



Universidad
Señor de Sipán

ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA
DISMINUIR LA DEPRESION EN LOS ADULTOS
MAYORES DEL HOSPITAL REGIONAL POLICIAL
CHICLAYO**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Autor:

**Bach. Rivadeneyra Diaz Oscar Arturo
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9222-5159>**

Asesor:

**Dr. Callejas Torres Juan Carlos
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8919-1322>**

Línea de Investigación:

**Calidad de vida, promoción de la salud del individuo y la
comunidad para el desarrollo de la sociedad**

Sublínea de Investigación:

**Nuevas alternativas de prevención y el manejo de enfermedades
crónicas y/o no transmisibles**

**Pimentel – Perú
2024**



Universidad
Señor de Sipán

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA

DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL

REGIONAL POLICIAL CHICLAYO

AUTOR

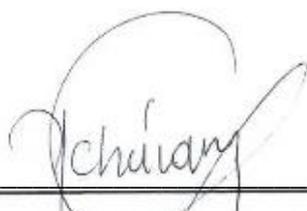
BACH. OSCAR ARTURO RIVADENEYRA DIAZ

PIMENTEL – PERÚ

2024

**ESTRATEGIAS COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN
EN LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL REGIONAL POLICIAL
CHICLAYO**

APROBACIÓN DE LA TESIS



Dra. CHAVARRY YSLA PATRICIA DEL ROCIO

Presidente del jurado de tesis



Mg. PEREZ MARTINTO PEDRO C.

Secretario del jurado de tesis



Dr. CALLEJAS TORRES JUAN C.

Vocal del jurado de tesis



Universidad
Señor de Sipán

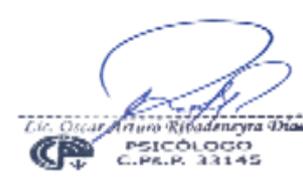
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quien suscribe la **DECLARACIÓN JURADA**, soy **estudiante (s)** del Programa de Estudios de **MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA** de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaro bajo juramento que soy autor del trabajo titulado:

“ESTRATEGIAS COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL REGIONAL POLICIAL CHICLAYO”

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 a 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:

RIVADENEYRA DIAZ OSCAR ARTURO	DNI: 42105346	 Oscar Arturo Rivadeneira Diaz PSICÓLOGO C.P.S.P. 33145
----------------------------------	---------------	---

Pimentel, 30 de Enero de 2024

REPORTE DE SIMILITUD TURNITIN

Reporte de similitud

● 14% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 7% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	hdl.handle.net Internet	8%
2	repositorio.uss.edu.pe Internet	2%
3	lamenteesmaravillosa.com Internet	<1%
4	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	<1%
5	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2019-03-07 Submitted works	<1%
6	intra.uigv.edu.pe Internet	<1%
7	repositorio.unfv.edu.pe Internet	<1%
8	cdn.gob.pe Internet	<1%

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
DEDICATORIA	x
AGRADECIMIENTO	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
1.1. Realidad Problemática.....	15
2.2. Formulación del Problema	22
2.3. Justificación e importancia del estudio	22
2.4. Objetivos	23
2.4.1. Objetivos General.....	23
2.4.2. Objetivos Específicos	23
2.5 Hipótesis.....	23
II. MARCO TEÓRICO.....	24
2.1. Trabajos previos.....	24
2.2. Teorías relacionadas al tema	29
III. MÉTODO	43
3.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	43
3.2. Variables, Operacionalización (enfoque cuantitativo)	44
3.3. Población, muestreo y muestra (enfoque cuantitativo).....	44
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	45
3.5. Procedimientos de análisis de datos.....	47
3.6. Criterios éticos.....	48
3.7. Criterios de rigor científico	49
IV. RESULTADOS.....	50
4.1 Resultados en tablas y figuras	50
V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	57
VI. VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN DE LOS RESULTADOS	84
VII. CONCLUSIONES	89
VIII. RECOMENDACIONES	91
REFERENCIAS.....	92
ANEXOS	100

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1.** Evolución de la Terapia Cognitiva conductual.....**¡Error! Marcador no definido.**
- Tabla 2.** Distribución según nivel de adicción a las redes sociales, en estudiantes**¡Error! Marcador no definido.**
- Tabla 3.** Distribución según nivel de adicción a las redes sociales por dimensión. En estudiantes.....**¡Error! Marcador no definido.**
- Tabla 4.** Distribución según nivel de percepción de adicción a las redes sociales. Encuesta aplicada a los profesores.**¡Error! Marcador no definido.**
- Tabla 5.** Distribución según nivel de percepción de adicción a las redes sociales por dimensión. Encuesta aplicada a los profesores.....**¡Error! Marcador no definido.**
- Tabla 6.** Adicción a las redes sociales por dimensiones. Aplicado a estudiantes y profesores.**¡Error! Marcador no definido.**
- Tabla 7.** Cuadro síntesis sobre el Sistema de procedimiento.....**¡Error! Marcador no definido.**
- Tabla 8.** Descripción detallada de la sesión 1.....**¡Error! Marcador no definido.**
- Tabla 9.** Descripción detallada de la sesión 2.....**¡Error! Marcador no definido.**
- Tabla 10.** Descripción detallada de la Sesión 3.....**¡Error! Marcador no definido.**
- Tabla 11.** Descripción detallada de la sesión 4.....**¡Error! Marcador no definido.**
- Tabla 12.** Descripción detallada de la sesión 5.....**¡Error! Marcador no definido.**
- Tabla 13.** Descripción detallada de la sesión 6.....**¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 14. Descripción detallada de la sesión 7.....	
	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 15. Descripción detallada de la sesión 8.....	
	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 16. Descripción detallada de la sesión 9.....	
	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 17. Descripción detallada de la sesión 10.....	
	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 18. Descripción detallada de la sesión 11.....	
	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 19. Descripción detallada de la sesión 12.....	
	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 20. Descripción detallada de la sesión 13.....	
	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 21. Descripción detallada de la sesión 14.....	
	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 22. Descripción detallada de la sesión 15.....	
	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 23. Actividades ejecutadas del Programa Cognitivo Conductual.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 24. Estimación del Programa Cognitivo Conductual.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 25. Presupuesto del programa cognitivo conductual.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 26. Cuadro comparativo, de los dos momentos de evaluación, aplicado a los estudiantes.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 27. Cuadro comparativo, de los dos momentos de evaluación, aplicado a los profesores.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 28. Prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 29. Prueba de muestras emparejadas entre el pretest y post test.....	¡Error! Marcador no definido.

Tabla 30. Comparación de rangos entre el pretest y post test.....
¡Error! Marcador no definido.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución según nivel de adicción a las redes sociales en estudiantes.....	¡Error!
Marcador no definido.	
Figura 2. Distribución según nivel de adicción a las redes sociales por dimensión en integrantes del grupo experimental.....	¡Error!
Marcador no definido.	
Figura 3. Distribución según nivel de percepción de adicción a las redes sociales en estudiantes por parte de los profesores de una institución educativa pública de Cajabamba, Cajamarca.....	¡Error!
Marcador no definido.	
Figura 4. Distribución según nivel de percepción de adicción a las redes sociales en estudiantes por parte de los profesores de una institución educativa pública de Cajabamba, Cajamarca.....	¡Error!
Marcador no definido.	
Figura 5. Distribución del aporte práctico.....	91

DEDICATORIA

Este presente estudio de investigación está dedicado en primer lugar a Dios quien me permite la vida para lograr de mis objetivos, en segundo lugar, a mi amada madre Zoila quien es mi modelo de perseverancia y amor para hacer las cosas, que con su ayuda y compañía me ha demostrado lo importante que soy para ella. Infinitas gracias madre de mi corazón.

Rivadeneyra Díaz Oscar Arturo

AGRADECIMIENTO

Muy agradecido con mi excelente profesor Juan
Carlos Callejas Torres, excelente persona, mentor,

maestro, amigo y asesor. Un modelo a seguir, gran profesionalismo, gran educador.

RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación fue aplicar Estrategias Cognitivo Conductual para disminuir la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo. Se enmarcó dentro de la investigación aplicada de tipo explicativo, diseño de investigación transversal. La muestra de la población estuvo conformada por 40 adultos mayores de ambos sexos, es decir varones y mujeres con sintomatología depresiva, cuyas edades fluctúan entre los 60 - 85 años. Se empleó para la recolección de datos el Inventario de Depresión de Beck (DBI)II, así mismo el instrumento fue validado por 3 expertos, en cuanto a la confiabilidad se utilizó el estadístico Omega de McDonald, hallando un valor de 0.870, corroborando que la prueba presenta consistencia interna. Esto demuestra fehacientemente y con escaso margen de error la existencia de sintomatología depresiva en los adultos mayores. En ese sentido, se aplicó un programa cognitivo conductual el cual demostró que los tratamientos de corte cognitivo conductual pueden contribuir a la mejora de la salud mental, optimizando el autocontrol y la disminución de los síntomas depresivos entre la población adulta mayor, esto se observó en los resultados obtenidos del post test, una diferencia significativa, con el cual se reveló que el programa logró reducir significativamente ($p=0.003$) la depresión, lo que demuestra la eficacia del programa.

Palabras clave: Programa, estrategias, depresión

ABSTRACT

The main objective of this research was to apply Cognitive Behavioral Strategies to reduce depression in older adults at the Chiclayo Regional Police Hospital. It was framed within the applied research of an explanatory type, cross-sectional research design. The sample of the population consisted of 40 older adults of both sexes, that is, men and women with depressive symptoms, whose ages fluctuate between 60 - 85 years. The Beck Depression Inventory (DBI) II was used for data collection, likewise the instrument was validated by 3 experts, in terms of reliability the McDonald Omega statistic was used, finding a value of 0.870, corroborating that the test shows internal consistency. This conclusively demonstrates and with little margin of error the existence of depressive symptoms in older adults. In this sense, a cognitive behavioral program was applied which demonstrated that cognitive behavioral treatments can contribute to improving mental health, optimizing self - control and decreasing depressive symptoms among the elderly population, this was observed in the results obtained from the post test, a significant difference, with which it was revealed that the program was able to significantly reduce ($p=0.003$) depression, which demonstrates the effectiveness of the program.

Keywords: Program, strategies, depression

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

En la actualidad muchas personas presentan diferentes tipos de dificultades relacionados a su bienestar psicológico, esto enlazado con la complicada crisis que presenta Latinoamérica en relación al sector salud generado por la Covid 19, permitiendo que las personas estén confinadas, limitando su esfera social y así mismo obteniendo menos recursos que les permita sobrevivir, promoviendo de tal forma que esta situación se complique generando un alto porcentaje de la población afectada, entre ellas un gran número de adultos mayores ya que con los cambios poblacionales y la mejoría en el servicio sanitario, hay expectativa de un crecimiento poblacional en los adultos mayores a nivel mundial y en particular en Latinoamérica generando así un crecimiento de enfermedades graves y degenerante; como el trastorno depresivo. El trastorno depresivo acarrea costos sociales y económicos que podrían provocar perturbación a la salud del paciente y de todos lo que conviven con él dado que quienes están alrededor, ya que guía a una mortandad elevada. (Méndez,2021)

La población adulta mayor es el grupo que ha tenido gran impacto generado por la COVID – 19, ya que no solo son vulnerables solo por su edad, situación económica, laboral y patologías como consecuencia de sus años, sino que además vivir solos torna muy riesgoso para este grupo etario, si ellos no reciben ayuda el impacto será aún más dañino (Vega et. al, 2020).

Hay un ciclo de vida en el ser humano conformados por varias etapas, en la fase del adulto mayor por ejemplo empieza a los 60 años y concluye en el instante que fallece, caracterizándose además por una etapa de cambios significativos en las diferentes áreas de su funcionamiento, tornándose ésta más deteriorada a tal punto que los hallazgos encontrados en la problemática de este grupo poblacional es que presenta enfermedades neurodegenerativas, síndromes depresivos vinculados a una inadecuada calidad de vida y también ideas suicidas (Fabiola et al., 2020)

El trastorno depresivo es una problemática sanitaria de nivel mundial que se ha convertido en algo muy habitual y complejo, es por ello que la salud pública ha tenido la tarea de implementar abordajes que permitan evaluar, diagnosticar e intervenir con tratamientos específicos y pertinentes para dicha problemática. La OMS estima que este trastorno repercute a 300

millones lo están padeciendo mundialmente. Por otro lado, estudios muestran factores de vulnerabilidad y riesgo en diferentes agrupaciones de edad, y parte de esta población son los de la tercera edad. Considerado como un trastorno común es la depresión y así mismo abordado de manera garantizada y muy profesional en el nivel de atención primaria, este trastorno altera el nivel o calidad de vida cada sujeto, afectando la salud mental de todo individuo. (OMS, 2020).

Molés et al. (2019) afirman que la sintomatología de tipo depresiva en el adulto mayor se origina dado que en esta fase de la vida aparecen cambios tanto físicos y cognitivos, que como consecuencia los llevan a tener sentimiento de inutilidad afectando su autoestima y de esa manera aparece la depresión.

INEI (2020) en el Perú enfocándonos en la salud como un elemento que suma a una calidad de vida, afirma que un total de 14 de cada 100 personas de la tercera edad, están con afiliación al SIS (Seguro Integral de Salud), el 31,1% a EsSalud y el 6,2% a otro seguro. En este sentido se sabe que el 17,99% de los adultos mayores varones y el 17,22% de los adultos mayores carecen de ningún tipo de seguro de salud, y en consecuencia esto les proporcionaría incertidumbre y miedo sobre su propia vida.

