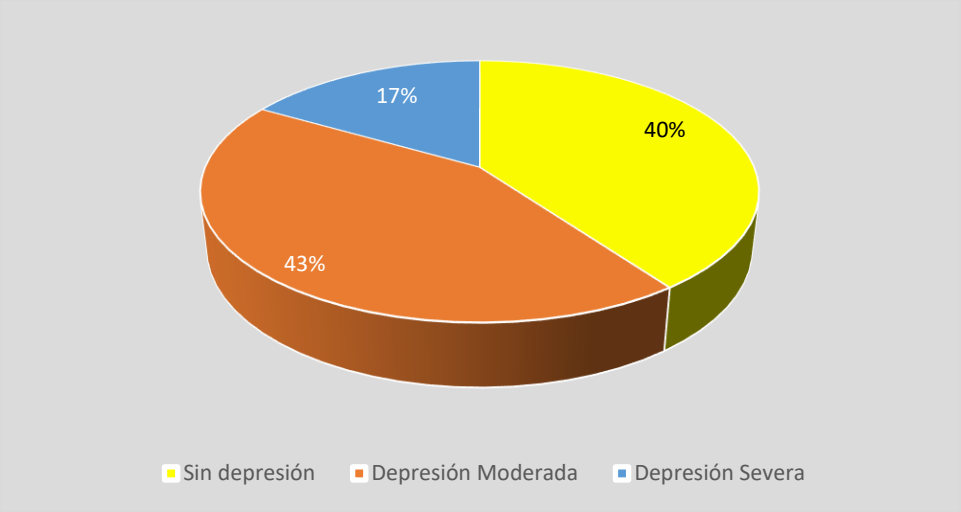
**Tabla 5**

*Frecuencia y porcentaje del nivel de depresión en el adulto mayor.*

| Niveles | Fi | % |
|---|---|---|
| Sin depresión | 12 | 40% |
| Depresión Moderada | 13 | 43% |
| Depresión Severa | 5 | 17% |
| Total | 30 | 100,00 |

**Figura 1**

*Nivel de depresión en adultos mayores*




En la tabla 3 y figura 1 se observa que, el 43% de adultos mayores presenta depresión moderada, seguido del 40% que manifiesta no evidenciar sintomatología depresiva y por último un 17% de adultos mayores refiere depresión severa; como bien se describe, hay un porcentaje significativo de adultos mayores que están experimentado sintomatología relacionada al ánimo y cognición.

### 3.1.2. Resultados de los familiares de los adultos mayores

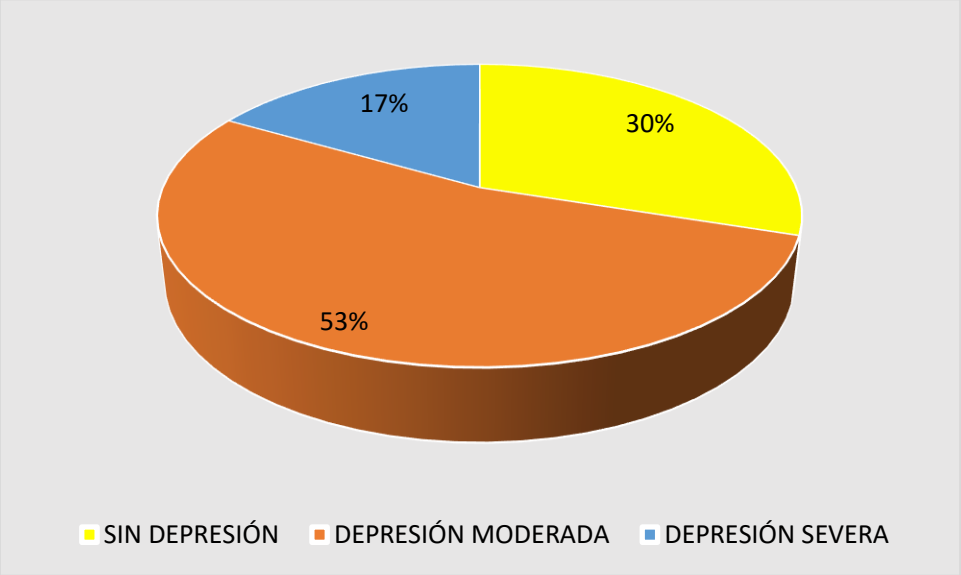
**Tabla 6**

*Frecuencia y porcentaje del nivel de depresión en el adulto mayor según la percepción de sus familiares*

| Niveles | Fi | % |
|---|---|---|
| Sin Depresión | 9 | 30% |
| Depresión Moderada | 16 | 53% |
| Depresión Severa | 5 | 17% |
| Total | 30 | 100% |

**Figura 2**

*Nivel de depresión en adultos mayores según la percepción de sus familiares*




En la tabla 4 y figura 2 se observa que un 53% de los familiares indican que los adultos mayores presentan una depresión moderada, asimismo, se observa que un 17% indica que los adultos mayores tienen depresión severa, por tanto, los familiares están evidenciando indicadores de alteración en el estado de ánimo y cognición de los adultos mayores asistentes al centro de salud.

### 3.2. Discusión de resultados

En el presente estudio se buscó realizar un análisis del estado actual de la depresión en el adulto mayor quienes asistían al centro de salud de Túcume, la finalidad de ello fue proponer, validar y aplicar parcialmente un programa cognitivo conductual, en el presente acápite se discutirán los resultados encontrados con el instrumento aplicado.

Al diagnosticar el estado actual de los niveles de depresión en los adultos mayores se encontró que, el 40% no presenta depresión, el 43% presenta depresión moderada y un 17% depresión severa. Es preciso señalar que, se encontró cierta similitud en los resultados obtenidos en los familiares de los adultos mayores, pues ellos también evidencian al nivel de depresión moderado con mayor porcentaje (53%), seguido de sin depresión 30% y nivel severo de depresión 17%.

Los resultados hallados, difieren con lo encontrado por Lliguisupa et al. (2020), pues manifestaron en su estudio que existe mayor predominancia en la categoría sin síntomas de depresión (53.7%), asimismo, Ibarra (2019), halló también que un 40% de adultos mayores presentaban un nivel leve de depresión, por otro lado, en México, el estudio dado por Maldonado et al. (2019), indicó que un 69.9% de los adultos mayores no presentaban depresión.

No obstante, así como se ubicaron diferencias con los estudios antes señalados, algunos estudios a nivel nacional no presentan mucha diferencia, puesto que ubican a los adultos mayores en un nivel severo y moderado de forma predominante, es el caso de Somoza (2018) que en una investigación en Chimbote concluyó que, 64,7% de los evaluados evidenció un nivel de depresión moderada, el 11,8% severa y el 23,5% manifestó no tener depresión.

Asimismo, en la investigación presentada por Polar (2019) en el departamento de Madre Dios se evidenció porcentajes significativos para la depresión concluyendo que, que, el 13,04% de los adultos mayores presentan depresión leve, el 30,43% moderada y el 56,52% grave. Se suma a ello, un estudio realizado en Lima por Martínez en el 2019, los datos hallados en los adultos mayores evidenciaron sintomatología depresiva en mayor porcentaje, concluyendo que, 52% manifiesta depresión moderada, el 22% depresión severa y el 26% no presentó depresión.

De igual modo Mauricio y Alfaro (2019) en su investigación en Trujillo, también encontraron porcentajes mayores para determinar depresión en sus evaluados, siendo así que, el 20% registró depresión leve, el 29,2% moderadas, el 37,5% depresión severa y el 13,3% de los estudiados no presentaron depresión.

En tanto en las investigaciones locales, se observa similitud en los datos obtenidos en la presente investigación, tal es así que, Montenegro y Santisteban (2016), en su estudio realizado en el distrito de Mochumí, concluyeron que el 16,7% de los adultos mayores presentan un estado de depresión normal, 37,5% manifiestan depresión moderada y el 45,8% depresión severa.

Así también, se refleja parcial similitud con la investigación realizada por Barrantes y Sosa (2019) en el distrito de San José, los cuales concluyeron que, el 56,4% de los adultos mayores evaluados evidenciaron depresión frente a un 43,6% que no presentó rasgos significativos.

Todo este análisis comparativo entre los porcentajes de depresión en el adulto mayor refleja que a nivel nacional y local los índices de depresión están levemente más elevados, quizá la diferencia no es significativa, pero, se considera fundamental fijar atención sobre dichos puntos, dado a que pueden verse involucrados factores tales como, la falta de programas de intervención en el adulto mayor a nivel nacional.

Con base en lo anterior, es claro que la prevalencia de depresión entre los adultos mayores en el Perú es alta y, con ello se asocia distintos factores de riesgos, tal y como lo plantea Baldeon et al. (2017), entre los factores de riesgo se encuentran el sexo femenino, baja escolaridad, mayores de 75 años, residentes en zonas rurales y población pobre.

De cierta forma, existen algunos países que comparten un índice de depresión elevado, la OMS (2017), ubica al Perú en un porcentaje de 4.8% en depresión, seguido de Colombia con 4,7%, Ecuador 4,6 % y México con 4,2%.

De acuerdo con ello, podemos deducir que, a pesar de que el Perú tiene factores de riesgo similares al resto de países el porcentaje de depresión es levemente mayor y como antes se ha mencionado los factores pueden ser múltiples.

Los adultos mayores son considerados un grupo vulnerable a las alteraciones del estado de ánimo, debido a que pueden estar solos en el hogar, tienen baja interacción, hay degeneración de las funciones cognitivas, muchas veces llegan incluso a ser maltratados,

no es irrelevante que la OMS (2017), haya mencionado que los adultos mayores son propensos al maltrato sea físico, por negligencia o psicológico, obteniéndose que, 1 de cada 10 sufren de maltrato; según reporta esta organización a nivel mundial más del 20% de adultos mayores presentan alguna enfermedad mental, ubicando a la depresión y demencia como las más comunes en este grupo etario (OMS, 2017).

Se considera a la depresión como una problemática generalizada, causante de frecuentes dificultades de salud y discapacidad, es posible que la predominancia en el nivel moderado y el bajo pero significativo porcentaje dado en el nivel severo, se deba a distintas manifestaciones halladas en las atenciones psicológicas realizadas en el centro de salud, en las cuales se hallaron indicadores como: sentimientos de tristeza, de inutilidad, abandono emocional y físico por parte de los hijos, descuido personal, insomnios, sentimientos de vacío y soledad e incluso pensamientos de muerte.

Sin duda alguna a pesar que sea difícil conocer si un adulto padece depresión pues los síntomas volitivos pueden confundirse con la degeneración dado a la edad, debe el clínico e incluso los familiares estar atentos a cualquier diferencia comportamental-afectiva pronta y duradera presentada por los adultos mayores, pues podría prevenirse un episodio depresivo.

Además, tal y como lo menciona Yesavaye (1993), el área volitiva y física en el adulto mayor suele confundirse con los malestares propios de la edad, por ello, el análisis de la depresión sobre el adulto mayor recae en la evaluación del área cognitiva y afectiva, los familiares y el clínico deben fijarse en dichos puntos.

Ahora bien, por todo lo mencionado se considera fundamental la ejecución o desarrollo pronto de programas de intervención a nivel nacional a fin de reducir los síntomas asociados a la depresión; uno de los enfoques que ha generado mayor repercusión sobre variables afectivas es la terapia cognitiva conductual, que bien las sesiones de intervención podrían estar acompañadas de distintas técnicas que contrarresten creencias, desactiven pensamientos automáticos, erradiquen esquemas y activen la conducta a fin de buscar un cambio.

En el próximo acápite se presentará un programa dirigido a los resultados encontrados.

### 3.3. Aporte práctico

En este capítulo se describe la fundamentación, objetivos, planeación estratégica, instrumentación, evaluación y etapas del aporte práctico:

"Programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al centro de salud Túcume"

El programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al centro de salud Túcume, surge con la necesidad de la mejora en la salud mental y por ende la calidad de vida de los adultos mayores los mismos que son considerados personas vulnerables por sus condiciones biológicas y sociales, viviendo en su mayoría en condiciones carentes de recursos económicos, personales, familiares y comunitarios.

En la atención brindada por el servicio de psicología los adultos mayores refieren sentirse tristes por las recientes muertes de familiares o amigos cercanos, abandono de los hijos, sentimientos de soledad, insomnio, inapetencia, manifiestan también sentirse inútiles al no poder cuidar de ellos mismos y al depender económicamente, creen que si ellos muriesen serían una carga menos para su familia. Además, en las entrevistas con ellos se observa descuido personal, vestimenta inadecuada a la estación, semblante decaído, postura encorvada, así como ligera pérdida de la orientación espacial y memoria a corto plazo.

