



ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA
DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN ADULTOS
MAYORES DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL
COMUNITARIO INTERCULTURAL
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO MAESTRO EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Autora

Bach. Huaman Sialer Avit Silsa

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9043-6363>

Asesora

Dra. López Ñiquen Karla Elizabeth

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6036-2095>

Línea de Investigación:

Ciencias de la Vida y Cuidado de la Salud Humana

Pimentel – Perú

2023



ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO INTERCULTURAL”**

AUTORA

BACH. HUAMAN SIALER AVIT SILSA

PIMENTEL – PERÚ

2023

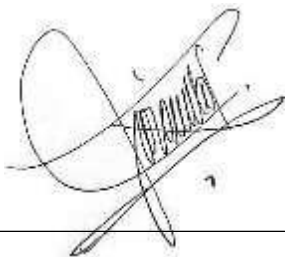
**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL
COMUNITARIO INTERCULTURAL**

APROBACIÓN DE LA TESIS



Dr. CALLEJAS TORRES JUAN CARLOS

Presidente del jurado de tesis



Mg. JARAMILLO ARICA PEDRO

SEGUNDO

Secretaria (o) del jurado de tesis



Dra. LÓPEZ ÑIQUEN KARLA

ELIZABETH

Vocal del jurado de tesis

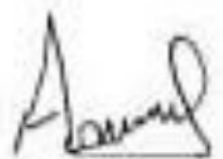
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quien suscribe la **DECLARACIÓN JURADA**, soy **egresado (s)** del Programa de Estudios de **Maestría en Psicología Clínica** de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaro bajo juramento que soy autora del trabajo titulado:

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO INTERCULTURAL

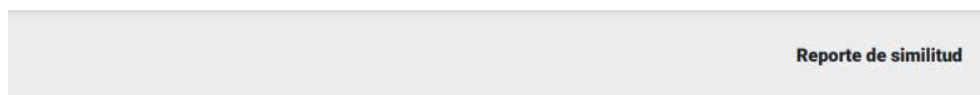
El texto de mi trabajo de investigación responde y respeta lo indicado en el Código de Ética del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán (CIEI USS) conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación con las citas y referencias bibliográficas, respetando al derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y autentico.

En virtud de lo antes mencionado, firman:

HUAMAN SIALER AVIT SILSA	DNI: 70069613.	
--------------------------	----------------	--

Pimentel, 15 de agosto de 2023.

* Porcentaje de similitud turnitin:13%



NOMBRE DEL TRABAJO

11- INFORME DE TESIS APROBADO.docx

RECuento DE PALABRAS

16640 Words

RECuento DE CARACTERES

93047 Characters

RECuento DE PÁGINAS

71 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

409.2KB

FECHA DE ENTREGA

Aug 18, 2023 6:07 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Aug 18, 2023 6:08 PM GMT-5

● 13% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base c

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 8% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)
- Material citado

ÍNDICE GENERAL

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD	iv
ÍNDICE DE TABLA.....	vi
ÍNDICE DE FIGURA.....	vii
DEDICATORIA.....	viii
AGRADECIMIENTO	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT.....	xi
I. INTRODUCCIÓN	12
1.1. Realidad problemática	12
1.2. Formulación del Problema.....	15
1.3. Justificación e importancia del estudio.....	15
1.4. Objetivos	15
1.4.1. Objetivos General.....	15
1.4.2. Objetivos Específicos	16
1.5. Hipótesis	16
II. MARCO TEÓRICO	17
2.1. Trabajos previos	17
2.2. Teorías relacionadas al tema.....	20
2.2.1. Caracterización del Proceso Cognitivo Conductual y Dinámica	20
2.2.2. Enfoque Cognitivo Conductual.....	21
2.2.3. Fundamentos teóricos de la intervención del proceso cognitivo conductual	22
2.2.4. Principales fundamentos de un programa.....	26
2.2.5. Determinación de las tendencias históricas o antecedentes del proceso Conductual	28
2.3. Marco Conceptual	38
III. MÉTODO.....	39
3.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	39
3.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	40
3.3. Procedimientos de análisis de datos	41
3.4. Criterios éticos	41
3.5. Criterios de rigor científico	41
IV. RESULTADOS	43
V. DISCUSIÓN.....	48
VI. APORTE PRÁCTICO	50
VII. VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN DE LOS RESULTADOS	78
VIII. CONCLUSIONES	80
IX. RECOMENDACIONES.....	81
X. REFERENCIA.....	82
ANEXOS	92

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1: Resumen de la evolución de las terapias	34
Tabla 2: Diseño Pre Experimental	39
Tabla 3: Distribución de adultos mayores según edad y sexo	43
Tabla 4: Distribución del test de depresión triangulado en adultos mayores y profesionales	44
Tabla 5 : Distribución de Depresión según dimensiones del PreTest triangulado en adultos mayores y profesionales	45
Tabla 6: Niveles de Depresión según dimensiones del PreTest aplicado a Adulto Mayor	46
Tabla 7: Niveles de Depresión según dimensiones del pretest aplicado a profesionales	47
Tabla 8: Evaluación del Programa Cognitivo Conductual	61
Tabla 9: Sesión N°1	63
Tabla 10: Sesión N° 2	65
Tabla 11: Sesión 3	66
Tabla 12: Sesión N° 4	67
Tabla 13: Sesión N° 5	69
Tabla 14: Sesión N° 6	71
Tabla 15: Sesión N° 7	72
Tabla 16: Sesión N°8	73
Tabla 17: Sesión N° 9	74
Tabla 18: Sesión N°10	75
Tabla 19: Sesión N°11	76
Tabla 20: Sesión N° 12	77
Tabla 21: Cuadro comparativo de la aplicación del Pretest y Postest	78
Tabla 22: Cuadro comparativo de las dimensiones del pretest y postest	78

ÍNDICE DE FIGURA

Figura 1: Pik Nombre.....	64
Figura 2: Mi Compromiso	64
Figura 3 Termómetro del Animo	68
Figura 4: Lista de pensamientos que les genera malestar.....	70
Figura 5: Técnica de respiración diafragmática	76
Figura 6: Relajación muscular progresiva	76

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme culminar uno de mis objetivos más deseados y por brindarme salud durante todo este tiempo académico, por darme todo lo necesario para ser feliz, brindándome fe, seguridad, bondad y amor.

A mi familia, quienes me guiaron día a día en mi formación profesional que me ayudaron a cultivar valores y virtudes, quienes me apoyaron en todo momento, gracias por sus consejos, enseñanzas y por su constante motivación.

La Autora.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento A Dios, por sus bendiciones, por el tiempo y el cuidado que me ha brindado durante todo este tiempo, por ser mi guía y llenarme de sabiduría mediante en todo lo aprendido. A mi familia, por el apoyo que me ha brindado. Gracias por ser el ejemplo de lucha, fe, amor y esfuerzo para alcanzar mis metas. A mi docente, por su paciencia, por su comprensión y por su apoyo incondicional y haberme brindado la mejor información y enseñanza para mi aprendizaje y profesional.

La Autora.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general aplicar un programa cognitivo conductual para disminuir la depresión en adultos mayores de un Centro de Salud Mental Comunitario Intercultural. Por lo que en este estudio se buscó identificar el problema actual, ya que posteriormente se aplicó un programa para la mejora de su salud mental, en lo cual se utilizó el cuestionario de Beck, que consta de 21 ítems para medir los niveles de depresión en adultos mayores, con una muestra de 30 adultos mayores. Se obtuvo como resultado positivo después de haber aplicado el programa cognitivo conductual, logrando la disminución de la variable depresión en adultos mayores con un 90% del nivel moderado y un 10% en el nivel leve, lo cual, en el pre test, obtuvimos un 10% en el nivel alto, también un 88% en el nivel moderado y un 3% en el nivel leve; por ello en esta investigación se buscó identificar el problema en cual se aplicará un programa para una mejorar su salud mental, de esta manera dicho programa será validado por la asesora para la aplicación correspondiente.

Palabras clave: *Depresión, emoción, programa, cognitivo, conductual*

ABSTRACT

The present investigation had as a general objective to Apply a cognitive behavioral program to reduce depression in older adults from an intercultural community mental health center therefore, this study sought to identify the current problem since a program for the improvement of mental health was subsequently applied, in which the Beck questionnaire was used. It consisting of 21 items to measure levels of depression in older adults with a sample of 30 older adults. It was obtained as a positive result after having applied the cognitive behavioral program, achieving the decrease of the depression variable in older adults with 90 % of the moderate level and 10% at the mild level , which in the pre - test we were 10 % at the high level , also 88% at the moderate level and 3% at the mild level; Therefore this research seeks to identify the problem , in which a program for the improvement of mental health will be applied, in this way said program will be validated by the advisor for the corresponding application.

Keyword: Depression, emotion, program, cognitive behavioral

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

En la actualidad la depresión en los adultos mayores a generado cambio en su estilo de vida, ya que durante estos procesos de cambios evidencian dificultades en su ámbito cotidiano y entorno social donde se desenvuelven, problema de orden mayor al que se le debe dar seguimiento por especialistas de la materia. Por tal motivo se considera uno de los problemas de salud mental más complejos en esta edad de la vida, presentando factores y características propios que influyen en su estado emocional, además la mayoría de los adultos mayores carecen de herramientas necesarias para enfrentar este problema, no consideran que sea importante para sus vidas (Hernández, 2023).

Asimismo, esta problemática presenta cambios en el ciclo de vida del adulto mayor, razón que por la edad o su ciclo de vida donde se encuentran, son más propensos a muchos problemas psicológicos; además afectan sus procesos cognitivos, biológicos y psicológicos que dan como determinantes a generar la depresión (Caldas y Correa, 2019). Por otro lado, el 25 % presenta esta enfermedad que afecta sus actividades diarias y su estado emocional. Siendo el grupo femenino que evidencian depresión con un 20%, a comparación del grupo masculino con 4%. (Figueroa y Reyes, 2019).

Por tal motivo, la depresión es un trastorno afectivo persistente en esta etapa, en edades de 60 años en adelante, con un 50% de la población que presenta este trastorno, por factores que han desencadenado en el transcurso de sus vidas. (Apaza, 2019). De esta manera, durante esta etapa, presentan dificultades como, sentimientos de tristeza, dificultades en sus actividades diarias, rechazo, sentimientos de culpa, insomnio, disminución de apetito, lo cual son factores predisponentes que ocasionan la depresión (Sumari, 2019). Según Casa, Moreano y Vega (2019) mencionan que hay familias y población en general que no se preocupan por el bienestar del adulto mayor, ya que son grupos vulnerables más propensos a presentar síntomas depresivos, siendo propios de su edad.

A partir de esto, se menciona que los adultos mayores su salud mental es vulnerados a muchos maltratos psicológicos, además del descuido por las familias o cuidadores quienes son aquellos que velan por su bienestar, influyendo en su desarrollo de la depresión (Baldeón, Luna, Mendoza y Correa, 2019).

Se concluye que en esta etapa edad, su salud mental se va afectando conforme el pasar de los años (Rodríguez, 2020).

Magallanes (2021), refiere que los factores biopsicosociales que influyen en la depresión son, factor biológico (80%), factor psicológico (38,9%), estado emocional (38.9%) y factor social (41.8%), además el 72.2% son aquellos que viven solos o quienes habían sufrido maltrato psicológico, por lo que se señala que en esta etapa son más propensos a los problemas de salud mental.

El Centro de Salud Mental Comunitario Intercultural, donde se desarrolla la investigación no es ajeno a esta problemática se observan diversas manifestaciones del problema, evidenciadas por medio de entrevistas y evaluaciones psicológicas e historias clínicas, presentan lo siguiente:

- Se diagnóstica el 40% de la población adulta con esta enfermedad
- El desarrollo de sus actividades diarias la realizan con grandes deficiencias
- Se aíslan socialmente, desarrollando sentimientos marcados de tristeza
- Sentimientos de tristeza.
- Su estado de ánimo no siempre es el adecuado
- No experimentan placer al desarrollar actividades placenteras (anhedonia).
- No logran conciliar el sueño y su apetito no es favorable
- Pierden la esperanza por la vida, manifestando temor y angustia
- Desarrollan pensamientos tendientes al suicidio
- Caminan con dificultad y sus procesos cognitivos tienden a disminuir
- Dificultad psicomotor.
- Pérdidas de seres queridos, lo que desencadenan dificultades en su estilo de vida.
- La mayoría de ellos son de bajos recursos económicos para asumir la vida diaria
- Dependen de su cultura.
- No ocupan su espacio en actividades productivas, desarrollando el sedentarismo.
- Desarrollan enfermedades, como la diabetes, hipertensión.
- Expuestos a los maltratos que ocasionan algún problema de salud mental.
- No contar con el apoyo familiar, lo que desestabiliza su salud mental.
- Desestabilización de sus ingresos para el sustento.
- Temor por quedarse solo (a).

Los indicadores mencionados, presentan una estrecha relación a la problemática de la presente investigación, por esta razón se considera que existe depresión en los adultos y adultos mayores, lo que está afectando su salud mental.

Estos aspectos conducen a plantear el problema científico: Insuficiencias en el proceso cognitivo conductual, incide en la Depresión.

Al aplicar técnicas e instrumentos de investigación se aprecian las posibles causas que presentan el problema, en lo cual es lo siguiente:

-Insuficiente contextualización integral en el desarrollo del proceso cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión en adultos mayores.

-Limitaciones prácticas y teóricas en el desarrollo del proceso cognitivo conductual para el logro en pensamientos positivos y emocionales.

-Insuficiente sistematización integral contextualizada en el desarrollo del proceso cognitivo conductual para el tratamiento de enfermedades de salud mental.

-Desarrollo parcial de actividades preventivas en el desarrollo del proceso cognitivo conductual para la depresión en personas de edad.

--Insuficientes estrategias cognitivos conductuales para el afrontamiento de la Depresión.

De esta manera emerge el objeto de la investigación: Proceso cognitivo conductual.

Sulca (2022), este proceso es muy útil, ya que contribuye la reducción de los síntomas depresivos en los pacientes, con un seguimiento y tratamiento oportuno, para las disminuciones de distorsiones cognitivas y la mejora de su salud mental. Además, el modelo cognitivo conductual ABC, se enfoca a los cambios de los pensamientos negativos, emocionales, conductuales y fisiológicas del ser humano, siendo el modelo más utilizado en el tratamiento para la depresión. (Baldeón, 2019).

Por otro lado, el proceso cognitivo conductual, en los pacientes depresivos ayuda a enfrentar cada obstáculo en sus pensamientos negativos, siendo estos cambios constantes en la mejora de los pacientes, lo cual modifican estos procesos cognitivos y patrones conductuales, siendo esta terapia más utilizada en el tratamiento de la depresión (Martínez, et al 2020). Además, este proceso muestra un programa por etapas, centrándose en las modificaciones de creencias irracionales y pensamientos automáticos, siendo estas distorsiones que influyen en los factores emocionales de los pacientes con problemas psicológicos, de esta manera el terapeuta en este proceso cognitivo utiliza recursos y estrategias para el cambio continuo de los pensamientos y creencias en obtener una transformación favorable de los pacientes (Caicedo y Valdiviezo 2022). De esta manera, el proceso cognitivo conductual busca dar soluciones a cada problema de los pacientes de forma integral y observable, considerando las creencias, opiniones y construcciones mentales de sus pensamientos, generando la reducción de la sintomatología depresiva,

además se centra en ver cuáles son los factores desencadenantes de este trastorno (Yáñez, 2022).

Por lo tanto, en los estudios sobre el proceso cognitivo conductual, que requieren ser estudiados y más utilizados en esta población, de tal manera que presentan problemas en su salud mental, ya que son pocos los programas estructurados que permiten una intervención favorable.

Por ello, el **campo de acción** es la dinámica del proceso cognitivo conductual.

1.2. Formulación del Problema

Insuficiencias en el enfoque cognitivo conductual, incide en la Depresión.

1.3. Justificación e importancia del estudio

La presente investigación sobre el Enfoque cognitivo conductual para disminuir la Depresión en Adultos Mayores de un Centro de Salud Mental Comunitario Intercultural surge a la necesidad que hoy en día la población adultos mayores de 60 años generan cambios en su estilo de vida, siendo una de las necesidades a nivel social, económico, emocional en que se encuentra la población vulnerable, ya que la depresión ocupa el primer lugar dentro de las enfermedades que afecta durante esta etapa.

Se consideró importante a realizar el siguiente programa con el objetivo de disminuir la depresión mediante terapias eficaces para su tratamiento, ya que son pocos los programas de atención que existen, siendo esencial para mejorar y logren una adecuada calidad de vida en los adultos mayores. Por ello se desarrolla las intervenciones cognitivo conductuales, generando cambios en sus esquemas cognitivos, ya que su validez es eficiente para reducir la depresión en adultos mayores.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivos General

Aplicar un programa cognitivo conductual para disminuir la depresión en Adultos Mayores de un Centro de Salud mental Comunitario Intercultural.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar el proceso cognitivo conductual y su dinámica.
- Describir la evolución histórica del proceso cognitivo conductual y su dinámica.
- Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual de la depresión en Adultos Mayores de un Centro de Mental Comunitario Intercultural
- Elaborar un programa cognitivo conductual para disminuir la Depresión en Adultos Mayores de un Centro de Salud Mental Comunitario Intercultural.
- Validar los resultados de la investigación mediante un pre-experimento.

1.5. Hipótesis

Si se aplica un programa **cognitivo conductual**, que tenga en cuenta la intencionalidad formativa y su sistematización, entonces se previene la depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario Intercultural.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Trabajos previos

La depresión, en la antigüedad presento dilemas sobre su desarrollo, a inicios de su historia considerando cuatro etapas importantes, en lo cual el primero se basa en la definición de la melancolía que experimentan experiencias vividas durante las etapas de cada desarrollo, además los factores emocionales, incluyendo los temperamentos. Así mismo en el siglo XIX se desarrollan las patologías de la depresión, identificando casos de suicidio, además en el siglo XX dio inicio al término depresión, aportaciones del psicoanálisis, así también en la segunda mitad del S-XX sobre la enfermedad depresiva y por último en la segunda mitad del S-XIX comienza a extenderse el significado de depresión (Guillén, et al. 2013).

Además, Hipócrates durante el siglo IV A.C, inicio la depresión como dificultades que afecta a todo ser humano, quien consideraba que este problema era normal en las personas, por esta razón presentaron inicios en tristezas, lo cual a muchos dificultaban sus actividades diarias (García, 2018). Además, al empezar el siglo XX diversos autores, brindan conceptos de diferentes índoles con muchos dilemas y en continuo desarrollo de las evoluciones para dar hincapié a nuevos surgimientos (García, 2017).

En la actualidad la sociedad, durante esta etapa presentan cambios y dificultades continuas, siendo parte de su edad, estos cambios que afectan son: al no contar con ingresos diarios para cubrir sus necesidades, grupo familiar y factores emocionales, por ello en estos tiempos de pandemia los cambios son más frecuentes, lo que genera problemas psicológicos. Por esta razón, (Velazco y Aurora, 2018) mencionan que el 17,4 % de adultos mayores presentan depresión leve, moderada y severa, además las intervenciones tratadas a tiempo, los resultados son eficaces en conjunto con las terapias sobre las cogniciones, que son importantes para reducir los problemas psicológicos.

A continuación, se mencionan investigaciones realizadas por varios autores como son los siguientes:

En un estudio realizado en Nicaragua (Morales, López, 2022) sobre la depresión en adultos mayores de un hogar de ancianos, donde la muestra fue 49 participantes, obtuvieron como resultados que el 22% de los adultos mayores evidencian depresión moderada, además

el sexo femenino son las que más presentan depresión, asimismo es la etapa donde la población presenta estos problemas de salud mental.

Asimismo, en México (Vásquez, 2022) en un estudio, cuyo objetivo fue saber cuáles son los síntomas de la depresión en adultos mayores. La población fue de 385 personas adultos mayores, los resultados fueron que el 26.23% de los participantes en su mayoría de sexo femenino presentan depresión y deseos de vivir solos, por lo que concluyeron que en esta población son vulnerables a muchos problemas psicológicos y están propensos a desencadenar otras patologías, lo que deberán recibir un tratamiento oportuno.

Por otro lado, en México, en un estudio realizado por (Zagal, 2021) sobre los niveles de depresión en relación con sus capacidades de funcionalidad del adulto, teniendo como objetivo evaluar los estados depresivos; se obtuvo en resultados que el 34% no presentaron depresión y el 12% presenta depresión leve, el 18% depresión moderada, el 6 % con depresión severa, significando que los niveles de depresión aumentan cuando sus capacidades de dependencia afectan en sus actividades diarias.