En nuestra nación peruana, aumentó demográficamente las personas de avanzada edad, esto evidenciándose por medio del a través de los datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI,2022), el pueblo peruano inevitablemente está siendo cada vez más longeva. En los tres primeros meses del 2022, el 39,2% de cada familia tienen entre los que la integran un adulto de 60 a más años de edad. Por otro lado, Lima Metropolitana se ha notado más cantidad de familias que alberga a un anciano con el 40.6%. Seguido de las familias del área rural con un 43.1% cuenta con un adulto mayor; en las áreas urbanas (no incluye Lima Metropolitana) el 36.4% existe un poblador de la tercera edad.

Según INEI (2022), la suma general de las familias del país, el 26,2% tiene como jefe de hogar una persona de la tercera edad, de los cuales un 29,2% son mujeres y un 25% son hombres. Así mismo el 14,3% de los ancianos no tienen algún nivel educativo, o solamente grado de instrucción inicial; el 38,0% ha logrado cursar primaria; el 26,9% secundaria y el 20,8% grado superior (12,9% superior universitaria y 7,9% superior no universitaria). El 17,4% de los

pobladores de 60 y más años de edad son analfabetos. Esta realidad es más alta en las mujeres, el 26,5% de ancianas son iletradas, siendo tres veces más alta que los varones (7,2%).

El trastorno depresivo es uno de los cuadros clínicos que aparece muy a menudo en la población adulta mayor y de manera constante en los establecimientos geriátricos como los oncológicos donde esta población etaria presenta gran vulnerabilidad para experimentar este problema de salud mental (Rodríguez ,2019).

La OMS (2021) muestra que hay un amplio predominio del ambiente influyendo este en el desarrollo de cada persona, ya que es necesario para alcanzar una óptima salud tanto física como psicológica. En este sentido si una persona de la tercera edad llegara a presentar problemas en este aspecto ,esto podría repercutir en su salud manifestándose un trastorno depresivo cuya característica sintomatológica es muy variada ,considerándose entre los síntomas principales la anhedonia ,trastornos del sueño, inapetencia, agotamiento físico, y a nivel cognitivo alteraciones de la memoria, ideas distorsionadas e inclusive en ocasiones ideación suicida.

Considerando lo anteriormente dicho, los factores potencialmente riesgosos para el origen, desarrollo y mantenimiento del trastorno depresivo, son los factores socio demográficos, entre ellos son el de tener una sexualidad femenina, la falta de una educación y enseñanza básica, , tener una edad mayor a 75 años, poblar en sectores campesinos y presentar pobreza. (Revista de medicina humana,2019)

Desde un contexto local, en el trabajo de investigación de Gastulo (2020) en Chiclayo, realizó un conjunto de estrategias psicoterapéuticas cognitivo conductual con fines preventivos en un colegio en una población adolescente con trastorno depresivo ; se administró el IDB a estudiantes adolescentes, con la intención de prevenir la depresión grupo estudiantil, cuyos conclusiones resultó que se presenta alto índice de grado moderado y grave del trastorno depresivo , es decir los estudiantes presentan un conjunto de sintomatología típica de la depresión , asociado a un nivel de ansiedad moderada. Por tal motivo, la investigadora elaboró un programa cognitivo conductual, conteniendo estrategias y propuestas para abordar preventivamente a dicha población.

Evidentemente, las investigaciones realizadas anteriormente demuestran que el trastorno depresivo es una problemática persistente en la comunidad general, y en este caso específicamente en los adultos mayores al observar tristeza frecuente, desmotivación, llanto fácil, separación social, susceptibilidad, preocupación somática, sentimiento de soledad, entre otros síntomas , incrementan la vulnerabilidad a desarrollar este trastorno clínico como es la depresión , generando así consecuencias desfavorables en sus vidas a mediano y largo plazo. A partir de ello, también se evidenció la falta de estrategias o programas cognitivos conductuales de intervención en nuestro contexto que permitan reducir la sintomatología depresiva en este grupo de estudio. En consecuencia, la investigación orienta a prestar atención en las **manifestaciones del problema** reflejadas por los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo, cuyas edades oscilan entre los 60 a 85 años que provienen de zonas urbanas o los alrededores de la ciudad de Chiclayo. A su vez, esta información relevante fue dada por los personales de salud, quienes encuentran en los adultos mayores conductas como:

- Tristeza persistente
- Llanto fácil
- Pérdida del placer e interés por los demás
- Sentimiento de culpabilidad
- Manifiestan comentarios pesimistas
- Irritabilidad
- Autodesagrado
- Pensamiento suicida
- Sentimiento de soledad
- Insomnio
- Dificultad para concentrarse
- Sensación de fracaso
- Preocupación somática
- Pérdida del apetito
- Cansancio, fatiga, marcha lenta
- Frustración
- Indecisión

En el tratamiento de la depresión bajo estas conductas mencionadas, se precia una situación determinándose como el **problema de investigación** formulándose como: insuficiencia en el proceso cognitivo conductual incide en la depresión de los adultos mayores.

Beck et al. (2020) sustentan que el objetivo de la terapia cognitivo es equilibrar las perturbaciones efectivas considerando el cambio de la creencias disfuncionales o distorsionadas.

Al aplicar técnicas de investigación como observación, inventario y el análisis documental a los adultos mayores del Hospital Regional Policial PNP Chiclayo, se determinaron las causas o el **diagnóstico casual** que originan el problema, esto comprende:

- Escaso manejo de estrategias terapéuticas de afrontamiento en el bienestar psicológico en el proceso cognitivo conductual.
- Deficiencias en las practicas terapéuticas para el manejo y control de las emociones y manifestar lo que sienten en el desarrollo del proceso cognitivo conductual
- Insuficiente orientación psicoeducativa en los usuarios participantes a través de estrategias terapéuticas para reacciones con tristezas, llanto, fatiga, indecisión, insomnio, pérdida de peso, pérdida de apetito, irritabilidad, ante cualquier situación en el desarrollo del proceso cognitivo conductual.
- Inexistencia de orientación y el poco o nulo involucramiento o interés por parte de los familiares, estando muchos de ellos en estado de viudez y abandono en el desarrollo del proceso cognitivo conductual.

Considerando estas causas establecidas, nace el **objeto de investigación**, el cual es el proceso **cognitivo conductual**. Por otro lado, la definición del objeto de estudio se considera como base a diferentes estudiosos en el ámbito de estudio de la intervención **cognitivo conductual**. Respecto al abordaje del trastorno depresivo se toma en cuenta el tratamiento farmacológico antidepresivo y a la par la terapia cognitivo conductual para asistir y modificar los pensamientos, sentimientos y emociones dado que el aprender estas reglas cognitivas los individuos lograrán intentar mejor comprensión de la manifestación de su comportamiento en su vida diaria, así solucionar síntomas y obtendrá mayor capacidad prevención de la recaída y cohesión al abordaje y la medicación, ya que se necesita un trabajo multidisciplinario para lograr el objetivo (Vargas et al., 2019).

Es importante mencionar una variedad de estudios que confirmaron lo eficaz que es la terapia cognitiva conductual antes muchos problemas de índoles psicológicos como la depresión, y para esto los investigadores Martínez et al. (2020) evaluaron el resultado de un abordaje cognitivo conductual en grupo en pacientes oncológicos femeninos con síntomas ansiosos-depresivos y el funcionamiento autonómico, y para ellos se evidenció una reducción de dichos síntomas, y de esta manera confirmando su efectividad.

Así mismo Villasclaras & Maldonado (2022) realizaron una investigación para que intenta confirmar la utilidad de la terapia cognitivo conductual breve y de manera colectiva en la esfera educacional universitario a corto y largo plazo, y además comprobar si se realizan modificaciones en los estilos cognitivos según la predicción de los estilos cognitivos. Las conclusiones demuestran logros importantes tanto en el nivel depresivo tanto a corto a como largo plazo, así como también acompañado de un cambio en el estilo cognitivo del grupo abordado.

Ying et al. (2021) consideran que la TCC es uno de los enfoques de mayor eficacia y utilización a la hora de intervenir, definiendo a esta como “una manera de entender como un individuo logra pensar respecto de si misma, como también a otras personas y del mundo en su entorno, comprendiendo también sus emociones y el comportamiento de los demás, y así mismo la TCC es el uso clínico de la psicología científica cuyos fundamentos tienen principios y metodología empíricamente validados.

Otro estudio realizado por los investigadores Martines et al. (2020) empleando la terapia breve corroboraron que la terapia cognitivo conductual en las personas de la tercera edad generan una baja en los síntomas depresivos de tipo crónica, de manera forma se disminuye el comportamiento problemático y así mismo la mejoría del estado de ánimo.

Lema (2022) acotando estudios respecto a la eficacia de la terapia cognitiva conductual realizó una investigación para analizar la variedad de tipos de abordajes los modelos de intervención psicológicos buscando minimizar los síntomas ansiosos depresivos en personas de la tercera edad a lo largo de la pandemia por Covid – 19, cuyos resultados en esta investigación fue que la terapia cognitivo conductual tuvo una excelente respuesta abordando la problemática de salud en los adultos mayores.

Otra contribución en una investigación la cual confirma la gran utilidad de la terapia cognitiva conductual realizado por Muñoz (2021) realizando la utilización de este enfoque psicoterapéutico en una persona con depresión, con ideas de autoeliminarse, y cuyos resultados se alcanzó evidenciar una mejoría muy considerable de la sintomatología depresiva generando un cambio en su comportamiento, desenvolvimiento y funcionamiento del paciente.

En otros estudios como lo realizado por Jaime Rodríguez (2019), quien en su investigación realizada en Lambayeque con un grupo de 30 ancianos que forman parte de los programas para esta población y cuyo objetivo de estudio era producir los efectos de la sintomatología depresiva a través de un programa cognitivo conductual. El diseño del estudio fue cuasi experimental, en ese sentido fueron 15 adultos mayores de grupo experimental y 15 de control, el cual luego de su ejecución ha producido efectos altamente significativos y que es muy adecuado para minimizar el trastorno depresivo en esta población.

Por otro lado, otros sustentos encontrados en este actual estudio, está el realizado por Espinoza Rodríguez (2019), quien afirma que los resultados de su investigación, indica que al empezar la intervención los puntajes del IDB presentaban puntajes altos evidenciando un trastorno depresivo moderado y grave, sin embargo, luego de la intervención los puntajes bajaran a una depresión mínima. Finalmente se pudo evidenciar cambios muy significativos en las puntuaciones del pretest y post test, reflejando así la reducción sintomatológicos de la depresión.

Por su parte Llamo Fernández (2022) en su estudio pudo notar una baja en la sintomatología depresiva luego de realizar 13 sesiones de terapia cognitivo conductual, notando además un menor porcentaje en las puntuaciones de los test, finalmente también se evidencio restablecimiento en el comportamiento, emociones y los pensamientos logrando además mejor adaptación en la vida del participante.

En lo referente a campo teórico de los autores previamente mencionados, se aprecia que se suscita una falta de prácticas o intervenciones sistemáticas en cuanto a la dinámica fomentada para el manejo de herramientas cognitivas conductuales, relacionados al diagnóstico contextual, es decir el de la depresión en los adultos mayores, a partir de ello, nace la necesidad de estudiar la **dinámica del proceso cognitivo conductual** como **campo de este trabajo de investigación**.

2.2. Formulación del Problema

Insuficiencias en el proceso cognitivo conductual causa depresión.

2.3. Justificación e importancia del estudio

Lo que impulsa a realizar este trabajo de investigación radica en los escasos estudios sólidos hallados específicamente en nuestro contexto en el plano de la depresión y repercusiones como un trastorno que se presenta frecuentemente en los adultos mayores y que muchas instituciones públicas sobre todo en el sector salud se le da poca importancia. Por este motivo a través de esta investigación se busca también una forma de actividad preventiva, alcanzando el desarrollo de estrategias cognitivas en los adultos mayores para así lograr mejores estrategias de afrontamiento y por ende conductas más adaptativas, que puedan generar o alcanzar mejorar su calidad de vida.

A nivel práctico, el estudio tiene como meta confirmar la utilidad del uso de las estrategias cognitivas conductuales en las personas de la tercera edad, basándose en la dinámica del proceso cognitivo conductual, esto ayudará considerablemente en el decrecimiento del trastorno depresivo en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.

En el aporte del plano metodológico, la elaboración, aplicación y comprobación de la estrategia propuesta permitirá utilizarla como estudio para posteriores investigaciones de corte cuasiexperimental o experimental para medir el impacto en el desarrollo de habilidades cognitivas conductuales en la población geriátrica.

A nivel de sociedad, contribuir así el autocuidado en los adultos mayores, mayor capacidad de autovalencia, así mismo fomentará a mejorar las relaciones interpersonales y afectivas al interior de las familias, optimizando el desarrollo, mantenimiento, y conservación de un bienestar psicológico en los pacientes de la tercera edad.

Finalmente, lo novedoso consiste en la propuesta de la dinámica del proceso cognitivo conductual, debido a la insuficiencia de estudios empíricos y/o cuasiexperimentales del desarrollo de habilidades cognitivas conductuales en la población adulta mayor. Por ello servirá

como referente para futuras investigaciones que tomen como base a la propuesta planteada y estén dentro de la misma línea de investigación.

2.4. Objetivos

2.4.1. Objetivos General

Aplicar estrategias **cognitivas conductuales** para disminuir la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.

2.4.2. Objetivos Específicos

- Fundamentar teóricamente la dinámica del proceso **cognitivo conductual** y su evolución histórica
- Determinar los niveles de depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.
- Elaborar el programa **cognitivo conductual** para disminuir la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.
- Validar los resultados de la investigación mediante un pre – experimento a través de un pretest y un post test.

2.5 Hipótesis

Aplicando una estrategia **cognitivo conductual**, considerando pautas simples y concretas acordes a la edad de la población objetivo, entonces se contribuye al desarrollo de estrategias cognitivas conductuales en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.