#### 3.3.1. Fundamentación del aporte práctico

La depresión en la actualidad, es un problema frecuente de salud mental causante de generar en quienes la padezcan incapacidades a nivel físico, emocional y social.

Abordar este tema dentro de la población adulto mayor es importante, sobre todo, considerando que es una población en sorprendente crecimiento tal es así que, desde el 2015 hasta el 2050 según lo informado por la OMS en el 2017, la población mundial de 60 años a más se habrá duplicado de un 12% a un 22% general.

Teniendo en cuenta estos datos y a causa de la situación pandémica (COVID-19) la vulnerabilidad de los adultos mayores se ha visto incrementada, generando en ellos sentimientos de soledad debido a la pérdida de familiares y/o amigos cercanos.

En concordancia con el National Institute of Mental Healt (2017), a medida que se envejece se puede atravesar por muchos cambios como problemas médicos, jubilación,

muerte de familiares, abandono por parte de la familia, entre otros, los mismos que conlleven a que los adultos mayores manifiesten sentimientos de intranquilidad, soledad y/o tristeza, siendo estos síntomas duraderos lo cual se convierte en un problema médico por lo que, resulta imprescindible evaluar, diagnosticar y brindar tratamiento a tiempo.

En cuanto a lo mencionado, surge gran interés y relevancia ahondar en el tema de la depresión, sobre todo en los adultos mayores, diseñar y aplicar un programa de intervención en prevención y tratamiento contribuye a que puedan mejorar su calidad de vida.

De este modo, se inicia el programa cognitivo conductual para prevenir la depresión en los adultos mayores con el objetivo de educar nuevas formas de pensamiento y conducta cambiando los hábitos que puedan estar contribuyendo con la depresión. Siendo así, la TCC un tratamiento enfocado en la disfunción cognitiva y la conducta desadaptada.

La TCC es un proceso terapéutico de orden psicológico, la mayoría de técnicas utilizadas son con base científica y experimental y otra parte fundamentadas en la experiencia clínica, es decir, un enfoque empírico siendo este utilizado en casi todo el desarrollo del proceso tanto evaluativo, como en la explicación de la conducta y la intervención; esta terapia busca el cambio conductual, cognitivo y emocional enfatizando en la enseñanza de conductas adaptadas las mismas que sustituirán a las desadaptadas cuando se produzcan en determinado momento. Esta terapia pone énfasis en las causas que determinan el comportamiento actual, no obstante, valoriza los antecedentes históricos que resulten determinantes de la conducta actual; se resalta que mide su eficacia considerando los cambios producidos en la conducta tratada a corto y largo plazo, así como la evidencia de dichos cambios en el entorno del sujeto. (Ruiz et al., 2012).

Desde un punto de vista terapéutico se considera a la cognición como el principal punto de abordaje por ser esta el determinante principal de la conducta (Knapp & Beck, 2008).

Cabe señalar que A.T. Beck es hasta el día de hoy uno de los mayores representantes del enfoque cognitivo y el primero en evidenciar la presencia de cogniciones negativas, esto lo condujo a formular el modelo cognitivo de la depresión acompañado de su Terapia Cognitiva de la depresión de Beck la misma que propone que los esquemas interiorizados conducirán a una percepción errónea de la situación (Beck, 1963).

Es así que, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), de acuerdo con la investigación del National Institute of Mental Healt (2017), resulta útil, debido a que incluye dentro de sus modelos de intervención a la terapia de resolución de problemas, la cual resulta eficaz para el tratamiento con personas mayores y mejorar la calidad de vida; junto con ello se recalca que la utilización de este modelo de intervención resulta trascendental y pertinente, debido a que, según la literatura abordaremos la conducta a través de un cambio en el pensamiento lo cual garantiza que la conducta problema sea reemplazada por una conducta adaptada aprendida la misma que será puesta en práctica en todos los aspectos de la vida del paciente, evidenciando cambios a corto y largo plazo.

Por lo tanto, considero que aplicar este programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en adultos mayores contribuirá al mejoramiento de la calidad de vida de los mismos, además de ayudarlos a identificar los pensamientos irracionales que les producen emociones y conductas desadaptativas y desacertadas.

De acuerdo con Yesavaye (1993) propone:

Dimensión Cognitiva: Relacionada con los pensamientos erróneos y negativos que presenta el individuo deprimido. Se espera la reestructuración de estos por pensamientos positivos adecuados a la realidad.

Dimensión conductual: Enmarca la regulación y adaptación de la conducta a circunstancias adversas, la misma que tiene que estar dirigida por los pensamientos ya reestructurados.

Dimensión afectiva: Enmarca los pensamientos erróneos del individuo deprimido ligados a sentimientos de desesperanza e inutilidad.

### 3.3.2. Estructura del aporte práctico

Al haber detectado en los adultos mayores los niveles de depresión de acuerdo con Yesavage en sus 3 dimensiones, y teniendo en cuenta las consecuencias que este trastorno mental puede acarrear en la población tanto a nivel personal como social, se considera importante elaborar un programa cognitivo conductual a fin de disminuir la sintomatología depresiva en esta población con alto índice de crecimiento y vulnerabilidad.

Este programa de intervención psicológica está estructurado en cinco etapas:

Etapa I: Diagnóstico

Etapa II: Objetivo General

Etapa III: Planeación estratégica

a. Fases de la estrategia
b. Técnicas para la ejecución de la estrategia

Etapa IV: Instrumentación

Etapa V: Criterios de evaluación

A continuación, se detalla:

**Etapa I: Diagnóstico**

El programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al centro de salud Túcume, surge de la realización de un diagnóstico hallado mediante la realidad problemática de dicho establecimiento. Por tanto, se presenta el estado actual del objeto y el problema en base al cual se desarrolla el programa.

Los datos fueron obtenidos de 30 adultos mayores asistentes al Centro de Salud de Túcume y 30 familiares cercanos, a los cuales se les aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) y un cuestionario de preguntas estructuradas respectivamente, ambos con la finalidad de medir el nivel de depresión en adultos mayores.

De acuerdo con lo hallado sobre el nivel de depresión en los adultos mayores se obtuvo que el 43% se ubican dentro de un nivel de depresión moderada y un 17% en depresión severa, dato que fue corroborado por los familiares de los encuestados los mismos que según su percepción el 73% de los adultos mayores se encuentran en un nivel moderado de depresión y 17% en un nivel severo.

Cabe mencionar que, únicamente se hará mención a la problemática hallada en esta investigación (Nivel moderado y nivel severo de depresión) por lo que, el presente programa está elaborado con la finalidad de disminuir la sintomatología depresiva en adultos mayores.

En esta etapa se desarrollaron las siguientes acciones:

- Caracterización del nivel moderado de depresión.
- Caracterización del nivel severo de depresión.

**Etapa II: Objetivo general**

Disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al centro de salud Túcume teniendo en cuenta la teoría y técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual.

**Etapa III: Planeación estratégica**

Debido a que el mayor porcentaje de adultos mayores se ubica en un nivel moderado y severo de depresión, se desarrollarán actividades psicoterapéuticas basadas en la Terapia Cognitiva, las cuales están dirigidas a la reestructuración del pensamiento automático – irracional con la finalidad de obtener conductas adaptativas y afectividad saludable.

En el presente programa se describen 4 fases con diversas actividades apoyadas en la Terapia Cognitiva Conductual.

**a. Fases estratégicas**

*Fase 1: Psicoeducación sobre la depresión y establecimiento del encuadre terapéutico:*

Esta fase estará a cargo de la psicóloga, tendrá como objetivo brindar a los adultos mayores información básica de la depresión y sus consecuencias, junto con ello se establecerá el encuadre terapéutico mencionándoles la cantidad y estructura de sesiones a trabajar, duración por sesión, día y hora de las sesiones, junto con ellos se aplica un pre test para evaluar el estado anímico de cada adulto mayor al inicio del taller.

*Fase 2: Sesiones grupales basadas en técnicas cognitivas para disminuir la sintomatología depresiva:*

Esta fase estará a cargo de la psicóloga quien brindará a los adultos mayores técnicas cognitivas con la finalidad de restructurar su pensamiento e ideas irracionales cambiando la visión que se tiene hacia ellos mismos, el mundo y el futuro.

*Fase 3: Sesiones grupales basadas en técnicas conductuales para disminuir la sintomatología depresiva:*

Esta fase estará a cargo de la psicóloga quien brindará a los adultos mayores técnicas conductuales con la finalidad de sustituir conductas desadaptativas por conductas adaptadas a un estilo de vida saludable.

*Fase 4: Sesiones grupales basadas en técnicas emotivas para disminuir la sintomatología depresiva:*

Esta fase estará a cargo de la psicóloga quien brindará a los adultos mayores técnicas emotivas con la finalidad de disminuir la seriedad con la que se visualizan a ellos mismos y los asuntos cotidianos de la vida.

En la elaboración y desarrollo de estas fases se ha tenido en cuenta los niveles de depresión moderado y severo por lo que las técnicas planteadas están dirigidas específicamente al abordaje de la sintomatología depresiva, generando en los adultos mayores una toma de conciencia de sus pensamientos automáticos, sus ideas irracionales, la visión negativa que tienen de ellos mismos, sus conductas desadaptativas y el dramatismo con el que observan los hechos diarios y el futuro con el objetivo de generar en ellos calidad de vida.

Siendo así, las fases establecidas en el presente programa de intervención tienen como finalidad reducir la sintomatología depresiva en los adultos mayores, siendo estas importantes debido a que, fomentarán en ellos una reestructuración de pensamiento y esquemas lo que a su vez permitirá erradicar conductas desadaptativas y una afectividad extremista, debido a que, son estos 3 factores los que acentúan la sintomatología actual.

Se considera fundamental, que la intervención en pacientes depresivos sea efectiva e inmediata con la intención de aliviar los síntomas a la brevedad con la intención de reincorporarse a la sociedad enfatizando en la mejora de su calidad de vida.

Para lograr el desarrollo de estas fases de intervención es importante que los adultos mayores e incluso los familiares estén comprometidos a ser piezas fundamentales del cambio, es decir, ser participativos, mostrarse sin miedo, cumplir con las tareas para casa, asistir puntualmente a las sesiones y compartir ideas y pensamientos con total respeto.

Las sesiones a desarrollar están dirigidas por la psicóloga la misma que llevará acabo las actividades basadas en la Terapia Cognitivo Conductual a fin de reducir la sintomatología depresiva en los adultos mayores.