Además, en Cuba (Domínguez, 2019) en su investigación que tuvo como objetivo evaluar los niveles de depresión en adultos mayores, en 71 pacientes entre las edades de 60 a 90 años, los resultados el 74 % de los participantes con depresión severa, además el factor que más predomina en esta etapa es la soledad, por otro lado, el 67.6% con desamparo familia, siendo desencadenantes de la depresión.

Asimismo, en un estudio realizado en Chile por (Martínez, et al 2020) con el objetivo de describir la depresión y desesperanzas en adultos mayores, con 78 participantes. Se obtuvo, que el 33,4% presentan síntomas depresivos y el 83,3% en el nivel de desesperanza; por lo que se considera que en esta etapa afectan su estilo de vida y aumenta el nivel de desesperanza en adultos mayores.

En Perú (Quispe, 2019) realizó un trabajo en depresión y ansiedad, con el objetivo en evaluar la depresión y ansiedad en esta población, con 40 adultos mayores. Los resultados fueron que el 72,5% con depresión leve y el 20% en ansiedad, considerando también a otros factores biológicos y dolores prolongados y el 52.5% factores psicológicos siendo el 75%, con temor a no estar vivos, además un 70% no realizan actividades recreativas, y el 57,5% perciben tristeza y bajo estado de ánimo, de esta manera estos factores de riesgos asociados cambian de acuerdo a los eventos presentados que experimentan cada adulto siendo con mayor frecuencia se da en damas.

Por otro lado, realizó una investigación, cuyo objetivo fue determinar los niveles de depresión en adultos mayores, con 40 participantes. Los resultados fueron que el 30% de los evaluados evidencian depresión intensa, el 22,5% depresión moderada y el 7,5 % leve, lo que refiere que durante esta etapa suelen con más frecuencia desencadenar estos problemas por muchos factores predisponentes (Mori,2021).

Asimismo, en un estudio realizado en Lima por (Talledo, 2020) sobre depresión y calidad de vida en adultos mayores, con una muestra de 90 participantes de 60 años a más, con la finalidad de ver si existente la relación entre depresión y la calidad de vida. Los resultados indicaron que hay relación entre la depresión y calidad de vida en dicha población, ya que los determinantes predisponentes en el estilo de vida son factores externos como entorno ambiental, familiar, social que incrementan este problema.

Asimismo (Avendaño, 2019) en la Ciudad de Madre de Dios, realizo una investigación con la finalidad de medir el grado de depresión en adultos mayores. La muestra fue de 23 participantes, obtuvieron como resultados que el 55 % presentan depresión leve, considerando las edades de 71 a 80 años y el 35 % con depresión moderada que corresponden a las edades de 81 años y el 56.52% de la población estudiada con depresión grave o severa, siendo la problemática actual más relevante que existe en la sociedad.

Por otro lado, en Ayacucho en un estudio realizado por (Espinoza, 2019) cuyo objetivo fue comprobar los factores de riesgo psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores, con una muestra de 300 participantes, los resultados obtenidos fueron que el 61,9% presentan violencia intrafamiliar, baja autoestima y riesgos al consumo de alcohol, siendo estos riesgos que han afectado su estilo de vida, generando problemas psicológicos.

Así mismo en Túcume, por (Julca, 2022) en un estudio realizado, con la finalidad de elaborar un programa cognitivo conductual para disminuir la depresión en adultos mayores. Los resultados fueron que el 43, % de la población estudiada presentan depresión moderada, teniendo como cambios favorables un 17 %, evidenciando a un 7 % en depresión severa, de esta manera se considera esencial los programas de intervención en terapia cognitiva conductual siendo la más eficaz para conducir al cambio.

Además, (Quispe, 2022) en una investigación realizada, con la finalidad de determinar la relación entre apoyo social y depresión en los adultos mayores, con una muestra de 37 participantes de 60 a 90 años de diferentes sexos. Los resultados fueron que

existe relación entre el apoyo social y depresión en la población estudiada, ya que son factores que determinan y desencadenan los problemas psicológicos en esta población.

En Lambayeque (Barrantes, Sosa, 2019) en una investigación sobre depresión y factores determinantes en adultos mayores, con una muestra de 236 participantes en diferentes sexos. Los resultados fueron que el 26,7 % presentaron depresión, en lo cual el 25,2% varones y el 27,43 % mujeres, de esta manera esta población durante esta etapa presenta funciones cognitivas deteriorados y familias disfuncionales.

Por otro lado, en Chiclayo (Zavala, 2021) ejecuto un estudio sobre depresión y abandono familiar en el adulto mayor, con 80 participantes, entre las edades de 60 a 70 años, los resultados fueron, que el 70,2% de la población presentan depresión leve, evidenciando además manifestaciones como bajo estado de ánimo, desconfianza, conductas suicidas, insomnio, bajo apetito; además el 50,9% de los adultos mayores presentan abandono familiar, ya que no reciben apoyo de sus familias y la mayor parte de los participantes viven solos lo que afecta en su salud mental.

También, en Lambayeque (Rojas y Piélagos, 2020) realizaron un estudio sobre factores relacionados con depresión en adultos mayores, con 302 participantes, teniendo como resultado que el 30,8% evidencia manifestaciones depresivas y el 18,2% con deterioro cognitivo, por ellos se considera que la depresión está asociados a estados cognitivos y a los riesgos socio-familiar, determinantes que pueden influir en el desarrollo de este trastorno.

2.2. Teorías relacionadas al tema

La terapia cognitiva conductual, son intervenciones muy eficaz y comprada para muchas investigaciones y autores, ya que ayuda a modificar ciertos problemas en pacientes que presentan dificultades en sus vidas, siendo un tratamiento muy oportuno para este trastorno de dicha población. Esta técnica, modifica ciertos patrones en conducta y pensamientos distorsionados y los factores emociones que permanecen a largo de sus vidas.

2.2.1. Caracterización del Proceso Cognitivo Conductual y Dinámica

Este proceso, presenta la finalidad de modificar aquellos pensamientos cognitivos distorsionados, de esta manera las cogniciones cognitivas que el ser humano presenta ante los sucesos o hechos de las experiencias conductuales implican los fundamentos que deberían ser tratados a tiempo. El estudio presenta aspectos importantes del estudio epistemológico del proceso Cognitivo Conductual y su respectiva dinámica

2.2.2. Enfoque Cognitivo Conductual

Este enfoque, surge a partir de dos corrientes, modificaciones cognitivas y los reforzadores conductuales, incluyendo así mismo los aprendizajes asociativos que forman parte de los eventos y hechos que son desencadenantes, estos aportes se analizan desde el planteamiento platónico, de esta manera se menciona que el pensamiento cognoscitivo se refiere a cada causa de la conducta y el entorno ambiental del ser humano, ya que estas posturas dan origen y explican a los factores psicológicos de la persona (Vargas, 2011).

Asimismo, este enfoque se identifica por su validez y eficacia en los tratamientos psicológicos, ya que se caracteriza por ser una técnica completa, estructurada y siendo direccionada en un tiempo determinado, caracterizado por técnicas eficaces para el tratamiento. Además, esta teoría desempeña juicios favorables en el cambio terapéutico de los pacientes (Gonzales, Barreto y Salamanca, 2017). Además, este proceso cognitivo implica vínculos de comportamiento en el ser humano, al presentar distorsiones de los pensamientos negativos que son perjudicables en la salud de la persona, ya que son modificados a largo plazo (Díaz, Soto y Ortega, 2016).

De esta manera, la psicoterapia cognitiva conductual, pretende presentar modificaciones de pensamientos distorsionados extensas y factores emocionales en todo ser humano, de esta manera las diferentes dificultades en los problemas psicológicos como una de ellas es la depresión más propensas en esta población, por esta razón hay técnicas de mucha utilidad para poder combatir con las dificultades, uno de ellas es la ABC, que nos permite reducción de los síntomas y ciertos patrones conductuales (Baldeon, 2019).

Proceso de desarrollo cognitivo conductual

Este modelo presenta muchas suposiciones que permiten la explicación del estudio de las conductas de todo ser humano, considerando cada experiencia durante sus ciclos de vida, lo cual las aportaciones que brindan las teorías ayudaran a la recolección de datos en la investigación del desarrollo.

Esta terapia permitirá conocer más a fondo los hechos o situaciones de la persona, y sus dificultades que presentan los seres humanos, siendo estos complejos, con el fin de moldear ciertas situaciones de los pensamientos lo cual les afecta, esta terapia motiva al ser humano a lidiar con cada obstáculo que les desencadena y afecta su calidad de vida (Polo y Días, 2011).

2.2.3. Fundamentos teóricos de la intervención del proceso cognitivo conductual

La terapia cognitiva conductual, inicia a mediados del siglo 50, frente al modelo psicoanalítico, al empezar esta teoría surgen las conductas adaptativas y desadaptativas considerando que son aprendidas por los aprendizajes; siendo unas de las terapias con mayor eficaz y resultados óptimos, para los tratamientos psicológicos Aaron Beck (citado por Pulido y Rull, 2013).

Por otro lado, los autores refieren que la terapia cognitiva, también brindan sus inicios con los modelos de los aprendizajes, lo cual implica que cada estímulo positivo o negativo es aprendido por medio del ambiente, principios o conductas determinadas ante el entorno social. En 1950 Skinner, Solomon y Lindley a finales de 1970, dan hincapié y fortalecimiento de la terapia cognitiva, considerando como precursor Aaron T. Beck y Albert Ellis con el método cognitivo (Ibáñez, Manzanera, 2012).

Terapia Cognitiva Conductual

La terapia cognitiva conductual, se vincula e identifica las distorsiones de sus pensamientos y las creencias que presentan las personas, al realizar la técnica mencionada se lograra; modificar las dificultades o problemas que suelen relacionarse con las condiciones, estímulos y conducta, de tal manera estas falsas creencias son modificadas (Mantilla 2011)

La terapia cognitiva conductual, es una de las intervenciones que se enfoca en las modificaciones de las cogniciones y las conductas, además es valorada por su gran aporte para resolver ciertos conflictos internos que el ser humano presenta, lo cual su evolución es cada vez más amplia siendo más reconocida por los especialistas ya que actualmente el uso es cada vez más constante (Keenan 2011).

Tipos de terapia Cognitiva Conductual

Reestructuración Cognitiva:

Esta técnica, indica en que el paciente logre, expresar, identificar sus ideas negativas, por los conflictos emocionales, conductuales a positivos, lo cual las modificaciones sean favorables a largo plazo para mejorar dichos problemas que a la persona le eran difícil de poder controlar, sin embargo, esta técnica es importante y de gran aporte para los tratamientos depresivos (Bados y García 2010).

Terapia Cognitiva de Aarón Beck

La terapia cognitiva es un modelo que se basa en las colaboraciones de entendimiento personal y el desarrollo a la solución de los problemas, además se caracteriza en los resultados positivos del tratamiento que afecta a sus emociones y conducta, también se identifica los pensamientos automáticos, imágenes y creencias, siendo importante para comprender los problemas psicológicos (Beck, 1964).

Los esquemas

Los esquemas son las estructuras de las relaciones personales de uno mismo ya que pueden ser amplios o complejos de acuerdo con la situación dada, dentro de los esquemas existen almacenamientos de recuerdos y experiencias vividas que se localizan, codifican y atribuyen significados del entorno (Beck y Freeman, 1995).

Creencias centrales

Son ideas o principios que dan como resultado los esquemas y la forma de cómo se interpreta la realidad de los hechos que permite dar sentido a cada experiencia del mundo, de esta manera se divide en pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales (Beck, 1964).

Creencias intermedias

Son reglas o normas que son expresadas de acuerdo con cada conducta y comportamiento determinado, estas reglas y normas son valores que están constituidas por conceptos o auto esquemas, ya que los auto conceptos pueden ser positivos o negativos de acuerdo a cada situación que experimentan.

Pensamientos automáticos

Son cogniciones, pensamientos involuntarios que ingresan automáticamente en la mente y que son fáciles de actuar ante emociones fuertes que son expuestas a determinadas situaciones ya que pueden ser de forma verbal o visual.

Modelo cognitivo de la depresión según Beck

Beck (citado por Oscate y Misar, 2020), uno de los principales autores del modelo cognitivo, considera a la depresión como una patología de varias categorías y áreas que afecta al ser humano como, el proceso cognitivo, afectivo, conductual y somático, también

como un conjunto de síntomas afectivos, como el descuido personal, lentitud en su voz, bajo estado de ánimo, llanto fácil o espontáneo, insomnio y somatizaciones.

Por otro lado, Beck menciona que la depresión, son factores de riesgos que desencadenan enfermedades físicas, ya que suele presentarse en cualquier edad por lo que genera un impacto en la vida de la persona y dificultades en su calidad de vida.

Así mismo, Beck (citado por Valle,2018) este modelo estructural comprende y clásica cómo funciona el ciclo del trastorno depresivo, donde existen situaciones con esquemas que se encarga de regular las interpretaciones de la vida cotidiana de acuerdo a los hechos en la que vive, siendo la depresión en la investigación importante para Beck, lo cual se convierte en el cuadro central de la denominada triada cognitiva, donde se presenta una versión negativa de sí misma y del entorno donde se desarrolla hacia el futuro, sin embargo Beck plantea que la persona que sufre depresión, presentan pensamientos negativos sobre sí mismo, ya que se desvaloriza como algo patológico de sí mismo. Por ello, Beck plantea un modelo estructural que manifiesta el funcionamiento psicológico: Primero, las situaciones o problemas que presentan los esquemas ya que son aquellos responsables de regularizar las interpretaciones de sus conflictos, de esta manera el autor menciona que las personas con depresión tienen pensamientos negativos, no valorando sus logros obtenidos, lo que le genera problemas en su entorno social y familiar, de los cuales no gozaran de situaciones gratificantes.

Triada cognitiva

Beck (citado por Navoa,2019) clasifica tres elementos que están relacionados entre sí donde *contribuyen situaciones negativas de sí mismas*, sus experiencias de él y del mundo, considerando como primero a las personas con poco valor y con dificultades para relacionarse, piensa que le falta cualidades para sentirse útil; así mismo las *ideas negativas de sus expectativas*, no les permite superarse tal cual, ya que ven cada obstáculo en su camino que no les permite alcanzar sus metas; así también los pacientes con sintomatología depresiva presentan *visiones negativas de su propio futuro* (desesperanza), ya que sus proyectos a largo plazo se verán afectadas. Dentro de ello Beck menciona los siguientes síntomas que los pacientes con depresión suelen presentar:

- Síntomas afectivos; tristeza, pérdida de interés, apatía, ansiedad, dificultad para demostrar afecto.

- Síntomas motivacionales; intento de suicidio, no cumple con sus actividades cotidianas.
- Síntomas conductuales; agitación psicomotriz o quedarse en un lugar sin hacer nada.
- Síntomas fisiológicos; insomnio, disminución o incremento de apetito.

Terapia racional emotiva conductual (TREC) de Albert Ellis

Fue creada por Albert Ellis en 1955, es una técnica muy efectiva para los cambios de las personas que han sufrido problemas en la salud mental, tienen como objetivo modificar los pensamientos irracionales que presentan perturbaciones emocionales y conductuales, ya que se trabaja la parte cognitiva, pudiendo modificar los cambios en la conducta, siendo estas perturbaciones el resultado de la forma como una persona piensa ante sus dificultades Albert (citado por Ramos y Montero, 2020).

Principios de la terapia racional emotiva conductual (TREC)

Se presenta siete principios básicos

- Cogniciones que generan las perturbaciones emocionales de los hechos que presentan.
- Pensamientos irracionales.
- Dos tipos de reacciones emocionales; las emociones no saludables y emociones saludables.
- Factores genéticos y ambientales.
- Influencia del pasado.
- Enfoque del cambio.
- Las perturbaciones negativas son modificables, pero es necesario la dedicación y la practica constantemente.

Teoría del A-B-C de la perturbación emocional

Albert Ellis en 1989, estructura una teoría y práctica de la terapia ABC, con la finalidad de que la persona tome conciencia de los hechos perturbadores que le generan malestar y lo clasifica de la siguiente manera:

A= acontecimiento activador, situación al problema.

B= creencias y pensamientos irracionales- *recuerdos, supuestos.*

C= consecuencias emocionales y conductuales.

D= pensamientos racionales realistas adaptativos- *como tendrían que pensar para sentirse bien y actuar de forma correcta.*

E= Reestructuraciones de las emociones dando solución a los acontecimientos.

2.2.4. Principales fundamentos de un programa

La terapia cognitiva conductual se basa en un tratamiento empírico, eficaz para los trastornos psicológicos, siendo parte de modificar los pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos, de esta manera serán modificados para mejorar su calidad de vida.

Etapas del proceso de la terapia cognitivo conductual

Evaluación psicológica

Es la primera etapa, en la cual se conoce el motivo del funcionamiento de sus capacidades y los problemas psicológicos que están presentando para dar solución a sus dificultades.

El objetivo de esta primera evaluación es fomentar una empatía favorable ya que la relación entre terapeuta-paciente es muy importante para la intervención correspondiente, entablar la confianza y aceptación al saber escuchar, así mismo la comunicación verbal y no verbal, además en la primera evaluación se recoge la información con el fin de alcanzar los objetivos para el tratamiento.

Intervención terapéutica

Consiste en la aplicación de las técnicas y una adecuada relación entre el terapeuta y el paciente, con la finalidad de comprender sus problemas y dificultades de tal manera que ayudara a la mejora de enfrentar las diferentes situaciones generadas por los trastornos psicológicos.

Seguimiento

Muchos de los pacientes alcanzan el estado de su mejoría, no queriendo regresar a su terapia porque se sienten bien, de tal manera siendo importante continuar con sus sesiones para prevenir las recaídas.

Desarrollo del programa

Se menciona lo siguiente:

- Se desarrolla entre 6 y 20 sesiones, semanales o quincenales, dependiendo de la severidad del diagnóstico.
- Cada sesión tiene una duración de 30 y 60 minutos.
- En las primeras 2-4 sesiones el terapeuta estudiara si el tipo de tratamiento es adecuado, de lo contrario se optará por emplear otras técnicas eficaces.
- Preguntas sobre su pasado.
- Se centra en el aquí y en el ahora, para comprender cada situación que le dificulta.

El paciente cumple una función muy importante durante el proceso de la terapia, ya que antes de empezar cada sesión llegan a un acuerdo sobre los sucesos o hechos presentados durante la semana, además el terapeuta divide a cada problema en partes. Por otro lado, el terapeuta puede pedir que lleve un diario donde le ayudara a identificar sus pensamientos y emociones, así mismo estudiaran cada cognición que afecta entre sí en sus diferentes etapas de su vida. Además, el terapeuta mediante las técnicas ayudara al paciente a cómo cambiar los pensamientos negativos, una vez identificados lo que puede cambiar, el terapeuta propone actividades que deben practicar en su vida diaria para establecer su mejora.

En la siguiente sesión, se plantea como le ha ido en las sesiones desarrolladas, ya que todo es por voluntad propia, además el paciente suele ser consiente que debe poner en práctica todas las técnicas aprendidas ante cualquier u otra situación presentada.

Terapia individual

Se desarrolla al inicio de la sesión, es el contacto con el terapeuta y el paciente, donde se genera un ambiente de confidencialidad expresando sus problemas y emociones, así mismo les permite adquirir nuevas herramientas para enfrentar los conflictos y problemas.

- Desarrollo de los hábitos saludables
- Programación de actividades agradables.
- Reestructuración cognitiva; modificación de los pensamientos negativos.
- Modificación de las creencias desadaptativas.
- Solución de problemas.

Técnicas del control de la depresión

- Entrenamiento asertivo.
- Relajación progresiva.
- Autocontrol emocional.
- Autoinstrucciones.
- Imaginación positiva.

2.2.5. Determinación de las tendencias históricas o antecedentes del proceso Conductual.

Se describe las etapas durante el proceso Cognitivo Conductual, tomando en cuenta los siguientes indicadores:

- Concepción teórica.
- Trascendencia del enfoque.
- Evaluación del enfoque.

Etapa 1. Surgimiento de las teorías cognitivas conductuales (1900 - 1960)

La teoría cognitivo conductual surge a partir de la década 50, con el modelo psicoanalítico, así mismo con el desarrollo científico de la psicología y las aportaciones de la conducta. Durante esta etapa se extrae toda la información e investigación necesaria para las aportaciones de la conducta o comportamiento ya que pueden ser observables. Durante estos años la psicoterapia fue favorable y comprobada para el tratamiento ya que los cambios son eficientes (Díaz, Ruiz, Villalobos, 2012).