- Variable independiente: Estrategia cognitivo conductual.
- Variable dependiente: Depresión

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Trabajos previos

La Asociación Psicológica Americana (2020) menciona que, el síndrome depresivo podría obtener resultados físicos preocupantes en las personas de mayor edad, considerando así mismo que el índice de mortandad de las personas adultos mayores que presentan depresión es mucho más alto que aquellos que sienten satisfacción con sus vidas. De igual modo, la asociación manifiesta que el adulto mayor podría también perder el propio control de su vida en virtud de dificultades como su vista, audición defectuosa, cambio físico, situación económica, produciendo un estado emocional desfavorable tales como tristeza, sintomatología ansiosa, sentimientos de soledad, deficiente autoestima, orientando a la apatía y aislarse socialmente.

Por otro lado, la OMS (2020), fundamenta al trastorno depresivo como una alteración mental que se presenta frecuentemente caracterizada por la manifestación de sintomatología tal como tristeza, anhedonia, culpabilidad, ausencia de autoestima, insomnio, inapetencia, síntoma de agotamiento y pérdida de concentración.

Barreda (2019) sustenta que hay muchos niveles de trastorno depresivo, lo cual lo clasifica de la siguiente forma:

Nivel depresivo leve: Es aquel individuo que debe cumplir con una serie de criterios para este episodio, para esto debería haber mínimamente dos o tres indicadores sintomatológicos, entre ellos tenemos:

1. Recurrente estado de ánimo depresivo la mayor parte del día durante dos meses.
2. Sentir interès en las actividades acostumbradas.
3. Baja energía o fatigación intensa

Nivel moderado: Este episodio se presenta con más intensidad, ya se aumentarían cuatro o más síntomas depresivos que impiden que los sujetos puedan llevar a cabo cualquier tipo de actividad.

Nivel severo: Aquí los sujetos presentan sintomatología importante dado que afectan específicamente la autoestima, aparecen sentimientos de culpa, ideas suicidas, irracionales, y otros síntomas que en conjunto sería clasificado como un episodio depresivo severo.

Los hallazgos encontrados por los investigadores Molés et al. (2019) sustentan que: “La sintomatología depresiva en adultos mayores aparecen ya que en la vejez hay múltiples cambios específicamente, tales como físicos, que conducen a sentimientos de inutilidad afectando así su autoestima y como efecto ultimo la depresión” (p. 59).

Moraga et al. (2020), estudiaron a enfermos oncológicos pacientes con cáncer de mama, con el objetivo de determinar la validez del abordaje psicoterapéutico individualizado sobre la ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento en tres grupos, el primero utilizó la terapia cognitivo – conductual, el segundo basado en el counselling y psicoeducación y el tercer grupo no realizó abordaje psicológico. Su metodología cuasi experimental con un ejemplar muestral de 180 participantes. Los resultados demostraron que luego de 7 meses de abordaje psicoterapéutico, el grupo 1y2 pudo reducir significativamente los niveles de ansiedad, depresión, preocupación ansiosa y sentimiento desesperanza. Finalmente se demostró que la TCC presenta mayor efectividad.

En consecuencia, a lo mencionado antes, es de vital importancia realizar programa de psicoterapia de enfoque cognitivo conductual, dado que urge la necesidad de la problemática como lo es la depresión conociendo la repercusión que tiene en la salud mental, porque si esta no es abordada de una manera adecuada, eficaz y sobre todo especializada, esta podría ocasionar repercusiones negativas en la salud mental e integral.

Los estudios previos en relación a la variable depresión y estrategia psicoterapéutica de enfoque cognitivo conductual son escasos; sin embargo, se ha tomado en cuenta los más relevantes para la investigación los estudios a nivel internacional, nacional y local.

A NIVEL INTERNACIONAL:

Garza et al. (2020) en una investigación de caso sobre el uso del tratamiento psicoterapéutico cognitivo - conductual para con una paciente geriátrica diagnosticada con una depresión crónica, del Instituto de Seguridad Social en México. Se tuvo una única conducta objetivo que

fue el llanto, el cual se contempló monitoreando intra sesiones del nivel del estado de ánimo de la paciente. Así mismo se llevó a cabo evaluación psicométrica antes y después para verificar la variable depresión. La investigación fue de un diseño de caso único. De acuerdo este estudio, se verificó el éxito del declive de la sintomatología depresiva, así misma disminución de conductas perjudiciales, como también mejoría en su estado de ánimo.

García (2022). Propuso un plan de abordaje cognitivo conductual para aminorar el trastorno depresivo en personas de la tercera edad en una ciudad de Ecuador. Metodología de enfoque cuali-cuantitativo, no experimental transversal, lográndose notar la presente condición del grado de depresión identificándose que un 18% carecen del trastorno depresivo, pero si posiblemente un 23%, hallándose la sintomatología, pero sin el trastorno depresivo. Y el 59% de ancianos que si presentan el cuadro dado que presentan todo el paquete sintomatológico y es por eso que se realizó tal motivo se realizó la propuesta basada en el enfoque psicoterapéutico.

Por otro lado, Blanco et al. (2021) realizaron una investigación a través de una intervención grupal con 34 participantes adultos mayores, utilizando un manual cognitivo conductual con la intención de prevenir el trastorno depresivo en adultos mayores de una universidad de la ciudad de Niquero – Cuba logrando establecer un ámbito seguro y confiable.

Otra investigación fue realizada por Veleza et al. (2019) consistía en probar la eficacia de este enfoque luego de un año al abordaje con adultos con trastorno depresivo mayor. Sao Paulo – Brasil. Metodología cuasi-experimental. Los resultados fueron que se alcanzó reducir de modo relevante la sintomatología depresiva luego de los doce meses.

Chinchilla et al. (2021) investigaron sobre la eficiencia de la combinación del ejercicio físico y el abordaje con este enfoque psicoterapéutico con el fin de reducir el trastorno depresivo en personas mayores de 18 años edad tanto hombres como mujeres, y como resultados se evidenció que ambos métodos de intervención ayudaron a disminuir de forma moderada el trastorno depresivo en los participantes.

Díaz et al. (2021) realizaron una investigación cuyo objetivo era comprobar cuan efectiva es la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo leve y moderado en pacientes hospitalizados en Cuba. La metodología de uso fue observacional, descriptiva y transversal. El

universo y el muestreo estuvo conformado por 94 pacientes con el respectivo diagnóstico. Se obtuvo como resultado que este modelo terapéutico minimizó la sintomatología depresiva y se pudo recuperar un mejor estado de humor.

A NIVEL NACIONAL:

Huaynates (2019) realizó una tesis de psicoterapia cognitiva conductual con una paciente adulta con depresión y elevado sentimientos de culpa”, en Lima – Perú, brindando un aporte muy significativo, utilizando una metodología de estudio aplicado, con un diseño de caso, la técnica para recojo de información fue la entrevista , línea base, hojas de registros, como instrumento el inventario de Beck y la Escala de Personalidad de Eysenk .El resultado reportó un descenso en el nivel depresivo , de las ideas distorsionadas, las conductas desadaptadas ,confirmando así la eficacia de dicha terapia

Es muy notorio la gran necesidad que tienen las personas respecto a su salud mental, y considerando la importancia de la ayuda, Ramírez (2020) realizó un estudio sobre el procedimiento del enfoque cognitivo conductual para tratar el trastorno depresivo en personas de la tercera edad y cuya meta era hacer una verificación de las técnicas averiguando en bibliografías con diseño cuasi experimental y caso único, en los últimos 4 años. El resultado alcanzado indicaba la eficiencia del procedimiento técnico de este enfoque para abordar a los ancianos con el trastorno depresivo.

Otro estudio realizado por Flores (2019) respecto a un caso clínico que implicaba la ejecución de un programa cognitivo – conductual en un adolescente depresivo, con la finalidad de contribuir con alivio de su estado anímico y lograr mayor habituación. Finalmente se evidenció un descenso relevante de síntomas depresivos.

Landa (2020) realizó un estudio titulado “La influencia entre la terapia cognitivo conductual y la depresión en los adultos de la ciudad de Pisco”, buscando determinar cómo influye esta estrategia terapéutica cognitivo conductual en la depresión. Esta investigación de tipo aplicada, descriptiva y exploratoria, y su diseño no experimental, correlacional de corte transversal. La técnica utilizada fue la entrevista clínica y la técnica psicométrica dándole uso al Inventario de depresión de Beck. Las conclusiones fueron que se pudo demostrar la gran eficiencia que tiene este enfoque psicoterapéutico para con esta población como lo es los adultos mayores.

Por otro lado, Vásquez (2021) ejecutó un abordaje cognitivo – conductual de 10 sesiones para pacientes con trastorno depresivo en el Centro de Salud Mental Comunitario – Tumbes. Diseño descriptivo – propositivo, no experimental. El instrumento para obtener los datos fue el BDI. Se evidenció logros significativos en los participantes.

Seminario (2021) realizó un estudio que constaba en elaborar un programa Cognitivo Conductual basados en el modelo de A. Beck con el objetivo de abordar el trastorno depresivo en los ancianos en un centro de salud – Tumbes, de tipo descriptivo – propositivo, su diseño fue no experimental, transversal, descriptivo-propositivo. Finalmente se pudo mostrar un 56.7% fue de tipo moderado y un 43.3% de nivel crónica y determinando que el trastorno depresivo en adultos está presente con un alto porcentaje de tipo moderado.

A NIVEL LOCAL:

Otra de las investigaciones fue la que realizó Gastulo (2020) la elaboración de abordaje cognitivo conductual con el fin de evitar la manifestación de trastorno depresivo en adolescentes de la Institución Educativa Bruning – Chiclayo. Estudio de tipo descriptivo propositivo. La muestra constó de 60 alumnos nivel secundaria, utilizándose el inventario de depresión de Beck. Los resultados arrojaron que hay un alto índice de nivel moderado y grave de trastorno depresivo, quiere decir que los alumnos expresan culpabilidad, pesadumbres, llanto, insomnio, entre otros síntomas más. Por tal motivo se elaboró estas estrategias con el fin de intervenir de manera preventiva, así como minimizando y eliminados la sintomatología depresiva.

Reupo (2020) en su investigación destinado a la elaboración de un plan de tratamiento para el trastorno depresivo utilizando el enfoque de la terapia cognitivo conductual con los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario de Chiclayo, 2019. Fueron 47 los que fueron parte del muestreo, evidenciando que el 66% de carecían de sintomatología depresiva, por otro lado, el 34% si lo tenía de leve a moderada, en ese sentido solamente a 16 personas se le aplicaría el tratamiento. Finalmente se pudo proponer un plan de 12 sesiones, sin antes ser revisado por juicio de expertos, por lo tanto, el tratamiento ya está programado para su utilización y verificación de eficacia.

Rodríguez (2019), quien, en su estudio de diseño cuasi experimental realizado con 30 adultos mayores, 15 de grupo experimental y 15 de control del programa del Centro del Adulto Mayor en Lambayeque y cuyo objetivo era disminuir la sintomatología depresiva. Finalmente concluye que la estrategia cognitiva conductual ha producido efectos altamente significativos y que son efectivos para disminuir en trastorno depresivo en esta población.

Finalmente, para concluir con esta parte de las investigaciones, Julca (2022) Diseña un plan psicoterapéutico cognitivo conductual para adultos mayores con trastornos depresivos asistidos en el Centro de Salud de Túcume, cuyo objetivo fue minimizar los síntomas depresivos. De estudio aplicado, mixto, de alcance tipo descriptivo, no experimental y transversal. Las conclusiones aportan que la mayor parte de los ancianos muestran un nivel moderado depresivo y la elaboración del programa cognitivo conductual generó cambios favorable en este grupo etario, y es por ello que el diseño y elaboración de un programa cognitivo conductual convirtiéndose en una serie de estrategias fundamentales en el abordaje de los trastornos depresivos en el grupo estudiado.

2.2. Teorías relacionadas al tema

Caracterización del proceso de la terapia cognitivo conductual y su dinámica

Venon & Doyle (2018) consideran que la TCC es un tipo de intervención psicoterapéutica cuyo objetivo tiene es solucionar las dificultades presentes, es decir disfuncionalidad en el área emocional y conductual, considerando el papel que desempeña que juega el ser humano en su proceso de aprender, como también las consecuencias del contexto, los pensamientos y el lenguaje en el problema psicológico, así mismo resaltan que este tipo de psicoterapia está siendo una de las más aceptadas y aplicada a nivel mundial.

Acuña (2018) da a conocer el enfoque cognitivo conductual está focalizado en un análisis de estudio científico, afirmado en los procedimientos científicos, debidamente confirmados a través de los años.

Este enfoque es una forma de intervención que unifica los enfoques cognitivo y conductual en un solo modelo psicoterapéutico; y fundamenta que el trastorno depresivo es la consecuencia de la carencia de una variedad de elementos, tales como un plan de afrontamiento, dificultad

para la gestión de las emociones y así mismo una percepción distorsionada del mundo y del mismo individuo para responder de manera adaptativa. En ese sentido, la intervención se focaliza en modificar los comportamientos anormales, las creencias distorsionadas en circunstancias particulares e inadecuado proceder relacionados con el trastorno depresivo (Hidalgo & Agudín, 2018).

Objetivos

Borau (2021) sustenta que los objetivos fundamentales de la terapia cognitivo conductual es disminuir las ideas disfuncionales, gestionar adecuadamente las emociones, alcanzar mayor cantidad de reforzadores positivos, incrementar las habilidades sociales. Por tal motivo es útil hacerse de estrategias como el ensayo de la conducta adaptativa, técnicas de relajación, el sistema de sensibilización, la exposición, la reestructuración cognitiva por medio del metodo socrático, así como los manejos de conflicto mediante el ensayo de conductas.

Beneficios

- Precisar la conexión entre el pensamiento, la emoción y el comportamiento
- Controlar el pensamiento automático
- Verificar la evidencia a favor o en contra de los pensamientos distorsionados
- Reemplazar pensamientos distorsionados con pensamientos realistas
- Aprender a identificar y corregir creencias falsas que son predispuestos a errores de la percepción (Hidalgo & Agudín, 2018).