*Fase 1: Psicoeducación sobre la depresión y establecimiento del encuadre terapéutico*

**Sesión 1:** Conocemos el inicio del cambio

**Objetivo:** Establecer el encuadre terapéutico, brindar información acerca de la depresión.

| FASES | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| Inicio | Se da inicio con la presentación del taller agradeciendo a los participantes por la asistencia.<br>Se les menciona la cantidad de sesiones por las que está formado el taller, la periodicidad y tiempo por sesión.<br>Se hace referencia que vamos a trabajar técnicas para disminuir la sintomatología depresiva que actualmente puedan estar sintiendo, compartir ideas y experiencias personales, por lo que se necesita de su participación, compromiso y respeto mutuo.<br>Finalmente se da la bienvenida y se realiza el encuadre de la primera sesión.<br>Cada sesión tendrá el siguiente esquema:<br>✓ Creación de una agenda<br>✓ Reconocimiento del estado afectivo<br>✓ Todas las sesiones serán a la misma hora<br>✓ Revisión de las tareas llevadas a casa la sesión anterior (Si en caso hubiera)<br>✓ Asignación de nuevas tareas para casa<br>✓ Resumen final.<br><br>De inmediato la psicóloga realiza una dinámica de presentación en la que cada participante empezando por ella deberá mencionar: Nombre, con quiénes vive y si cree que tiene algo personal que quisiera mejorar. |

| | |
|---|---|
| Desarrollo | La psicóloga inicia la exposición del tema preguntando a los adultos mayores si alguna vez han escuchado el término “depresión”<br>Inmediatamente se da una explicación breve de: ¿Qué es depresión?, Consecuencias de la depresión.<br>Inmediatamente se da lectura al siguiente ejemplo:<br>"Una persona duerme sola en casa y de pronto escucha un ruido" 1. Si piensa que es un ladrón ¿Cómo se sentirá?; 2. Si piensa que dejó la ventana abierta y fue la fuerza del viento lo que ocasionó el ruido ¿Cómo se sentirá?<br><br>En seguida se menciona la influencia que tienen nuestros pensamientos sobre mi conducta (Tríada Cognitiva de Beck) |
| Cierre | A modo de finalización se les pregunta a los adultos mayores, ¿Qué aprendieron con la historia?<br>Finalmente, se les invita a asistir de manera puntual la siguiente sesión. |

**Sesión 2:** Aprendo a respirar y relajarme

**Objetivo:** Lograr que los participantes aprendan a relajarse haciendo uso de la respiración profunda

| FASE | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| Inicio | Se da inicio a la sesión saludando a los participantes.<br><br>A manera de dinámica la psicóloga les mostrará una ruleta con los nombres de cada participante, la hará girar y el adulto mayor elegido contará brevemente ¿Cómo se ha sentido en la semana que pasó? y si le sucedió algo nuevo. |
| Desarrollo | La psicóloga a modo de información les menciona que hay pensamientos o situaciones que conllevan a que se sientan intranquilos o inquietos por lo cual hoy aprenderán a autorregularse emocionalmente por medio de la respiración profunda.<br>Se les da las siguientes indicaciones:<br>Sentarse cómodos colocando la mano izquierda en el abdomen y la mano derecha sobre la izquierda, imaginar que su estómago es como una bolsa vacía que mientras respiramos se va inflando, sentir el paso del aire hasta los hombros, inspirar durante 3 a 5 segundos, mantener la respiración por 2 segundos y exhalar el aire lentamente por la boca. Mientras se realiza la respiración repetir interiormente “Mi cuerpo está relajado” |
| Cierre | Preguntar: ¿Cómo se sintieron con el ejercicio? |
| | Se les indica a los adultos mayores que la respiración profunda la van a practicar 3 veces al día, al despertarse, en la tarde y en la noche.<br>Adicional, en su agenda anotar algún suceso en donde hayan hecho uso de la respiración de forma excepcional. |

*Fase 2: Sesiones grupales basadas en técnicas cognitivas para disminuir la sintomatología depresiva*

**Sesión 3:** Soy lo que pienso

**Objetivo:** Lograr que los adultos mayores identifiquen que serán las interpretaciones que le demos a distintas situaciones lo que determinen nuestro actuar.

| FASE | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| Inicio | Se da inicio a la sesión saludando a los participantes.<br>Brevemente iniciamos preguntando ¿Cómo se han sentido en esta semana?, ¿Qué cambios han experimentado haciendo uso de la respiración profunda 3 veces al día?<br>Adicional a ello, a modo de revisión de tarea, se les pregunta a los adultos mayores que nos cuenten si tuvieron un suceso excepcional en el que hicieron uso de la respiración profunda |
| Desarrollo | La psicóloga inicia con la siguiente premisa: Les dan la noticia que un familiar cercano a ustedes ha sufrido un accidente, ¿Qué es lo primero qué piensan?<br>Aleatoriamente y haciendo uso de la ruleta se solicitan opiniones<br>Se brinda la explicación de cómo una misma situación con interpretaciones diferentes puede generar conductas diferentes en algunos casos más adaptativas que en otros.<br>Breve explicación del ABC de Ellis. |
| Cierre | Preguntar: ¿Qué aprendieron de la interpretación de las situaciones? ¿Cómo interpretarán las situaciones cotidianas de ahora en adelante? |
| | Durante esta semana identificar al menos una situación diferente a la rutinaria y anotar en la hoja de registro: Situación, ¿Qué pensó respecto a la situación? Y ¿Cómo actuó? |

**Sesión 4:** Uso mi imaginación y cambio mis pensamientos

**Objetivo:** Lograr que el participante identifique lo absurdo de sus ideas y replantearlas por una más racional.

| FASE | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| Inicio | Se da inicio a la sesión saludando a los participantes.<br>Brevemente iniciamos preguntando ¿Cómo se han sentido en esta semana?, y revisamos la agenda para validar el cumplimiento de la tarea encomendada la semana anterior.<br>Haciendo uso de la ruleta solicitamos aleatoriamente participaciones. |
| Desarrollo | Brevemente la psicóloga explicará ¿Qué son las ideas irracionales?<br>11 ideas irracionales propuestas por Ellis<br><br>1. Necesito amor y aprobación de todas las personas.<br><br>2. Tengo que ser completamente competente y capaz de conseguir todo lo que me propongo para considerar que soy valioso.<br><br>3. Hay personas que son malvadas e inmorales y deben ser castigadas por sus malas acciones.<br><br>4. Es terrible y catastrófico que las cosas no salgan como yo quiero.<br><br>5. No podemos hacer nada para evitar o controlar las desgracias y los sufrimientos.<br><br>6. Cuando ocurre algo amenazante, debo sentirme preocupado y pensar que pasará lo peor.<br><br>7. Es más fácil evitar las dificultades y responsabilidades que afrontarlas.<br><br>8. Debo depender y confiar en alguien más fuerte que yo.<br><br>9. Las experiencias del pasado son determinante e influenciadora de mi conducta actual y futura.<br><br>10. Tengo que preocuparme e interesarme en los problemas de los demás.<br><br>11. Existe una solución para cada problema, pero es horrible y catastrófico no encontrarla.<br><br>La psicóloga menciona a los adultos mayores que traigan a su mente alguna idea irracional e imaginen la situación, se irá preguntando que sienten y qué conductas lo acompañan, seguido a ello se les dirá que mantenga la situación, pero cambien los pensamientos o ideas por |

| | |
|---|---|
| | unas más racionales, se les irá preguntando que sienten y qué ideas lo acompañan. |
| Cierre | La psicóloga preguntará, ¿Qué aprendieron hoy y cómo se sintieron? Se solicita para la siguiente sesión que tengan en su agenda anotadas algunas ideas que ellos consideren irracionales respecto a su situación actual. |

**Sesión 5:** ¡No hay razón!

**Objetivo:** Lograr que el participante identifique lo absurdo de sus ideas y replantearlas por una más racional.

| FASE | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| Inicio | Se da inicio a la sesión saludando a los participantes.<br>Brevemente iniciamos preguntando ¿Cómo se han sentido en esta semana?<br>Adicional a ello, a modo de revisión de tarea, se les pregunta a los adultos mayores, ¿Cuántas ideas irracionales lograron detectar en ellos? Se da lectura y la psicóloga escogerá una idea para ejemplificarla más adelante. |
| Desarrollo | Cada participante mencionará su idea irracional ya elegida anteriormente y con la ayuda de la psicóloga se harán haciendo preguntas para llevar a la idea hasta sus últimas consecuencias, esto con la finalidad que el adulto mayor tome conciencia que muchas de sus ideas tienen resolución absurda y son generadoras de malestar.<br><br>Participante: “Cuando alguien me pide algo no se lo puedo negar, así yo me quede sin nada o no lo tenga lo consigo para dárselo porque no puedo decir no”<br><br>Psicóloga: Vamos a llevar esta creencia tuya hasta las últimas consecuencias. Si llega María y te dice que se ha quedado sin casa y te pide que le regales la tuya, aunque tú no tengas en donde vivir, ¿se la das?, si alguien te pide que todos los manteles que bordes se los regales para que ella los venda y ahí no te de nada de dinero, ¿Lo harías?<br><br>La psicóloga concluirá diciéndole ves que sí eres capaza de decir que no, todo va a depender de las situaciones que se te presente y si puede decir que no a algunas cosas también eres capaz de decir que no a otras. |
| Cierre | Preguntar: ¿Qué aprendieron en la sesión de hoy? ¿Cómo se sintieron? |

**Sesión 6:** Stop a mis pensamientos

**Objetivo:** Lograr que el participante al detectar pensamientos irracionales sea capaz de detener la imaginación y cambiarla por situaciones agradables.

| FASE | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| Inicio | Se da inicio a la sesión saludando a los participantes.<br>Brevemente iniciamos preguntando ¿Cómo se han sentido en esta semana?<br>A modo de dinámica, la psicóloga girará la ruleta, mientras escoge a un participante al azar, la persona escogida tendrá que mencionar 3virtudes de el compañero que fue seleccionado por la ruleta. |
| Desarrollo | Se dará una explicación breve de los pensamientos automáticos<br><br>Son cogniciones negativas, irracionales e inadecuadas que aparecen sin razonamiento previo como si fuesen reflejos, los pacientes los aceptan como válidos y les cuesta detenerlos.<br><br>Mediante ejemplos se explican los errores en la cognición:<br><br>Interferencia arbitraria (Conclusión a la que se llega sin evidencia o con evidencia contraria), abstracción selectiva (A partir de un único momento emitir una valoración a un hecho o experiencia), generalización excesiva (Conclusión extraída de hechos aislados), magnificación y minimización (Incrementar hechos negativos y minimizar los positivos), personalización (Atribución personal de sucesos externos), pensamiento absolutista y dicotómico (Clasificar al mundo y lo que lo rodea en dos opciones).<br><br>La psicóloga menciona a los participantes que cuando detecten algún pensamiento automático que les provoque malestar emocional, digan **STOP** e inmediatamente recreen en su imaginación alguna idea o fantasía agradable. |
| Cierre | Preguntar: ¿Qué aprendieron en la sesión de hoy? ¿Cómo se sintieron?, Solicitar participación de cómo aplicarán la técnica<br>Tarea para casa: En su agenda con la ayuda de algún familiar cercano escribir 10 frases positivas. |

**Sesión 7:** Reconozco y soluciono mis problemas

**Objetivo:** Lograr que el individuo incremente la orientación positiva hacia los problemas o situaciones problemas que se presenten en el quehacer diario.

| FASE | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| Inicio | Se da inicio a la sesión saludando a los participantes.<br>Brevemente iniciamos preguntando ¿Cómo se han sentido en esta semana?<br>A modo de revisión de tarea aleatoriamente muestran su agenda con las frases positivas.<br>Dinámica: Los adultos mayores cubrirán sus manos con temperas, luego las plasmarán en una hoja bond, esperarán que se seque y con plumones escribirán dentro de las manos sus frases positivas.<br><br>Pegarán la hoja en algún lugar visible a ellos. |
| Desarrollo | La psicóloga inicia mencionándoles la importancia de desarrollar una actitud positiva hacia la situación problema y la capacidad para afrontarlo y resolverlo. Para ello se necesita reconocer fortalezas, proveernos de mensajes positivos sin dejar de lado la observación de los obstáculos, las posibles debilidades y consecuencias; es necesario que estemos regulados emocionalmente para reconocer y afrontar mejor los problemas, y la adquisición de la capacidad de pensar antes de actuar.<br><br>Etapas en la resolución de problemas:<br><br>1.Definición y formulación del problema: Recopilar información relevante del problema a partir de hechos reales, posterior a ello establecer metas concretas y realistas que conlleven a su solución.<br><br>2.Generación de alternativas de solución: Este paso está regido bajo dos premisas: Cantidad y diversidad, la primera mientras más soluciones mayor probabilidad de encontrar una apropiada y mientras mayor sea la diversidad más potencial de adaptación a los factores implicados en el problema, así, la diversidad y cantidad ayudan a combinar elementos de distintas soluciones hasta llegar a la solución óptima.<br><br>3.Toma de decisiones: Consiste en elegir una alternativa de solución valorando las ventajas y desventajas, una vez elegida la alternativa de evalúa con las siguientes preguntas: ¿La idea es práctica y la puedo realizar?, ¿Es realista?, ¿Cuánto tiempo se necesita?, ¿Las consecuencias de la puesta en práctica, llevan a resolver el problema?, ¿Lo puedo hacer yo solo necesito de alguien más?<br><br>4.Implementación de la solución y verificación: Se planifica la puesta en práctica de la solución elegida y se valorarán los resultados de |

| | |
|---|---|
| | acuerdo a la ejecución, auto evaluación, auto observación y auto reforzamiento. La ejecución es la puesta en práctica de la solución, la auto observación hace referencia a la observación de la conducta en la ejecución de la solución y los resultados obtenidos, la auto evaluación compara el resultado obtenido con el resultado preestablecido, se pasa al auto reforzamiento en caso de que los resultados obtenidos se adecuen a los preestablecidos, caso contrario, revisar las fases anteriores. |
| Cierre | Preguntar: ¿Qué aprendieron?, ¿Qué pasos debo seguir en la técnica resolución de problemas? |