Etapa 2. Desarrollo de la terapia cognitiva conductual (1960-2000)

Reestructuración cognitiva

En esta segunda etapa, se presenta las técnicas de reestructuración cognitiva, para llevar a cabo la intervención, considerando como característica importante al aprendizaje y pensamiento, siendo el proceso cognitivo conductual aquella técnica favorable para el tratamiento.

La reestructuración cognitiva es un método de intervención psicológica de la terapia cognitiva, lo cual se utiliza para convertir los pensamientos negativos en pensamientos positivos, con la finalidad de ver la mejoría en el paciente Moreno (citado por Ventura, 2019).

Etapa 3: Una nueva perspectiva (2000-Actualidad)

En esta nueva etapa se considera una de las mejores psicoterapias, para el tratamiento de los trastornos mentales, mostrando eficacia con las terapias contextuales y la terapia conducta dialéctica, así mismo se desarrolla la terapia cognitivo constructivista durante esta etapa, de tal manera que son eficaces para el tratamiento (Díaz, Ruiz, Villalobos, 2012).

La Terapia Racional-Emotiva Conductual (Albert Ellis); es una de las psicoterapias que se encarga de resolver los diferentes trastornos emocionales y conductuales, centrándose en el presente de las modificaciones de las creencias irracionales. Además, menciona algunas técnicas empleadas dentro de la terapia que son: el modelaje, bibliotecaria, juego de roles, tarjetas de afrontamiento, resolución de problemas y toma de decisiones. Así mismo, el autor elaboro el modelo del ABC, con la finalidad de enfocar los problemas emocionales y las distorsiones cognitivas.

El modelo ABC, identifica primero la situación con un evento activador **A**; luego son las creencias irracionales acerca del evento activador **B**, se identifica la emoción, consecuencias y acciones **C**, esto quiere decir que las perturbaciones emocionales dificultan la conducta disfuncionales o desadaptativas.

Con este propósito la TREC se caracteriza por:

Presenta un concepto humanista, caracterizado en identificar la conducta, siendo estas correctas e incorrectas, ya que se basa en el abordaje científico dando resultado a las necesidades de cada paciente, por tal motivo establecen las conductas estando ligadas a las emociones ya que las influencias del ambiente se encuentran presentes.

Variables que trabajan son:

Pensamiento:

- Pensamientos distorsionados.
- Creencias irracionales.
- Predicciones negativas.
- Ideas perturbadoras.
- Conductas desadaptativas.

Emoción:

- Emociones negativas.
- Temor, miedo.
- Perturbaciones emocionales.

Conducta:

- Conductas disfuncionales.
- Activación.
- Desadaptación.

Papel del terapeuta y el paciente

Evalúa los procesos cognitivos y busca la adaptación afectiva, emocional, conductual del paciente.

Habilidades de afrontamiento

Este modelo fue estudiado desde el modelo cognitivo, muchos investigadores han incrementado las diferentes estrategias de afrontamiento a través de muchos comportamientos explicativos, estas habilidades de afrontamiento contribuyen a la explicación de el por qué enfrentar muchas situaciones, ya que cada afrontamiento logra controlar las demandas internas y externas de situación amenazantes. El autor plantea y explica este afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales que todo ser humano suele controlar las demandas internas del individuo que enfrenta día a día, permitiéndoles a las personas tolerar, aceptar, reducir los eventos que no puede controlar, Lazarus y Folkman (citado por Piedra, 2013)

Existen dos tipos de estrategias de afrontamiento:

Estrategias de afrontamiento centradas en el problema Se enfoca en la situación causante del problema por hechos o situaciones estresantes, provocando liberaciones de solución.

Estrategias de afrontamiento centrado en las emociones: Minimiza las emociones negativas al problema, la persona no suele expresar sus propios valores, creencias y metas, ya que suele buscar la regulación de las consecuencias emocionales.

Las variables que trabaja son:

Pensamientos

- Cambio del pensamiento a la situación.
- Interpretación positiva.
- El medio ambiente es predecible y controlable.
- Aceptación.
- Explicación a cada respuesta adaptativa.
- Soluciones en la confrontación.

Emociones

- Baja la alteración emocional.
- Expresiones positivas o negativas.
- Regulación de las emociones.
- Autocontrol.
- Evaluación positiva- reevaluación positiva.

Conducta

- Buscamos soluciones en base a la confrontación.
- Acciones específicas.
- Distanciamiento.
- Capacidad para seleccionar los estímulos.
- Cambio positivo.

Papel del terapeuta

- Cogniciones cognitivas socioculturales.

- Dar soluciones al problema.

Solución de problema-estrategia general

La terapia de solución a los problemas se origina en los años sesenta, en el cual consiste en identificar y resolver situaciones de conflictos que se presentan durante la vida cotidiana, siendo un método estructurado que forma parte de dar solución a diversos problemas sociales. Además, incluye cinco habilidades que son parte de la intervención, orientación hacia el problema, concepto del problema, alternativas de solución, toma de decisiones y la evaluación a la solución elegida. La aplicación de esta terapia incluye entre 6 semanas a más, depende la sintomatología de cada paciente. Así mismo bajo un formato estructurado siendo eficaz para el tratamiento (Hernández, 2017).

Orientación hacia el problema

Frente a los diferentes problemas y conflictos presentados durante el proceso del tratamiento como profesionales deberíamos actuar de manera positiva y exitosa, utilizando nuestras herramientas adecuadas, de tal manera que es un reto más a seguir para buscar soluciones y alternativas de esta manera crecemos profesionalmente y también nuestras habilidades sean cada día mejor.

Generación de soluciones alternativas

Una vez identificado el problema, proponemos soluciones y alternativas para enfrentar cada obstáculo que se presenta, se designa tareas para la casa con el fin de que las sesiones sean más creativas.

Toma de decisiones

En esta fase se selecciona la mejor alternativa, una vez ya seleccionada lo llevaremos a la práctica, ya que el beneficio será a corto y largo plazo, con los resultados obtenidos se evalúa si el problema tiene solución o ver la información antes de utilizar la alternativa correcta.

Puesta en práctica y verificación de la solución

Se plante alternativas adecuadas para dar solución a las problemáticas, también se observa la forma objetiva para dar resultado, obteniendo los resultados adecuados deberíamos premiarnos.

Variables que se manejan

Pensamiento

- Autosuficiencia.
- Ver al problema como un reto.
- Soluciones creativas.
- Toma de decisiones.

Emoción

- Activación emocional.
- Orientación positiva.
- Disminución del malestar psicológico.

Conducta

- Reforzadores.
- Modifica la conducta.
- Autocontrol.

Papel del terapeuta

- No diagnosticar.

- Problemas actuales y las causas que le generan malestar.
- Exploración de recursos, para su esperanza futuro.

Tabla 1: Resumen de la evolución de las terapias

Resumen de la evolución de las terapias

	<i>ETAPA 1. SURGIMIENTO DE LAS TEORÍAS COGNITIVAS Y CONDUCTUALES - (1900-1960)</i>	<i>ETAPA 2. DESARROLLO DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (1960- 2000).</i>	<i>ETAPA 3. UNA NUEVA PERSPECTIVA (2000- ACTUALIDAD).</i>
<i>Formación de la psicoterapia</i>	Inicia frente a la necesidad psicoterapéutica, con el modelo psicoanalítico para la evaluación conductual.	Esta teoría surge desde la psicología cognitiva y psicología conductual.	Nace de la terapia cognitiva conductiva, orientada a los trastornos emocionales.
<i>Concepción teórica</i>	La conducta es observable y aprendida por medio de principios de aprendizajes.	Relevancia sobre las técnicas de reestructuración cognitiva, manejo de situaciones y solución de problemas.	Se aplica una metodología científica, utiliza las técnicas y terapias para el tratamiento.
<i>Trascendencia del enfoque</i>	La psicoterapia fue eficiente ya que se obtuvo cambios en su conducta y modificación de pensamientos.	Se plantea un acercamiento terapéutico mostrando la efectividad de los procedimientos realizados.	Se desarrolla la terapia cognitiva constructivista y contextuales para el tratamiento de los trastornos.
<i>Evaluación del enfoque</i>	Evalúa los cambios de conducta y pensamientos distorsionados-negativos.	Evalúa los procesos cognitivos desadaptados y experiencias afectivas conductuales.	Aceptación y compromiso, basado en el interés del aprendizaje humano.

Nota. Evolución de las tendencias históricas por etapas.

Programa cognitivo conductual o estrategia conductual

Principios de la Terapia Cognitivo Conductual

Según Korman (2011), presenta principios fundamentales sobre la terapia cognitiva que son utilizadas en el proceso de la intervención, lo cual son los siguientes:

- Procesamiento cognitivo de los pacientes.
- Alianza terapéutica.
- Participación activa del terapeuta al paciente.
- Plantearse objetivos para el presente.
- Brindar información al paciente sobre el proceso de su tratamiento.
- Establecer un tiempo adecuado para las sesiones.
- Las sesiones deben ser estructuradas.
- Durante las sesiones se debe identificar, evaluar respecto a sus pensamientos negativos.
- Estrategias técnicas para incrementar su estado de ánimo, pensamientos y comportamientos del paciente.

Pilares básicos de la terapia cognitiva conductual

Por su parte Batlle (2008) menciona que, el modelo cognitivo se basa en las teorías del aprendizaje y los procesamientos de información, buscando establecer ciertos parámetros del desarrollo del ciclo de vida, ya que mediante estos pilares comprende a través de los modelos el tratamiento de los trastornos psicológicos, así mismo este modelo busca que mediante técnicas y teorías el comportamiento se ha moldeado, por ello se menciona lo siguiente:

- ***El condicionamiento clásico o Pavloviano:*** Es el aprendizaje que se presenta mediante dos estímulos de manera independiente de la conducta de la persona, ya que durante este condicionamiento las personas reaccionan y aprenden a través de los estímulos y van adquiriendo nuevos aprendizajes mediante factores externos, así mismo forma parte del tratamiento en pacientes en la terapia cognitiva.
- ***Condicionamiento operante o instrumental:*** Skinner, considera en su teoría que todo comportamiento humano al presentar estímulos conductuales genera situaciones agradables y desagradables, de tal manera que se considera que toda acción tiene una respuesta y de acuerdo con cada conducta expresada serán de beneficio o no para su vida, siendo el aprendizaje adquirido por sus acciones o a través de estímulos.

- ***Aprendizaje Social:*** La teoría cognoscitiva social de Bandura, hace énfasis en que todo ser humano aprende por medio de factores estimulantes del medio ambiente, ya que toda persona presenta capacidades, habilidades para aprender nuevos aprendizajes de tal manera que estas sean favorable para su desarrollo.
- ***Aprendizaje cognitivo:*** Consideran que los pensamientos, son importantes en este modelo, siendo las actitudes, creencias que conllevan a las reacciones de muchos problemas psicopatológicos.

Técnicas básicas de la terapia cognitiva conductual

Por otro lado, Fuentes (2018) menciona que las técnicas cognitivas como modificación de pensamientos negativos ante diferentes situaciones que presenta, lo cual se menciona las siguientes técnicas:

- ***Autorregistros:*** Se realiza durante las primeras etapas para recolectar la información, sobre su situación actual del paciente, siendo importante que exprese lo que le genera malestar.
- ***Descubrimiento guiado:*** Consiste en brindar nuevas alternativas para dar solución a sus creencias distorsionadas por medio de estrategias terapéuticas.
- ***Técnicas de retribución:*** Modifica los factores emocionales y conductuales del paciente.
- ***Técnicas de conceptualización alternativas:*** Busca solución a los problemas, dando medidas positivas para enfrentar las perturbaciones emocionales.
- ***Técnicas basadas en la imaginación:*** Consiste en que el paciente imagine una situación donde le gustaría estar, así mismo preguntarle cuales son los pensamientos, sentimientos que experimenta, de esta manera cambiar esos pensamientos a positivos, pero con la misma situación que enfrenta.

Terapia de aceptación y compromiso

Es una de las terapias cognitivas conductuales, que se encuentra dentro de la tercera generación, se centra en los factores emocionales, pensamientos y recuerdos que muchas

veces no logran manejar, generando en ellos algún trastornos psicológicos, así mismo se requiere que el paciente aprenda a enfrentar y aceptar sus problemas y dificultades por la que están pasando; de esta manera esta terapia es muy importante ya que ayudara al paciente a regular sus emociones, incluyendo técnicas psicológicas de otras teorías que pueden ser factibles como, el psicodrama, logoterapia, terapia Gestalt para que el tratamiento sea más eficaz (Montenegro, 2018).

Componentes básicos de la terapia de aceptación y compromiso

- ***Aceptación:*** En esta etapa se considera que las personas reconozcan su propio dolor y malestares desagradables que afectan su estado de ánimo, de esta manera comprenderán que los hechos o sucesos que enfrentan son experiencias que enfrentaran a dar solución.
- ***Difusión cognitiva:*** Se espera que el paciente elimine y exprese todos los pensamientos negativos que hay en él, de tal manera que responda de una forma adecuada a su entorno.
- ***El yo en perspectiva:*** Es un componente clave de la terapia de aceptación de compromiso, con el objetivo de que la persona se centre sí mismo y sea quien exprese que le afecta en cada momento.
- ***Contacto en el momento presente:*** Se involucra a que el paciente viva el presente para lograr modificar sus pensamientos que le perturban.
- ***Identificación de los valores:*** Identificar sus principios éticos como principio de la actividad, para que considere obtenido sus logros.
- ***Compromiso de acción:*** El terapeuta busca ayudar al paciente a elegir lo mejor para su vida y la forma de actuar positivamente, siendo importante el compromiso que el mismo tenga.

Terapia dialéctica conductual

Es un tratamiento diseñado por Marsha Linehan para pacientes con diferentes problemas psicológicos, siendo una combinación de técnicas con la terapia cognitiva

conductual ya que buscan modificar ciertos comportamientos, además encuentra la aceptación en sus problemas y a continuar con cambios positivos, por otro lado el autor menciona que son los factores biológicos y ambientales como consecuencia de la desregulación emocional, esta terapia se estructura en 4 formas de intervención, terapia individual, entrenamiento de habilidades sociales, llamadas telefónicas, el grupo de consulta para terapias, lo cual son formas de intervención para el tratamiento (Gilbert, 2015).

2.3. Marco Conceptual

Para Soto (2018) refiere que las conductas son situaciones aprendidas o acciones que el ser humano realiza en cualquier momento de su vida, iniciando los comportamientos y situaciones que les permite actuar durante cualquier necesidad ya sean psicológicas o afectivas.

III. MÉTODO

3.1. Tipo y Diseño de Investigación

Objetivo: La investigación es aplicada ya que se desarrolla un programa cognitivo conductual, para permitir nuevas estrategias de intervención.

Profundización en el objeto: Explicativa ya que busca determinar el porqué del problema.

Tipos de datos empleados: Es mixta ya que se va a cuantificar los datos relevantes, luego se va a desarrollar los unos análisis de los procedimientos de la medición.

Grado de manipulación de las variables: Experimental por que se realizara con aportes de las teorías prácticas y la preexperimental ya que se hace un pretest y postest.

Tipo de inferencia: Hipotético deductivo, porque es un procedimiento de tipo metodológico. Este método obliga al científico a combinar la reflexión o momento racionales (la formación de hipótesis y la deducción) con la observación de la realidad o momento empírico (la observación y la verificación).

Periodo temporal que se realizara: Transversal por que se realiza la medición en un momento determinado.

Tabla 2: *Diseño Pre Experimental*

DISEÑO PRE EXPERIMENTAL			
PRES - TEST Y POST – TEST			
	Pres Test	Estímulo	Post Test
GE	01	X	02

Nota. Diseño de la investigación

Población, muestreo y muestra (enfoque cuantitativo)

La población estará constituida por adultos mayores beneficiarios de un centro de salud mental, que acuden con regularidad para recibir atención, que cumplen con el diagnóstico de depresión. La muestra es de 30 adultos mayores y 10 profesionales de la salud, que serán

seleccionados mediante técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia o intencionalidad, es así como lo menciona Hernández, Fernández y Baptista (2014), tomando en consideración los siguientes criterios.

Criterios de inclusión

- Adultos mayores, a partir de 60 años de edad en adelante.
- Beneficiarios del centro de salud mental de Loreto.
- Usuarios con diagnóstico de depresión.
- Sexo femenino y masculino.

Criterios de exclusión

- Usuarios no recurrentes.
- Beneficiarios fuera del grupo etario.

3.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

Se tomará en cuenta un enfoque mixto, por lo tanto, se recurrirá a las técnicas de la entrevista y encuesta, siendo la segunda, materializada por medio de la aplicación de pruebas psicométricas. Así mismo la observación para la manifestación del problema que consiste en un conjunto de preguntas a relacionarse con las variables de estudio, iniciando la realidad problemática y a los objetivos terminados del presente estudio. Además, las herramientas utilizadas en este trabajo de investigación fueron de guías de análisis documental, guías de observación, lista de cotejos y cuestionarios. Por otro lado, los instrumentos a considerar serán los siguientes: una ficha sociodemográfica, y el inventario de depresión de Beck.

El Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II), que fue creado en Estados Unidos por Beck, Steer y Brown (2006) y traducida al español por Sanz y Vásquez (2011), es un instrumento que está compuesto de 21 reactivos, con un tipo de respuesta Likert de 4 puntos, cuya finalidad es medir el nivel de severidad de la depresión, tomando en consideración los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Su administración puede ser individual o colectiva en sujetos mayores de 13 años, en áreas de dominio clínico. La calificación se obtiene de la sumatoria de puntajes directos y la transformación en puntuaciones estándares; y los criterios diagnósticos toman en cuenta los parámetros detallados:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos

Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	30 -60 puntos.

3.3. Procedimientos de análisis de datos

Los datos recopilados por medio del inventario de depresión de Beck serán ingresados en una hoja de cálculo Excel, donde serán organizados, categorizados y transformados en puntuaciones estándares. A continuación, dichos datos serán exportados al SPSS, donde se realizará el análisis inferencial correspondiente. Para ello, se va a comprobar diferencias en cuanto a la valoración previa y posterior a la aplicación del programa de intervención, con la finalidad de identificar la eficacia de dicha intervención.

Las evidencias serán exportadas al informe de investigación, editado y analizado, tomando en consideración criterios científicos y teóricos.

3.4. Criterios éticos

En la presente investigación, se tomarán en cuenta los criterios propuestos por la American Psychological Association (APA, 2017), que se detallan. Respeto por las personas, que implica desarrollar investigación, asumiendo con responsabilidad el tratamiento integral de los participantes, que implica tomar en consideración que son seres autónomos, que asumen sus decisiones. En tal sentido, se utilizará un consentimiento previo e informado, documento por el cual se buscará la participación voluntaria de los adultos mayores.

Asimismo, se tomará en cuenta el criterio de beneficencia, por medio del cual, la investigación procura alcanzar el máximo provecho posible y evita causar daño en la integridad de los participantes, y para ello, se va a tratar con la reserva y confidencialidad datos sensibles, manteniéndolos en estricto anónimo.

Además, se tomará en cuenta el criterio de justicia, por el cual, cada uno de los participantes serán tratados con igual, evitando tratos discriminatorios o que atenten contra su integridad.

3.5. Criterios de rigor científico

En el presente estudio, se tomarán en cuenta los criterios propuestos por Guba (1985); que se detallan. Validez interna de la investigación, es decir, valor de verdad, por medio del cual, los datos que se reporten corresponderán a los datos reales que se pueden evidenciar en la población participante.

Asimismo, se tomará en cuenta el principio de consistencia interna, por medio del cual, los datos van a ser estrictamente científicos, dado que, serán recopilados por un instrumento válido y confiable, que mide la variable con objetividad.

Así también, se asumirá el criterio de conformabilidad, dato que, los hallazgos serán auditados por expertos conocedores, y además serán reportados acorde con su estado actual, evitando influir en ellos.

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados del Pre-Test

4.1.1. Características sociodemográficas

A continuación, se brinda los resultados obtenidos en los adultos mayores de un Centro de Salud Mental Comunitario Intercultural, mediante el cuestionario de depresión de Beck que consta de 21 ítems, con una muestra de 30 adultos mayores y 10 profesionales de la salud, quienes fueron evaluados respectivamente.