Proceso del Desarrollo Cognitivo Conductual. El presente enfoque integra una variedad de conocimientos teóricos que brindan distintas nociones que se empeña por aclarar respecto a los problemas, cómo se originan, desarrollan y mantienen mediante lo aprendido en los diversos periodos de nuestra existencia. En este sentido es muy importante resaltar como A. Beck y A. Ellis desarrollaron una metodología colaborativa. La técnica que ayudaría al paciente a reestructurar sus creencias amparándose del raciocinio y toma de conciencia teniendo también muy en cuenta el establecer una alianza mutua entre el terapeuta y el paciente durante el transcurso de la intervención, logrando este último evaluar sus pensamientos y así mismo poder reestructurarlo alcanzando a la vez parte activa en el tratamiento. (Ortiz, 2017).

Nociones epistemológicas del uso del enfoque cognitivo conductual

El estudio del análisis de la conducta se ha dado desde hace muchos años atrás, enfocándose que la conducta es aprendida, modificable y que se rige por principios como el condicionamiento clásico, resaltando las figuras representativas como Iván Pavlov y Watson, seguido del condicionamiento operante de Skinner, por otro lado Albert Bandura con el aprendizaje social o aprendizaje vicario, enfoques cognitivos de A. Beck y la teoría racional emotiva de A. Ellis, dándoles gran relevancia a esta teoría. (Díaz, Villalobos & Ruiz, 2012)

Condicionamiento Clásico de Ivan Pavlov y de Jhon Watson.

Para Morinigo & Fenner (2019) sustentan que esta teoría nos permite obtener un alcance muy importante acerca del aprendizaje, asimismo teoría que se ha sustentado a través de estudios experimentales tanto con personas como con animales. Este mecanismo está asociado con aprender las conexiones entre estímulos y de esta forma producir nuevas conductas.

Este enfoque conductual, hace hincapié en los métodos experimentales, y se centra sobre variables cuyas características sean evidentes, es decir observables, medibles y manipulables o controlables y deshecha todo aquello que sea subjetivo, interno, como por ejemplo lo mental.

Watson que se apoya en la utilización de los métodos netamente empírico y experimental y así examinar la conducta manifiesta, minimizando el estudio introspectivo, es decir de los procesos mentales, estimando al ambiente y su variable estimulación y respuestas, resaltando a un sujeto como ser organismo adaptándose a su contexto. Uno de los experimentos que realizó Watson fue con un menor de once meses cuyo objetivo era reafirmar las leyes o principios del condicionamiento aplicándolo en la respuesta emocional del pequeño a través del uso de objetos y animales.

Este experimento se basaba en que al pequeño Albert se le una muestra rata blanca, lo cual al principio de la exposición a este animal no generaba ninguna respuesta de miedo en él pequeño, no obstante, luego se asociaron otros objetos y otros animales juntamente con sonidos fuertes, generando posteriormente la reacción de miedo en el pequeño Albert. Por otro lado, para Iván Pavlov, sustenta que un reflejo condicionado es reflejo adquirido no innato, una respuesta a un estímulo que antes no generaba reacción alguna, es decir era un estímulo neutro. Este reflejo

aprendido es resultado del proceso asociativo y reiterado entre este estímulo que antes era neutro sin generar ninguna respuesta más otro que la generaba, como es la respuesta incondicionada. A esta forma de aprender mediante la asociación se le denomina condicionamiento clásico.

Este mismo autor, realizó un experimento con un perro, en dicho proceso, utilizó estímulos fundamentales como era la campana, que en presentaciones iniciales originaba en el perro respuesta de atención y no salivación, el otro estímulo era la alimento, que provocaba la salivación en el animal. Mientras se repetía los ensayos experimentales, pudo notar la salivación que el animal mostraba antes de tener contacto con el alimento y que el solo hecho de oír el ruido de la campañilla le generaba la salivación.

Condicionamiento Operante o Instrumental de Skinner.

Skinner se apoyó de las contribuciones teóricas de Watson, al considerar que la conducta está influenciada y relacionada por el ambiente o su entorno, quiere decir una invalidando la probabilidad de algún mecanismo mental de la persona, precisando los procesos como el pensar, sentir, imaginar eran procesos no observables y por ende optando por una postura no mediacional.

Patiño (2018) sustenta que otros de los aportes de Skinner fue el uso del análisis funcional de la conducta, el cual considera que existen variables independientes como el contexto, ambiente y variables dependientes como el propio repertorio conductual, esto permitía ejecutar el análisis, control y predicción del comportamiento.

La teoría de Skinner sustenta que el ser organísmico está en proceso de "operar" en su entorno, es decir que está apareciendo a cada instante; haciendo lo que hace. En el transcurso de esta "operatividad", se encuentran tanto el ser organísmico como también un conjunto de estímulos reforzantes, generando éste una consecuencia de aumentar el operante (la conducta), el cual se manifiesta seguidamente de un reforzador. (Morinigo & Fenner, 2019).

El mismo autor expone que Skinner realizó un experimento con una rata metida en una caja, sin que el animal se vinculara con ningún estímulo externo, sin embargo, dentro de la caja hay un pedal, y que cuando la rata presionada el pedal de manera "accidental", luego con un)

mecanismo le liberaba una bolita de alimento, y en realizándolo repetidas veces aprendió que a presionar el pedal iba a ser reforzado su conducta. Esto ayudó a entender que determinados comportamientos seguidos de estímulos reforzantes generarían la posibilidad del incremento de esos comportamientos en adelante.

Aprendizaje Social o Vicario de Albert Bandura.

Triglia (2017), sustenta que representantes del enfoque pavloviano consideran que el aprendizaje de habilidades y varios ensayos con reforzamiento, Sin embargo, Bandura fundamentó que las personas aprenden unos con otros, no requiriendo hacer pruebas repetitivas, ya que lo clave y resaltante aquí es lo social.

En este sentido, Bandura refiere que las conductas que expresan los individuos han sido aprendidas a través de los procesos como son la observación y modelado. Por esta razón es muy necesario conocer los tipos de modelados que se son, en primer lugar, la persona que remeda el comportamiento de un modelo viviente, ejemplo una persona real que realiza determinada conducta, por otro lado, un modelo simbólico de los medios de difusión como el televisivo, radial, y finalmente aprender una determinada conducta por medio de instrucciones verbales, y esto determinaría la forma de nuestro comportamiento.

Dicho representante aclara que las conductas que manifiesta las personas se han aprendido mediante dos procesos como la observación y modelado. Por ello, es importante saber los tres tipos de modelos que existen como cuando la persona imita el comportamiento de un modelo viviente, por ejemplo, una persona real que emite una conducta. También cabe la posibilidad de que aprenda observando a un modelo simbólico como un personaje de la televisión y por último aprende una conducta a través de instrucciones verbales, el cual determina la manera de comportamos. (Aguirre, 2019, p.3)

Modelo Cognitivo de Beck.

Este es un modelo teórico actualizado, con gran evidencia para definir y abordar diferentes temas importantes, relacionados con el estudio de algunos problemas psicopatológicos de manera detallada. Por esta razón enlaza la conexión de los procesos cognitivos y conductuales y una variedad de nuevas sintomatologías, y da a conocer como empezando por procesos

sencillos se llega a la distinción de una variedad de trastornos existentes. Así mismo este modelo da a conocer de manera explicativa la psicopatología de los individuos, considerando además que los problemas psicológicos es el efecto de un manejo de adaptación normal, en otras palabras, la distinción para con las acciones de adaptación y el trastorno psicológico son de índole cuantitativo; y lo anómalo es respuesta de la sobrestimación de los sesgos cognitivos en la evaluación de la información en individuos saludables (Roca, 2014, p.1)

Afinando este modelo, el autor del mismo habla acerca de la teoría de los modos, organizados de manera compleja, considerándose como un conjunto de esquemas vinculados a normas, expectativas, reglas, autoevaluaciones. Asimismo, comprende diferentes términos como creencias, esquemas y modos, y tomando como ejemplo de modos, como un modo depresivo, un modo de ansiedad, etc. Otro aspecto importante son las creencias, ya que son el significado o las representaciones del contenido de un esquema, así mismo, los esquemas son símbolos representativos internos(almacenadas)de estímulos, ideas o vivencias. Por último, es importante resaltar que esta teoría sustenta que para enfrentar las situaciones problemáticas a diario están los modos que son redes que incluyen elementos cognitivos, conductuales, emocionales y motivacionales.

Teoría racional emotiva de Albert Ellis.

Es seguir desarrollando esta parte del trabajo, es de suma importancia manifestar que la actual investigación se enfocará en la utilización de esta teoría como lo es la terapia racional emotiva, lo cual que me permitirá desarrollarla de manera específica. Este enfoque busca ayudar a las personas a modificar de manera contundente, por otro lado, intenta identificar pensamientos irracionales para ser modificados con pensamientos más racionales y saludables, ya que logrará que la persona confronte mejor las adversidades y así mismo alcance obtener optimas habilidades sociales y vivir de forma más adaptativa y saludable.

Según la TREC, la principal responsable de las perturbaciones emocionales es la cognición, así como son las creencias irracionales, y por lo tanto si se quiere modificar nuestra perturbación emocional es preciso modificar los pensamientos distorsionados.

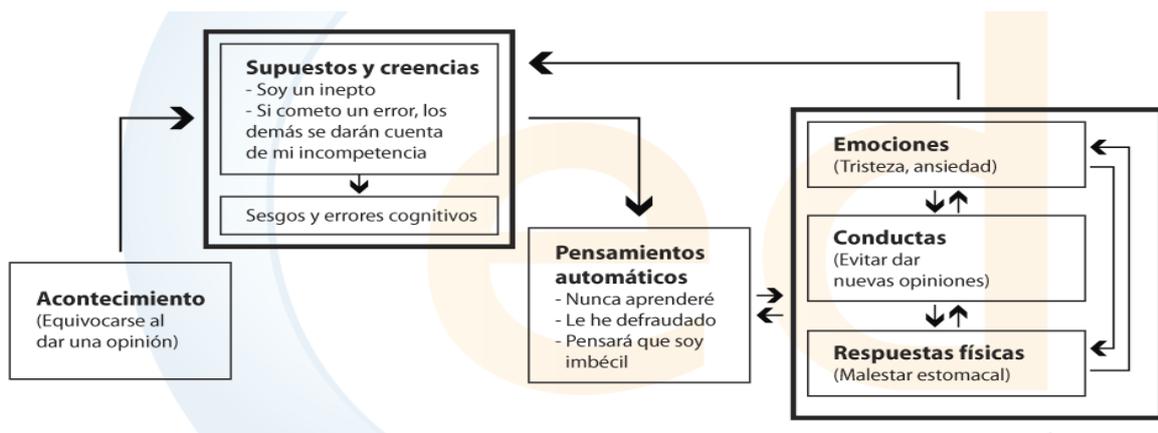
Una de las formas de superar el problema de las conductas inadaptadas en la mayoría de los casos es cuestionando las creencias que son irracionales, esto se alcanza cuando se reemplazan por otras más racionales (Mera & Ríos 2018)

Ellis plantea el dialogo socrático esencial forma de intervenir y modificar las creencias.

La TREC, permite dar a conocer lo siguiente: las adversidades (A), creencias irracionales(B), seguido de repercusión emocional y conductual(C), el debate y el cuestionamiento de las creencias irracionales(D), llamado también dialogo socrático (Rangel,2018) y como resultados nuevas creencias racionales (E), esta sería la meta donde la persona estaría más sana y adaptativa

Figura 1

Modelo de la Terapia Cognitiva



Nota. Información obtenida de la TCC: Conceptos generales de la psicoterapia cognitivo conductual (Bados & García, 2010)

La Terapia Racional Emotiva Conductual, verifica y explica hechos problemáticos de repercusión psicológica y como una persona construye respuestas cognitivas de sus pensamientos distorsionados, y es en ese sentido que el abordaje psicoterapéutico transforma los pensamientos de tipo más racionales, logrando así una conducta más adaptativa.

1.1.1. Evolución del proceso cognitivo conductual y su dinámica.

En los siguientes párrafos se detallarán los periodos que ha transcurrido el desarrollo cognitivo conductual, y así también dentro de cada una de ellas, se tomará en cuenta los siguientes indicadores como:

- Aparición del enfoque terapéutico
- Noción de la teoría
- Características
- Evaluación del periodo

Periodo 1. De aparición del modelo cognitivo conductual (1900-1960).

A mediados de los 50 surge aproximadamente este primer periodo del desarrollo de la terapia cognitivo conductual ante una escasez de atención en psicoterapia ante el enfoque del psicoanálisis. Según Díaz, Villalobos y Díaz (2012). En este periodo de tiempo se dan una gran importancia a la evaluación del comportamiento basado en la conducta observable, y así mismo considerando que esta es fruto del aprendizaje asociativo entre el estímulo y respuesta, que a su vez es modificada por una variedad de principios del aprendizaje. Entre los representantes más relevantes aparecen algunos como Pavlov (reflexología del condicionamiento clásico), Thorndike (ley del efecto), Joseph Wolpe (desensibilización sistemática), Watson (conductismo),

Periodo 2. De inicio y desarrollo del modelo cognitivo conductual (1960-1980).

Este periodo engloba la reestructuración cognitiva según Ellis & Eliot (2005), es un procedimiento para modificar el modo de pensar o interpretar logrando una valoración subjetiva más saludable, siendo esta obtenida mediante técnicas como el diálogo socrático, la modelación, entre otras más, donde el comportamiento desadaptado está siendo generado por los pensamientos distorsionados (Ruiz, 2018). Además, esta terapia es considerada muy importante por la variedad cognitiva en muchos enfoques de la conducta, entre ellas por ejemplo la de solución de problemas, pero además se suma la teoría del aprendizaje vicario de Bandura. Cabe resaltar que considerando el resultado eficaz de la forma de intervención en este

periodo muchos de los procedimientos terapéuticos se usan varios campos tales como en el campo médico, organizacional y práctica comunitaria.