**Sesión 8:** El poder de dirigir mis pensamientos

**Objetivo:** Lograr que el participante aprenda a utilizar las auto instrucciones en situaciones activadoras.

| FASE | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| Inicio | Se da inicio a la sesión saludando a los participantes.<br>Brevemente iniciamos preguntando ¿Cómo se han sentido en esta semana?<br>La psicóloga organizará a los participantes en pareja y dará la siguiente consigna: "Uno de los 2 participantes será un humano y el otro actuará como si fuese un espejo, el participante que haga de espejo tendrá que imitar los movimientos que realice el humano, se intercambiarán los roles después de 2 minutos" |
| Desarrollo | Breve explicación de ¿Qué son las auto instrucciones?<br><br>Son estrategias metacognitivas las cuales tienen como objetivo favorecer la autorregulación de la conducta, favoreciendo la confianza en las propias capacidades interrumpiendo la aparición de pensamientos automáticos.<br><br>Se les indica a los adultos mayores que en hojas pequeñas de colores escriban cada paso para la resolución de problemas vistos la semana pasada. |
| Cierre | Cada participante dará lectura a sus auto instrucciones, finalmente se da la consigna que se las aprenden y las recuerden en situaciones activadoras. |

*Fase 3: Sesiones grupales basadas en técnicas conductuales para disminuir la sintomatología depresiva*

**Sesión 9:** Estableciendo rutinas

**Objetivo:** Organizar un horario para cada participante desde que se levanta hasta que se acuesta para asegurar que esté la mayor parte del tiempo ocupado.

| FASE | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| Inicio | Se da inicio a la sesión saludando a los participantes.<br>Brevemente iniciamos preguntando ¿Cómo se han sentido en esta semana?, ¿Qué es lo que han aprendido hasta el momento?, ¿Qué es lo que más recuerdan o lo que están usando con más frecuencia de las 8 sesiones anteriores? |
| Desarrollo | Breve explicación de ¿Qué es una rutina?<br><br>Significa **costumbre** o un hábito; una rutina se va adquiriendo al repetir una misma tarea o actividad muchas veces, implica práctica y con el tiempo se desarrollará de forma casi automática sin necesidad de hacer uso del razonamiento.<br><br>¿Por qué será importante que los adultos mayores tengan rutinas establecidas?<br><br>Cada participante tendrá una cartulina en la que deberán armar un horario desde que se levantan hasta que van a dormir con la finalidad de establecer una rutina que se tendrá que cumplir diariamente.<br><br>El horario tendrá una división cuadriculada establecida por días con la finalidad que el adulto mayor marque con un check si se cumplió con lo establecido o un aspa si no se logró. |
| Cierre | Generar compromiso<br><br>Se les menciona que ese horario tiene que estar pegado en un lugar visible de su casa, se le pregunta a cada uno en dónde lo pondrán y se comprometen a seguirlo diariamente.<br><br>Tarea para casa<br><br>Separar en su rutina diaria un tiempo aproximado de una hora para pintar una mandala. |

**Sesión 10:** Aprendiendo un nuevo pasatiempo

**Objetivo:** Enseñar a los adultos mayores a que aprendan un nuevo pasatiempo con la finalidad de mantener su mente ocupada la mayor parte del día.

| FASE | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| Inicio | Se da inicio a la sesión saludando a los participantes.<br>Brevemente iniciamos preguntando ¿Cómo se han sentido en esta semana? ¿Cómo les fue en el cumplimiento de su horario?<br>A modo de revisión de tarea los adultos mayores muestran sus mandalas pintadas |
| Desarrollo | Breve explicación:<br><br>¿Por qué es importante mantener mi mente ocupada y aprender algo nuevo?<br><br>Empezaremos reflexionando acerca de la siguiente frase: "El aburrimiento ha logrado más suicidios que la desesperación"<br><br>Mantener la mente ocupada conlleva a que las personas sientan felicidad, además asevera que, el ocio motivador junto a la necesidad de ganarse la vida ayuda a combatir la depresión.<br><br>Se le invita a un colaborador el cual les enseñará a los adultos mayores a tejer una pulsera con hilo naylon, se les enseña a los participantes la variedad de colores y textura del hilo, los diferentes modelos de pulsera y se les da una explicación general de las herramientas y técnicas que usarán para tejer la pulsera, se les menciona también los precios de los distintos modelos por si ellos quisieran hacerlas para vender.<br><br>Posterior a ello, se les enseña la pulsera que aprenderán a tejer la siguiente sesión. El colaborador solicita que para la siguiente sesión traigan una tabla de 3cm x 15cm con 2 clavos en cada extremo. |
| Cierre | Se les pregunta: ¿Qué expectativas tienen para la siguiente sesión? |

**Sesión 11:** Mente ocupada, mente feliz

**Objetivo:** Enseñar a los participantes a tejer una pulsera de nylon con la finalidad que tengan con qué distraerse en sus ratos libres

| FASE | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| Inicio | Se da inicio a la sesión saludando a los participantes.<br>Brevemente iniciamos preguntando ¿Cómo se han sentido en esta semana?<br>Revisión de los materiales encargados la semana anterior; cada adulto mayor muestra su hilo y su tabla. |
| Desarrollo | Instrucciones de lo general a lo particular para elaborar la pulsera<br><br>El colaborador dará inicio a la explicación de la elaboración de la pulsera y junto con la psicóloga irán validando la comprensión de las instrucciones y el progreso<br><br>Pasos para la elaboración:<br><br>Tomar el nylon y cortar 2 pedazos de 40 cm cada uno.<br><br>Doblar los hilos formando un semi circulo.<br><br>Después vas haciendo un círculo y los amarras en nudos simples, cuando sientas que estás a la mitad del largo total de tu pulsera insertar el dije.<br><br>Una vez terminado, unir los extremos para cerrar la pulsera. |
| Cierre | Se les solicita opiniones acerca del pasatiempo aprendido.<br><br>Tarea para casa: Enseñar a tejer la pulsera a un miembro de su familia |

**Sesión 12:** Entreno mis habilidades, aprendo a comunicarme asertivamente

**Objetivo:** Lograr que los participantes aprendan a comunicarse y reconozcan la importancia del uso de la comunicación asertiva.

| FASE | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| Inicio | Se da inicio a la sesión saludando a los participantes.<br>Brevemente iniciamos preguntando ¿Cómo se han sentido en esta semana? ¿A qué miembro le enseñaron a tejer la pulsera y qué les comentó al respecto?<br><br>La psicóloga con la ayuda de la ruleta seleccionará una emoción y el participante elegido la representará con gestos. |
| Desarrollo | Brevemente se presenta:<br><br>¿Qué es la comunicación?<br><br>La comunicación es el hecho consciente de transmitir información u opiniones distintas entre dos o más personas.<br><br>Tipos de comunicación:<br><br>De acuerdo con El Departamento de Salud de Rhode Island (2016) Existen tres tipos básicos de comunicación:<br><br>Comunicación pasiva: La utilizan las personas que no expresan necesidades, posturas ni opiniones y si lo hacen suelen estar siempre de acuerdo con los otros, aunque vaya contra sus propias creencias o deseos.<br><br>Comunicación asertiva: La utilizan las personas que expresa sus necesidades, deseos y opiniones. Centrada en entender a la otra persona antes de manifestar sus sentimientos.<br><br>Comunicación agresiva: La utilizan las personas que expresa necesidades, deseos u opiniones de forma hostil. Impone su forma de pensar ignorando opiniones o sentimientos contrarios a los propios. |
| Cierre | La psicóloga les recreará una situación y ellos mencionarás las posibles respuestas de acuerdo al tipo de comunicación.<br><br>Aleatoriamente los participantes mencionarás la importancia de hacer uso de la comunicación asertiva.<br><br>Tarea para casa: Identificar alguna situación en la que hayan hecho uso de la comunicación asertiva. Anotarla en su agenda. |

**Sesión 13:** Entreno mis habilidades, Me reinvento

**Objetivo:** Crear y fomentar en los participantes cualidades resilientes.

| FASE | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| Inicio | Se da inicio a la sesión saludando a los participantes.<br>Brevemente iniciamos preguntando ¿Cómo se han sentido en esta semana?<br>A modo de revisión de tarea los adultos mayores comentan su experiencia haciendo uso de la comunicación asertiva. |
| Desarrollo | Breve explicación del tema:<br>¿Qué es la resiliencia?<br>Es el saber afrontar la adversidad de forma constructiva. Saber adaptarse, ser flexible y salir fortalecido de la situación problema.<br>Ocho cualidades de la persona resiliente:<br>Autoconocimiento y autoestima<br>Empatía<br>Autonomía<br>Afrontamiento positivo de la adversidad<br>Conciencia de presente y optimismo<br>Flexibilidad y perseverancia<br>Sociabilidad<br>Tolerancia a la frustración y a la incertidumbre<br>Se presenta un video de una situación problema en la que los protagonistas hayan hecho uso de la resiliencia. Testimonios. |
| Cierre | Aleatoriamente los participantes manifestarán opiniones de lo aprendido en sesión.<br>Tarea para casa<br>Identificar alguna situación en la que consideraron ser resilientes, anotarla en su agenda |

*Fase 4: Sesiones grupales basadas en técnicas para emotivas disminuir la sintomatología depresiva*

**Sesión 14:** Perdiendo la vergüenza le creo ritmo a mi canción

**Objetivo:** Lograr que los participantes disminuyan el exceso de seriedad con la que toman las situaciones diarias.

| FASE | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| Inicio | Se da inicio a la sesión saludando a los participantes.<br>Brevemente iniciamos preguntando ¿Cómo se han sentido en esta semana?<br>A modo de dinámica la psicóloga solicitará voluntarios los cuales tendrás que contar una anécdota vergonzosa o imitar a un animal haciendo sonidos y conductas. |
| Desarrollo | Breve explicación del tema<br>Beneficios del sentido del humor<br>Cinco razones fundamentales por la que es beneficioso el sentido del humor:<br>Entre las muchas<br>1. Facilita la aceptación de los errores propios.<br>2. Facilita el distanciamiento emocional y ayuda a ver los problemas con mayor objetividad.<br>3. Ayuda a no dramatizar los acontecimientos diarios de la vida.<br>4. Sirve como procedimiento distractivo ayudando a interrumpir pensamientos negativos o autodestructivos.<br>5. Elimina patrones habituales de funcionamiento desadaptativo por otros más adaptados. |
| Cierre | Estará proyectada la letra de la canción "Mis pensamientos", con ayuda de todos y sin miedo a la vergüenza iremos creándole el ritmo a la canción y la aprenderemos. |

**Sesión 15:** La vida con humor es mejor

**Objetivo:** Lograr que los adultos mayores aprendan a reírse incluso de ellos mismos y de la vida.

| FASE | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| Inicio | Se da inicio a la sesión saludando a los participantes.<br>Brevemente iniciamos preguntando ¿Cógmo se han sentido durante estas semanas de trabajo? |
| Desarrollo | Dinámica de inicio: "El payaso manda"<br>Con la ayuda de un video de un payaso, iremos imitando las acciones que él nos manda, con la finalidad de generar el humor entre el equipo. |
| Cierre | Opiniones breves de ¿cómo se sintieron riéndose de ustedes mismos?<br>Aplicación del post test.<br>Se agradeces por su asistencia durante la ejecución de cada sesión. |

**b. Técnicas para la ejecución del programa**

De acuerdo con lo establecido en el marco teórico y en el desarrollo de las sesiones, la propuesta de la Terapia Cognitiva Conductual se divide en 3 grupos:

Técnicas Cognitivas

*Técnicas basadas en la imaginación:* Utilizada habitualmente para explicar cómo influyen los pensamientos en las emociones y conducta. Consiste en indicarle al paciente que recree en su mente una situación en particular e ir preguntando qué es lo que siente y cómo reacciona antes esa situación, inmediatamente solicitarle que mantenga la situación, pero cambie los pensamientos y hacer las mismas preguntas

*Parada de imágenes:* Se solicita al paciente que cuando evidencie algún recuerdo que le genere malestar emocional, de un golpe fuerte o diga “alto” e inmediatamente evoque imágenes o fantasías agradables.

*Reducción al absurdo:* Consiste en lleva la creencia irracional a la consecuencia extrema, con la finalidad que el paciente identifique lo absurdo de la idea e intente reformularla.