Tabla 3: *Distribución de adultos mayores según edad y sexo*

		SEXO			
		FEMENINO		MASCULINO	
		F	%	F	%
EDAD	<= 28	0	0%	0	0%
	29 - 62	5	71%	2	29%
	63+	9	39%	14	61%
	Total	14	47%	16	53%

Nota: Datos obtenidos de la muestra triangulada en el Centro de Salud Mental Comunitario durante el Pretest

En la tabla 3, se observa que los adultos mayores en relación con el género presentan en ambos sexos un (53% en varones y 47 % en mujeres). Del mismo modo, se visualiza que la mayoría de edad son partir de 63 edad.

Tabla 4: *Distribución del test de depresión triangulado en adultos mayores y profesionales*

		F	%
Depresión en Adulto Mayor	Leve	1	3 %
	Moderada	25	83 %
	Alto	4	13 %
	Total	30	100 %
Depresión Según Profesionales de la Salud	Leve	0	0 %
	Moderada	10	100 %
	Alto	0	0 %
	Total	10	100 %

Nota. Datos obtenidos test de depresión en adultos mayores y profesionales

En la tabla 4, se puede apreciar los niveles de depresión presentes en la población, durante el Pretest, el cual ha sido aplicado a los mismos adultos mayores y a sus profesionales de la salud, con la finalidad de triangular la información; se evidencia un (83%) de depresión en los adultos mayores en nivel moderado y un (100%) de los profesionales de la salud también con un nivel moderado. Por ello la prueba de Cronbach, nos indica que ambas pruebas poseen muy buena concordancia y relación estadística (0.737, <0.05) que confirma la problemática vinculada a la depresión por ambas fuentes de información.

Tabla 5 : Distribución de Depresión según dimensiones del PreTest triangulado en adultos mayores y profesionales

		F	%
Cognitiva	Leve	7	17.5%
	Moderada	33	82.5%
	Alto	0	0%
Física/Conductual	Leve	0	0%
	Moderada	1	2.5%
	Alto	39	97.5%
Afectivo emocional	Leve	0	0%
	Moderada	1	2.5%
	Alto	39	97.5%

Nota: Datos obtenidos de la muestra triangulada en adultos mayores y profesionales

A continuación, se presenta la tabla 5 donde se describe las dimensiones de la depresión. En ella se aprecia que, en la dimensión cognitiva, un 82.5 % en el nivel moderada, esto nos indica que la población de estudio presenta ciertas carencias para la capacidad de comprender, analizar y sintetizar las diferentes actitudes y funcionamientos de pensamientos que presentan en su día a día; así mismo en la dimensión física/conductual con 97,5 % en el nivel alto; es decir que los evaluados tienden a presentar conductas y comportamientos no favorables ante las diversas situaciones y eventos vividos; además en la dimensión afectivo/emocional un 97.5 % en el nivel alto, lo que nos indica que tienden a presentar deterioros en sus pensamientos y expresiones negativas hacia sí mismos.

Tabla 6: Niveles de Depresión según dimensiones del PreTest aplicado a Adulto Mayor

	Test Adulto Mayor					
	Leve		Moderada		Alto	
	F	%	f	%	f	%
Cognitiva	4	13%	26	87%	0	0%
Física/Conductual	0	0%	1	3%	29	97%
Afectivo emocional	0	0%	1	3%	29	97%

Nota: Datos obtenidos de la muestra triangulada en adulto mayor

Seguidamente, se presenta la tabla 6 donde se describe las dimensiones de la depresión. En ella se aprecia que, en la dimensión cognitiva, un 87 % en el nivel moderada y, así mismo en la dimensión física/conductual 97 % en el nivel alto; además en la dimensión afectivo/emocional un 97 % en el nivel alto; lo que indica que los adultos mayores tienden a presentar dificultades en su calidad de vida, ocasionando disminución en los factores emocionales no permitiendo realizar sus actividades diarias favorablemente, lo cual perjudica su salud mental.

Tabla 7: Niveles de Depresión según dimensiones del pretest aplicado a profesionales

	Test a profesionales					
	Leve		Moderada		Alto	
	F	%	f	%	F	%
Cognitiva	3	30%	7	70%	0	0%
Física/Conductual	0	0%	0	0%	10	100%
Afectivo emocional	0	0%	0	0%	g10	100%

Nota: Datos obtenidos de la muestra triangulada en los profesionales de la salud

Por otro lado, se presenta la tabla 7 donde se describe las dimensiones de la depresión de los profesionales de la salud. Donde se aprecia que, en la dimensión cognitiva, un 70 % en el nivel moderada, así mismo en la dimensión física/conductual 100 % en el nivel alto; además en la dimensión Afectivo/ emocional un 100 % en el nivel alto; lo que indica que los evaluados presentan sentimientos de tristeza, bajo estado de ánimo y pérdida de energía y satisfacción en su día a día.

V. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados encontrados en esta investigación sobre programa cognitivo conductual para disminuir la depresión en adultos mayores de un centro de salud mental comunitario intercultural se menciona lo siguiente; que el 83% de participantes presentan un nivel moderado y el 13 % un nivel alto de depresión, es decir los adultos mayores tienden a presentar disminución en sus estados de ánimos y falta de motivación propia para realizar sus actividades diarias lo que desencadena a otros factores recurrentes que perjudica su calidad de vida. El resultado coincide con el estudio de Mori, (2021) que 30% de los evaluados evidencian depresión intensa y el 22,5% depresión moderada, lo que refiere que durante esta etapa suelen con más frecuencia desencadenar estos problemas por muchos factores predisponentes.

Asimismo, Zagal (2021) en su estudio de investigación cuyo objetivo fue evaluar los estados depresivos, presentaron un 18% depresión moderada, el 6 % con depresión alto, significando que los niveles de depresión aumentan cuando sus capacidades de dependencia afectan en sus actividades diarias, además su depresión incrementa cuando suelen estar solos o presentan pensamientos negativos.

En cuanto a la dimensión cognitiva de la depresión, se evidencio que el 82.5 % de los evaluados presentaron un nivel moderado, mientras que el 13% de ellos un nivel leve, es decir que los evaluados presentan preocupaciones constantes, pensamientos negativos y dificultades para comprender o aceptar los cambios durante esta etapa. Estos resultados se asemejan a Avendaño, (2019) quienes presentaron un 35 % con depresión moderada y 55% depresión leve, siendo esta problemática actual más relevante que existe en la sociedad, donde los adultos mayores evidencian disminuida su capacidad de conocimiento al poder comprender ciertas problemáticas que enfrentan durante esta etapa. También (Zagal, 2021) en su investigación, tuvo como resultado que el 12% presenta depresión leve el 18% depresión moderada, el 6 % con depresión severa, considerando que a mayor dependencia propia aumenta el riesgo de padecer depresión afectando su calidad de vida, por lo tanto se considera mayores cuidados y pensamientos positivos.

Por otro lado, en la dimensión física/conductual, se evidencio un 97,5 % de depresión en el nivel alto, también un 3 % en nivel leve, es decir que los evaluados suelen experimentar comportamientos y experiencias determinantes ante eventos ya vividos, además de presentar comorbilidades de otras enfermedades que también desencadenan la depresión. Estudios

como Morales y López (2022) indica que el 22 % de los participantes presentan depresión y otras enfermedades físicas, como dolores musculares, diabetes y problemas de salud mental, como es en el caso de la depresión, de esta manera el cambio de conductas repercute en el proceso de mejora de su desarrollo. Por tal motivo se considera uno de los problemas de salud mental más complejos en esta edad de la vida, presentando factores y características propios que influyen en su estado emocional, además la mayoría de los adultos mayores carecen de herramientas necesarias para enfrentar este problema, no consideran que es importante para sus vidas (Hernández, 2023).

A demás en la dimensión afectivo/ emocional se aprecia un 97.5 % en el nivel alto y un 3% en el nivel leve de depresión, lo cual experimentan sentimientos reprimidos que no fueron expresados en su momento determinado, asimismo no cuentan con el apoyo socioemocional del entorno donde se desenvuelve; lo cual guarda cierta relación con el estudio de Magallanes (2021) quien menciona que los estados afectivos y emocionales influyen en la depresión por múltiples factores biopsicosociales como factor biológico 80% , psicológico 38,9% y social 41.8%, además son aquellos más vulnerables a muchos cambios. Para Apaza, (2019) el 50% de la población presenta depresión por factores emocionales y afectivos que han desencadenado el transcurso de sus vidas.

Por lo expuesto, en los resultados obtenidos por cada dimensión, se puede identificar que existen factores predisponentes que desencadenan este problema de salud mental, lo cual es importante abordar este programa de intervención enfocado a la mejora de los cambios persistentes y emocionales que presentan durante esta etapa.

VI. APORTE PRÁCTICO

“Programa cognitivo conductual para disminuir la depresión en adultos mayores de un centro de salud mental comunitario intercultural”

I. FUNDAMENTACIÓN:

Para Beck (citado por Noa, 20); refiere que la depresión es un problema de salud mental que afecta el pensamiento que altera la realidad del medio, siendo sus pensamientos negativos que perjudican su calidad de vida y futuro; se han realizado estudios donde los adultos mayores durante esta etapa son vulnerables a cambios emocionales y físicos, sin embargo, con el continuo desarrollo y actividades estructuradas en sesiones personales y grupales, logran mejorar y reducir los problemas psicológicos que enfrentan día a día (Velazco y Aurora, 2018).

La terapia cognitiva conductual, es una de las intervenciones que se enfoca en las modificaciones de las cogniciones y las conductas, además es valorada por su gran aporte para resolver ciertos conflictos internos que el ser humano presenta, lo cual su evolución es cada vez más amplia siendo más reconocida por los especialistas ya que actualmente el uso es cada vez más constante (Keenan 2011).

Según Acevedo (2018), este proceso es muy útil, ya que contribuye a la disminución de los síntomas depresivos con un tratamiento adecuado, logrando estados de ánimo favorable y disminución de distorsiones cognitivas. Además, el modelo cognitivo conductual ABC, se enfoca a los cambios de los pensamientos negativos, emocionales, conductuales y fisiológicas del ser humano, siendo el modelo más utilizado en el tratamiento para la depresión. (Baldeón, 2019).

Por otro lado, el proceso cognitivo conductual, en los pacientes depresivos ayuda a enfrentar la forma de cómo se sienten y piensan frente a sus problemas y la forma de cómo afecta sus pensamientos y sentimientos, de tal manera que estos cambios puedan hacer que los pacientes se sientan mejor, modificando sus procesos cognitivos y conductuales de su comportamiento, siendo esta terapia más utilizada en el tratamiento de la depresión (Lanza, 2018). Además, este proceso presenta un programa estructurado y breve centrándose en las modificaciones de los problemas actuales de los pensamientos y las conductas disfuncionales, siendo estas conductas y comportamientos que influyen en el estado de ánimo de los pacientes, por tal motivo el terapeuta durante este proceso cognitivo busca

muchos recursos para el cambio de los pensamientos y los sistemas de creencias en conseguir una transformación favorable de los pacientes (Quiroz, 2014).

Por ello, surge a la necesidad que hoy en día la población adultos mayores de 60 años generan cambios en su estilo de vida, siendo una de las necesidades a nivel social, económico, emocional en que se encuentra la población vulnerable, ya que la depresión ocupa el primer lugar dentro de las enfermedades que afecta durante esta etapa.

Por tal motivo se consideró importante a realizar el siguiente programa con el fin de disminuir la depresión mediante sesiones eficaces para su tratamiento, cada uno de las sesiones por un tiempo determinado, ya que son pocos los programas de atención que existen, siendo esencial para mejorar y logren una adecuada calidad de vida en los adultos mayores.

II. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo General

Desarrollar el tratamiento cognitivo conductual en adultos mayores de un Centro de Salud Mental Comunitario Intercultural – Datem del Marañón, para establecer una calidad de vida saludable.

2.2. Objetivos específicos

1. Presentar el Modelo de Intervención Cognitivo-Conductual para los sujetos abordados.
2. Brindar información sobre las dificultades que presentan diariamente en esta etapa de sus vidas y adquirir autocontrol de sus sensaciones corporales a través del entrenamiento de relajación.
3. Identificar como nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.
4. Aprender a identificar en los participantes los pensamientos negativos y positivos.
5. Enseñar y ejercitar técnicas para enfrentar los pensamientos negativos y generar pensamientos positivos.
6. Establecer actividades agradables y técnicas de relajación para incrementar estados ánimos favorables.
7. Herramientas para fortalecer la autoestima.

8. Desarrollar aptitudes positivas en relación con el proceso de envejecimiento.
9. Incrementar pensamientos saludables para tener una vida emocional sana.
10. Identificar los factores emocionales que presentan diariamente.
11. Que los participantes aprendan a relajarse por medio de técnicas de relajación que puedan aplicar en su vida diaria.
12. Identificar lo aprendido durante el proceso de las sesiones.

III. MARCO TEÓRICO:

Actualmente en la etapa adulta, los cambios relacionados al envejecimiento son cada vez más frecuente, ya que los factores desencadenantes o enfermedades físicas influyen durante este proceso, como es en el caso de la depresión que es considerada, como un problema de salud mental afectivo más frecuente durante la tercera edad, acompañado por un conjunto de síntomas y cambios cognitivos, conductuales que afectan su calidad de vida (Zagal, 2021). Además, se caracteriza por la presencia de tristeza, bajo estado de ánimo y dificultades para realizar sus actividades diarias, sienten que ahora ya no pueden hacer las cosas como lo hacían antes, además no solo afecta el estado mental de las personas si no que van acompañado de otras comorbilidades físicas que repercuten día a día su calidad de vida (Diaz, 2019).

Por otro lado, Beck (citado por Oscate y Misari, 2020), uno de los principales autores del modelo cognitivo, considera a la depresión como una patología de varias categorías y áreas que afecta al ser humano como, el proceso cognitivo, afectivo, conductual y somático, también como un conjunto de síntomas afectivos, como el descuido personal, lentitud en su voz, bajo estado de ánimo, llanto fácil o espontaneo, insomnio y somatizaciones.

Teorías relacionadas al tema

La terapia cognitiva conductual, es una intervención muy eficaz y comprada para muchas investigaciones y autores, ya que ayuda a modificar ciertos problemas en pacientes que presentan dificultades en sus vidas, siendo un tratamiento muy oportuno para este trastorno de dicha población. Esta técnica, modifica ciertos patrones en conducta y pensamientos distorsionados y los factores emociones que permanecen a largo de sus vidas.

Enfoque Cognitivo Conductual

Este enfoque, surge a partir de dos corrientes, modificaciones cognitivas y los reforzadores conductuales, incluyendo así mismo los aprendizajes asociativos que forman parte de los eventos y hechos que son desencadenantes, estos aportes se analizan desde el planteamiento platónico, de esta manera se menciona que el pensamiento cognoscitivo se refiere a cada causa de la conducta y el entorno ambiental del ser humano, ya que estas posturas dan origen y explican a los factores psicológicos de la persona (Vargas, 2011).

Asimismo, este enfoque se identifica por su validez y eficacia en los tratamientos psicológicos, ya que se caracteriza por ser una técnica completa, estructurada y siendo direccionada en un tiempo determinado, caracterizado por técnicas eficaces para el tratamiento. Además, esta teoría desempeña juicios favorables en el cambio terapéutico de los pacientes (Gonzales, Barreto y Salamanca, 2017). Además, este proceso cognitivo implica vínculos de comportamiento en el ser humano, al presentar distorsiones de los pensamientos negativos que son perjudicables en la salud de la persona, ya que son modificados a largo plazo (Díaz, Soto y Ortega, 2016).

Proceso de desarrollo cognitivo conductual

Este modelo presenta muchas suposiciones que permiten la explicación del estudio de las conductas de todo ser humano, considerando cada experiencia durante sus ciclos de vida, lo cual las aportaciones que brindan las teorías ayudaran a la modificación de las conductas y comportamientos determinados. Esta terapia permitirá conocer más a fondo los hechos o situaciones de la persona, y sus dificultades que presentan los seres humanos, siendo estos complejos, con el fin de moldear ciertas situaciones de los pensamientos lo cual les afecta, esta terapia motiva al ser humano a lidiar con cada obstáculo que les desencadena y afecta su calidad de vida (Polo y Días, 2011).

Terapia Cognitiva conductual

La terapia cognitiva conductual, se vincula e identifica las distorsiones de sus pensamientos y las creencias que presentan las personas, al realizar la técnica mencionada se lograra; modificar las dificultades o problemas que suelen relacionarse con las condiciones, estímulos y conducta, de tal manera estas falsas creencias son modificadas (Mantilla 2011).

Reestructuración Cognitiva:

Esta técnica, busca que el paciente logre, expresar, identificar sus ideas negativas, por los conflictos emocionales, conductuales a positivos, lo cual las modificaciones sean favorables a largo plazo para mejorar dichos problemas que a la persona le eran difícil de poder controlar, sin embargo, esta técnica es importante y de gran aporte para los tratamientos depresivos (Bados y García 2010).

Terapia Cognitiva de Aarón Beck

La terapia cognitiva es un modelo que se basa en las colaboraciones de entendimiento personal y el desarrollo a la solución de los problemas, además se caracteriza en los resultados positivos del tratamiento que afecta a sus emociones y conducta, también se identifica los pensamientos automáticos, imágenes y creencias, siendo importante para comprender los problemas psicológicos (Beck, 1964).

Modelo cognitivo de la depresión según Beck

Beck (citado por Valle,2018) este modelo estructural comprende y clásica cómo funciona el ciclo del trastorno depresivo, donde existen situaciones con esquemas que se encarga de regular las interpretaciones de la vida cotidiana de acuerdo a los hechos en la que vive, lo cual se convierte en el cuadro central de la denominada triada cognitiva, donde se presenta una versión negativa de sí misma y del entorno donde se desarrolla hacia el futuro, sin embargo Beck plantea que la persona que sufre depresión, presentan pensamientos negativos sobre sí mismo, ya que se desvaloriza como algo patológico de sí mismo. Por ello, Beck plantea un modelo estructural que manifiesta el funcionamiento psicológico: Primero, las situaciones o problemas que presentan los esquemas ya que son aquellos responsables de regularizar las interpretaciones de sus conflictos, de esta manera el autor menciona que las personas con depresión tienen pensamientos negativos, no valorando sus logros obtenidos, lo que le genera problemas en su entorno social y familiar, de los cuales no gozaran de situaciones gratificantes.

Triada cognitiva

Beck (citado por Navoa,2019) clasifica tres elementos que están relacionados entre sí donde *contribuyen situaciones negativas de sí mismas*, sus experiencias de él y del mundo, considerando como primero a las personas con poco valor y con dificultades para relacionarse, piensa que le falta cualidades para sentirse útil; así mismo las *ideas negativas*

de sus expectativas, no les permite superarse tal cual, ya que ven cada obstáculo en su camino que no les permite alcanzar sus metas; así también los pacientes con sintomatología depresiva presentan *visiones negativas de su propio futuro* (desesperanza), ya que sus proyectos a largo plazo se verán afectadas. Dentro de ello Beck menciona los siguientes síntomas que los pacientes con depresión suelen presentar:

- Síntomas afectivos; tristeza, pérdida de interés, apatía, ansiedad, dificultad para demostrar afecto.
- Síntomas motivacionales; intento de suicidio, no cumple con sus actividades cotidianas.
- Síntomas conductuales; agitación psicomotriz o quedarse en un lugar sin hacer nada.
- Síntomas fisiológicos; insomnio, disminución o incremento de apetito.

Terapia racional emotiva conductual (TREC) de Albert Ellis

Fundador Albert Ellis en 1955, es una técnica muy efectiva para los cambios de las personas que han sufrido problemas en la salud mental, tienen como objetivo modificar los pensamientos irracionales que presentan perturbaciones emocionales y conductuales, ya que se trabaja la parte cognitiva, pudiendo modificar los cambios en la conducta, siendo estas perturbaciones el resultado de la forma como una persona piensa ante sus dificultades Albert (citado por Ramos y Montero, 2020).

Teoría del A-B-C de la perturbación emocional

Albert Ellis en 1989, estructura una teoría y práctica de la terapia ABC, con la finalidad de que la persona tome conciencia de los hechos perturbadores que le generan malestar y lo clasifica de la siguiente manera:

A= acontecimiento activador, situación al problema.

B= creencias y pensamientos irracionales- *recuerdos, supuestos.*

C= consecuencias emocionales y conductuales.

D= pensamientos racionales realistas adaptativos- *como tendrían que pensar para sentirse bien y actuar de forma correcta.*

E= Reestructuraciones de las emociones dando solución al acontecimiento.