Entre los representantes en este periodo hallamos a A. Ellis (TREC) y A. Beck (TC). (Castañedo, 2008)

Finalmente, en este periodo podemos apreciar que la la TREC (A. Ellis) aborda las creencias irracionales, logrando modificarlos por racionales, así mismo A. Beck contribuye bajo la terapia cognitiva (TC), que trabaja con pensamientos desadaptativos, así concluimos que ambos enfoques también pertenecen a este tipo de terapia cognitivo-conductual (Caballo, Salazar, & Hofmann, 2019).

Periodo 3. De fortalecimiento y posicionamiento del enfoque cognitivo conductual. (1980 hasta la actualidad).

Al llegar a este periodo, se aplica un procedimiento metodológico determinantemente eficaz a la par con las terapias contextuales con orientación funcional analítico, de aceptación y compromiso, así también una terapia de conducta dialéctica, generando una alianza holística, (Navarro,2020). En el abordaje de diferentes trastornos en estos tiempos, trajeron buenos resultados la terapia cognitivo constructivista tal como las contextuales, trayendo buenos resultados y brindando una orientación integradora del problema psicológico. Cabe mencionar también que existen una serie de trastornos de casos complejos, sin embargo, se está desarrollando la terapia cognitivo constructivista, contextuales y teoría cognitiva trasdiagnòstica, que están naciendo del modelo cognitivo conductual evidenciando gran eficacia en la intervención con una visión integradora enfocada preferiblemente en los trastornos de personalidad (González-Blanch & Ruiz-Torres, 2018).

Tabla 1*Resumen de la evolución del proceso cognitivo conductual.*

	Periodo 1. De aparición de la TCC (1900-1960)	Periodo 2. De inicio y desarrollo de la TCC (1960-1980)	Periodo 3. De fortalecimiento y posicionamiento de la TCC (1980 hasta ahora)
Aparición de la Terapia CC	Gran necesidad psicoterapéutica lidiando con la teoría del psicoanálisis, interesándose por el método inductivo, experimental, evaluación de la conducta observable.	La TCC emerge como resultado de la fusión de la psicología conductual y cognitiva, luego de arduos estudios para formar un solo paradigma	Se da procedimientos metodológicos muy eficaces y además integran otras terapias logrando una alianza holística, , además se percata un panorama integrador, donde la persona, contexto, y su historia con la meta de solucionar sus dificultades psicológicas.
Característicos	-Utilización teoría de Iván Pavlov (Clásico) -Aplicaciones ámbito educativo en menores -Áreas laborales -Realce a la efectividad entre estímulo y respuesta	-Soporte de las teorías conductual y cognitiva. -Censura al concepto de enfermedad mental. -Gran utilización de la reestructuración cognitiva	- Aproximación de la personalidad con la evaluación conductual -Desarrollo y extensión del paradigma A-B-C -Aparición de la Terapia dialéctica conductual -Integración en la orientación de los problemas psicológicos
Evaluación de los periodos	Investiga las manifestaciones conductuales, como también y manifestaciones desadaptadas	Valora las funciones cognitivas, generando situaciones que alteran el campo cognitivo, afectivo y conductual	Considera la teoría constructivista, valúa el grado de compromiso y aceptación del individuo ante su adversidad.

Nota. Información obtenido Psicoterapia Cognitivo Conductual: Evolución del proceso cognitivo conductual.

A pesar de los aportes prácticos, y evaluación histórica hasta ahora alcanzados en el proceso cognitivo conductual, son insuficientes respecto a la práctica y a la dinámica del proceso, se considera que aún es importante difundir el desarrollo de actividades basados en esta perspectiva psicoterapéutica dirigida a mejorar la reducción de la depresión.

Programa de terapia cognitivo conductual

Los programas de este enfoque cognitivo conductual fomentan en trabajo grupal e individual, de tal modo que cada participante pueda en distintas reuniones de intervención (Royal College of Psychiatrists, 2009).

Para (Valles & Olivares, 2014) realizar un plan de abordaje debe estar formado de 12 sesiones de 1 hora y 30 minutos semanalmente, y así mismo durante el desarrollo del programa se debe realizar las técnicas que se muestran a continuación (Salaberria & Echeburua, 2003)

- Educar al paciente lo concerniente a la intervención
- Aprendizaje de habilidades sociales dentro del grupo para aprender una serie de conductas que permitirán entre otras y muchas cosas tener buenas relaciones interpersonales
- La exposición
- La reestructuración cognitiva
- El entrenamiento de autoinstrucciones positivas
- Uso de un registro diario que permitirá visualizar, identificar y hacer un rastreo del tipo de pensamiento, emoción, sensaciones corporales y comportamientos.

Hernández (2018) sugiere un abordaje psicoterapéutico para las dimensiones cognitivas, emocional – fisiológica y conductual, a lo largo de 14 sesiones incluyendo; acuerdo psicoterapéutico y entrenamiento psicoeducativo, el dialogo socrático y técnicas de retribución, técnicas de relajación y musicoterapia, técnica de exponer gradualmente, reestructurar cognitivamente, exposición en imaginación y en vivo a situaciones evitadas.

Camino & Serrano (2019) sustentan que, si el paciente se aprecia mejoría significativa en sus estados de ánimo y responde a los objetivos acordados, es entonces donde se puede ir variando la frecuencia de las sesiones, quiere decir se va dilatando el tiempo, recordar que el objetivo es conservar la recuperación y mejoría evitando recaer (Sparrow, 2007).

Por otro lado, Borau (2021) propone y afirma que hay un largo repertorio de estrategias de intervención en este enfoque terapéutico, y que, dependiendo de las metas a alcanzar, entonces se elegiría la más adecuada, considerando además las cualidades del paciente y su entorno de desarrollo. Entre las técnicas, están las siguientes:

- Técnicas de relajación
- Elaboración de actividades
- Autoobservación
- Ensayo Conductual y role playing
- Identificar pensamientos disfuncionales
- Procesar imágenes
- Resolución de problemas
- Identificación de creencias
- Biblioterapia

Cantillo (2019), citado por Barbosa (2020, p.12), sostiene que las estrategias y métodos de este enfoque son valiosos y necesarios para cambiar las creencias de las personas alcanzando a obtener estas mismas ideas más flexibles que le permita alcanzar adecuadamente una mejor adaptación en su ambiente. (Barbosa, 2020).

Marco Conceptual

Adulto mayor: Bernet et al. (2006) sustenta que es un grupo poblacional conformado por sujetos a partir de los 60 años de edad, es decir personas de tercera edad que están atravesando un proceso de envejecimiento biológico, psicológico y social, por lo tanto, un proceso de involución en relación a la edad.

Autovalencia: Capacidad que tienen los adultos mayores para hacerse valer por sí mismos y esto les faculta a ser autónomos y así mismo un envejecimiento activo y saludable. (Policía Nacional para el Adulto Mayor,2006)

Alianza Terapéutica: Conexión y colaboración entre el cliente y el terapeuta constituido por el acuerdo en los objetivos, tareas, acciones y pensamientos que son parte del proceso terapéutico, el vínculo positivo y los acuerdos en las metas a alcanzar. (Bordin,1976).

Bienestar psicológico: Es un estado que señala el adecuado desempeño de un sujeto que facilita el crecimiento de sus competencias y por tanto su desarrollo personal. (Vivaldi & Barra, 2012).

Depresión: Alteración del estado anímico caracterizado por la falta de capacidad de un sujeto para sentir interés y disfrute de las cosas, afectando de manera determinante el normal funcionamiento en sus distintas áreas de actividad (OMS, 2003).

Distorsión Cognitiva: Zambrano (2020) aclara que son aquellas formas incorrectas que tenemos para procesar la información, esto quiere decir, que son malinterpretaciones de situaciones vividas en nuestro contexto; lo cual genera consecuencias negativas

Emociones: Fernández y Jiménez (s.f) entienden a las emociones como un proceso de nivel psicológico que nos dispone a la adaptación respondiendo a las exigencias de la vida. Su tarea primordial es lograr adaptarnos, siendo esta la clave fundamental para comprender cualquier organismo.

Estrategias de afrontamiento: Procesos multidimensionales y complejos que incorpora esfuerzos cognitivos y conductuales de cada individuo para el manejo de múltiples situaciones adversas para así reducir estrés (Mella et al. 2020).

Esquema mental: Granados (2019) expresa que es considerado como una técnica que permite organizar y dar una representación a la información de manera óptima, espontánea y creativa, siendo esta recordada por el cerebro rápidamente.

Procesos cognitivos: Manifestación dinámica de la cognición, de la mente, los cuales ayudan a procesar la información y la elaboración y asimilación del conocimiento. (González & León, 2013)

Reestructuración Cognitiva: Procedimiento para modificar el modo de pensar o interpretar logrando una valoración subjetiva más saludable, siendo esta obtenida mediante técnicas como el diálogo socrático, la modelación, entre otras más, donde el comportamiento desadaptado está siendo generada por los pensamientos distorsionados (Ruiz, 2018).

Salud mental: OMS (2021) la salud mental es un estado completo de bienestar a nivel físico, cognitivo y social, y no solo la ausencia de enfermedad.

Trastorno Mental: Conjunto de alteraciones de las emociones, el pensamiento o la conducta, que establecen un cuadro clínico, manifestándose en episodios temporales, mediante de síntomas que pueden producir cambios importantes en las cogniciones, la conducta y el estado emocional, afectando las capacidades del individuo en relación a los estudios, el trabajo y/o las relaciones interpersonales (OMS, 2004).

Terapia Cognitivo Conductual: Enfoque psicoterapéutico cuyo objetivo es trabajar con las manifestaciones disfuncionales como la física, emocional, cognitiva y conductual, que se han aprendido; quiere decir, que se han estado practicando en el transcurso del tiempo convirtiéndose estos en hábitos (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012; Martin-Romo, 2012).

III. MÉTODO

3.1. Tipo y Diseño de Investigación

Por su alcance u objetivo: La **investigación es aplicada**, dado que se desarrolla y aplica un programa cognitivo conductual para el desarrollo de las estrategias que permitirá disminuir la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.

Profundización del proceso cognitivo conductual: Es **explicativa**, dado que estaría enfocado a señalar los factores causantes que dan origen a un problema específico y de esa manera determinar el objetivo de la investigación.

Tipo de datos empleados: Es mixta, ya que recopila, analiza e integra tanto la investigación cuantitativa como cualitativa.

Grado de manipulación de las variables: Experimental, pues manipula intencionalmente la variable independiente y su análisis sobre alguna variable dependiente. Y es pre experimental, porque se realizará únicamente a un grupo a través de un pretest y un posttest.

Tabla 2

Diseño pre- experimental

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

Nota. Esta tabla muestra en modelo del diseño de estudio a utilizar en la investigación.

Donde:

- GE: Grupo Experimental
- 01: Pre- test

- 02: Post test
- X: Manipulación de la Variable Independiente (Programa Cognitivo Conductual)

Tipo de inferencia:

Hipotético-deductivo, dado que se instaura anticipadamente una hipótesis que sería comprobada más adelante.

Periodo de tiempo en que se realizará la investigación:

Transversal, es un diseño que presenta dos objetivos, como es el descriptivo y analítico en un momento de dado, dentro de un grupo poblacional específico, presentando la realidad o no realidad de un problema. (Cvetkovic et al.,2021)

3.2. Variables, Operacionalización (enfoque cuantitativo)

- Variable Independiente: Programa cognitivo conductual
- Variable dependiente: Depresión
- Operacionalización de variables: Estipuladas en el **Anexo N°02** (Matriz de operacionalización de variables)

3.3. Población, muestreo y muestra (enfoque cuantitativo)

Población:

La población la conforma los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo del año 2023, y la cifra estimada es 40 adultos mayores, considerando también la contribución de 40 familiares de los adultos mayores, y así conformar la situación problemática presente.

Muestra:

Constituido por 40 adultos mayores de ambos sexos, cuyas edades oscilan entre los 60 a 85 años de edad, seleccionados mediante muestreo no probabilístico intencional. A su vez, 40 familiares que de dicha muestra a ser integrados como parte del estudio como unas de las

fuentes esenciales de la investigación, quienes responderán un test, cuyos datos constatan la información asignada por el campo estudiantil. Los tests serán aplicados de manera presencial.

Tabla 3
Tamaño de la muestra

N°	Participantes del estudio	Frecuencia
1	Adultos Mayores	40
2	Familiares	40
Total		80

Nota. A través de esta tabla se puede apreciar el tamaño de la muestra, así como también los diferentes participantes que se han considerado para el desarrollo de la investigación.

Asimismo, se ha considerado criterios tales como:

Criterio de Inclusión:

- Adultos mayores de ambos sexos, cuyas edades oscilan entre 60 a 85 años
- Adultos mayores que pertenecen al Hospital Regional Policial Chiclayo.
- Adultos mayores que deseen participar de la investigación, mediante un asentimiento informado y que los familiares y docentes también hayan firmado el consentimiento.

Criterio de Exclusión:

- Adultos mayores que no pertenecen al Hospital Regional Policial Chiclayo.
- Adultos mayores que no presentan el rango de edad establecido para la investigación.
- Adultos mayores que no deseen participar en la investigación, que no hayan firmado el asentimiento, ni los docentes, ni los familiares.

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

- **Técnica de investigación:** Encuesta y Observación directa.

- **Instrumentos:** Cuestionarios, Ficha de Observación.

Métodos Teóricos

- **Análisis y síntesis:** Es de utilización en el transcurso del estudio para la caracterización del proceso cognitivo conductual
- **Abstracto- concreto:** es el compendio de los elementos teóricos y la idea lógica del proceso cognitivo conductual.
- **Histórico- lógico:** Se lleva a cabo con el fin de establecer las tendencias evolutivas del proceso cognitivo conductual.