*Solución de problemas:* Está dirigida a incrementar en el individuo la habilidad para solucionar problemas, es decir, hacer frente a hechos estresantes en la vida, buscando encontrar soluciones más adaptativas y eficientes, es importante debido a que, previene la recaída y mejora la calidad de vida.

*Auto instrucciones:* Consiste en ir generando durante las sesiones una serie de autoinstrucciones las cuales deberán ser aprendidas y utilizarla en algún momento activador de la conducta. Se solicita al paciente que las escriba en tarjetas y las repase hasta aprendérselas.

Técnicas Conductuales

*Actividades programadas:* Consiste en establecer una agenda u horario concreto de actividades y revisarlos regularmente.

*Asignación gradual de tareas:* Consiste en enseñar al paciente una nueva actividad, yendo de los general a lo particular.

*Técnicas de distracción:* Consiste en alguna actividad agradable que el paciente pueda aprender con la finalidad que las pueda ejecutar aliviando la atención de las molestias.

*Entrenamiento en habilidades específicas:* Se educa al paciente en habilidades se consideren presentan déficits.

Técnicas afectivas

*Técnicas humorísticas:* Se consideran importantes debido a que, de acuerdo con Ellis la mayoría de perturbaciones se dan por tomarse los asuntos cotidianos con demasiada seriedad, frecuentemente se suelen utilizar, historias, lemas, chistes, parábolas, poemas, entre otros.

**Etapa IV: Instrumentación**

A continuación, se detallan las actividades llevadas en el programa

| Nº | Responsable | Actividad | Producto | Plazo a ejecutar |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Investigador | Diagnóstico de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Túcume | Aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) a los adultos mayores y la creación y aplicación de un cuestionario a los familiares cercanos de los adultos mayores. | Octubre |
| | | Diseño y presentación del programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en adultos mayores que asisten al centro de salud Túcume.<br><br>Selección de grupo y puesta en acción del programa | Programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en adultos mayores<br>Acta de presentación del programa | Octubre a Diciembre |
| 2 | Investigador Psicóloga | Ejecución del programa | Resolución de aplicación del programa y consentimiento informado. | Enero |
| 3 | Psicóloga | Aplicación de sesiones de psicoeducación | Manual Cognitivo Conductual<br><br>Guía de sistema de actividades elaboradas y propuestas como fases.<br><br>Se toma como pre test el instrumento usado en el diagnóstico. | Enero |
| 4 | Psicóloga | Aplicación de sesiones con técnicas cognitivas | Manual Cognitivo Conductual<br><br>Guía de sistema de actividades elaboradas y propuestas como fases | Enero |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5 | Psicoterapeuta | Aplicación de sesiones con técnicas conductuales | Manual Cognitivo Conductual<br><br>Guía de sistema de actividades elaboradas y propuestas como fases | Febrero |
| 6 | Psicoterapeuta | Aplicación de sesiones con técnicas emotivas | Manual Cognitivo Conductual<br><br>Guía de sistema de actividades elaboradas y propuestas como fases | Marzo |
| 7 | Investigadora | Resultados del postest | Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) y cuestionario a familiares | Abril |

**Etapa V: Evaluación del programa**

La evaluación será realizada evidenciando asistencias, participación de los adultos mayores y la realización de las tareas para casa.
El psicólogo debe evaluar progresos en:

- Mejoramiento del estado anímico de los adultos mayores.

Cabe resaltar que a fin de evaluar la disminución de la sintomatología depresiva se toma como referencia inicial al programa los datos obtenidos en el diagnóstico.

## 3.4. Valoración y corroboración de los resultados

### 3.4.1. Valoración de los resultados

Se seleccionaron 3 expertos para determinar la validez del programa, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Contar como mínimo con el grado de magister.
- De 5 a más años de experiencia clínica.
- Manejo de herramientas para la intervención clínica.

Para el análisis de la validez se consideró la siguiente escala:

| | |
|---|---|
| 5 | Bastante adecuado |
| 4 | Muy adecuado |
| 3 | Adecuado |
| 2 | Poco adecuado |
| 1 | No adecuado |

**Tabla 7**

*Calificación de los jueces al aporte práctico*

| Indicador | Experto 1 | Experto 2 | Experto 3 |
|---|---|---|---|
| Nº1: Novedad científica del aporte | 4 | 4 | 4 |
| Nº2: Pertinencia de los fundamentos teóricos del aporte práctico | 5 | 4 | 5 |
| Nº3: Nivel de argumentación de las relaciones fundamentales aportadas en el desarrollo del aporte práctico | 4 | 4 | 4 |
| Nº4: Nivel de correspondencia entre las teorías estudiadas y el aporte práctico de la investigación | 5 | 4 | 4 |
| Nº5: Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del aporte práctico propuesto | 4 | 4 | 5 |
| Nº6: Posibilidad de aplicación del aporte práctico | 5 | 4 | 5 |
| Nº7: Concepción general de aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de los actores del proceso en el contexto. | 5 | 4 | 5 |
| Nº8: Significación práctica del aporte | 4 | 4 | 5 |
| Puntaje total | 36 | 32 | 37 |

En la tabla 5 se observa que, la calificación de los jueces al aporte práctico varía en puntajes de 5 y 4, dato que nos lleva a interpretar que el programa cognitivo conductual

es válido novedad, pertinencia, argumentación, correspondencia, finalidad, posibilidad de aplicación, concepción general y significación de lo diseñado.

### 3.4.2. Ejemplificación de la aplicación del aporte práctico.

La aplicación parcial del programa de intervención de realizó en el mes de enero del 2021 (sesión 1, 2 y 3), las cuales previa coordinación con los familiares de los adultos mayores se realizó mediante la plataforma virtual meet.

Se aplicó la primera fase del programa *Psicoeducación sobre la depresión y establecimiento del encuadre terapéutico* en la que se desarrolló lo siguiente:

- Encuadre terapéutico.
- Psicoeducación acerca de la depresión y sus consecuencias.
- Técnica para aprender la respiración profunda.

Se aplicó también la sesión 3 correspondiente a la fase 2 del programa *Sesiones grupales basadas en técnicas cognitivas para disminuir la sintomatología depresiva,* en la que se desarrolló lo siguiente:

- Encuadre de la sesión.
- Identificación de las ideas irracionales.
- Identificación y comprensión de cómo influyen los pensamientos y la percepción de distintas situaciones en la conducta y emociones.

### 3.4.3. Corroboración estadística de las transformaciones logradas

Se desarrolló la primera fase (sesión 1y 2) y el inicio de la segunda fase (sesión 3)

Mediante el post test aplicado se obtuvieron los siguientes resultados:

**Tabla 8**

*Resultados comparativos del pre y postest.*

| Categoría | Pretest | | Postest | |
|---|---|---|---|---|
| | fi | % | fi | % |
| Sin depresión | 12 | 40% | 13 | 43% |
| Depresión Moderada | 13 | 43% | 15 | 50% |
| Depresión Servera | 5 | 17% | 2 | 7% |
| Total | 30 | 100% | 30 | 100% |

En la tabla 6 se puede apreciar que después de la ejecución de las 3 primeras sesiones hubo un cambio significativo en los adultos mayores, siendo así que, antes del desarrollo teníamos un porcentaje de 17% en depresión severa lo cual ha disminuido a un 10% pasando estos adultos mayores de un estado depresivo severo a moderado, del mismo modo antes de la ejecución se observaba el 40% de adultos mayores sin depresión lo que después de la ejecución subió a un 43% pasando un adulto mayor de depresión moderada al estado sin depresión o en su defecto sintomatología menos marcada.

## IV. CONCLUSIONES

Se diseñó un programa basado en la terapia cognitivo conductual con la finalidad de disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores, dicho programa fue validado por tres expertos en el tema y parcialmente aplicado. (sesión 1, 2 y 3).

La caracterización epistemológica del proceso de la terapia cognitivo conductual indica que adquiere sus bases a partir del desarrollo científico de la psicología y toma las aportaciones de la psicología del aprendizaje para la comprensión y control de la conducta, de ahí que, el objetivo principal radica en el interés por la conducta desadaptada

Se determinó las tendencias históricas el proceso de la terapia de cognitiva conductual entendida en base a 3 generaciones: Primera generación: Derivada de los principios clásicos y operantes del aprendizaje; segunda generación: influencia por las variables cognitivas en los modelos de comportamiento, se muestran acercamientos terapéuticos y de intervención; tercera generación: reúne aspectos terapéuticos constructivistas y contextuales.

En cuanto a los niveles de depresión, los adultos mayores evidenciaron encontrarse dentro de un episodio depresivo moderado debido a que fue el nivel con mayor porcentaje (43%), seguido del nivel sin depresión (40%) mientras que, el 17% manifestó estar ubicado en un nivel severo de depresión.

De acuerdo a la percepción de los familiares de los adultos mayores en cuanto a los niveles de depresión, los ubicaron en un 73% depresión moderada, 17% depresión severa y 10% sin depresión.

El programa elaborado fue validado por tres expertos, los mismo que especificaron que las actividades y técnicas utilizadas se ubican en las categorías muy adecuado y adecuado para ser aplicado.

Se ejecutó parcialmente el programa, encontrándose resultados favorables, siendo así que el 17% de adultos mayores que presentaban depresión severa se redujo a un 7% del total.

## V. RECOMENDACIONES

Se sugiere que la psicóloga encargada del departamento de psicología del centro de salud pueda continuar con la ejecución del programa a fin de reducir la sintomatología depresiva en los adultos mayores.

Se recomienda que una vez concluído el programa, se realice con los usuario telemonitoreo con la finalidad de evitar recaídas.

Se recomienda realizar futuras investigaciones en las distintas etapas de desarrollo con relación a la variable depresión, debido a que es importante abordar el tema siendo este considerado un problema de salud pública.

## VI. REFERENCIAS


Acosta, A. (2016). *Prevalencia de depresión en el adulto mayor en los centros de vida en Cartagena*. Universidad de Cartagena. (Tesis de pregrado). Cartagena. http://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/3098/PREVALENCIA%20DE%20DEPRESION%20EN%20LOS%20CENTROS%20DE%20VIDA%20DE%20CARTAGENA%20INFORME%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ambrose. S, Bridges. M, DiPrieto. M, Lovett. M, Korman. M, Mayer. R, (2010). *Cómo funciona el aprendizaje: siete principios basados en la investigación para una enseñanza inteligente*. España: Samtiend. https://www.wiley.com/en-us/How+Learning+Works%3A+Seven+Research+Based+Principles+for+Smart+Teaching-p-9780470484104

Arias, C. (2012). Enfoques teóricos sobre la, percepción que tienen las personas. *Horizonte Pedagógico,* Vol 8 (1). 13-19. file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-EnfoquesTeoricosSobreLaPercepcionQueTienenLasPerso-4907017.pdf

Barrantes,E. (2019). *Prevalencia del síndrome depresivo y factores determinantes en adultos mayores del distrito San José, Lambayeque febrero 2018 –febrero 2019.* Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo (Tesis de pregrado). Lambayeque. http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/3877/BC-TES-TMP-2759.pdf?sequence=1&isAllowed=y

BCC News Mundo (2018). *Qué hay detrás de la "extraordinaria" reducción de las tasas de fecundidad en el mundo (y por qué los expertos no se lo esperaban).* Documento de sitio Web. https://www.bbc.com/mundo/noticias-46148571

Becerra, S. (2018). *Depresión en adultos mayores del Asilo San José de Casma, 2018.* Universidad San Pedro. (Tesis de pregrado). Casma. http://publicaciones.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/9030/Tesis_60381.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Blouin, C. (2018). La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política. Lima, Perú: Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú (Tesis de pregrado). Lima.

https://cdn01.pucp.education/idehpucp/wp-content/uploads/2018/11/23160106/publicacion-virtual-pam.pdf

Brunier, A. (30 de marzo de 2017). *"Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad.* Ginebra/Washington. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es

Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, vol 29. (6). 15 - 22. Doi: http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408

Campos. G, Lule. M, (2012). La observación, un método para el estudio de la realidad. *Revista Xihmai,* Vol VII (13). 55-68. file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-LaObservacionUnMetodoParaElEstudioDeLaRealidad-3979972.pdf

Canitas (2019) ¿A qué edad se considera Adulto Mayor? Documento de sitio web. *Canitas.* https://canitas.mx/guias/a-que-edad-se-considera-adulto-mayor/

Chávez. N, Jiménez. K, Téllez. A, Maldonado. G, Cano. E, Vélez. G, (2019). Nivel de depresión del adulto mayor que asiste a un Centro Gerontológico. *XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan.* Vol 28 (14). 122- 131. https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/xikua/article/view/4319/6338