El modelo ABC, identifica primero la situación con un evento activador **A**; luego son las creencias irracionales acerca del evento activador **B**, se identifica la emoción, consecuencias y acciones **C**, esto quiere decir que las perturbaciones emocionales dificultan la conducta disfuncionales o desadaptativas.

Con este propósito la TREC se caracteriza por:

Presenta un concepto humanista, caracterizado en identificar la conducta, siendo estas correctas e incorrectas, ya que se basa en el abordaje científico dando resultado a las necesidades de cada paciente, por tal motivo establecen las conductas estando ligadas a las emociones ya que las influencias del ambiente se encuentran presentes.

Variables que trabajan son:

Pensamiento:

- Pensamientos distorsionados.
- Creencias irracionales.
- Predicciones negativas.
- Ideas perturbadoras.
- Conductas desadaptativas.

Emoción:

- Emociones negativas.
- Temor, miedo.
- Perturbaciones emocionales.

Conducta:

- Conductas disfuncionales.
- Activación.
- Desadaptación.

Pilares básicos de la terapia cognitiva conductual

Por su parte Batlle (2008) menciona que, el modelo cognitivo se basa en las teorías del aprendizaje y los procesamientos de información, buscando establecer ciertos parámetros del desarrollo del ciclo de vida, ya que mediante estos pilares se comprenderá el tratamiento

de los trastornos psicológicos, así mismo este modelo busca que mediante técnicas y teorías el comportamiento se ha moldeado, por ello se menciona lo siguiente:

- ***El condicionamiento clásico o Pavloviano:*** Es el aprendizaje que se presenta mediante dos estímulos de manera independiente de la conducta de la persona, ya que durante este condicionamiento las personas reaccionan y aprenden a través de los estímulos y van adquiriendo nuevos aprendizajes mediante factores externos, así mismo forma parte del tratamiento en pacientes en la terapia cognitiva.
- ***El condicionamiento clásico o Pavloviano:*** Es el aprendizaje que se presenta mediante dos estímulos de manera independiente de la conducta de la persona, ya que durante este condicionamiento las personas reaccionan y aprenden a través de los estímulos y van adquiriendo nuevos aprendizajes mediante factores externos, así mismo forma parte del tratamiento en pacientes en la terapia cognitiva.
- ***Condicionamiento operante o instrumental:*** Skinner, considera en su teoría que todo comportamiento humano al presentar estímulos conductuales genera situaciones agradables y desagradables, de tal manera que se considera que toda acción tiene una respuesta y de acuerdo con cada conducta expresada serán de beneficio o no para su vida, siendo el aprendizaje adquirido por sus acciones o a través de estímulos.
- ***Aprendizaje Social:*** La teoría cognoscitiva social de Bandura, hace énfasis en que todo ser humano aprende por medio de factores estimulantes del medio ambiente, ya que toda persona presenta capacidades, habilidades para aprender nuevos aprendizajes de tal manera que estas sean favorable para su desarrollo.
- ***Aprendizaje cognitivo:*** Consideran que los pensamientos, son importantes en este modelo, siendo las actitudes, creencias que conllevan a las reacciones de muchos problemas psicopatológicos.

Principales fundamentos de un programa

Evaluación psicológica

Es la primera etapa, en lo cual se conoce el motivo del funcionamiento de sus capacidades y los problemas psicológicos que están presentando para dar solución a sus

dificultades. El objetivo de esta primera evaluación es fomentar una empatía favorable ya que la relación entre terapeuta-paciente es muy importante para la intervención correspondiente, entablar la confianza y aceptación el saber escuchar, así mismo la comunicación verbal y no verbal, además en la primera evaluación se recoge los datos relevantes para lograr la finalidad del tratamiento.

Intervención terapéutica

Consiste en la aplicación de las técnicas y una adecuada relación entre el terapeuta y el paciente, con la finalidad de comprender sus problemas y dificultades de tal manera que ayudara a la mejora de enfrentar las diferentes situaciones generadas por los trastornos psicológicos.

Desarrollo del programa

Se menciona lo siguiente:

- Se desarrolla 12 sesiones, semanales o quincenales.
- Son en 30 y 60 minutos.
- Preguntas sobre su pasado.
- Se centra en el aquí y en el ahora, para comprender cada situación que le dificulta.

El paciente cumple una función muy importante durante el proceso de la terapia, ya que antes de empezar cada sesión llegan a un acuerdo sobre los sucesos o hechos presentados durante la semana. Por otro lado, el terapeuta pedirá que el paciente elabore un diario donde identificara sus pensamientos y emociones, así mismo estudiaran cada cognición que afecta entre sí en sus diferentes etapas de su vida. Además, el terapeuta mediante las técnicas ayudara al paciente a cómo cambiar los pensamientos negativos, una vez identificados lo que puede cambiar, el terapeuta propone actividades que deben practicar en su vida diaria para establecer su mejora.

En la siguiente sesión, se plantea como le ha ido en las sesiones desarrolladas, ya que todo es por voluntad propia, además el paciente suele ser consiente que debe poner en práctica todas las técnicas aprendidas ante cualquier u otra situación presentada.

Terapia individual

Se desarrolla al inicio de la sesión, es el contacto con el terapeuta y el paciente, donde se genera un ambiente de confidencialidad expresando sus problemas y emociones,

así mismo les permite adquirir nuevas herramientas para enfrentar los conflictos y problemas.

- Desarrollo de los hábitos saludables.
- Programación de actividades agradables.
- Reestructuración cognitiva; modificación de los pensamientos negativos.
- Modificación de las creencias desadaptativas.
- Solución de problemas’.

Técnicas del control de la depresión

- Entrenamiento asertivo.
- Relajación progresiva.
- Autocontrol emocional.
- Auto instrucciones.
- Imaginación positiva.

Papel del terapeuta y el paciente

Evalúa los procesos cognitivos y busca la adaptación afectiva, emocional, conductual del paciente.

Habilidades de afrontamiento

Este modelo fue estudiado desde el modelo cognitivo, estas habilidades de afrontamiento contribuyen a la explicación de el por qué enfrentar muchas situaciones de cambio durante esta etapa, ya que cada afrontamiento logra controlar las demandas internas y externas de situación amenazantes. El autor plantea y explica este afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales que todo ser humano suele controlar las demandas internas del individuo que enfrenta día a día, permitiéndoles a las personas tolerar, aceptar, reducir los eventos que no puede controlar, Lazarus y Folkman (citado por Piedra, 2013).

Solución de problema-estrategia general

Consiste en identificar y resolver situaciones de conflictos que se presentan durante la vida cotidiana, siendo un método estructurado que forma parte de dar solución a diversos problemas sociales. Además, incluye cinco habilidades que son parte de la intervención, orientación hacia el problema, concepto del problema, alternativas de solución, toma de decisiones y la evaluación a la solución elegida. La aplicación de esta terapia dependerá la

sintomatología de cada paciente. Así mismo bajo un formato estructurado siendo eficaz para el tratamiento (Hernández, 2017).

Técnicas básicas de la terapia cognitiva conductual

Por otro lado, Fuentes (2018) menciona que las técnicas cognitivas como modificación de pensamientos negativos ante diferentes situaciones que presenta, lo cual se menciona las siguientes técnicas:

- ***Autorregistros:*** Se realiza durante las primeras etapas para recolectar la información, sobre su situación actual del paciente, siendo importante que exprese lo que le genera malestar.
- ***Descubrimiento guiado:*** Consiste en brindar nuevas alternativas para dar solución a sus creencias distorsionadas por medio de estrategias terapéuticas.
- ***Técnicas de retribución:*** Modifica los factores emocionales y conductuales del paciente.
- ***Técnicas de conceptualización alternativas:*** Busca solución a los problemas, dando medidas positivas para enfrentar las perturbaciones emocionales.
- ***Técnicas basadas en la imaginación:*** Consiste en que el paciente imagine una situación donde le gustaría estar, así mismo preguntarle cuales son los pensamientos, sentimientos que experimenta, de esta manera cambiar esos pensamientos a positivos, pero con la misma situación que enfrenta.

IV. EVALUACIÓN

4.1. Instrumentación:

Para realizar este programa se implementó la información detallada en relación con la TCC para la prevención y disminución de la depresión en adultos mayores, así como la responsabilidad del investigador, para lo cual se solicitó el consentimiento y permisos de la responsable del establecimiento para la facilidad que se pueda desarrollar el programa, también se contó con el apoyo de los profesionales de la salud. De esta manera se desarrolló la propuesta del programa cognitivo conductual para la disminución de la depresión en adultos mayores.

Tabla 8: *Evaluación del Programa Cognitivo Conductual*

N°	Responsable	Actividad	Producto	Plazo a ejecutar
1	Investigadora	Permiso a la responsable del establecimiento	Solicitud de permiso para la evaluación	Octubre
2	Encargada del centro de salud mental	Informe a los adultos mayores y profesionales	Informe a los adultos mayores y profesionales sobre la evaluación y el programa a desarrollarse	Octubre
3	Investigadora	Consentimiento informado	Permiso por parte de los adultos mayores para ser evaluados	Octubre
4	Investigadora	Aplicación del cuestionario de depresión de Beck a los adultos mayores y profesionales.	Diagnostico del estado actual de la depresión	Octubre
5	Investigadora	Evaluación mediante la aplicación del pre test adultos mayores y profesionales.	Diagnostico del estado actual	Octubre
6	Investigadora	Construcción del Programa cognitivo conductual para prevenir la adicción a las redes sociales en los alumnos de la I.E de Cajabamba.	Programa con 12 sesiones para disminuir la depresión en adultos mayores	Noviembre

Nota. Descripción de las actividades ejecutadas del programa cognitivo conductual

4.2 Criterios de Evaluación

Para los criterios de evaluación cognitivo conductual para adultos mayores de un centro de salud mental comunitario; se brindó la información sobre el consentimiento informado, evidenciando la aceptación de los adultos mayores y profesionales que participaron, donde se evidencia la aceptación de los adultos mayores y profesionales a participar de los criterios de evaluación y del proceso del programa.

Por lo tanto, los criterios de evaluación se dividen en tres etapas y son los siguientes:

1ª etapa

En la primera etapa de la evaluación del cuestionario de depresión de Beck, se determinó el resultado, donde representa el estado actual de los adultos mayores en esta problemática de la investigación, teniendo en cuenta el objetivo; aplicar un programa cognitivo conductual para disminuir la depresión en adultos mayores de un Centro de Salud Mental Comunitario Intercultural. Utilizando el cuestionario de depresión de Beck que consta de 21 ítems con 3 dimensiones. Las puntuaciones oscilan entre las opciones: 4= Siempre, 3= Muchas veces, 2= Algunas veces, 1= Nunca, para la evaluación correspondiente.

2ª etapa

Se realiza las evaluaciones de las sesiones en el apartado de identificación de vivencias, donde la investigadora ejecuta preguntas sobre los temas desarrollados durante las sesiones con la finalidad de reforzar los conocimientos de los aprendizajes aprendidos, de tal manera que el profesional brinda las aclaraciones correspondientes con mensajes motivándoles a sentirse mejor cada día.

3ª etapa

En esta etapa se realiza las evaluaciones de las sesiones y los aprendizajes mediante la aplicación del postest, después de haber asistido o a las 12 sesiones que fue en base a la disminución de la depresión con sus respectivas dimensiones, lo cual fueron adecuados y favorables con los objetivos planteados.

SESIÓN N° 01

I. OBJETIVO: Presentar el Modelo de Intervención Cognitivo-Conductual para los sujetos abordados.

II. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

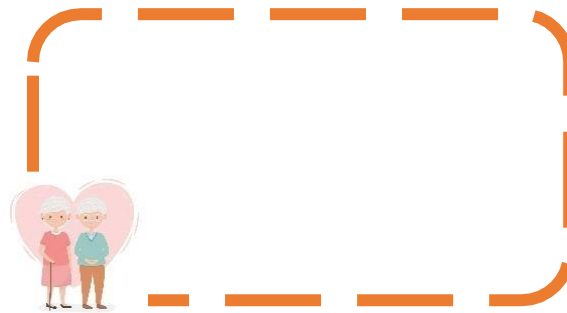
A continuación, se describe las actividades de la sesión N° 01

Tabla 9: Sesión N°1

Objetivo	ACTIVIDAD	T°	MATERIALES
<p>Presentar el Modelo de Intervención Cognitivo-Conductual para los sujetos abordados.</p>	<p>- “Dinámica de presentación”</p> <p>Se pide a los participantes que formen un círculo, luego a cada uno mencionar su nombre y apellidos, a que se dedican o que hacen, con quienes vive, su comida favorita, lugar de nacimiento y la fecha de su cumpleaños, la secuencia se repite hasta que todos los participantes hayan participado, luego se colocará un pink con su nombre, se realizará un círculo donde todos se sostienen de la mano y luego decir bienvenidos.</p> <p>- Practica y entrenamiento de la técnica de relajación.</p> <p>-Se establece las normas de convivencia y participación activa.</p> <p>-Canción “Cabeza hombros rodillas y pies” (movimientos motrices). Fondo música.</p> <p>-Psicoeducación: explicación sobre las dificultades que actualmente están pasando y sobre su tratamiento, además se brinda cuáles son los objetivos planteados durante las sesiones y de qué manera estas serán trabajadas.</p> <p>- Finaliza con una retroalimentación sobre lo aprendido, se realizará las preguntas como:</p> <p>¿Cómo se sintieron con la sesión de hoy? ¿Qué tanto aprendieron? – ¿Esta experiencia les pareció enriquecedor?</p>	<p>60 mnts</p>	<p>-Laptop.</p> <p>-Proyector multimedia.</p> <p>- Equipo de sonido.</p> <p>-Imperdibles.</p> <p>-Cartulina.</p> <p>-Plumones.</p>

Nota. Descripción de sesión 1

Figura 1: Pik Nombre



Nota. Identificación por cada participante durante la sesión

Figura 2: Mi Compromiso

“MLCOMPROMISO”

- ❖ Asistir a cada sesión programa.
 - ❖ Llegar a tiempo.
 - ❖ Mantener una actitud positiva.
- ❖ Expresar lo que sientes y piensas durante la sesión.
 - ❖ Practicar lo aprendido en cada sesión.

Nota. Compromiso para asistir a cada sesión durante el programa

SESIÓN N° 02

I. OBJETIVO: Brindar información sobre las dificultades que presentan diariamente en esta etapa de sus vidas y adquirir autocontrol de sus sensaciones corporales a través del entrenamiento de relajación.

II. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

A continuación, se menciona las actividades de la sesión N.º 02

Tabla 10: Sesión N° 2

Objetivo	ACTIVIDAD	T°	MATERIALES
<p>Brindar información sobre las dificultades que presentan diariamente en esta etapa de sus vidas, y adquirir autocontrol de sus sensaciones corporales a través del entrenamiento de relajación.</p>	<p>- Dinámica / Musicoterapia coreografía “a la vida”, con la finalidad de fortalecer estados de ánimos favorables.</p> <p>-A continuación, se realiza las siguientes preguntas: ¿cuáles son los cambios que experimentan durante esta etapa? ¿cómo se sienten al presentar estos cambios? ¿les gustaría mejorar?</p> <p>-Se socializa sobre las dificultades actuales que enfrentan y los cambios de afrontamientos continuos y de qué manera puedan lograr aceptar y comprender las etapas del cambio.</p> <p>-Luego se realiza la técnica de relajación sensibilización imaginaria (fondo música clásica).</p> <p>-Cierre de sesión: cuales son las experiencias sobre lo trabajado y que aprendieron, y de qué manera lo pondrán en práctica. Finalmente se brinda las palabras de agradecimiento a todos los participantes por su colaboración en la sesión.</p>	<p>60 mnts</p>	<p>-Laptop.</p> <p>-Proyector multimedia.</p> <p>-Diapositivas</p> <p>-Equipo de sonido.</p> <p>- Papelotes.</p> <p>-Cartulina.</p> <p>-Plumones.</p>

Nota. Descripción de sesión 2

SESIÓN N° 03

I. **OBJETIVO:** Identificar como nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

II. **DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:**

A continuación, se presenta las actividades de la sesión N.º 03

Tabla 11: *Sesión 3*

Objetivo	ACTIVIDAD	T°	MATERIALES
<p>Identificar como nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.</p>	<p>-Se da inicio, con palabras de bienvenida por asistir a la sesión, además de ello se les menciona en qué consistirá la sesión: las situaciones que enfrentamos día a día y como nuestros pensamientos pueden influenciar en nuestro estado de ánimo.</p> <p>-Practica de la técnica de relajación.</p> <p>-Se identifica cuales son nuestros tipos de pensamientos, y de qué manera estas actúan ante las diferentes situaciones que experimentan. Por otro lado, se les pone ejemplos como por ejemplo “si como adulto mayor, puedo realizar mis actividades con normalidad, como me siento cuando pienso que no es lo mismo que antes, podría yo volver hacer lo mismo.</p> <p>Tarea para la casa: medir cuáles son sus estados afectivos de ánimo por medio del termómetro del ánimo.</p> <p>Se les agradece por la participación de hoy.</p>	<p>60 mnts</p>	<p>- Música.</p> <p>-Plumones.</p> <p>-Papelotes.</p> <p>-Colores.</p>

Nota. Descripción de sesión 3

SESIÓN N° 04

I. OBJETIVO: Aprender a identificar en los participantes los pensamientos negativos y positivos.

II. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

A continuación, se presenta las actividades de la sesión N.º 04

Tabla 12: Sesión N° 4

Objetivo	ACTIVIDAD	T°	MATERIALES
<p>Identificar en los sujetos los pensamientos negativos y positivos que podemos presentar diariamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Se inicia, realizando una retroalimentación de las sesiones anteriores. -Técnica de relajación. -Identificación sobre el significado de los pensamientos negativos y positivos y como estos generan dificultades en su día a día. - A cada uno de los adultos mayores se les entregara una ficha de registro diario y se les explicara el funcionamiento del registro, sobre cómo se sienten, y como es que su estado de ánimo y los cambios constantes durante esta etapa han afectado su ciclo de vida, esta sesión se realizara con la ayuda de los familiares. - Tarea para la casa “termómetro del ánimo” - Al finalizar la sesión, se realizará una retroalimentación de lo aprendido. 	<p>60 mnts</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Laptop. -Proyector multimedia. -Equipo de sonido. -Papeles de colores. -Imágenes diferentes -Plumones.

Nota. Descripción de sesión 4

Figura 3

Termómetro del Animo

TERMOMETRO DEL ANIMO

SEMANA # _____
NOMBRE _____

DIAS: _____

E S T A D O D E L A N I M O	El Mejor	9	9	9	9	9	9	9
	Bastante Mejor	8	8	8	8	8	8	8
	Mejor	7	7	7	7	7	7	7
	Mejor que Regular	6	6	6	6	6	6	6
	Regular	5	5	5	5	5	5	5
	Peor que Regular	4	4	4	4	4	4	4
	Peor	3	3	3	3	3	3	3
	Bastante Peor	2	2	2	2	2	2	2
	El Peor	1	1	1	1	1	1	1

NUMERO DE PENSAMIENTOS:

POSITIVOS _____

NEGATIVOS _____

Nota. Identificación del estado animo

SESIÓN N° 05

I. **OBJETIVO:** Enseñar y ejercitar técnicas para enfrentar los pensamientos negativos y generar pensamientos positivos.

II. **DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:**

A continuación, se presenta las actividades de la sesión N.º 05

Tabla 13: Sesión N° 5

Objetivo	ACTIVIDAD	Tº	MATERIALES
Enseñar y ejercitar distintas técnicas para enfrentar los pensamientos negativos y generar pensamientos positivos.	<ul style="list-style-type: none">-Se brinda la bienvenida por su asistencia.-Técnica de respiración y relajación de Jacobson.- Como enfrentar cada obstáculo que repercuten en su día a día, mediante la técnica del A-B-C-D de Albert Ellis, con la finalidad de modificar ciertos pensamientos que les perjudica día a día.- Al finalizar la sesión, se realizará una retroalimentación de lo aprendido.-Agradecimiento por su asistencia y su participación	60 mnts	<ul style="list-style-type: none">- Música.-Plumones.-Papelotes.