Métodos Empíricos

- **Observación directa:** Iniciándose interactuando con los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.

Instrumento

Se utilizará el Inventario de Depresión de Beck (BDI)II, Carranza (2012) lo validó en un estudio sobre las características psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II de la Universidad de Lima, el cual señalará el proceso cognitivo conductual. Este instrumento también permite medir el trastorno depresivo en el adulto mayor. Esto se aplicará para denotar la caracterización del proceso cognitivo conductual. Este test posibilita hacer una medición, es decir la evaluación clínica del trastorno depresivo desde la adolescencia en adelante.

Se fundamenta en la teoría del modelo cognitivo de la depresión; quiere decir que a través de estudios experimentales sistematizados surge este modelo psicoterapéutico (Beck 1963,1964,1967). El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. Está conformado por 21 ítems que midieron 21 categorías de síntomas o actitudes, cada una de ellas constituyó una manifestación de la depresión.

Los reactivos que comprendió el Inventario de Depresión de Beck evaluaron las siguientes categorías como: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida del placer, sentimientos de culpa,

sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamiento suicida, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga, pérdida de interés en el sexo.

El instrumento se puede aplicar de manera individual como grupal, y las dimensiones son cognitivo – afectivo (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,17) y somático – conductual (15,16,18,19,20,21). Las categorías diagnósticas de los resultados alcanzados serían : no depresión (0 - 13 puntos), depresión leve (14 – 19 puntos), depresión moderada (20 – 28 puntos), depresión grave (29 - 63 puntos). Por lo tanto a partir de un puntaje de 14 a más es necesario contar con el abordaje de un profesional en salud mental.

El instrumento está calificado bajo la escala de Likert, su puntaje es la sumatoria de los ítems y considerando la sintomatología de las dos últimas semanas hasta la actualidad. En este sentido el que aplique el inventario tiene que ser muy meticuloso al evaluar los elementos del instrumento, para así percatarse de indicadores sintomatológicos importantes en las diferentes dimensiones tales como cognitivo – afectivas y somático - conductual.

La versión original de este instrumento presenta una consistencia interna evaluada con el alfa de Crombach de 0.93 en una muestra de estudiantes universitarios de los Estados Unidos y 0.92 en pacientes psiquiátricos del mismo país. Además, tiene cociente de estabilidad por medio del método test – retest de 0.93 en EE.UU. ($p < 0,001$) (Beck, 2006). En relación a los datos de validez y confiabilidad en el Perú se han realizado una serie de investigaciones donde el instrumento ha sido revisado y se aprecia la objetividad de su aplicación en pacientes con VIH.

De acuerdo a Carrasco (2017) respecto a la validez de un instrumento considera que es una característica principal que logra una medición objetiva, precisa, veraz y auténtica, de aquello que se requiera medir de la variable o la variable en investigación.

3.5. Procedimientos de análisis de datos

- Requerir mediante una solicitud el consentimiento para el desarrollo de la investigación al jefe(a) del Centro de Salud.

- Examinar el comportamiento de los adultos mayores de tal forma obtener un mayor alcance de la realidad problemática.
- Siguiendo a ello, concientizar al grupo de estudio poblacional respecto a la elaboración y realización de la investigación mediante el uso del instrumento.
- El levantamiento de los datos informativos mediante los instrumentos aplicados
- Esta información sería recogida ingresándolos al programa Microsoft Office SPSS v.27 de esta manera procesarlos, logrando así la confiabilidad, la comprobación de hipótesis y el logro de los resultados a través de tablas y figuras, para posteriormente analizarlas e interpretarlas con el programa de manera precisa también por el programa Excel 2021.
- Es importante resaltar que también se contaron con la adquisición de los puntajes post test, y para ello se tomó en cuenta tres antecedentes:
 - a. Rodríguez (2019) da a conocer en sus investigaciones que la intervención de corte cognitivo conductual es eficaz y que cuyo trabajo fue reducir los síntomas del trastorno depresivo en los ancianos corroboró que el puntaje de pre test es de 11.70 y el post test de 3.97, demostrando así una disminución en los niveles depresivos.
 - b. Espinoza (2019) refiere que en su investigación de diseño tipo pre experimental hubo una reducción de la sintomatología depresiva, con pre test de 26.4 y con un post test de 9, mostrando así lo efectivo que es la terapia cognitiva conductual en la disminución de la depresión.
 - c. Fernández (2022) en un estudio de diseño pre experimental afirma que el resultado obtenido, luego de 13 sesiones con una joven adulta, luego de utilizar la terapia cognitiva conductual se evidencian una disminución de sistemas depresivos post tratamiento, los resultados en el pre test fue de 43 y el de pos test 7, evidenciando así una mejoría significativa.

3.6. Criterios éticos

Considerando lo reportado por Belmont (1979), que en una investigación se considera los tres principios éticos fundamentales para utilizar e intervenir con las personas en un estudio, son:

- Respeto a las personas: quienes tienen el libre albedrío de elegir o no elegir participar en el estudio, luego de hacerles dado detalles explicativos sobre de que se trata la investigación

mediante el consentimiento informado (familiares, autoridades del centro de salud) y el permiso informado por parte de los adultos mayores.

- **Beneficencia:** A través del estudio se espera que incrementen los beneficios y minimizar los riesgos para los participantes.
- **Justicia:** El responsable de la investigación debe asegurarse que el estudio sea ejecutado de manera igualitaria, previniendo situaciones riesgosas.

3.7. Criterios de rigor científico

Este actual estudio cumple con las normas de rigor científico como:

- **Confiabilidad o consistencia:** procedimiento mediante el cual consiste en repetir estudios investigativos, además este criterio garantiza que el resultado sea verdadero. Para precisar la confiabilidad, fue necesario utilizar el estadístico Omega de McDonald, hallando un valor de 0,870 confirmando que la prueba tiene consistencia interna. Así mismo se determinó la confiabilidad de los ítems a través del proceso estadístico logrando valores de entre 0,836 y 0,719 señalando que los reactivos son fiables para ser aplicados.
- **Validez:** Son procedimientos muy importantes en la prueba e instrumento para determinar que los resultados relacionados sean fidedignos, en este caso asociado a la confianza respecto a los resultados, dando razón de la veracidad de cómo se constata el hecho estudiado. Por consiguiente, se empleó el criterio de expertos con el fin de decretar la validez de contenido, contando con 3 psicólogos determinando la pertinencia, claridad y coherencia de los ítems en función a los indicadores y dimensiones que lo integran
- **Aplicabilidad:** El estudio y el resultado de este podrían ser utilizados en otro lugar.
- **Relevancia:** Por los logros obtenidos en el estudio realizado.

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados en tablas y figuras

Se determinó el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual con el objetivo de obtener el informe respecto de los niveles depresivos de los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo, y la apreciación de los familiares respecto a ello. El instrumento que se empleó fue el Inventario de Depresión de Beck(BDI)II, cuyo objetivo fue obtener la data estadística en relación de la dinámica del objeto, por este motivo, se utilizó dos inventarios, uno dirigido a los adultos mayores y otro a los familiares quienes están en constante interacción y por ende tienen importante información respecto al comportamiento de los adultos mayores.

4.1.1. Resultados del pretest, sobre la distribución según nivel de depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.

Tabla 4

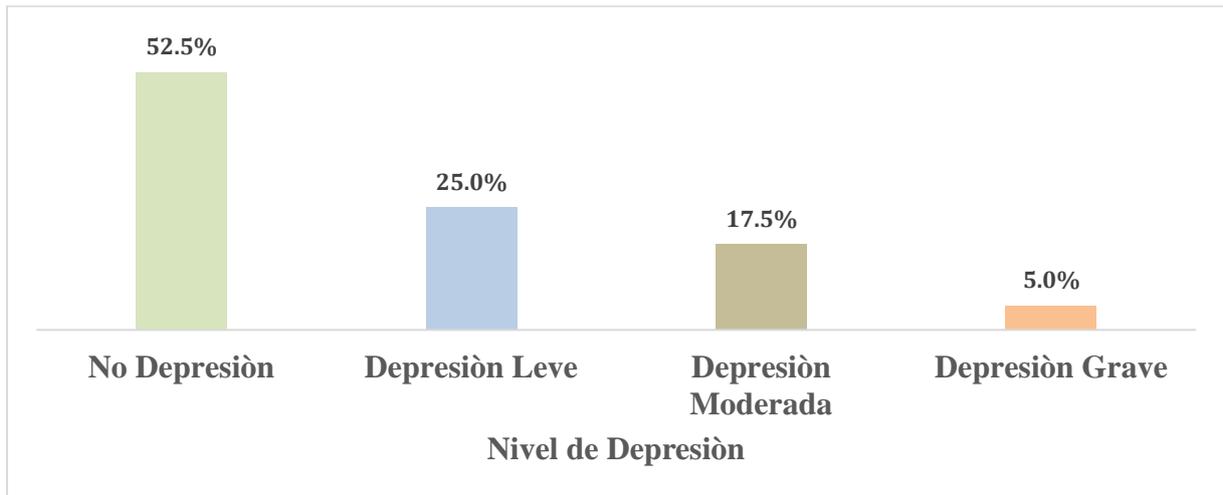
Distribución según nivel de depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo

Nivel de depresión	Momento de evaluación	
	Antes de la realización del Programa	
	fi	%
No Depresión	21	52.5%
Depresión Leve	10	25.0%
Depresión Moderada	07	17.5%
Depresión Grave	02	05.0%
Total	40	100,0

Nota. Distribución según nivel de depresión en integrantes del grupo de estudio previo a la ejecución del programa.

Se puede apreciar la data de la tabla 4 los niveles de depresión aplicado al grupo de estudio, corroborando que antes a la realización del Programa se evidencia un gran porcentaje de adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo mostró un nivel de no depresión de 52.50%, en cuanto al nivel leve un 25.0%, un nivel moderado de 17.5% y además un 05.0% de nivel grave de depresión.

Figura 2



Nota. Los resultados referidos a los niveles de depresión previo a la realización del programa cognitivo conductual.

Tabla 5

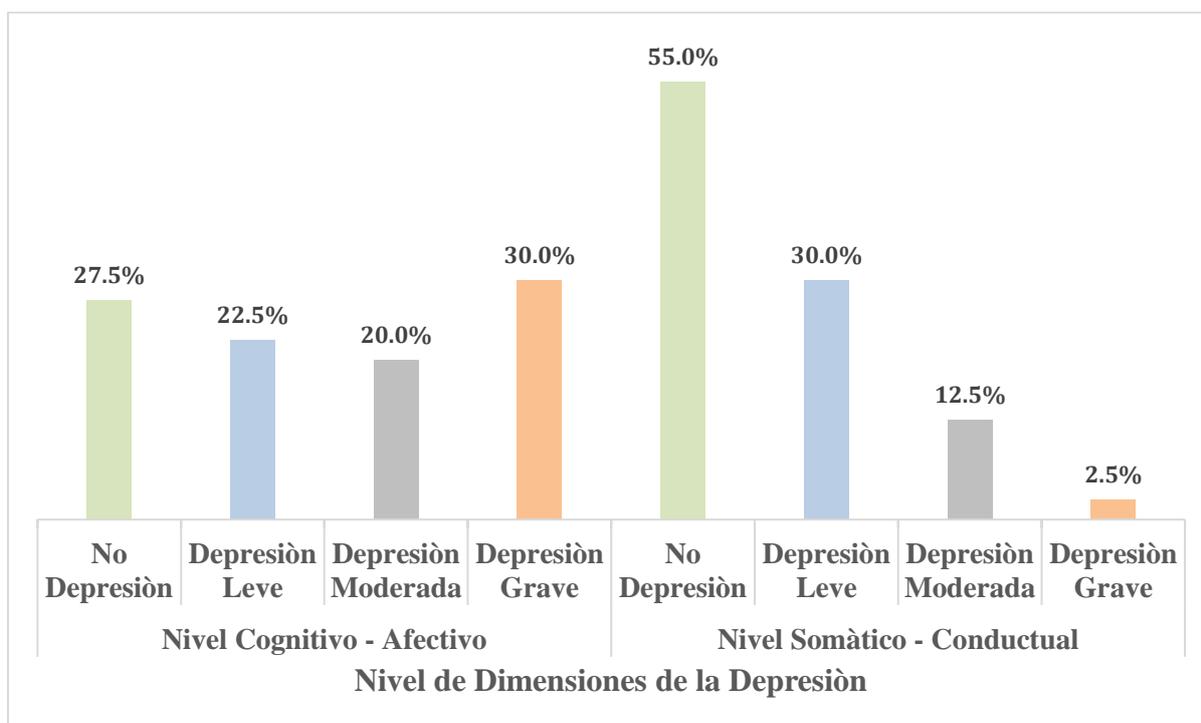
Distribución según nivel de depresión por dimensión en los adultos mayores

Nivel de dimensiones	Momento de evaluación	
	Previo a la realización del Programa	
	fi	%
Cognitivo - Afectivo		
No depresión	11	27,5%
Depresión Leve	09	22,5%
Depresión Moderada	08	20,0%
Depresión Grave	12	30,0%
Somático - Conductual		
No depresión	22	55,0%
Depresión Leve	12	30,0%
Depresión Moderada	05	12,5%
Depresión Grave	01	02,5%
Total	40	100,0

Nota: En la tabla 5, se constata la distribución según nivel de depresión por dimensiones, previo a la ejecución del programa cognitivo conductual.

Los porcentajes expresados en la tabla 5, referentes a los niveles de depresión según sus dimensiones, antes de la aplicación del Programa al grupo experimental, se aprecia en la dimensión afectivo - cognitivo que prevalece el nivel grave ubicándose con un 30.0% de los adultos mayores; por otro lado se aprecia la dimensión somático - conductual en alto porcentaje de los adultos mayores con un nivel leve con 30.0% también, siguiendo con los niveles moderado 12.5% y grave 02.5% en esta misma dimensión.