Del Piélago, A.F. (2917). *Asociación entre déficit cognitivo y estado afectivo en adultos mayores atendidos en dos establecimientos de salud. La Victoria, Chiclayo. Octubre 2016 – febrero 2017* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque. http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/950/BC-TES-5731.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Depresión: alrededor de 1 millón 700 mil peruanos la sufren (14 de junio de 2016). *RPP Noticias.* Documento de sitio Web. https://rpp.pe/vital/expertos/la-depresion-es-el-trastorno-mas-comun-en-el-peru-noticia-971106

Díaz. M, Villalobos. A, Ruiz. A. (S.F). *Manual de Técnicas de intervención cognitivo Conductuales.* España: Descleé de Brouwer.

file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/MANUAL_DE_TECNICAS_DE_INTERVENCION_COGNI.pdf

Díaz. L, Torruco. U, Martínez. M, Varela. M (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica,* vol 2 (7). 33- 46. http://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v2n7/v2n7a9.pdf

Envejecimiento y Salud (05 de febrero de 2018). *Organización Mundial de la Salud.* Documento de Sitio Web. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud

España, cuarto país de Europa con más casos de depresión (03 de octubre de 2018). *Organización Médica Colegial de España.* Madrid. Documento de sitio web. http://www.medicosypacientes.com/articulo/espana-cuarto-pais-de-europa-con-mas-casos-de-depresion

Fachelli. S, López. P (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa*. España: Sabeltos. https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163567/metinvsoccua_a2016_cap2-3.pdf

Figueroa, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 40 (*1), 46-62. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500004

Garrote. P, Rojas. M (14 de febrero de 2015). La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Nebrija, 26*(18). 15-26. https://www.nebrija.com/revista-linguistica/la-validacion-por-juicio-de-expertos-dos-investigaciones-cualitativas-en-linguistica-aplicada.html

Gómez, A.E. (2007). La depresión en el anciano. *Offarm,* vol 26. (9). 121 - 136 https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13111062

Gómez-Angulo, C. & Campo-Arias, A. (2011*).* Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica,* 10 (3). 144 - 156. file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/236-Texto%20del%20art%C3%ADculo-6130-1-10-20111222%20(2).pdf

Hernández. R., Fernández, C, & Baptista. P (2014). *Metodología de la Investigación.* México: McGrawHill. http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf

Ibarra, A. (2019). *Depresión en adultos mayores abandonados en asilos: Hogar de Ancianos "Corazón de María*". Universidad Central del Ecuador. (Tesis de pregrado). Quito. http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/19965/1/T-UCE-0007-CPS-204.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2015). *Reporte nacional y estadísticas en el Perú.* ENSA. Salud y Bienestar. Documento de sitio Web.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2018). *Estadísticas año 2016 – 2018, salud y bienestar en el Perú.* SENIDAD. Documento de sitio web.

National Institutes of Health (2003). *Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*. Letsalud. México. http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf

SISOL Salud (2019). *Lambayeque: En los tres últimos años, casos de salud mental se duplicaron*. Lima. http://www.sisol.gob.pe/lambayeque-en-los-tres-ultimos-anos-casos-de-salud-mental-se-duplicaron/

El Peruano (2016). Ley 30490. Lima, 21 de julio de 2016. Documento de sitio web. https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/

Lliguisupa.V, Álvarez. R, Bermejo. D, Ulloa. A, Estrada. J, (2020). Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. *Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación,* Vol 8 (1). 136-151. https://incyt.upse.edu.ec/pedagogia/revistas/index.php/rcpi/article/view/310/410

Ministerio de Salud (2018). *Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental Perú 2018. (RM N° 935 – 2018/ MINSA). Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de Salud Mental-Lima:*

*Ministerio de Salud.* MINSA. Perú. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf

Magallón, M. (2015). Terapia. *Terapia y Pcisología. DidonBe.* Vol 23(15). 33-39. https://www.terapiaypsicologia.com/terapia/que-es-una-terapia

Mateo, A. (2020). Percepción del proceso de envejecimiento y nivel de depresión en adultos mayores atendidos en consultorio de geriatría. Hospital Regional Huacho. Noviembre-2019 (Tesis de pregrado) Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. Huacho. http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/3944/TESIS%20-%20ANDREA%20MATEO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Martina M, Ara MA, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscoya J. (2015). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *An Fac med.* 2017; 78(4):393-7. DOI: http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14259

Montenegro. J, Santisteban.Y, (2016). *Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado Los Coronados Mochumí – Lambayeque - 2016.*Universidad Señor de Sipán (Tesis de pregrado). Lambayeque. http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/760/MONTENEGRO%20VALDIVIA%20JESSICA%20DEL%20MILAGRO%20y%20SANTISTEBAN%20BALDERA%20YESSICA%20MEDALY.pdf;jsessionid=71F8F78B20C4B28033D27630983553EC?sequence=1

Noreña. A, Alcaraz. N, Guillermo. J, & Rebolledo. D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *CHIA Colombia,* Vol 12 (3). 16-25. http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06.pdf

Núñez. M, Palomino. M (23 de diciembre de 2019). Salud Mental en América Latina. *Panoramas Scholary Plataform.* 36(2). 15-21. https://www.panoramas.pitt.edu/health-and-society/salud-mental-en-am%C3%A9rica-latina

OMS (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.* Catalogación por la Biblioteca de la OMS. Documento de sitio Web

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1

OMS (2017). *La salud mental y los adultos mayores.* Organización Mundial de la Salud. Documento de sitio web. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores

Oquendo, O. (2009). La psicología cognitiva: un manual para compartir, divertirse y aprender. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis». 22*(17). 23-36. http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/176/163

Palomino. R, Peña. M (2019). *Factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores, Curgos 2018.* Universidad Nacional de Trujillo. (Tesis de pregrado). Trujillo. http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/11629/1865.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Polar, S. (2019). *Nivel de depresión en adultos mayores del asilo Apaktone de Madre de Dios.* (Tesis de pregrado) Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios. Madre de Dios. http://repositorio.unamad.edu.pe/bitstream/handle/UNAMAD/541/004-1-9-027.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rivas, M. (2008). *Procesos cognitivos y aprendizaje significativo.* Linformación. México. http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/4809/Procesos%20cognitivos%20y%20aprendizaje%20significativo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Roca, J. (2007). Conducta y Conducta. *Acta comportamentalia.* 21 (15). 111-1236. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/pdf/actac/v15nspe/v15nspea03.pdf

Rodríguez, D. (s.f). Investigación Aplicada. *Lifeder.* Vol 15(3). 25-36 https://www.lifeder.com/investigacion-aplicada/#Ezequiel_Ander-Egg_Hernandez

Sepulveda, S. (2019). *Nivel de depresión en adultos mayores en el asilo "Los hermanos desamparados" sede Callao en el mes de marzo- abril 2018.* Universidad César Vallejo. (Tesis de pregrado). Lima.

http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/35539/B_Mart%c3%adnez_SSJ.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Victoria, J (2012). Desarrollo del pensamiento y teorías cognitivas para enseñar a pensar y producir conocimientos. *Sophía, colección de filosofía de la educación.* 17(12). 26-33. https://www.redalyc.org/pdf/4418/441846101004.pdf

Zarragoita. I, De la Osa. M, Agudin. S, Casañas. M, (2018). La depresión: retos y conflictos en el Siglo XXI. *Interpsiquis.* 22(3). 17-24. https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-13-pon4[1].pdf

Zurita, G. (2019). *Capacidad funcional relacionado con el Nivel de depresión en Adultos mayores del Barrio 4 de noviembre Puno agosto - octubre 2018.* (Tesis de pregrado). Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Juliaca. http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/4443

**Anexos.**

**Anexo 01: Matriz de consistencia**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

*"Programa Cognitivo Conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Túcume"*

| | |
|---|---|
| **MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA** | En el Centro de Salud "Túcume" el 12% de la población atendida está conformada por adultos mayores los cuales provienen del mismo distrito y de los caseríos aledaños.<br>En la atención brindada por el servicio de psicología los adultos mayores refieren:<br>- Sentirse tristes.<br>- Muerte de su cónyuge o amigos cercanos.<br>- Abandono por parte de los hijos o familia cercana.<br>- Sentimientos de inutilidad al no poder cuidar de ellos mismo o de la familia,<br>- Dependencia económica<br>- Cansancio sin realizar esfuerzo físico.<br>- Presentan insomnio o hipersomnia.<br>- Inapetencia.<br>- Sentimientos de soledad.<br>- Pensamientos suicidas o creen que si ellos muriesen sería una carga menos para la familia.<br>Además, en las entrevistas se observa:<br>- Descuido personal.<br>- Ropa inadecuada a la estación.<br>- Ligera pérdida de la orientación espacial.<br>- Disminución de la memoria a corto plazo. |

| | |
|---|---|
| | - Semblante decaído.<br>- Postura encorvada.<br>Así mismo, el cuestionario Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage nos ayudará a determinar si existe o no depresión en los adultos mayores. |
| **PROBLEMA** | Insuficiencias en el proceso cognitivo conductual inciden en el desarrollo de la depresión. |
| **POSIBLES CAUSAS DEL PROBLEMA** | - Falta y/o deficiente intervención práctica a nivel individual y grupal en cuanto a prevención de la depresión en el proceso cognitivo conductual de los adultos mayores.<br>- Insuficiente capacitación e inexistencia de orientación metodológica y práctica en el proceso cognitivo conductual de los adultos mayores por parte del servicio de psicología. |
| **OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN** | Proceso Cognitivo Conductual |
| **OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN** | Elaborar una estrategia cognitivo conductual para prevenir la depresión en los adultos mayores que asisten al Centro de Salud de Túcume. |
| **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** | - Fundamentar epistemológicamente el proceso cognitivo conductual y su dinámica.<br>- Determinar las tendencias históricas del proceso cognitivo conductual y su dinámica.<br>- Identificar el estado actual de depresión en adultos mayores asistentes al Centro de Salud de José Leonardo Ortiz. |

| | |
|---|---|
| | - Elaborar las acciones y planeación de la estrategia cognitivo conductual.<br><br>- Validar por juicio de expertos la estrategia cognitivo conductual que se propone. |
| **CAMPO DE LA INVESTIGACIÓN** | Proceso Cognitivo Conductual. |
| **TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN** | Programa Cognitivo Conductual para prevenir la depresión en los adultos mayores que asisten al Centro de Túcume. |
| **HIPÓTESIS** | Si se elabora una estrategia cognitivo conductual, que tenga en cuenta la relación entre el estado anímico y las circunstancias vitales, se contribuye a prevenir la depresión en los adultos mayores. |
| **VARIABLES** | Variable independiente: Estrategia cognitivo conductual.<br>Variable dependiente: Depresión. |
| **TÉCNICA O MÉTODO** | Entrevista – Cuestionario |
| **INSTRUMENTO** | Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage |

**Anexo 02: Operacionalización de las variables**

**Variable: Terapia Cognitivo Conductual**

| **VARIABLE INDEPENDIENTE** | **DIMENSIONES** | **DESCRIIPCIÓN** |
|---|---|---|
| Terapia Cognitivo Conductual<br><br>La TCC es una actividad terapéutica de carácter psicológico basada en la psicología del aprendizaje.<br>Tiene objeto de estudio la conducta, y sus procesos subyacentes en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional), considerada como actividad susceptible de medición y evaluación en la que se incluyen aspectos manifiestos como encubiertos. (Díaz, Ruiz, Villalobos, 2012) | Introducció n- Fundamenta ción. | Se establece el contexto de la problemática en estudio. Conocimientos que fundamentan la estrategia. Se menciona la teoría en la que se basa el aporte propuesto. |
| | II. Diagnóstico- | Indica el estado real que evidencia el problema. |
| | Planteamiento<br><br>del objetivo general. | Se desarrolla el objetivo general del aporte práctico. Valorar que no responde al objetivo de la investigación. |
| | Planeación estratégica | - Presencia de síntomas depresivos leves.<br>-Presencia de síntomas depresivos moderados.<br>- Presencia de síntomas depresivos severos. |
| | Instrumentación | Explicar cómo será aplicado, condiciones para la aplicación, tiempo, responsables, participantes. |