Nota. Descripción de sesión 5

Figura 4: Lista de pensamientos que les genera malestar

<p>A. Evento ACTIVANTE (¿Que sucedió?)</p>	<p>C. CONSECUENCIA (¿Cómo reaccionó usted?)</p>
<p>B. BELIEF (CREENCIA) DE LO QUE SUCEDIO. (Lo que usted se dijo a usted mismo(a) acerca de lo que sucedió y que influyó su reacción).</p>	<p>D. DISCUTIR LA CREENCIA (Los pensamientos alternativos que podrían ayudarle a reaccionar de una forma más saludable).</p>

Nota. Ficha de registro

SESIÓN N° 06

I. **OBJETIVO:** Establecer actividades agradables y técnicas de relajación para incrementar estados ánimos favorables.

II. **DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:**

A continuación, se presenta las actividades de la sesión N.º 06

Tabla 14: Sesión N° 6

Objetivo	ACTIVIDAD	T°	MATERIALES
<p>Establecer actividades agradables y técnicas de relajación para incrementar estados ánimos favorables</p>	<p>-Se iniciará con una rueda de preguntas de cómo se han sentido esta semana y que actividades han realizado.</p> <p>-Seguidamente se les explica la influencia de compartir actividades agradables en familia o con las personas cercanas, siendo importante para establecer hábitos positivos y un estilo de vida favorable; además se les pide mencionar cuales son las actividades que realizan diariamente, luego hacer un rol por cada semana de cada actividad de su agrado.</p> <p>Por otro lado, se dirige la técnica de relajación, con la finalidad de poner en práctica día a día en momentos de tensiones o malestar general.</p> <p>Finalmente se realiza una retroalimentación sobre la sesión, para ver que aprendieron</p> <p>Se les agradece por su participación y su asistencia.</p>	<p>60 mnts</p>	<p>- Música (fondo)</p> <p>-Plumones.</p> <p>-Papelotes.</p> <p>-Lapiceros.</p> <p>-Papel Bonn.</p>

Nota. Descripción de sesión 6

SESIÓN N° 07

I. OBJETIVO: Herramientas para fortalecer la autoestima.

II. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

A continuación, se presenta las actividades de la sesión N.º 07

Tabla 15: Sesión N° 7

Objetivo	ACTIVIDAD	T°	MATERIALES
Herramientas para fortalecer la autoestima.	<p>-Se les da la bienvenida por estar presentes en la sesión.</p> <p>-Luego se les menciona que en esta sesión se trabajara sobre; ¿qué es la autoestima? ¿cómo influye en su estilo de vida? aceptación propia, cualidades, valores y defectos que suelen identificarnos como personas y el valor que tenemos durante esta etapa (sesión que será de forma didáctica).</p> <p>-Seguidamente se le brinda un papelote a cada uno de los participantes para que puedan plasmar una silueta y expresar las identificaciones físicas que más les agrada, con la finalidad de poder conocer la valioso que son.</p> <p>-Además, se realiza la actividad sobre el espejo, donde cada uno de ellos se identifica, e importante que son.</p> <p>-Se les agradece por su participación.</p>	60 mnts	<p>-Plumones.</p> <p>-Papelotes.</p> <p>-Lapiceros.</p> <p>-Plumones.</p> <p>-Papel Bonn.</p> <p>-Imágenes.</p>

Nota. Descripción de sesión 7

SESIÓN N° 08

I. OBJETIVO: Desarrollar aptitudes positivas en relación con el proceso de envejecimiento.

II. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

A continuación, se presenta las actividades de la sesión N.º 08

Tabla 16: *Sesión N°8*

Objetivo	ACTIVIDAD	T°	MATERIALES
Desarrollar aptitudes positivas en relación con el proceso de envejecimiento.	<p>Se brinda el saludo a los participantes por su asistencia.</p> <p>-Inicio, por medio de una dinámica de animación (psicomotricidad), donde se pide a cada uno de los participantes que deben amarrar un globo en la parte de sus pies y al sonido de la música los que están cerca deberían ir por el globo para que esto sea reventado, lo cual fortalece estados favorables positivos en su desarrollo.</p> <p>-Fortalecimiento del entorno familiar, mediante la comunicación asertiva, además las relaciones afectivas para un mejor desarrollo de sí mismo.</p> <p>-Así mismo se presentará un espejo y que puedan identificarse las características físicas más importantes en ellos as aprecian.</p> <p>-Se les agradece por su participación.</p>	60 mnts	<p>-Plumones.</p> <p>-Papelotes.</p> <p>-Lapiceros.</p> <p>-Plumones.</p> <p>-Papel Bonn.</p> <p>-Imágenes.</p> <p>-Espejo.</p>

Nota. Descripción de sesión 8

SESIÓN N° 09

I. OBJETIVO: Incrementar pensamientos saludables para tener una vida emocional sana.

II. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

A continuación, se presenta las actividades de la sesión N.º 09

Tabla 17: *Sesión N° 9*

OBJETIVO	ACTIVIDAD	T°	MATERIALES
Incrementar pensamientos saludables para tener una vida emocional sana.	<p>-Se inicia, con las palabras de bienvenida por asistir a la sesión, además se menciona sobre la actividad que se va a desarrollar en el día de hoy.</p> <p>-Se menciona sobre como adquirir los 8 factores saludables, que ayudarán a mantener una vida emocionalmente sana, que serán de gran ayuda para mantener una vida favorable, en el cual se menciona lo siguiente: agua, descanso, ejercicio, luz del sol, aire, nutrición adecuada, temperancia y esperanza.</p> <p>-Además se pone en práctica todas las actividades mencionadas, mediante actividad física y hábitos saludables.</p> <p>-Se les indica que los hábitos saludables poner en práctica día a día para sentirme mejor.</p> <p>-Se les agradece por su participación durante la sesión.</p>	60 mnts	<p>-Plumones.</p> <p>-Papelotes.</p> <p>-Lapiceros.</p> <p>-Plumones.</p> <p>-Papel Bonn.</p> <p>-Imágenes.</p> <p>-Espejo.</p>

Nota. Descripción de sesión 9

SESIÓN N° 10

I. OBJETIVO: Identificar los factores emocionales que presentan diariamente.

II. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

A continuación, se presenta las actividades de la sesión N.º 10

Tabla 18: *Sesión N°10*

OBJETIVO	ACTIVIDAD	T°	MATERIALES
<p>Identificar los factores emocionales que presentan diariamente.</p>	<p>-Se brinda la bienvenida por asistir a la sesión el día de hoy, seguidamente se brinda las pautas del tema, en lo cual consiste en lo siguiente:</p> <p>-Concepto sobre las emociones, identificar que situaciones emocionales presentamos diariamente; se le pide a cada participante contar una experiencia personal durante la etapa de sus vidas y expresarlas de la forma como se han sentido al contar cada emoción vivida.</p> <p>-Seguidamente mostrar cada emoción mediante imágenes y preguntarles a cuál de ellas las identifica.</p> <p>-Que los participantes conozcan e identifiquen los tipos de emociones que presentan en su día a día.</p> <p>-Por otro lado, se les explica que cada emoción diaria que experimentan son buenas ya que ayudan a descargar, las situaciones que les genera malestar.</p> <p>-Se realiza preguntas como ¿que aprendieron de la sesión de hoy? ¿pondrán en práctica lo aprendido?</p> <p>Se les agradece por su participación.</p>	<p>60 mnts</p>	<p>-Papel boom.</p> <p>-Imágenes de colores.</p> <p>-Plumones.</p>

Nota. Descripción de sesión 10

SESIÓN N° 11

I. OBJETIVO: Que los participantes aprendan a relajarse por medio de técnicas de relajación que puedan aplicar en su vida diaria.

II. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

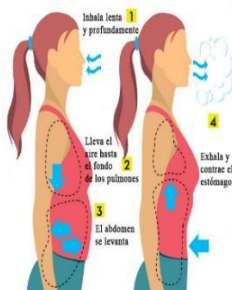
A continuación, se presenta las actividades de la sesión N.º 11

Tabla 19: Sesión N°11

OBJETIVO	ACTIVIDAD	Tº	MATERIALES
Que los participantes aprendan a relajarse por medio de técnicas de relajación.	-Se agradece por asistir a la sesión. -Conversatorio sobre cómo les fue esta semana. -Se les indica que se va a realizar la técnica de respiración diafragmática y la técnica de relajación muscular progresiva Se finaliza con mensaje de motivación.	60 mnts	-Música de fondo. -Sonidos de equipo.

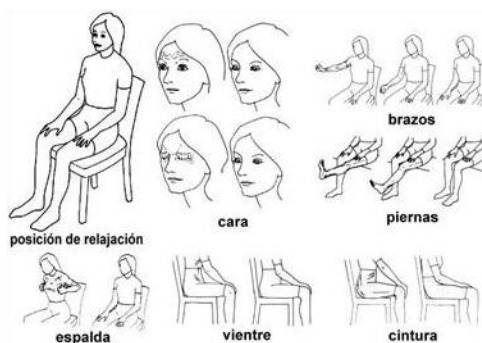
Nota. Descripción de sesión 11

Figura 5: Técnica de respiración diafragmática



Nota. Actividad para liberar las tensiones individuales

Figura 6: Relajación muscular progresiva



Nota. Incrementa los estados de ánimo.

SESIÓN N° 12

I. OBJETIVO: Identificar lo aprendido durante el proceso de las sesiones.

II. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

A continuación, se presenta las actividades de la sesión N.º 12

Tabla 20: Sesión N° 12

OBJETIVO	ACTIVIDAD	T°	MATERIALES
Identificar lo aprendido durante el proceso de las sesiones.	Repaso de las técnicas aprendidas durante el tratamiento y de los logros obtenidos. Invitación a la paciente para seguir practicando ella misma lo aprendido si vuelven a aparecer los síntomas. Se declara tratamiento terminado. Cierre de la sesión y el tratamiento indicando a la paciente seguir las actividades aprendidas y seguir cuidando su alimentación.	60 mnts	-Sonidos de equipo.

Nota. Descripción de sesión 12

VII. VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 21: Cuadro comparativo de la aplicación del Pretest y Postest

Variable	Pretest		Postest	
	Nivel	%	Nivel	%
Depresión	Leve	3%	Leve	10%
	Moderada	88%	Moderada	90%
	Alto	10%	Alto	0%

Nota: Tabla comparativa de transformaciones logradas después de la aplicación del programa

En la tabla 21 se puede observar después de haber aplicado el programa dividido, en 12 sesiones los cambios de porcentajes y niveles, se puede evidenciar que el 90% de los adultos mayores han logrado ubicarse en el nivel moderada, lo cual se concluye que se logró disminuir la depresión en los adultos mayores, sin embargo, en la aplicación de la prueba diagnóstica el 10% se encontraba en el nivel alto reduciéndose al 0% en la aplicación del Postest.

Tabla 22: Cuadro comparativo de las dimensiones del pretest y postest

Instrumento aplicado a los adultos mayores del centro de salud mental				
Variable	Nivel	porcentajes	Nivel	Porcentajes
Cognitiva	Leve	17.5%	Leve	75.0%
	Moderada	82.5%	Moderada	25.0%
	Total	100.0%	Total	100.0%
Física/Conductual			Leve	2.5%
	Moderada	2.5%	Moderada	20.0%
	Alto	97.5%	Alto	70.0%
	Total	100.0%	Total	100.0%

Afectivo emocional			Leve	5.0%
	Moderada	2.5%	Moderada	35.0%
	Alto	97.5%	Alto	40.0%
	Total	100.0%	Total	100.0%

Nota: Dimensiones del pretest y postes después de la aplicación del programa

En tabla N° 22, se observa los logros obtenidos después de haber aplicado el programa, en cuanto a las dimensiones de las cuales fueron divididas en 12 sesiones para su aplicación respectiva, se evidencia resultados favorables en todas las dimensiones, en la aplicación del pre test se observaron que las dimensiones se encontraban ubicado en un nivel alto, sin embargo después de la ejecución del programa, se han logrado la disminución de las dimensiones logrando, que el 75,0,% de los encuestados se ubican en un nivel leve y solo el 25,0% en nivel moderado en la dimensión cognitiva; además en la dimensión física conductual se evidencia con un porcentaje menor, de 70,0% de adultos mayores es en nivel alto; también en el nivel moderado un 20, 0 % y en el nivel leve un 2,5 %. Con respecto a la dimensión afectivo emocional, se logró la disminución en el nivel alto un 40, 0% en los adultos mayores, en el nivel moderada con un 35.0 % y un 5% en el nivel leve.

Por otro lado, en la aplicación del pretest las dimensiones, mostraron un nivel alto y moderada por lo, que se planteó las sesiones para disminuir la depresión en adultos mayores las cuales los resultados fueron favorables, del mismo modo se logró cambios después de la aplicación del post test, donde los adultos mayores se encuentran en nivel leve, concluyendo que el programa cognitivo conductual ha sido aplicado con éxito logrando los cambios esperados.

VIII. CONCLUSIONES

1. Se fundamentó los aportes científicos y metodológicos sobre el proceso cognitivo conductual y su dinámica, por lo que fueron importantes para el trabajo de investigación mediante las teorías y aportes prácticos.
2. Se sistematizó la evolución histórica del proceso cognitivo conductual y su dinámica; considerando los aportes científicos fundamentados en las teorías del enfoque cognitivo conductual para la prevención de la depresión en Adultos Mayores de un Centro de Salud Mental Comunitario Intercultural.
3. Se ejecutó el diagnóstico actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual, presentando así insuficiencias en el nivel de las carencias de los tratamientos y prevención, también como insuficiencias en los diagnósticos determinados.
4. Se elaboró el programa cognitivo conductual para disminuir la Depresión en Adultos Mayores de un Centro de Salud Mental Comunitario Intercultural; distribuidas en 12 sesiones de 60 minutos cada una por los 40 participantes, de los cuales se logró que el 90% de los adultos mayores han disminuido los niveles de depresión, siendo los participantes los beneficiarios de haber obtenido una disminución en la depresión, de acuerdo con el programa aplicado.
5. Se confirmó los resultados de la investigación mediante la aplicación de un pre-experimento, donde se empleó un pre test y un post test, brindaron como resultado relevantes cambios positivos en el pensamiento y estilo de vida saludable, así como un cambio significativo en la disminución de la depresión.

IX. RECOMENDACIONES

Al finalizar la presente investigación se hace las siguientes recomendaciones:

- Implementar, otras investigaciones en otras variables, lo cual serán de gran aporte para la población quienes padecen de este problema de salud mental.
- Elaborar programas psicoterapéuticos con los diferentes problemas psicológicos en las instituciones aliadas, con el fin de que los profesionales adquieran ciertas guías de tratamiento para su bienestar y mejora de los pacientes.
- Considerar la utilización de otros instrumentos de evaluación para la depresión en adultos mayores, ya que ello permitirá también la obtención de la corroboración de los resultados analizados.
- Implementar estrategias de sensibilización para incrementar hábitos saludables y liberar aquellos factores que desencadenan en la depresión en la población.

X. REFERENCIA:

- Arturo, B; García, E (2010). La Reestructuración Cognitiva. Facultad de psicología Departament de Personalitat, Avaluación i Tractament Psicológicas. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>.
- Azañero, R, M (2020). La salud mental del adulto mayor de un centro hospitalario. (Tesis para optar el título de psicología). <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4378/RODRIGUEZ%20AZA%c3%91ERO%20MARIA%20LUZ%20%20TITULO%20PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Apaza, P, S. (2021). Nivel de depresión en adultos mayores del asilo apaktone. (Tesis presentada para optar el título de enfermería). <http://repositorio.unamad.edu.pe/bitstream/handle/UNAMAD/541/004-1-9-027.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ayala, A, D (2014). La cognición como factor motivacional en las elecciones de estrategias de poder en las parejas. (Tesis presentada para optar el título profesional de psicología). <http://132.248.9.195/ptd2014/febrero/0708352/0708352.pdf>.
- Baldeón, H, M. (2019). Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa. (Tesis para optar el título de la segunda especialidad en terapia cognitiva). http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3489/UNFV_HUAYNATES_BALDEON_MARIA_LOURDES_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Benicio, Ch, P; Guillermo, P, M; Humberto, M, L; Alfaro, A, A; Galindo, R, P; Arreaga, I, A. (2027). Depresión y Ansiedad en adolescentes (tesis presentada para optar el título de médico cirujano). http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10609.pdf
- Barrantes, E, T; Sosa, L, T. (2019). Prevalencia del síndrome depresivo y factores determinantes en adultos mayores. (Tesis para optar el título profesional de médico cirujano). <https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/3877/BC-TES-TMP-2759.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Beck, A.T (1964). Pensamiento y depresión. Manual General de Psiquiatría, 10, 561-571. Recuperado de <file:///C:/Users/Silsa/Downloads/Beck%20Aaron%20T%20%20Terapia%20Cognitiva%20De%20La%20Depresion.pdf>.
- Beck, A, Freeman, A. (1990). Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad. Barcelona, Paidós.
- Baldeón, P., Luna, C., Mendoza, S., Correa, L. (2019). Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: *Revista Científica de Análisis de Endes*. 19(4):47-52. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v19n4/a08v19n4.pdf>
- Battle, S, V (2008). Trastornos de control de los impulsos. (Tesis para optar el título profesional de Master en Paidopsiquiatría). <http://www.paidopsiquiatria.cat/files/impulsividad.pdf>.
- Caldas, S., y Correa., M. (2019). Depresión y deterioro cognitivo en personas adultas mayores de una residencia geriátrica (Tesis presentada para optar el título profesional

- de psicología)
<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2084/trece%20de%20mayo%202019%20%20%202222.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Castillo, G, V (2018). Esquemas Tempranos Mal adaptativos en Jóvenes con Educación Superior Pertenecientes y no pertenecientes. (Tesis para optar el Título Licenciada en Psicología).
https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2386/T030_47488892_T%20Gargurevich%20Del%20Castillo%2C%20Vania%20Patricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cadenillas, A, Z (2019) Creencias Irracionales en Estudiantes Universitarios. (Tesis para optar el título de segunda especialidad profesional en terapia cognitivo conductual)
http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3854/UNFV_ALBUJAR_CADENILLAS_ZAYDA_SEGUNDA_%20ESPECIALIDAD_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Caicedo, B; Valdiviezo, A (2022) Proceso de acompañamiento psicoterapéutico con técnicas cognitivo conductual. (Tesis para optar el título de licenciado en psicología)
<https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/23092/1/TTQ848.pdf>
- Carrasco, M, T; Ventura, A, E. (2020) Creencias Irracionales en estudiantes de una escuela profesional de psicología. Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de La Salud.
<https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1957/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Concepción, G, J (2005). Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado. (Tesis para optar el título de psicología). <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/014584/014584.pdf>
- Casa. S., Moreano. A., y Vega. (2021). Relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor con diabetes - programa de diabetes en un hospital del Minsa (Tesis presentada para optar el título de enfermería).
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/5566/Relacion_CuarismaCasa_Sandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Delgado, K, M (2019) Dimensiones de la personalidad y autocontrol en estudiantes de una institución educativa. (Tesis para optar el título profesional de licenciada en psicología).
<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7852/Tello%20Delgado%2C%20Katlheen%20Maineth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Díaz, N., Soto, H., & Ortega, G. (2016). Terapias cognitivas y psicología basada en la evidencia. Su especificidad en el mundo infantil. *Revista electrónica de estudiantes*, 11(1), 19-38: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/24074/24202>.
- Domínguez, Y (2019). Depresión en el adulto mayor. (Tesis para optar el título de Especialista en psiquiatría).
<file:///C:/Users/SILSA/Downloads/Depresi%C3%B3n%20en%20el%20adulto%20mayor.%20Servicio%20de%20geriatr%C3%ADa%20Hospital%20Vladimir%20I.%20Lenin,%202019..pdf>.
- Espinoza, E, M (2019) Factores de riesgo psicosocial y prevalencia de depresión en personas adultas. (Tesis para optar el grado académico de doctor en salud pública).