Figura 3



Nota. En la figura 3, se evidencian los niveles de depresión por dimensiones.

Los datos que se presentan en la tabla 5 y figura 3 que concierne a los niveles de depresión según dimensiones previo a la ejecución del programa cognitivo conductual al grupo estudiado, constatan que en la dimensión cognitivo – afectivo ha predominado el nivel de depresión grave ubicándose con un 30,0% de los adultos mayores, así mismo se evidencia que en la dimensión somática – conductual se presenta un nivel leve de depresión con un 30.0%.

4.1.2. Resultados del pretest, sobre la distribución según nivel de depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo por parte de los familiares.

Tabla 6

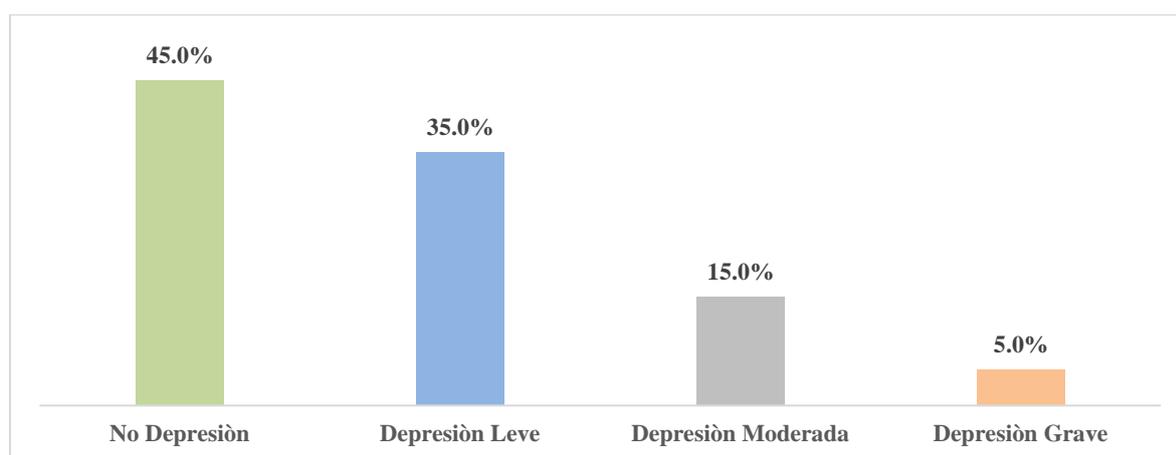
Distribución según nivel de depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo. Encuesta aplicada a los familiares

Nivel de depresión	Momento de evaluación	
	Previo a la ejecución del Programa	
	fi	%
No Depresión	18	45.0%
Depresión Leve	14	35.0%
Depresión Moderada	06	15.0%
Depresión Grave	02	05.0%
Total	40	100,0

Nota. Distribución según nivel de depresión que integran el grupo experimental previo a la ejecución del programa. Encuesta aplicada a los familiares.

Se aprecia en los datos de la tabla 6 los niveles de depresión aplicado a los familiares del grupo experimental, evidenciando antes de la ejecución del programa cognitivo conductual, un porcentaje de adultos mayores con depresión del Hospital Regional Policial Chiclayo, el cual se aprecia un nivel de depresión leve con un 35.0%, en cuanto al nivel moderado con un 15.0%, un nivel grave con un 05.0% y el 45.0% no presenta depresión según la información detallada por los familiares.

Figura 4



Nota. Los resultados respecto a los niveles de depresión previo a la ejecución del programa cognitivo conductual. Encuesta realizada a los familiares.

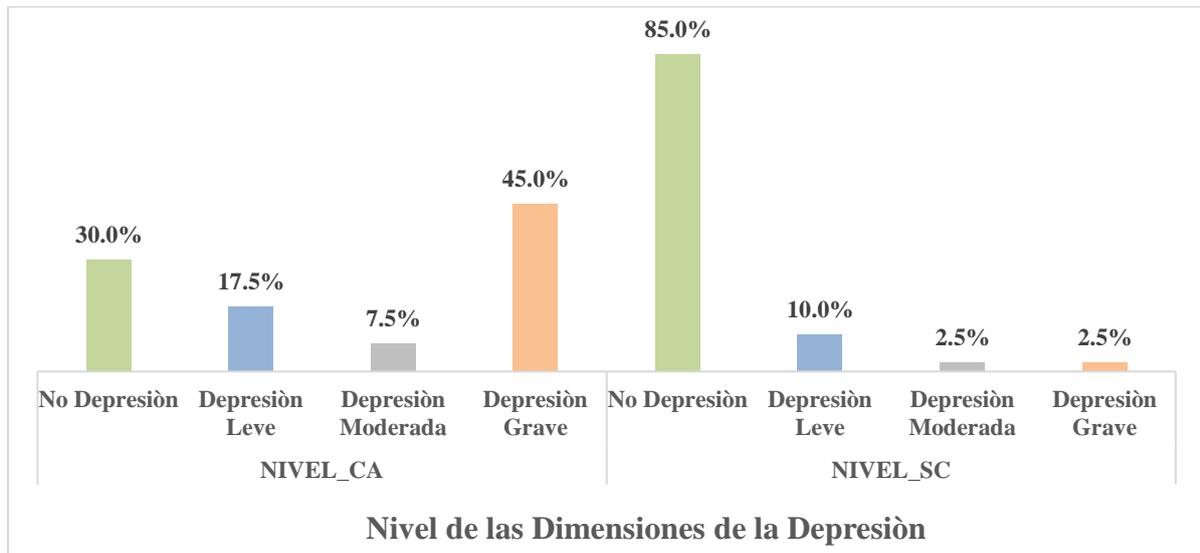
Tabla 7

Distribución según nivel de depresión por dimensión en los adultos mayores. Encuesta aplicada a los familiares.

Nivel en dimensiones	Momento de evaluación	
	Previo a la ejecución del Programa	
	fi	%
Cognitivo - Afectivo		
No depresión	12	30,0%
Depresión Leve	07	17,5%
Depresión Moderada	03	7,5%
Depresión Grave	18	45,0%
Somático - Conductual		
No depresión	34	85,0%
Depresión Leve	04	10,0%
Depresión Moderada	01	02,5%
Depresión Grave	01	02,5%
Total	40	100,0

Nota: En la tabla 7, se puede apreciar la distribución según nivel de depresión según dimensión, previo a la ejecución del programa cognitivo conductual. Encuesta aplicada a los familiares. Estas dimensiones son cognitivo – afectivo y somático – conductual.

Figura 5



Nota. En la figura 5, se evidencian los niveles de depresión por dimensiones, extraída de los familiares.

Las cifras que se evidencian en la tabla 7 y figura 5 que concierne a los niveles de depresión según dimensiones previo a la aplicación del programa cognitivo conductual del grupo estudiado, constatan que en la dimensión cognitivo – afectivo ha predominado el nivel de depresión grave donde se ha ubicado con un 45,0% de los adultos mayores, así mismo se evidencia que en la dimensión somática – conductual en los ancianos con depresión un nivel leve de depresión con un 10.0%.

3.1.3. Resumen de resultados sobre las dimensiones de la variable depresión en los adultos mayores y los familiares del Hospital Regional Policial Chiclayo.

Tabla 8

Depresión en los adultos mayores por dimensiones. Aplicado a los adultos mayores y familiares.

Nivel en dimensión	Instrumento aplicado para la recolección de datos			
	Test a Adultos Mayores		Test a Familiares	
	f	%	f	%
Cognitivo - Afectivo				
No depresión	11	27,5%	12	30,0%
Depresión Leve	09	22,5%	07	17,5%
Depresión Moderado	08	20,0%	03	07,5%
Depresión Grave	12	30,0%	18	45,0%
Somático - Conductual				
No depresión	22	55,0%	34	85,0%
Depresión Leve	12	30,0%	04	10,0%
Depresión Moderado	05	12,5%	01	02,5%
Depresión Grave	01	02,5%	01	02,5%
Total	40	100,0	40	100,0

Nota. En la tabla 7 se aprecia los resultados del pre test, aplicados a los adultos mayores y familiares del Hospital Regional Policial Chiclayo.

En la tabla 7 se manifiesta de manera sistematizada los resultados en frecuencias, porcentajes y dimensiones de la variable dependiente Depresión, el cual se pudo adquirir a través del instrumento aplicado tanto a los adultos mayores como a los familiares en sus 2 dimensiones.

En los resultados se puede evidenciar los niveles de la depresión según sus dimensiones antes de ejecutar el programa cognitivo conductual al grupo experimental, es decir en la dimensión cognitivo afectivo se apreció el nivel grave donde se ubicó un 30.0% de los adultos mayores corroborando los resultados de los familiares según su percepción en la misma dimensión grave predominando con un 45.0%. En la dimensión somático conductual se aprecia una igualdad respecto al nivel grave con un 02,0%, tanto en los adultos mayores como en sus familiares.

V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Partiendo del análisis del diagnóstico se remarca el problema planteado y se puede evidenciar lo importante que es dar desarrollo y ejecución a un programa de estrategias cognitivo conductual para disminuir la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.

Examinando la información recopilada en la investigación, a través de los instrumentos recogiendo los datos, se encontraron similitudes y desigualdades en los resultados en comparación con las investigaciones previas con similar tema de investigación. Los resultados del pre test han demostrado un considerable porcentaje de adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo, es decir del 100% total de la población, un 25.0% presenta depresión leve, un 17.5% depresión moderada y un 5% con depresión grave, en ese sentido se hace notorio el problema en los adultos mayores, así mismo este resultado es referido y corroborado por la OMS(2020) ya que considera que este trastorno repercute a 300 millones de personas a nivel mundial, así mismo muestran factores de vulnerabilidad y riesgo en diferentes grupos de edad e incluso considerando a la depresión como un trastorno común en esta población adulta mayor alterando las condiciones de vida; esta información fue confirmada años antes por los estudios también realizados por la OMS(2017) refiriendo que los adultos mayores pueden sufrir problemas psicosomáticos , así mismo afirma que son vulnerables al maltrato pudiendo ser este físico, psicológico , emocional, por abandono, considerables pérdidas de dignidad, respeto, indicando además que uno de cada 10 adultos mayores sufren maltrato generando esto depresión y lo más preocupante es que se limitado a realizar un diagnóstico y por otro lado no interviene adecuadamente lo que con mucha frecuencia la sintomatología depresiva se pasen por alto porque muchas veces son relacionado o confundido con otros problemas; además en los que respecta a nuestra realidad , según INEI (2020) en el Perú 14 de cada 100 personas de la tercera edad están inscritos al SIS (Seguro Integral de Salud), el 31,1% a EsSalud y el 6,2% a otro seguro, es ese sentido solo el 17,99% de la población adulta mayor varonil y el 17,22% de la población adulta mayor femenina carecen de ningún tipo de seguro de salud ,lo que también generaría peligro en su salud mental ,tornándolos vulnerables a presentar con alta probabilidad un trastorno depresivo . De igual forma ratifica en lo relacionado a la salud del adulto mayor Rodríguez (2019) llega a la conclusión en que el trastorno depresivo es una problemática de salud que se manifiesta muy a menudo en los adultos mayores y de manera constante en los establecimientos geriátricos como

los oncológicos donde esta población etaria presenta gran vulnerabilidad para experimentar este problema de salud mental, por otro lado teniendo en cuenta los procesos de desarrollo en el ser humano, en el adulto mayor se presenta la fase final es decir una involución donde surge el deterioro de las capacidades físicas y la reducción de su funcionalidad en el adulto mayor Molès et al.(2019) argumentando que los síntomas depresivos son consecuencia de que en esta etapa surgen cambios físicos, cognitivos, afectivos, que como resultado los llevan a tener sentimiento de inutilidad repercutiendo en su autoestima generando así después el trastorno depresivo.

En cuanto a la dimensión cognitivo – afectivo un total de 12 adultos mayores consideran que pertenecen a un nivel de depresión grave lo cual se simboliza en un 30% del total y 02 adultos mayores, es decir el 05. % de los adultos mayores asumen encontrarse en el nivel de dicha dimensión, estos datos son confirmados por los familiares los cuales han percibido que el 45% de sus adultos mayores se encuentran en un nivel grave de esta dimensión cognitivo – afectivo. Así mismo se aprecia una igualdad en porcentajes tanto en el nivel leve con un 17,5% como también en el nivel moderado con un 7.5% de esta dimensión mencionada; para contrastar dicha información, Espinoza (2016) define a la depresión como aquel problema que daña varias dimensiones, en este caso específicamente la dimensión cognitivo y afectivo, donde aparecen un conjunto de sintomatología como anhedonia, tristeza frecuente, culpabilidad, insomnio, inapetencia, pérdida de peso, desmotivación, pensamientos de muerte, etc. Estos datos indican que hay gran vulnerabilidad en las dimensiones cognitiva y afectiva en los adultos mayores, datos que son también corroborados por el trabajo de Fabiola et al., (2020) tras los resultados de su estudio enfocado en el proceso del desarrollo humano, agrega que una de las muchas manifestaciones que expresa el adulto mayor sabiendo que este ha llegado a una fase donde ya no se desarrolla, sino ha alcanzado aparecen cambios significativos en muchas áreas de su funcionamiento, tornándose cada vez más vulnerable a múltiples enfermedades expresando en este proceso una serie de distorsiones cognitivas como ideas suicidas y afectivas como el síndrome depresivo. Estos datos indican además lo que sustenta Molès et al. (2019) agregando que la sintomatología de tipo depresiva en el adulto mayor surge a consecuencia de que en esta etapa aparecen cambios tanto físicos y cognitivos, que como resultado a esto los llevan a tener sentimiento de inutilidad afectando su autoestima comprometiendo su dimensión o componente cognitivo afectivo.