**Variable: Depresión**

| **Variable Dependiente** | **Niveles** | **Dimensiones** | **Técnicas e instrumentos de la investigación** | **Fuentes de verificación (fuentes de información)** |
|---|---|---|---|---|
| Depresión<br>Es un estado emocional caracterizado por el abatimiento e infelicidad, manifestando en las personas que la padecen sentimientos de tristeza, pérdida de interés en las cosas o actividades u otras acciones negativas las cuales pueden ser permanentes o transitorias.<br>(Yesavage. J, 1988) | Sin depresión<br><br>Depresión moderada<br><br>Depresión severa | Unidimensional | **Técnicas**<br><br>Encuesta:<br><br>Entrevista<br><br>**Instrumento**<br><br>Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS) | -Adultos mayores asistentes al Centro de Salud Túcume Ortiz.<br>-Familiares cercanos a los adultos mayores |

**Anexo 03: Instrumento "Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage"**

Edad: _____ Sexo: M F

**INSTRUCCIONES**

"Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana, por favor responda con Si o No"

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | ¿Está básicamente satisfecho con su vida? | SI | NO |
| 2 | ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses? | SI | NO |
| 3 | ¿Siente que su vida está vacía? | SI | NO |
| 4 | ¿Se encuentra a menudo aburrido? | SI | NO |
| 5 | ¿Tiene esperanza en el futuro? | SI | NO |
| 6 | ¿Tiene pensamientos que le molestan? | SI | NO |
| 7 | ¿Suele estar de buen humor? | SI | NO |
| 8 | ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo? | SI | NO |
| 9 | ¿En general se siente usted feliz? | SI | NO |
| 10 | ¿Se siente a menudo abandonado? | SI | NO |
| 11 | ¿Está muchas veces intranquilo e inquieto? | SI | NO |
| 12 | ¿Prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas? | SI | NO |
| 13 | ¿Se suele preocupar por el futuro? | SI | NO |
| 14 | ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás? | SI | NO |
| 15 | ¿Piensa que es maravilloso vivir? | SI | NO |
| 16 | ¿Se siente a menudo triste? | SI | NO |
| 17 | ¿Se siente inútil? | SI | NO |
| 18 | ¿Se preocupa mucho por el pasado? | SI | NO |
| 19 | ¿Cree que la vida es muy interesante? | SI | NO |
| 20 | ¿Le resulta difícil poner en marcha nuevos proyectos? | SI | NO |
| 21 | ¿Se siente lleno de energía? | SI | NO |
| 22 | ¿Se siente sin esperanza? | SI | NO |
| 23 | ¿Cree que mucha gente está mejor que usted? | SI | NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 24 | ¿Suele estar preocupado por pequeñas cosas? | SI | NO |
| 25 | ¿Siente a menudo ganas de llorar? | SI | NO |
| 26 | ¿Tiene problemas para concentrarse? | SI | NO |
| 27 | ¿Está contento de levantarse por la mañana? | SI | NO |
| 28 | ¿Prefiere evitar reuniones sociales? | SI | NO |
| 29 | ¿Le resulta fácil tomar decisiones? | SI | NO |
| 30 | ¿Su mente está tan clara como antes? | SI | NO |

## Anexo 04: Validación del instrumento.

Escuela de Posgrado

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

| | | |
|---|---|---|
| 1. NOMBRE DEL JUEZ | | Mary Cleofé Idrogo Cabrera |
| 2. | PROFESIÓN | Psicóloga |
| | ESPECIALIDAD | Clínica |
| | GRADO ACADÉMICO | Magister |
| | EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS) | Más de 5 años |
| | CARGO | Responsable del área de Psicología de un Centro de Salud – Chiclayo |
| TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: **PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD TÚCUME** | | |
| 3. DATOS DEL TESISTA | | |
| 3.1 | NOMBRES Y APELLIDOS | **Dermina Maribel Julca Morales** |
| 3.2 | PROGRAMA DE POSTGRADO | **Maestría en Psicología Clínica** |
| 4. INSTRUMENTO EVALUADO | | 1. Entrevista ( )<br>**2. Cuestionario (X)**<br>3. Lista de Cotejo ( )<br>4. Diario de campo ( ) |
| 5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO | | GENERAL<br>**Diagnosticar la percepción de los familiares con respecto al estado actual de depresión de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud de Túcume** |
| | | ESPECÍFICOS<br>**Diagnosticar si los familiares perciben o no síntomas depresivos en los adultos mayores asistentes al Centro de Salud de Túcume**<br>**Determinar si perciben niveles sin depresión, depresión moderada o depresión severa.** |

Escuela de
**Posgrado**

| A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en "A" si está de ACUERDO o en "D" si está en DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS | | |
|---|---|---|
| N | . DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO | |
| 01 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor está básicamente satisfecho con su vida?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 02 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 03 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor siente que su vida está vacía?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 04 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se encuentra a menudo aburrido?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 05 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor tiene esperanza en el futuro?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 06 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor tiene pensamientos que le molestan y no puede sacar de su cabeza?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 07 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor suele estar de buen humor?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 08 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor tiene miedo de que le suceda algo malo?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 09 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor en general se siente feliz?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |

| | | |
|---|---|---|
| 10 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se siente a abandonado?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 11 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor está muchas veces intranquilo e inquieto?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 12 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 13 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se suele preocupar por el futuro?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 14 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor tiene más problemas con su memoria que los demás?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 15 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor piensa que es maravilloso vivir?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 16 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se siente a menudo triste?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 17 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se siente poco útil?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 18 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se preocupa mucho por el pasado?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 19 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor piensa que la vida es muy interesante?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 20 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor le resulta difícil empezar nuevos proyectos?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |

| | | |
|---|---|---|
| 21 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se siente lleno de energía?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 22 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor e siente sin esperanza?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 23 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor piensa que mucha gente está mejor que él?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 24 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se preocupa por pequeñas cosas?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 25 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor siente frecuentemente ganas de llorar?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 26 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor tiene problemas para concentrarse?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 27 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor está contento de levantarse por la mañana?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 28 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor prefiere evitar reuniones sociales?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 29 | ¿Cree ud que a su familiar adulto mayor le resulta fácil tomar decisiones?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 30 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor tiene su mente tan clara como antes?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |

Mg. Mary Cleofé Idrogo Cabrera
PSICÓLOGA
C.Ps. P. 14168

Mary Cleofé Idrogo Cabrera
Juez Experto
Colegiatura Nº 14168

Escuela de Posgrado

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

| | | |
|---|---|---|
| 1. NOMBRE DEL JUEZ | | Nayr Suárez Padilla |
| 2. | PROFESIÓN | Psicóloga |
| | ESPECIALIDAD | Clínica |
| | GRADO ACADÉMICO | Magister |
| | EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS) | Más de 5 años |
| | CARGO | Jefa del Centro de Salud Mental Comunitario |
| TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: **PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD TÚCUME** | | |
| 3. DATOS DEL TESISTA | | |
| 3.1 | NOMBRES Y APELLIDOS | **Dermina Maribel Julca Morales** |
| 3.2 | PROGRAMA DE POSTGRADO | **Maestría en Psicología Clínica** |
| 4. INSTRUMENTO EVALUADO | | 1. Entrevista ( )<br>**2. Cuestionario (X)**<br>3. Lista de Cotejo ( )<br>4. Diario de campo ( ) |
| 5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO | | GENERAL<br>**Diagnosticar la percepción de los familiares con respecto al estado actual de depresión de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud de Túcume** |
| | | ESPECÍFICOS<br>**Diagnosticar si los familiares perciben o no síntomas depresivos en los adultos mayores asistentes al Centro de Salud de Túcume**<br>**Determinar si perciben niveles sin depresión, depresión moderada o depresión severa.** |

Escuela de
**Posgrado**

| A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en "A" si está de ACUERDO o en "D" si está en DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS | | |
|---|---|---|
| N | . DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO | |
| 01 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor está básicamente satisfecho con su vida?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 02 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 03 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor siente que su vida está vacía?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 04 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se encuentra a menudo aburrido?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 05 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor tiene esperanza en el futuro?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 06 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor tiene pensamientos que le molestan y no puede sacar de su cabeza?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 07 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor suele estar de buen humor?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 08 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor tiene miedo de que le suceda algo malo?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 09 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor en general se siente feliz?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |

| | | |
|---|---|---|
| 10 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se siente a abandonado?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 11 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor está muchas veces intranquilo e inquieto?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 12 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 13 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se suele preocupar por el futuro?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 14 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor tiene más problemas con su memoria que los demás?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 15 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor piensa que es maravilloso vivir?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 16 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se siente a menudo triste?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 17 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se siente poco útil?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 18 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se preocupa mucho por el pasado?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 19 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor piensa que la vida es muy interesante?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 20 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor le resulta difícil empezar nuevos proyectos?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |

Escuela de **Posgrado**

| | | |
|---|---|---|
| 21 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se siente lleno de energía?<br>Escala de medición: Dicotómica | A( X ) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 22 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor e siente sin esperanza?<br>Escala de medición: Dicotómica | A( X ) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 23 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor piensa que mucha gente está mejor que él?<br>Escala de medición: Dicotómica | A( X ) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 24 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se preocupa por pequeñas cosas?<br>Escala de medición: Dicotómica | A( X ) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 25 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor siente frecuentemente ganas de llorar?<br>Escala de medición: Dicotómica | A( X ) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 26 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor tiene problemas para concentrarse?<br>Escala de medición: Dicotómica | A( X ) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 27 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor está contento de levantarse por la mañana?<br>Escala de medición: Dicotómica | A( X ) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 28 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor prefiere evitar reuniones sociales?<br>Escala de medición: Dicotómica | A( X ) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 29 | ¿Cree ud que a su familiar adulto mayor le resulta fácil tomar decisiones?<br>Escala de medición: Dicotómica | A( X ) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 30 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor tiene su mente tan clara como antes?<br>Escala de medición: Dicotómica | A( X ) D ( )<br>SUGERENCIAS: |

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CHICLAYO

Ps. Nayr Suárez Padilla
JEFATURA

Nayr Suárez Padila
Colegiatura Nº 13185

Escuela de
**Posgrado**

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

| | | |
|---|---|---|
| **1.** NOMBRE DEL JUEZ | | Esmeralda Suclupe Bances |
| **2.** | PROFESIÓN | Psicóloga |
| | ESPECIALIDAD | Clínica |
| | GRADO ACADÉMICO | Magister |
| | EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS) | Más de 5 años |
| | CARGO | Responsable del área de Psicología del Centro de Salud Mental Comunitario |
| TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: **PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD TÚCUME** | | |
| **3.** DATOS DEL TESISTA | | |
| 3.1 | NOMBRES Y APELLIDOS | **Dermina Maribel Julca Morales** |
| 3.2 | PROGRAMA DE POSTGRADO | **Maestría en Psicología Clínica** |
| **4.** INSTRUMENTO EVALUADO | | 1. Entrevista ( )<br>**2. Cuestionario (X)**<br>3. Lista de Cotejo ( )<br>4. Diario de campo ( ) |
| **5.** OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO | | GENERAL<br>**Diagnosticar la percepción de los familiares con respecto al estado actual de depresión de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud de Túcume** |
| | | ESPECÍFICOS<br>**Diagnosticar si los familiares perciben o no síntomas depresivos en los adultos mayores asistentes al Centro de Salud de Túcume**<br>**Determinar si perciben niveles sin depresión, depresión moderada o depresión severa.** |