- <http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5617/TESIS%20DOCTOR-%20ESPINOZA%20MENDOZA-FCS-2020.pdf?sequence=1>
- Fuentes, L, A (2018). Terapia cognitiva conductual y bienestar psicológico. (Tesis para optar el título de psicología). <http://biblio3.url.edu.gt/publijrcifuentes/TESIS/2018/05/42/Fuentes-Lilian.pdf>.
- Figueroa, K., y Reyes, H. (2019). Depresión y calidad de vida en adultos mayores del centro del adulto mayor (Tesis presentada para optar el título profesional de psicología). <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1786/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Gilbert, M (2015). Aplicación de la terapia dialectico conductual en el tratamiento del trastorno límite de personalidad y de la patología dual. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 26, (1) 81-88. Recuperado de: <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Gibert-Mercedes-26.pdf>.
- García, A, k (2018). Calidad de vida y depresión en adultos mayores de un centro de salud. (Tesis para optar el título de psicología). Recuperado de: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/5690/Alvarado%20Garc%3%ada%20Kelly%20Karumy%20Di.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gonzales, D; Barreto, A., Salamanca, Y. (2017). Terapia cognitiva, antecedentes, teorías y metodología. *Revista Iberoamericana de Psicología Ciencia y Tecnología* 10 (2), 99-107. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6642554>.
- Guillermo, S, B; Pallasco, S, R (2015). Desarrollo de un proyecto de recreación dirigida a mantener la salud en el adulto mayor del hogar de ancianos. (Tesis para optar el título de licenciados en ciencias de la educación). Recuperado de: <http://repositorio.utc.edu.ec/bitstream/27000/2278/1/T-UTC-3429.pdf>.
- García. D., N (2018). Depresión en el siglo XX: concepción y tratamientos. (Tesis para optar el título de psicología). Recuperado de: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/18022/Trabajo%20de%20grado%20David%20Garc%3%ADa%20Neme%20FINAL%20corregido.pdf?sequence=1>.
- Guillén, G, E; Gordillo, M, José; Ruiz, F, I; Gordillo, G, M; Gordillo, S, (2013). ¿Depresión evolución?: revisión histórica y fenomenológica del concepto aplicado a la infancia y adolescencia. *Revista International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1) 499-506. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349852173034.pdf>
- Hernández, Bojay, Y (2023) Nivel de depresión del adulto mayor con entornos sociales diferentes de la comunidad de Atotonilco de tula hgo. (Tesis para optar el título de Licenciatura en Enfermería) <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/3046/AT26663.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Huaytalla, P; Sotomayor, S, E (2020) Estilos de aprendizaje de estudiantes de educación básica alternativa de la provincia de tarma. (Tesis para optar el título de segunda especialidad profesional en andragogía-educación básica alternativa) <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/3361/TESIS-SEG-ESP-FED->

2020POMASUNCO%20HUAYTALLA%20Y%20SOLANO%20SOTOMAYOR.
pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Hernández, S, M (2010). Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso. (Tesis para optar el título de psicología).
https://www.researchgate.net/publication/336180475_tratamiento_cognitivo_conductual_de_la_depresion_un_analisis_de_caso_tesis_que_para_obtener_el_titulo_de_licenciada_en_psicologia_presenta_maria_azucena_hernandez_silva_universidad_autonoma_del_estado.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014) *Metodología de la investigación científica* (6ta ed.). México: McGraw Hill Interamericana Editores.

Ibáñez, T; Manzanera, E. (2017). Técnicas cognitivo conductuales fáciles (6), 377-387.
Recuperado de: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2013/11/Tecnicas-cognitivo-conductuales-de-facil-aplicacion-en-atencion-primaria-parte-1.pdf>.

Julca, M (2022). Programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en adultos mayores. (Tesis presentada para optar el grado de maestra en psicología clínica).
<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/10190/Julca%20Morales%20Determina%20Maribel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Korman, G, P (2011). Bases teóricas en la conformación de la terapia cognitiva. *Revista interamericana de psicología en Argentina* 45 (2), pp.115-122. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/284/28422741002.pdf>.

Keegan, E (2010). Escritos de psicoterapia cognitiva. *Editorial Eudeba de Buenos Aires*.
de:<http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/psicoterapias/keegan/Teoricos%20Psicoterapias%20Keegan/keegan%20%20escritos%20de%20psicoterapia%20cognitiva.pdf>.

Landa. G. A. (2020). La influencia entre la terapia cognitiva conductual y la depresión en pacientes adultos. (Tesis para optar el título de psicología).
<http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/1235/1/Maria%20Ang%20C3%A9lica%20Landa%20Garcia.pdf>.

Leadro, G, P (2019). Estrategias de afrontamiento cognitivo conductual emocionales que utilizan los padres de niños y niñas con quemaduras de segundo y tercer grado. (Tesis para optar el título de psicología).
<http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/1692/1/35270.pdf>.

- Laban, G, M. (2020). Nivel de depresión de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos de ancianos (Tesis para optar el título profesional de psicología). Recuperado de: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/8918/DEPRESION_ADULTO_MAYOR_LABAN_GARCIA_MARIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Morales, M; López, M (2022). Prevalencia de depresión en los adultos mayores residentes de los Hogares de ancianos. (Tesis para optar el título de especialista en psiquiatría). <https://repositorio.unan.edu.ni/16576/1/16576.pdf>.
- Mendoza, T, L; Suta, k, S (2021). Programa de regulación emocional “yo me regulo” para adolescentes institucionalizados. (Tesis para optar el título de psicología). http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/12862/PStimeli_zasuks.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Montenegro, V, K (2018). Terapia cognitiva conductual para trabajar rasgos de impulsividad en individuos con trastornos de conducta. (Tesis para optar el título de magister en psicología clínica, con especialización en terapia integrativa). Recuperado de: <http://repositorio2.udelas.ac.pa/bitstream/handle/123456789/137/vega.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Mate, L, A. (2018). Esquemas cognitivos disfuncionales distorsiones cognitivas y agresión en jóvenes y adolescentes. (Tesis para optar el título de Doctora). Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46800/1/T39676.pdf>.
- Mantilla, M, A. (2019). Programa cognitivo- conductual para el desarrollo de habilidades psicosociales en los jugadores elite de las divisiones inferiores de Ecuador. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/4889/1%20TESIS%20FINAL.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
- Miranda, R, Y. (2019). Pensamiento Crítico y comprensión de lectura en estudiantes de cuarto año de secundaria de un colegio particular. (Tesis para optar el título profesional de maestría en psicología en mención en problemas de aprendizaje). https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2358/PS_T030_40577763_M%20Rios%20Miranda%2C%20Yolanda.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Macedo, Ch, R (2018). Violencia familiar y distorsiones cognitivas en adolescentes de tres instituciones educativas públicas. (Tesis para optar el título profesional de psicología). https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/30428/Ch_eCALLA_MRDP.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

- Meléndez, P, P (2019). Reestructuración cognitiva en un caso de infidelidad en una paciente adulta. (Tesis para optar el título de la Segunda Especialidad Profesional en Terapia Cognitiva Conductual). Recuperado de: <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/unfv/3343/pasco%20melendrez%20paola%20domitila%20%20titulo%20de%20segunda%20especialidad.pdf?sequence=1&isallowed=y>.
- Mori, P, J (2021). Niveles de depresión en adultos mayores albergados en el asilo (Tesis presentada para optar el título profesional de licenciado en psicología). <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1343/JHILDA%20LORENA%20MORI%20POETIZA%20-%20TSP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Magallanes, A, M. (2021). Factores Biopsicosociales que influyen en la depresión del adulto mayor en comunidades laicas (Tesis presentada para optar el título de enfermería). https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/16661/Magalles_m.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Martínez, C; Bravo, J; Sandoval, P; Uribe; Carrasco, K; Ojeda I (2020) Depresión y desesperanza en adultos mayores. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/>.
- Martínez, G; Guadalupe, S; Ramírez, O; Sagarduy, J (2020). Tratamiento cognitivo conductual en paciente geriátrica con trastorno depresivo. *Revista de psicología* 11 (1).147-166.
[file:///C:/Users/SILSA/Downloads/367Texto%20del%20art%C3%ADculo-1052-1-10-20200911%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/SILSA/Downloads/367Texto%20del%20art%C3%ADculo-1052-1-10-20200911%20(1).pdf).
- Novoa, A, A (2019). Función cognitiva y sintomatología depresiva en estudiantes universitarios. (Tesis para optar el título de psicología). <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3297/Tesis%20Final%20%28Turning%29-2019.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
- Núñez, Y, L (2019) regulación emocional y su relación con la perspectiva del tiempo y mindfulness disposicional en adolescentes escolarizados. <http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/966/1/Tesis%20Regulacion%20emocional.pdf>.
- Orellana, O, M; García, L, A; Yanaci, E, R; Rivera, M, G; Alvites, J, R; Orellana, D, G; Perea, R, J; Araujo, C, M. (2013). Creencias irracionales y asertividad docente con actos de violencia en escolares. *Revista IIPSI, de psicología* 16 (1) 127-144. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3923/3147>

- Oscate, H, E; Misari, J, Y (2019). Habilidades sociales y depresión en adolescentes del quinto de secundaria de una institución educativa. (Tesis para optar el título de psicología). <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1889/TESESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Pulido, R, M; Pulido, R, A. (2006). La historia vista a través de una perspectiva cognitivo-conductual. *Revista Científica de España* 11 (2), pp.385-397. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29211213.pdf>.
- Paredes, I, C; (2015). Esquemas mal adaptativos y su relación con la depresión en estudiantes del tercer año. (Tesis presentada para optar el título de licenciada en psicología). <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/11521/1/Tesis%20Carmen%20Iturralde.pdf>.
- Pardave, C, k; Rosales, R, F (2019). Participación de la enfermera en el cumplimiento de las estrategias sanitarias en la salud y bienestar del adulto mayor. (Tesis presentada para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería). http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/936/1/T026_47595836_T.pdf.
- Polo, P, J; Díaz, P, E (2011). Terapia cognitiva conductual como tratamiento por la presión una revisión del estado del arte. *Revista Científica de Colombia*, 8 (2)- 251-257. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Ramos, C, L; Montero, L, D (2019). Creencias irracionales en estudiantes del programa de estudios generales. (Tesis para optar el título de psicología). <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1953/TESESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Rojas, V; Pielago, A (2020) Factores relacionados con depresión en adultos mayores. *Revista de psicología* 50(4) 285-289. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v50n4/0034-7450-rcp-50-04-285.pdf>.
- Quispe, A, S (2019). Ansiedad, depresión y factores de riesgos del adulto mayor beneficiarios del programa pensión 65 (tesis presentada para optar el título profesional de enfermería). <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/2884>
- Quispe, P, K (2022) Apoyo social y depresión en adultos mayores (tesis presentada para optar el título profesional de licenciada en trabajo social). <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/10916/Pasache%20Quispe,%20Karim%20Pamela.pdf?sequence=11>.
- Rodríguez, M., (2020). La salud mental del adulto mayor de un centro hospitalario del distrito de san juan de Lurigancho (tesis presentada para optar el título profesional

- de psicología).<https://repositorio.unamad.edu.pe/bitstream/handle/UNAMAD/541/004-1-9-027.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Ruiz, A, F; Díaz, M, G; Villalobos, A, C. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Recuperado de: <https://www.untumbes.edu.pe//vcs/biblioteca/document/varioslibros/1286.%20Manual%20de%20t%C3%A9cnicas%20de%20intervenci%C3%B3n%20cognitivo%20conductuales.pdf>.
- Reyes, M (2015). Estrategias de aprendizaje utilizadas por los estudiantes del tercer grado de educación secundaria. Maestría en psicología en Educación con Mención en Psicopedagogía.https://pirhua.udep.edu.pe/bitstream/handle/11042/2292/MAE_EDUC_152.pdf?sequence=1.
- Soto, A, M, (2018). Actitudes disruptivas que afecta el proceso de aprendizaje en los niños de 3 años. (Tesis presentada para optar el título bachiller en ciencias de la educación). Recuperado de: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/13201/Soto_Mamani_Alicia.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Sumari. P., J. (2019). Depresión en adultos mayores atendidos en el centro de salud santa rosa. (Tesis presentada para optar el título de Salud Mental Comunitaria). Recuperado de: <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/unh/3017/tesis-seg-esp-obstetricia-2019-pocomucha%20sumari.pdf?sequence=1&isallowed=y>.
- Sulca, Ch, A (2022). Terapia cognitiva conductual en la depresión. (Tesis presentada para optar el título de la segunda especialidad profesional en terapia cognitivo conductual).https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/6384/UNFV_FP_Chuchon_Sulca_Annie_Segunda_especialidad_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Talledo, L, T (2020). Depresión y calidad de vida en adultos mayores de un programa de salud mental. (Tesis para optar el título de psicología). <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/24383/Talledo%20Tello%2C%20Lisbeth%20Milagros.pdf?sequence=6&isAllowed=y>.
- Ticona, B, Y. (2019). Sexismo y pensamientos distorsionados sobre la mujer y el uso de la violencia en estudiantes de secundaria. (Tesis para optar el título de psicología). https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/2494/t030_73119523_t%20%20%20ticona%20bustamante%20yadira%20milagritos.pdf?sequence=1&isallowed=y.

- Vásquez, I, V (2022). Prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores. (Tesis para optar el título de posgrado en la especialidad de medicina familiar). <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/51849/VazquezViolanteIsaura.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vásquez, I, A (2020). Nivel de depresión del adulto mayor en la comunidad terrazas del valle. (Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería). https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/3593/tezzt030_75595386_t%20%20noa%20vasquez%20ivon%20alexandra.pdf?sequence=1&isallowed=y.
- Vallejos, G, V. (2011). Evaluación de un programa para el desarrollo del pensamiento formal en estudiantes del décimo año de educación básica. (Tesis para optar el título de magister en desarrollo de la inteligencia y educación en ciencias de la educación). <https://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/6769/1/Tesis%20Vallejo%20Villacis%20Guillermo%20Gustavo.pdf>.
- Valle, H, B (2018). Depresión en internas del pabellón A, B y C de un penal. (Tesis para optar el título de psicología). Recuperado de: <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2360/trab.suf.prof.heraida%20valle%20beizaga.pdf?sequence=2>.
- Vargas, S, M. (2011). Algunas consideraciones entorno a la terapia cognitiva conductual. *Revista electrónica de psicología de México*, 4 (1), <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/22825/21551>.
- Velasco, L., Aurora, K. (2018). Depresión en adultos mayores y su relación con los determinantes biopsicosociales en la casa de reposo mi divino Jesús (Tesis presentada para optar el título profesional de enfermería). <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/3081/enfermeria%20-%20lucy%20velasco%20flores%20%26%20katherine%20aurora%20martinez%20mori.pdf?sequence=1&isallowed=y>.
- Wandemberg, B, M (2016) El autocontrol y su influencia en el clima laboral de los docentes de la unidad educativa, (Tesis presentada para optar el título profesional de Psicólogo). <http://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/379/1/autocontrol%20y%20su%20influencia%20en%20el%20clima%20laboral%20%20cristina%20barra gan%20%20%20%20psicologia.pdf>.
- Yanez, M (2022) Intervención bajo el enfoque cognitivo conductual en adulto (Tesis presentada para optar el título profesional de Psicólogo)

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11577/Intervencion_YanezFerro_Mariana.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zavala, V, Y (2021). Depresión y abandono familiar en el adulto mayor en un asilo de ancianos (tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería)

<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/9466/Velezmoro%20Zavala%20Yahami%20Seshira.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Zagal, E, C (2021) Nivel de depression relacionado a la capacidad funcional del adulto mayor. (Tesis para optar el grado de maestra en enfermería).

<http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/1666/zac1vn04t.pdf?sequence=1&isallowed=y>.

ANEXOS:

Anexo 01: Operacionalización de las variables

Anexo 02: Matriz de consistencia

Anexo 03: Instrumentos

Anexo 04: Validación de instrumentos por juicio de expertos

Anexo 05: Validación del aporte práctico de la investigación

Anexo 06: Carta de Autorización

Anexo 07: Fotografías del proceso de planificación y ejecución del programa.

Anexo 08: Acta de originalidad de informe de tesis

Anexo 09: Aprobación del Informe final

Anexo 1: Operacionalización de las variables

Variable independiente	Dimensiones	Descripción
	Introducción-Fundamentación	Se establece el lugar, Contexto y ubicación de la problemática; fundamentación de la estrategia, también se explica la teoría, aporte propuesto.
	Diagnostico	Indica el estado actual, evidencia de la problemática que se desarrolla, protocolo o programa, teniendo en cuenta el aporte a desarrollar.
	Planteamiento del objetivo general	El objetivo general, aporte práctico. Teniendo en cuenta que no es de la investigación.
	Planeación estratégica	- Cognitiva. - Física/ conductual. -Afectivo /emocional
	Instrumentación	Explicar cómo se aplicará, las condiciones, tiempo, responsables, participantes.
	Evaluación	Logros obtenidos y los obstáculos que se han presentado durante el proceso.

Anexo 2: Matriz de consistencia

<p>Manifestaciones del problema</p>	<p>En el Centro de Salud Mental Comunitario Intercultural, se evidencian que los adultos mayores al realizar las entrevistas y evaluaciones psicológicas e historias clínicas presentan lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -El 40% están diagnosticados por el trastorno de “depresión”. - Dificultad para realizar sus actividades diarias. -Aislamiento social. -Sentimientos de tristeza. -Bajo estado de ánimo. -Incapacidad para experimentar placer en actividades que normalmente son agradables (anhedonia). -Vacío emocional. -Insomnio. -Pérdida de apetito. -Desesperanza. -Angustia/temor/. -Pensamientos suicidas. -Hechos estresantes. -Dificultad psicomotor. -Disminución de sus procesos cognitivos. -Abandono familiar. -Pérdida de seres queridos, lo cual han generado dificultades para continuar con un adecuado estilo de vida. -Familias disfuncionales. -Baja autoestima. -Patrones de conducta continuadores. -Bajos recursos económicos, para solventar sus necesidades diarias. -No contar con ingreso diario/mensual. -Dependiente a su cultura, entorno donde se encuentran. -El tiempo de ocio que favorece el sedentarismo. -Presentan otras comorbilidades de enfermedades de salud como la diabetes, hipertensión. -No contar con el apoyo familiar, lo que desestabiliza su salud mental. -La inquietud frente a la situación económica, el entorno familiar y el agotamiento físico causando una preocupación excesiva, ante diferentes situaciones que presentan. - Preocupaciones por su salud y el miedo a quedarse solo (a). -Son vulnerables al maltrato, sea físico, psicológico, emocional, económico o material, al abandono y la falta de atención.
<p>Problema</p>	<p>Insuficiencias en el enfoque cognitivo conductual, incide en la Depresión.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> -Carencias de estrategias terapéuticas de afrontamiento en el desarrollo de la Depresión con el proceso cognitivo conductual. -Insuficiencia en la práctica de actividades preventivo -promocionales en el proceso cognitivo conductual para el desarrollo de nuevas estrategias en la Depresión. -Deficiencias en las prácticas terapéuticas para el manejo y control de los cambios emocionales y factores que desencadenan,

Posibles causas que originan el problema	<p>manifestando lo que sienten en el desarrollo del proceso cognitivo conductual.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiente orientación a los miembros del entorno social, familiar, personal ante diferentes situaciones que enfrentan, a través del desarrollo del proceso cognitivo conductual. - Falta de capacitaciones e inexistencia de orientación metodológica y práctica a los profesionales de la salud mental en el proceso cognitivo conductual para el desarrollo de nuevas acciones y para el entrenamiento de la mejora de ciertos pensamientos que dificultan su estilo de vida en los adultos.
Objeto de la Investigación	Proceso cognitivo conductual.
Objetivo General de la Investigación	Aplicar un programa cognitivo conductual para disminuir la depresión en Adultos Mayores de un Centro de Salud Mental Comunitario Intercultural.
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar el proceso cognitivo conductual y su dinámica - Describir la evolución histórica del proceso cognitivo conductual y su dinámica. - Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual de la depresión en Adultos Mayores de un Centro de Salud Mental Comunitario Intercultural. - Elaborar un programa cognitivo conductual para disminuir la Depresión en Adultos Mayores de un Centro de Salud Mental Comunitario Intercultural - Validar los resultados de la investigación mediante un pre-experimento.
Campo de la investigación	Dinámica del proceso cognitivo conductual.
Título de la Investigación	Programa cognitivo conductual para disminuir la Depresión en Adultos Mayores de un Centro de Salud Mental Comunitario Intercultural.
Hipótesis	Si se aplica un programa cognitivo conductual , que tenga en cuenta la intencionalidad formativa y su sistematización, entonces se previene la depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario Intercultural.
Variables	<p>Variable independiente: Programa cognitivo conductual</p> <p>Variable dependiente: Depresión.</p>
Técnica o Método	Encuestas/pruebas.
Instrumento	-Inventario de Depresión de Beck

Anexo 03: Instrumento

INSTRUMENTO DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS

Inventario de Depresión de Beck

La encuesta está dirigida a los pacientes adultos mayores del Centro de Salud Mental Comunitario Intercultural, con el propósito de diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual y obtener información importante sobre el porqué de la depresión durante esta etapa. A continuación, se presentarán los enunciados que deben ser respondidos con sinceridad desde su experiencia personal

No olvide contestar todas las preguntas, teniendo en cuenta que el cuestionario es anónimo y confidencial. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un aspa el número correspondiente al enunciado elegido, teniendo en cuenta las siguientes opciones: 4= Siempre, 3= Muchas veces, 2= Algunas veces, 1= Nunca.