Escuela de
**Posgrado**

| A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en "A" si está de ACUERDO o en "D" si está en DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS | | |
|---|---|---|
| N | . DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO | |
| 01 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor está básicamente satisfecho con su vida?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 02 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 03 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor siente que su vida está vacía?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 04 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se encuentra a menudo aburrido?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 05 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor tiene esperanza en el futuro?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 06 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor tiene pensamientos que le molestan y no puede sacar de su cabeza?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 07 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor suele estar de buen humor?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 08 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor tiene miedo de que le suceda algo malo?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 09 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor en general se siente feliz?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |

| | | |
|---|---|---|
| 10 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se siente a abandonado?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 11 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor está muchas veces intranquilo e inquieto?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 12 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 13 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se suele preocupar por el futuro?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 14 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor tiene más problemas con su memoria que los demás?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 15 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor piensa que es maravilloso vivir?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 16 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se siente a menudo triste?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 17 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se siente poco útil?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 18 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se preocupa mucho por el pasado?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 19 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor piensa que la vida es muy interesante?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| 20 | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor le resulta difícil empezar nuevos proyectos?<br>Escala de medición: Dicotómica | A(X) D ( )<br>SUGERENCIAS: |

| | | |
|---|---|---|
| **21** | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se siente lleno de energía?<br>Escala de medición: Dicotómica | A( X ) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| **22** | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor e siente sin esperanza?<br>Escala de medición: Dicotómica | A( X ) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| **23** | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor piensa que mucha gente está mejor que él?<br>Escala de medición: Dicotómica | A( X ) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| **24** | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor se preocupa por pequeñas cosas?<br>Escala de medición: Dicotómica | A( X ) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| **25** | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor siente frecuentemente ganas de llorar?<br>Escala de medición: Dicotómica | A( X ) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| **26** | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor tiene problemas para concentrarse?<br>Escala de medición: Dicotómica | A( X ) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| **27** | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor está contento de levantarse por la mañana?<br>Escala de medición: Dicotómica | A( X ) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| **28** | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor prefiere evitar reuniones sociales?<br>Escala de medición: Dicotómica | A( X ) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| **29** | ¿Cree ud que a su familiar adulto mayor le resulta fácil tomar decisiones?<br>Escala de medición: Dicotómica | A( X ) D ( )<br>SUGERENCIAS: |
| **30** | ¿Cree ud que su familiar adulto mayor tiene su mente tan clara como antes?<br>Escala de medición: Dicotómica | A( X ) D ( )<br>SUGERENCIAS: |

Esmeralda Suclupe Bances
Psicóloga
C.Ps.P. 13305

Esmeralda Suclupe Bances
Juez Experto
Colegiatura N° 13305

## Anexo 5: validación del aporte práctico de la investigación

## encuesta a expertos

Escuela de Posgrado

**VALIDACIÓN DEL APORTE PRÁCTICO DE LA INVESTIGACIÓN**
**ENCUESTA A EXPERTOS**

**ESTIMADO MAGISTER:**

**Ha sido seleccionado en calidad de experto con el objetivo de valorar la pertinencia en la aplicación del aporte práctico *"Programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al centro de salud Túcume"***

**DATOS DEL EXPERTO:**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL EXPERTO** | Mary Cleofé Idrogo Cabrera |
| **PROFESION** | Psicóloga |
| **TITULO Y GRADO ACADEMICO** | Magister |
| **ESPECIALIDAD** | Clínica |
| **INSTITUCION EN DONDE LABORA** | Centro de Salud José Leonardo Ortiz |
| **CARGO** | Responsable del área de psicología en el Centro de Salud José Leonardo Ortiz |

**DATOS DE LA INVESTIGACIÓN:**

| | |
|---|---|
| **TITULO DE LA INVESTIGACION** | Programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al centro de salud Túcume |
| **LINEA DE INVESTIGACION** | Ciencias de la Vida y Cuidado de la salud humana |
| **NOMBRE DEL TESISTA** | Dermina Maribel Julca Morales |
| **APORTE PRÁCTICO** | "Programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al centro de salud Túcume" |

**Novedad científica del aporte práctico.**

| Bastante Adecuado (5) | Muy Adecuado (4) | Adecuado (3) | Poco Adecuado (2) | No Adecuado (1) |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

**Pertinencia de los fundamentos teóricos del aporte práctico.**

| Bastante Adecuado (5) | Muy Adecuado (4) | Adecuado (3) | Poco Adecuado (2) | No Adecuado (1) |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

**VALIDACIÓN DEL APORTE PRÁCTICO DE LA INVESTIGACIÓN**
**ENCUESTA A EXPERTOS**

**ESTIMADO MAGISTER:**

**Ha sido seleccionado en calidad de experto con el objetivo de valorar la pertinencia en la aplicación del aporte práctico *"Programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al centro de salud Túcume"***

**DATOS DEL EXPERTO:**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL EXPERTO** | Mary Cleofé Idrogo Cabrera |
| **PROFESION** | Psicóloga |
| **TITULO Y GRADO ACADEMICO** | Magister |
| **ESPECIALIDAD** | Clínica |
| **INSTITUCION EN DONDE LABORA** | Centro de Salud José Leonardo Ortiz |
| **CARGO** | Responsable del área de psicología en el Centro de Salud José Leonardo Ortiz |

**DATOS DE LA INVESTIGACIÓN:**

| | |
|---|---|
| **TITULO DE LA INVESTIGACION** | Programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al centro de salud Túcume |
| **LINEA DE INVESTIGACION** | Ciencias de la Vida y Cuidado de la salud humana |
| **NOMBRE DEL TESISTA** | Dermina Maribel Julca Morales |
| **APORTE PRÁCTICO** | "Programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al centro de salud Túcume" |

**Novedad científica del aporte práctico.**

| Bastante Adecuado (5) | Muy Adecuado (4) | Adecuado (3) | Poco Adecuado (2) | No Adecuado (1) |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

**Pertinencia de los fundamentos teóricos del aporte práctico.**

| Bastante Adecuado (5) | Muy Adecuado (4) | Adecuado (3) | Poco Adecuado (2) | No Adecuado (1) |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

Escuela de
**Posgrado**

**VALIDACIÓN DEL APORTE PRÁCTICO DE LA INVESTIGACIÓN**
**ENCUESTA A EXPERTOS**

**ESTIMADO MAGISTER:**

**Ha sido seleccionado en calidad de experto con el objetivo de valorar la pertinencia en la aplicación del aporte práctico *"Programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al centro de salud Túcume"***

**DATOS DEL EXPERTO:**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL EXPERTO** | Nayr Suárez Padilla |
| **PROFESION** | Psicóloga |
| **TITULO Y GRADO ACADEMICO** | Magister |
| **ESPECIALIDAD** | Clínica, social, comunitaria |
| **INSTITUCION EN DONDE LABORA** | Centro especializado de Salud Mental Comunitario |
| **CARGO** | Jefa del Centro especializado de Salud Mental Comunitario |

**DATOS DE LA INVESTIGACIÓN:**

| | |
|---|---|
| **TITULO DE LA INVESTIGACION** | Programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al centro de salud Túcume |
| **LINEA DE INVESTIGACION** | Ciencias de la Vida y Cuidado de la salud humana |
| **NOMBRE DEL TESISTA** | Dermina Maribel Julca Morales |
| **APORTE PRÁCTICO** | "Programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al centro de salud Túcume" |

**Novedad científica del aporte práctico.**

| Bastante Adecuado (5) | Muy Adecuado (4) | Adecuado (3) | Poco Adecuado (2) | No Adecuado (1) |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

**Pertinencia de los fundamentos teóricos del aporte práctico.**

| Bastante Adecuado (5) | Muy Adecuado (4) | Adecuado (3) | Poco Adecuado (2) | No Adecuado (1) |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

**Nivel de argumentación de las relaciones fundamentales aportadas en el desarrollo del aporte práctico.**

| Bastante Adecuado (5) | Muy Adecuado (4) | Adecuado (3) | Poco Adecuado (2) | No Adecuado (1) |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

**Nivel de correspondencia entre las teorías estudiadas y el aporte práctico de la investigación.**

| Bastante Adecuado (5) | Muy Adecuado (4) | Adecuado (3) | Poco Adecuado (2) | No Adecuado (1) |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

**Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del aporte práctico propuesto.**

| Bastante Adecuado (5) | Muy Adecuado (4) | Adecuado (3) | Poco Adecuado (2) | No Adecuado (1) |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

**Posibilidades de aplicación del aporte práctico.**

| Bastante Adecuado (5) | Muy Adecuado (4) | Adecuado (3) | Poco Adecuado (2) | No Adecuado (1) |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

**Concepción general del aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de los actores del proceso en el contexto.**

| Bastante Adecuado (5) | Muy Adecuado (4) | Adecuado (3) | Poco Adecuado (2) | No Adecuado (1) |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

**Significación práctica del aporte.**

| Bastante Adecuado (5) | Muy Adecuado (4) | Adecuado (3) | Poco Adecuado (2) | No Adecuado (1) |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

**Observaciones generales:**

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO PIMENTEL-LAYO

Ps. Nayr Suárez Padilla
JEFATURA

Nayr Suárez Padila
Colegiatura Nº 13185

Escuela de
**Posgrado**

**VALIDACIÓN DEL APORTE PRÁCTICO DE LA INVESTIGACIÓN**
**ENCUESTA A EXPERTOS**

**ESTIMADO MAGISTER:**

**Ha sido seleccionado en calidad de experto con el objetivo de valorar la pertinencia en la aplicación del aporte práctico *"Programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al centro de salud Túcume"***

**DATOS DEL EXPERTO:**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL EXPERTO** | Esmeralda Suclupe Bances |
| **PROFESION** | Psicóloga |
| **TITULO Y GRADO ACADEMICO** | Magister |
| **ESPECIALIDAD** | Clínica, social, comunitaria |
| **INSTITUCION EN DONDE LABORA** | Centro especializado de Salud Mental Comunitario |
| **CARGO** | Encargada del área de psicología del Centro especializado de Salud Mental Comunitario |

**DATOS DE LA INVESTIGACIÓN:**

| | |
|---|---|
| **TITULO DE LA INVESTIGACION** | Programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al centro de salud Túcume |
| **LINEA DE INVESTIGACION** | Ciencias de la Vida y Cuidado de la salud humana |
| **NOMBRE DEL TESISTA** | Dermina Maribel Julca Morales |
| **APORTE PRÁCTICO** | "Programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al centro de salud Túcume" |

**Novedad científica del aporte práctico.**

| Bastante Adecuado (5) | Muy Adecuado (4) | Adecuado (3) | Poco Adecuado (2) | No Adecuado (1) |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

**Pertinencia de los fundamentos teóricos del aporte práctico.**

| Bastante Adecuado (5) | Muy Adecuado (4) | Adecuado (3) | Poco Adecuado (2) | No Adecuado (1) |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

Escuela de
**Posgrado**

**Nivel de argumentación de las relaciones fundamentales aportadas en el desarrollo del aporte práctico.**

| Bastante Adecuado (5) | Muy Adecuado (4) | Adecuado (3) | Poco Adecuado (2) | No Adecuado (1) |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

**Nivel de correspondencia entre las teorías estudiadas y el aporte práctico de la investigación.**

| Bastante Adecuado (5) | Muy Adecuado (4) | Adecuado (3) | Poco Adecuado (2) | No Adecuado (1) |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

**Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del aporte práctico propuesto.**

| Bastante Adecuado (5) | Muy Adecuado (4) | Adecuado (3) | Poco Adecuado (2) | No Adecuado (1) |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

**Posibilidades de aplicación del aporte práctico.**

| Bastante Adecuado (5) | Muy Adecuado (4) | Adecuado (3) | Poco Adecuado (2) | No Adecuado (1) |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

**Concepción general del aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de los actores del proceso en el contexto.**

| Bastante Adecuado (5) | Muy Adecuado (4) | Adecuado (3) | Poco Adecuado (2) | No Adecuado (1) |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

**Significación práctica del aporte.**

| Bastante Adecuado (5) | Muy Adecuado (4) | Adecuado (3) | Poco Adecuado (2) | No Adecuado (1) |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |

**Observaciones generales:** _____

**Esmeralda Suclupe Bances**
**Colegiatura N°13305**

## Anexo 6. Carta de aceptación para la recolección de datos

**GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE**

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE**

**RED LAMBAYEQUE – CLAS "TODOS POR LA SALUD"**

**C.S. DE TÚCUME – LAMBAYEQUE RUC 20163833094**

**"Año de la universalización de la salud"**

01/12/2020

**A** : **DR. PEDRO FABIÉN RODRÍGUEZ VIGIL**
**JEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD TÚCUME**

**DE** : **PS. DERMINA MARIBEL JULCA MORALES**

**ASUNTO** : **AUTORIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN**

De mi mayor consideración:

La presente es para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo solicitarle el permiso para realizar en el establecimiento de salud del cual usted es jefe una investigación con los adultos mayores asistentes al centro de salud.

La investigación tiene por titulo "Programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al centro de salud Túcume" realizada con la finalidad de obtener el grado de magister en psicología clínica.
Dicho programa será evaluado por 3 expertos y contará con las siguientes etapas:

Etapa I: Diagnóstico

Etapa II: Objetivo General

Etapa III: Planeación estratégica

a. Fases de la estrategia
b. Técnicas para la ejecución de la estrategia

Etapa IV: Instrumentación

Etapa V: Criterios de evaluación

Sin más que precisar, me despido.

Pedro Fabián Rodríguez Vigil
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P 34672

Omar Luis Rodríguez Pozo
BIÓLOGO MICROBIÓLOGO
CBP 9596
Jefe RR-HH.