N°	Ítems	ESCALA			
		Siempre	Muchas Veces	Algunas Veces	Nunca
Variable: Depresión					
<i>Dimensión-1 Cognitiva</i>					
Indicador: 1 Tristeza					
1	Me siento tan infeliz que no puedo soportarlo	4	3	2	1
Indicador: 2 Pesimismo					
2	Siento que mi futuro sólo puede empeorar	4	3	2	1
Indicador: 3 pensamiento Suicidas					
9	He tenido la idea de matarme, pero no lo haría.	4	3	2	1
Indicador: 4 Desvalorización					
14	Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.	4	3	2	1
<i>Dimensión- 2 Física /Conductual</i>					
Indicador 1: Indecisión					
13	Me resulta difícil tomar decisiones ante cualquier situación que se me presenta.	4	3	2	1
Indicador 2: Autocrítica					
8	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede	4	3	2	1
Indicador 3: Sentimiento de Culpa					
5	Me siento culpable todo el tiempo por varias cosas que he realizado.	4	3	2	1

Indicador 4: Fracaso					
3	Siento que no he logrado nada en la vida	4	3	2	1
Indicador 5: Disconformidad con uno mismo.					
7	He perdido la confianza en mí mismo, que siempre tengo dudas de quien soy.	4	3	2	1
		4	3	2	1
Indicador 6: Sentimiento de Castigo					
6	Siento que pueda ser castigado por algo negativo que haya realizado.	4	3	2	1
Indicador 7: Perdida de placer					
4	No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.	4	3	2	1
Indicador 8: Llanto					
10	Lloro por cualquier situación que se me presente	4	3	2	1
<i>Dimensión- 3 Afectivo emocional</i>					
Indicador 1: Agitación					
11	Estoy tan inquieto, tenso o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.	4	3	2	1
Indicador 2: Perdida de interés					
12	He perdido el interés en otras personas o cosas.	4	3	2	1
Indicador 3: Perdida de energía					
15	Tengo tanta energía como siempre para realizar cualquier actividad que me propongo.	4	3	2	1
Indicador 4: Cambios de Hábitos y Sueño					
16	Presento dificultades para conciliar y mantener el sueño.	4	3	2	1
Indicador 5: Irritabilidad					
17	Me molesto todo el tiempo ante cualquier situación que me genere malestar e irritabilidad.	4	3	2	1
Indicador 6: Cambios de apetito					
18	He podido apreciar que mi apetito ha variado.	4	3	2	1
Indicador 7: Dificultad de Concentración					
19	Me es difícil mantener mi atención por mucho tiempo ante cualquier estímulo.	4	3	2	1
	Puedo concentrarme tan bien como siempre.	4	3	2	1
Indicador 8: Cansancio					
20	Estoy demasiado cansado para hacer muchas cosas de las que solía hacer.	4	3	2	1
	No estoy cansado o fatigado más que lo habitual.	4	3	2	1
Indicador 9: Pérdida de Interés en el Sexo					
21	He perdido completamente el interés en tener relaciones sexuales.	4	3	2	1

Anexo 04: Validación y confiabilidad de instrumentos

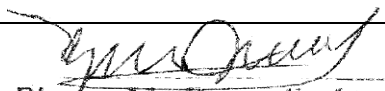
1. NOMBRE DEL JUEZ		Ps. Blanca M. Rojas Jiménez
2.	PROFESIÓN	Psicóloga
	ESPECIALIDAD	Psicología clínica y de la salud
	GRADO ACADÉMICO	Magister
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	30 años
	CARGO	Docente Universitaria de la Universidad Señor de Sipán, Docente Universitaria de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Hospital Regional Lambayeque, Responsable del Centro Psicológico KRYSER
Título de la Investigación: Programa cognitivo conductual para disminuir la depresión en adultos mayores de un centro de salud mental comunitario intercultural		
3. DATOS DEL TESISISTA:		
3.1	NOMBRES	Y Avit Silsa Huamán Sialer
3.2	APELLIDOS	
	PROGRAMA POSTGRADO	DE Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		1. Entrevista () 2. Cuestionario (x) 3. Lista de Cotejo () 4. Diario de campo ()
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		<p><u>GENERAL</u></p> <p>Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual de la depresión en Adultos Mayores de un Centro de Mental Comunitario Intercultural.</p> <p><u>ESPECÍFICOS</u></p> <p>Diagnosticar la variable depresión, a nivel general y con cada una de sus dimensiones para lograr evaluar el instrumento.</p> <p>Cognitiva: Tristeza, Pesimismo, Pensamientos suicidas, Desvalorización.</p> <p>Física/ conductual: Indecisión, Autocritica, Sentimiento de culpa, Fracaso, Disconformidad con uno mismo, Sentimiento de castigo, Perdida de placer y llanto.</p> <p>Afectivo emocional: Agitación, Perdida de interés, Perdida de energía, Cambios de hábitos y sueño, Irritabilidad, Cambios de apetito, Dificultad de concentración, Cansancio, Perdida de interés en el sexo.</p>

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	<p>Pregunta del instrumento</p> <p>-Me siento tan infeliz que no puedo soportarlo</p> <p>Escala de medición: Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
02	<p>Pregunta del instrumento</p> <p>-Siento que mi futuro sólo puede empeorar</p> <p>Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
03	<p>Pregunta del instrumento</p> <p>-Siento que no he logrado nada en la vida</p> <p>Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
04	<p>Pregunta del instrumento</p> <p>- No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
05	<p>Pregunta del instrumento</p> <p>-Me siento culpable todo el tiempo por varias cosas que he realizado.</p> <p>Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
06	<p>Pregunta del instrumento</p> <p>-Siento que pueda ser castigado por algo negativo que haya realizado</p> <p>Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
07	<p>Pregunta del instrumento</p> <p>-He perdido la confianza en mí mismo, que siempre tengo dudas de quien soy.</p> <p>Escala de medición</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

	Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	
08	Pregunta del instrumento Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
09	Pregunta del instrumento He tenido la idea de matarme, pero no lo haría. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
10	Pregunta del instrumento - Lloro por cualquier situación que se me presente Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
11	Pregunta del instrumento -Estoy tan inquieto, tenso o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
12	Pregunta del instrumento - He perdido el interés en otras personas o cosas. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
13	Pregunta del instrumento Me resulta difícil tomar decisiones ante cualquier situación que se me presenta. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
14	Pregunta del instrumento -Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
15	Pregunta del instrumento -Tengo tanta energía como siempre para realizar cualquier actividad que me propongo.	A (X) D () SUGERENCIAS:

	Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	
16	Pregunta del instrumento Presento dificultades para conciliar y mantener el sueño. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
17	Pregunta del instrumento -Me molesto todo el tiempo ante cualquier situación que me genere malestar e irritabilidad. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
18	Pregunta del instrumento -He podido apreciar que mi apetito ha variado. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
19	Pregunta del instrumento -Me es difícil mantener mi atención por mucho tiempo ante cualquier estímulo. -Puedo concentrarme tan bien como siempre. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
20	Pregunta del instrumento - No estoy cansado o fatigado más que lo habitual. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
21	Pregunta del instrumento -He perdido completamente el interés en tener relaciones sexuales. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
PROMEDIO OBTENIDO:		A () D ()
6 COMENTARIOS GENERALES		
7 OBSERVACIONES		


 Blanca M. Rojas Jiménez
 PSICOLOGA
 C. Ps. P. 2514


1. NOMBRE DEL JUEZ		Mirelia Liset Pérez Collazos
2.	PROFESIÓN	Psicología.
	ESPECIALIDAD	
	GRADO ACADÉMICO	Maestra en psicología clínica.
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	7 años.
	CARGO	Psicóloga en I.E. V.R.H.T.
Título de la Investigación: Programa cognitivo conductual para disminuir la depresión en adultos mayores de un centro de salud mental comunitario intercultural		
3. DATOS DEL TESISISTA:		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Avit Silsa Huaman Sialer
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		<ul style="list-style-type: none"> 1. Entrevista () 2. Cuestionario (x) 3. Lista de Cotejo () 4. Diario de campo ()
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		<p><u>GENERAL</u></p> <p>Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual de la depresión en Adultos Mayores de un Centro de Mental Comunitario Intercultural.</p>


		<p>ESPECÍFICOS</p> <p>Diagnosticar la variable depresión, a nivel general y con cada uno de sus dimensiones para lograr evaluar el instrumento.</p> <p>Cognitiva: -Tristeza. - Pesimismo. - Pensamientos suicidas. - Desvalorización.</p> <p>Física/ conductual: -Indecisión. - Autocritica. - Sentimiento de culpa. - Fracaso. - Disconformidad con uno mismo. - Sentimiento de castigo. - Perdida de placer y llanto.</p> <p>Afectivo emocional: -Agitación. - Perdida de interés. - Perdida de energía. - Cambios de hábitos y sueño. - Irritabilidad. - Cambios de apetito. - Dificultad de concentración. - Cansancio. - Perdida de interés en el sexo.</p>
<p>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</p>		
N	6. DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
01	<p>Pregunta del instrumento -Me siento tan infeliz que no puedo soportarlo.</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
02	<p>Pregunta del instrumento -Siento que mi futuro sólo puede empeorar.</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

03	Pregunta del instrumento -Siento que no he logrado nada en la vida	A (X) D () SUGERENCIAS:
04	Pregunta del instrumento - No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.	A (X) D () SUGERENCIAS:
05	Pregunta del instrumento -Me siento culpable todo el tiempo por varias cosas que he realizado.	A (X) D () SUGERENCIAS:
06	Pregunta del instrumento -Siento que pueda ser castigado por algo negativo que haya realizado	A (X) D () SUGERENCIAS:
07	Pregunta del instrumento -He perdido la confianza en mí mismo, que siempre tengo dudas de quien soy.	A (X) D () SUGERENCIAS:
08	Pregunta del instrumento Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede	A (X) D () SUGERENCIAS:
09	Pregunta del instrumento He tenido la idea de matarme, pero no lo haría.	A (X) D () SUGERENCIAS:
10	Pregunta del instrumento - Lloro por cualquier situación que se me presente	A (X) D () SUGERENCIAS:

11	Pregunta del instrumento -Estoy tan inquieto, tenso o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.	A (X) D () SUGERENCIAS:
12	Pregunta del instrumento - He perdido el interés en otras personas o cosas.	A (X) D () SUGERENCIAS
13	Pregunta del instrumento -Me resulta difícil tomar decisiones ante cualquier situación que se me presenta.	A (X) D () SUGERENCIAS:
14	Pregunta del instrumento -Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.	A (X) D () SUGERENCIAS:
15	Pregunta del instrumento -Tengo tanta energía como siempre para realizar cualquier actividad que me propongo.	A (X) D () SUGERENCIAS:
16	Pregunta del instrumento -Presento dificultades para conciliar y mantener el sueño.	A (X) D () SUGERENCIAS:
17	Pregunta del instrumento -Me molesto todo el tiempo ante cualquier situación que me genere malestar e irritabilidad.	A (X) D () SUGERENCIAS:
18	Pregunta del instrumento -He podido apreciar que mi apetito ha variado.	A (X) D () SUGERENCIAS:

19	Pregunta del instrumento -Me es difícil mantener mi atención por mucho tiempo ante cualquier estímulo.	A (X) D () SUGERENCIAS:
20	Pregunta del instrumento -Estoy demasiado cansado para hacer muchas cosas de las que solía hacer.	A (X) D () SUGERENCIAS:
21	Pregunta del instrumento -He perdido completamente el interés en tener relaciones sexuales.	A (X) D () SUGERENCIAS:
PROMEDIO OBTENIDO:		A (X) D ():
6 COMENTARIOS GENERALES		
7 OBSERVACIONES		



Mg. Mirelia Liset Pérez Collazos
 PSICÓLOGA
 C. Ps. P. N° 26033


 Juez Experto
 Colegiatura N° 26033

1. NOMBRE DEL JUEZ		Ps. Andrea Reyna Samanez Cabrera de Quispitupa.
2.	PROFESIÓN	Psicóloga
	ESPECIALIDAD	
	GRADO ACADÉMICO	Magister en Psicología Clínica
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	5 Años
	CARGO	Psicóloga
Título de la Investigación: Programa cognitivo conductual para disminuir la depresión en adultos mayores de un centro de salud mental comunitario intercultural		
3. DATOS DEL TESISISTA:		
3.1	NOMBRES Y	Avit Silsa Huamán Sialer
3.2	APELLIDOS	
	PROGRAMA POSTGRADO DE	Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		5. Entrevista () 6. Cuestionario (x) 7. Lista de Cotejo () 8. Diario de campo ()
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		<u>GENERAL</u> Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual de la depresión en Adultos Mayores de un Centro de Mental Comunitario Intercultural. <u>ESPECÍFICOS</u> Diagnosticar la variable depresión, a nivel general y con cada una de sus dimensiones para lograr evaluar el instrumento. Cognitiva: Tristeza, Pesimismo, Pensamientos suicidas, Desvalorización. Física/ conductual: Indecisión, Autocritica, Sentimiento de culpa, Fracaso, Disconformidad con uno mismo, Sentimiento de castigo, Perdida de placer y llanto. Afectivo emocional: Agitación, Perdida de interés, Perdida de energía, Cambios de hábitos y sueño, Irritabilidad, Cambios de apetito, Dificultad de concentración, Cansancio, Perdida de interés en el sexo.
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	<p>Pregunta del instrumento</p> <p>-Me siento tan infeliz que no puedo soportarlo</p> <p>Escala de medición: Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
02	<p>Pregunta del instrumento</p> <p>-Siento que mi futuro sólo puede empeorar</p> <p>Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
03	<p>Pregunta del instrumento</p> <p>-Siento que no he logrado nada en la vida</p> <p>Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
04	<p>Pregunta del instrumento</p> <p>- No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
05	<p>Pregunta del instrumento</p> <p>-Me siento culpable todo el tiempo por varias cosas que he realizado.</p> <p>Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
06	<p>Pregunta del instrumento</p> <p>-Siento que pueda ser castigado por algo negativo que haya realizado</p> <p>Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
07	<p>Pregunta del instrumento</p> <p>-He perdido la confianza en mí mismo, que siempre tengo dudas de quien soy.</p> <p>Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
08	<p>Pregunta del instrumento</p> <p>Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

	Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	
09	Pregunta del instrumento He tenido la idea de matarme, pero no lo haría. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
10	Pregunta del instrumento - Lloro por cualquier situación que se me presente Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
11	Pregunta del instrumento -Estoy tan inquieto, tenso o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
12	Pregunta del instrumento - He perdido el interés en otras personas o cosas. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS
13	Pregunta del instrumento Me resulta difícil tomar decisiones ante cualquier situación que se me presenta. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
14	Pregunta del instrumento -Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
15	Pregunta del instrumento -Tengo tanta energía como siempre para realizar cualquier actividad que me propongo. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
16	Pregunta del instrumento	A (X) D ()

	Presento dificultades para conciliar y mantener el sueño. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	SUGERENCIAS:
17	Pregunta del instrumento -Me molesto todo el tiempo ante cualquier situación que me genere malestar e irritabilidad. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
18	Pregunta del instrumento -He podido apreciar que mi apetito ha variado. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
19	Pregunta del instrumento -Me es difícil mantener mi atención por mucho tiempo ante cualquier estímulo. -Puedo concentrarme tan bien como siempre. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
20	Pregunta del instrumento - No estoy cansado o fatigado más que lo habitual. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
21	Pregunta del instrumento -He perdido completamente el interés en tener relaciones sexuales. Escala de medición Siempre (4) Muchas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1).	A (X) D () SUGERENCIAS:
PROMEDIO OBTENIDO:		A () D ()
8 COMENTARIOS GENERALES		
9 OBSERVACIONES		


 Andrea Reyna Samanez Cabrera De Quispitupa
 PSICÓLOGA
 C.Ps.P. 31051

Anexo 05: Carta de Autorización

Institución: Centro de Salud Mental Comunitario Intercultural -Datem del Marañon 1-3.

Investigador: Avit Silsa Huaman Sialer.

Título: “Programa Cognitivo Conductual para Disminuir la Depresión en Adultos Mayores de un Centro de Salud Mental Comunitario Intercultural”

Yo, Daisy Diana Díaz Salcedo..... identificado con DNI N° 46447216....., DECLARO: Haber sido informado (a) de forma clara, precisa y suficiente sobre los fines y objetivos que busca la presente investigación “Programa Cognitivo Conductual para Disminuir la Depresión en Adultos Mayores de un Centro de Salud Mental Comunitario Intercultural”

Estos datos que yo otorgue serán tratados y custodiados con respeto a la intimidad, manteniendo el anonimato de la información y la protección de datos desde los principios éticos de la investigación científica. Sobre estos datos se asisten los derechos de acceso, rectificación o cancelación que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable. Al término de la investigación, seré informado de los resultados que se obtengan.

Por lo expuesto otorgo MI CONSENTIMIENTO para que se realice la Entrevista/Encuesta que permita contribuir con los objetivos de la investigación:

Objetivo general de la investigación:

-Aplicar un programa cognitivo conductual para disminuir la depresión en Adultos Mayores de un Centro de Salud mental Comunitario Intercultural.

Objetivos específicos:

- Caracterizar el proceso cognitivo conductual y su dinámica.
- Describir la evolución histórica del proceso cognitivo conductual y su dinámica.
- Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual de la depresión en Adultos Mayores de un Centro de Mental Comunitario Intercultural.
- Elaborar un programa cognitivo conductual para disminuir la Depresión en Adultos Mayores de un Centro de Salud Mental Comunitario Intercultural.
- Validar los resultados de la investigación mediante un pre experimento.

Chiclayo, 14 de 06 del 2022

GOBIERNO REGIONAL DE SALUD DE LORETO
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO
INTERCULTURAL PATIEN DEL MARAÑON
DEISY DANA DIAZ SALZEDO
RESPONSABLE DE CSMCIDM

(Nombres y apellidos anteceditos del grado académico de la autoridad que otorga el consentimiento)

FIRMA DNI:


46447214

Anexo 07: Fotografías como evidencia del proceso de aplicación del programa



Nota. Fotos realizadas durante las sesiones del programa.



Nota. Fotos realizadas durante las sesiones del programa.

Anexo 06: Acta de originalidad de informe de tesis



ACTA DE ORIGINALIDAD DE INFORME DE TESIS

Yo, Dr. Juan Carlos Callejas Torres, docente de la Escuela de Posgrado - USS y revisor de la investigación aprobada mediante **Resolución N° 262- 2022/EPGUSS** de la estudiante, Bach. Avit Silsa Huaman Sialer, titulada: “Programa Cognitivo Conductual Para Disminuir La Depresión En Adultos Mayores De Un Centro De Salud Mental Comunitario Intercultural” de la Maestría en Psicología Clínica.

Puedo constar que la misma tiene un índice de similitud del 13 %, verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el software de similitud.

Por lo que, concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con lo establecido en la Directiva de Similitud aprobada mediante **Resolución de Directorio N° 015-2022/PD-USS** de la Universidad Señor de Sipán.

Pimentel, 17 de noviembre del 2022

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Juan Carlos Callejas Torres', is written over a horizontal dotted line.

Dr. Juan Carlos Callejas Torres
Orcid 0000-0001-8919-1322
Renacyt P0098518
Scopus Author ID 57222188256

Dr. Juan Carlos Callejas Torres

CE N° 001170407

Anexo 07: Aprobación del Informe de Tesis



Universidad
Señor de Sipán

ACTA DE APROBACIÓN DEL INFORME DE TESIS

El DOCENTE Dr. Juan Carlos Callejas Torres del curso de Seminario de Tesis II, asimismo la asesora ESPECIALISTA Dra. Karla Elizabeth López Ñiquen

APRUEBAN:

La Tesis: “Programa Cognitivo Conductual Para Disminuir La Depresión En Adultos Mayores De Un Centro De Salud Mental Comunitario Intercultural”

Presentado por: Bach. Avit Silsa Huaman Sialer de la Maestría en Psicología Clínica.

Dr. Juan Carlos Callejas Torres
Orcid 0000-0001-8919-1322
Renacyt P0098518
Scopus Author ID 57222188256

Dr. Juan Carlos Callejas Torres

Docente de Curso

Chiclayo, 26 de noviembre del 2022

Dra. Karla Elizabeth López Ñiquen

Asesora Especialista