Referente a la dimensión somático – conductual un total de 12 adultos mayores consideran que pertenecen a un nivel de depresión leve lo cual se simboliza en un 30,0% del total, así mismo, un grupo de 05 adultos mayores, es decir el 12,5% consideran que presentan la depresión moderada, y finalmente 01 adulto mayor que simboliza el 02,5% considera presentan en esta dimensión una depresión grave. Espinoza (2016) quien sustenta que el trastorno depresivo afecta otra importante dimensión como lo es la somático – conductual apareciendo un conjunto de síntomas, entre lo más principales están los cambios en el apetito, fatiga, llanto, bajo de energía, alteraciones en el habito de dormir, etc. Teniendo en cuenta estos resultados, se estima que también existen repercusiones en esta dimensión y esto es corroborado por los estudios de Díaz et al. (2021) donde realizaron una investigación con 94 pacientes adultos hospitalizados diagnosticados con trastorno depresivo leve y moderado logrando ante esa problemática utilizar la terapia cognitiva conductual y alcanzado grandes resultados como disminuir la sintomatología logrando mejorar la calidad de vida. Por otro lado, estos datos demuestran también que esta dimensión está relacionada con dolencias físicas y conductuales, es decir un repertorio de conductas desadaptativas, es por ello que Huaynates (2019) donde da un aporte relevante respecto a la aplicando la terapia cognitiva conductual manifestando que dentro del trastorno depresivo se evidenció conductas desadaptadas , sin embargo con la aplicación de la terapia al final se pudo confirmar la eficacia de la terapia cognitiva conductual .Por su parte ,otro estudio de diseño pre experimental realizado por Fernández(2022) puedo notar en su estudio que un caso clínico en un paciente adulto diagnosticado con depresión se pudo notar como este trastorno pudo afectar muchas áreas de su vida como el área personal, académica, , cognitiva, emocional, familiar y como componente especifico también el área conductual , siendo esta una de las dimensiones de la depresión ,pero que luego de aplicar la terapia cognitivo conductual se puedo constatar una significativa disminución de la sintomatología depresiva. Finalmente Barrea (2019) afirma que existen muchos niveles depresivos, y que dentro de esos níeveles está también la dimensión somático – conductual, tal es el del nivel depresivo leve donde aparece a nivel conductual una disminución en la realización de las actividades acostumbradas, baja energía o fatiga intensa, más aún en el nivel moderado donde se intensifica la sintomatología impidiendo que los sujetos pueden llevar a cabo cualquier tipo de actividad.

APORTE PRACTICO

“Estrategias cognitivo conductual para disminuir la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo”

Se considera este programa como consecuencia a un problema de salud vinculado con la salud mental, específicamente con la depresión, el cual ha pasado por un proceso diagnóstico y comprobado desde lo empírico, teórico y estadístico en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo; por esta razón que se ha llegado a la formulación del problema de investigación.

El estudio sobre la depresión es un tema de suma importancia dado que se es muy frecuente esta problemática y está relacionado con la salud pública. Se tiene de conocimiento que en el Perú y en el mundo hay muchas personas padeciendo este trastorno depresivo, y en mayor proporción el adulto mayor, como el estudio realizado por Méndez (2021) donde encontró que este grupo poblacional aumenta progresivamente y especialmente en América Latina tornándose esto es una prevalencia de enfermedades complejas, degenerativas, y considerando a una de ellas como lo es la depresión, por otro lado su estudio permitió tener un alcance mayor respecto a los costos socioeconómicos que pueden generar a la salud y a la calidad de vida de quien lo sufre y de aquellos con quienes estos conviven generando como consecuencia final índices altos de morbilidad y mortalidad.

En ese sentido es necesario que esta problemática tangible debe de ser abordado en la brevedad posible, tal como lo expresa Vega et. al (2020) manifestando que los adultos mayores han sido una de las poblaciones que ha tenido en gran impacto emocional generado por la Covid – 19, y es por ello que, si no reciben ayuda especializada y en la brevedad, entonces su salud tendrá un impacto aún más dañino.

La manifestación sintomatológica del trastorno depresivo en la población adulta mayor como ya hemos repercute negativa y determinante la salud y calidad de vida de este grupo poblacional. A consecuencia de la Pandemia por la Covid – 19, además acataron la orden del Estado Peruano y se mantuvieron en cuarentena y tomando todas las medidas pertinentes, entre una de ellas el no salir de casa, es por ello que los adultos mayores del Hospital Regional Policial PNP Chiclayo manifestaron han venido despertando, desarrollando y manteniendo

sintomatología depresiva, tales como tristeza frecuente, pesimismo, anhedonia , indecisión, sentimiento de culpabilidad , pérdida de interés, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración ,cambios en los hábitos de sueño, fatiga, e incluso ideas de muerte, limitando de esta manera el desarrollo y mantenimiento de una adecuada calidad de vida .

6.1 Fundamentación del aporte práctico

El programa se realizó con la intención de conceptualizar y sistematizar el programa cognitivo conductual para prevenir y abordar la depresión en los adultos mayores, teniendo en cuenta que como ser humano también han pasado por un proceso de desarrollo de tipo progresivo e irreversible, llegando a la etapa involutiva ,a una edad en riesgo ya que de alguna forma afectará su vejez, con alta vulnerabilidad a riesgos de tipo económico, socio familiar y de salud con mucha probabilidad de presentar trastorno depresivo(Bokberg et al,2019)

Fabiola et al., (2020) es aquella etapa que inicia a los 60 años de edad, presentando características muy particulares, entre ellos cambios relevantes y marcados, tanto así que su funcionamiento entra en un proceso de deterioro en muchas de sus esferas, personales, sociales, laborales, tornándose vulnerables a manifestar una variedad de enfermedades como neurodegenerativas, trastornos depresivos, ideas suicidas, entre otros cuadros clínicos más asociados a una pobre calidad de vida.

Según la OMS (2021) sustenta que el entorno en donde se deposita y desarrolla el individuo influye mucho en su persona para que alcance una buena salud física y psicológica. En ese sentido si un adulto mayor presentaría problemas en este proceso, entonces una de los resultados a nivel psicológico sería la depresión, lo cual presenta un conjunto de sintomatología tales como anhedonia, problemas de hábitos de sueño, poca energía, ideas distorsionadas o pensamientos de suicidio y desánimo; es por ello que de gran relevancia intervenir con el fin de promover y prevenir una calidad de vida y optima salud mental en los adultos mayores con depresión.

Li et. al (2020) ha referido que la psicoterapia cognitiva conductual es la más efectiva para disminuir la depresión y ansiedad con el fin de alcanzar una mejor calidad de vida. Así mismo ha mostrado grandes beneficios en la población adulta mayor dado que puede ser aplicada de manera individual como grupal.

Martínez et. al (2020) han comprobado que la terapia cognitivo conductual usándola como terapia breve en el adulto mayor logra una disminución de la sintomatología grave de tipo depresiva, permitiendo así reducir de la conducta problemática y aumento el estado anímico.

Liu et. al (2021) utilizaron la psicoterapia cognitivo conductual computarizada en pacientes con COVID-19 ,esta consistía en el uso de video animación con el objetivo de equilibrar de forma integral la angustia mental constituida por ansiedad, depresión, pánico y miedo entre los pacientes con COVID-19; a través de del uso de esta psicoterapia , se pudo evidenciar que el programa terapia cognitiva conductual computarizada CCBT es un forma eficaz de tratar sintomatología ansiosa y depresiva durante el COVID-19.

Vargas et al., (2019) dieron como aporte a su investigación respecto al abordaje del trastorno depresivo, es necesario abordarlo de manera multidisciplinaria, es decir con medicación y con terapia cognitiva conductual, ya que busca este enfoque terapéutico modificar, pensamientos, emociones, comportamiento, logrando además una mejor comprensión de su problema y así también alcanzara mayor prevención de recaídas.

Beck et al. (2020) dan a conocer que la meta principal de la terapia cognitiva es lograr estabilizar o gestionar las alteraciones efectivas buscando la modificación a través del cambio de los pensamientos distorsionados.

Lema (2022) agrega en relación a la eficacia de la terapia cognitivo conductual, que es muy útil para abordar pacientes adultos mayores con sintomatología ansiosa depresiva que estuvieron afectados por la Pandemia por el Covid – 19.

Rodríguez (2019) realizó un estudio donde implicaba ejecutar un programa cognitivo conductual a 30 adultos mayores con el fin de disminuir la sintomatología depresiva, obteniendo como resultado muy significativo que el cognitivo conductual es muy útil para lograr disminuir los trastornos depresivos.

Se ha podido notar que cada autor consideró como objetivo elaborar un programa cognitivo conductual para prevenir y tratar la depresión en los adultos mayores y constatar que este pudiera contribuir de forma óptima. Es muy importante tomar en cuenta también que este enfoque se encamina a aprender herramientas, recursos de tal forma que puedan así llevar a

cabo un repertorio de estrategias de afrontamiento una situación que pueda resultar problemática y de esta manera lograr la prevención y tratamiento adecuado.

6.2. Construcción del aporte práctico

Al notar la presencia de un nivel significativo de depresión en adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo cuya información fue comprobado por los familiares. En ese sentido se planteó el programa cognitivo conductual con el objetivo de disminuir los niveles de depresión en las dimensiones de la sintomatología depresiva, tales como son la dimensión cognitiva – afectiva y somático – conductual , además se tendrá más en cuenta la dimensión cognitiva – afectiva ya que se notó niveles más altos en dicha dimensión y esto con el objetivo de prevenir el problema continúe cronificándose.

Por tal motivo el programa cognitivo conductual se compone de 6 etapas detalladas a continuación:

Etapa I: Introducción – Fundamentación

En esta investigación se establece y se analizar la ubicación del entorno y el problema de depresión que se resolvería a través programa cognitivo conductual cuyo principal objetivo es la prevención en esta problemática de salud mental. Con ese fin se sustenta las teóricas de dicha intervención, en la que se fundamenta el programa propuesto.

Según Marinho (2020) refiere que el enfoque psicoterapéutico cognitivo-conductual es un procedimiento estructurado ,además brinda la posibilidad aplicar técnicas de índole psicológico que permiten realizar una psicoeducación al paciente para que éste logre mayor conciencia de su forma de pensar y creencias distorsionadas, además este enfoque brinda una investigación competente del terapeuta en su papel de reestructuración del emocional y el comportamiento del paciente logrando una participación activa durante el desarrollo de las sesiones.

Etapa II: Diagnóstico

En este apartado se muestra el problema existente del grupo experimental, a través de los datos evidenciados por los familiares respecto a la sintomatología depresiva por parte de los adultos mayores. Todo este informe nos ayuda a determinar la necesidad de la elaborar y llegar a cabo la ejecución de un programa cognitivo conductual, donde se señala los objetivos y las actividades de cada sesión del programa. En esta etapa es muy de vital importancia dar uso a las diferentes herramientas de investigación como:

- a) **Revisión bibliográfica:** Detalla un análisis específico de la bibliografía respecto al tema de estudio. Se tendrá en cuenta también de fuentes tales como artículos científicos, tesis, revistas, bibliografía, etc.
- b) **Cuestionario:** Se realizó la elaboración de un cuestionario validado por juicio de expertos, considerando también la confiabilidad del instrumento mediante el estadístico Omega de McDonald, evidenciando que el cuestionario presenta validez y confiabilidad a un 0.8% de índice. Es preciso resaltar que este instrumento fue aplicado a una muestra de 40 adultos mayores y 40 familiares considerando que éstos últimos conviven más tiempo siendo testigos de su situación y por ende la información que brindan es muy relevante.
- c) **Juicio de expertos:** Se tomó en cuenta la importancia de la validación de los instrumentos a través de juicio de expertos, siendo tres especialistas en psicología clínica, además tienen el grado académico de magister. Los instrumentos estaban dirigidos a los adultos mayores y a sus familiares.
- d) **Construcción Metodológica:** Para elaborar el programa se plantearon 12 sesiones y sus correspondientes objetivos, los cuales fueron planteadas por las dimensiones que conforman el instrumento:
 - **Cognitivo - afectivo:** tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida del placer, sentimiento de culpa, sentimiento de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamiento suicida, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, irritabilidad.
 - **Somática – conductual:** pérdida de energía, cambio en los hábitos de sueño, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga, pérdida de interés en el sexo.

Resultado del diagnóstico

Dimensión cognitivo - afectivo:

- Evidencian tristeza frecuente, intensa y duradera.
- Respecto a su futuro se muestran pesimistas
- Cuando miran su pasado sienten que han fracasado
- Han perdido el placer, es decir el disfrute de las cosas
- Presentan sentimiento de culpa respecto algunas decisiones o acciones tomadas en el pasado
- -Presentan disconformidad consigo mismo respecto a su apariencia y forma de ser
- Habitualmente se autocriticán
- Manifiestan ideas suicidas
- Lloran con mucha frecuencia
- Presentan gran inquietud, agitación
- Han perdido interés por muchas personas y actividades que solían realizar
- Frecuentemente presentan dificultad para tomar decisiones
- Sentimiento de inutilidad, desvalorización
- Ante algunas situaciones se tornan muy irritables.

Dimensión Somático – conductual

- De evidencia pérdida significativa de energía física
- Presentan problemas relacionados a los cambios en los hábitos de sueño
- Sienten cambios significativos en el apetito
- Manifiestan un estado de cansancio excesivo
- Muestran menos interés en el sexo

Etapa III: Objetivo General

Sistematizar el proceso cognitivo conductual, mediante el diagnóstico de la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo, teniendo en cuenta las dimensiones cognitivo – afectivo, somático - conductual, con el objetivo de prevenir y tratar la depresión en los adultos mayores.

Etapa IV: Sistema de procedimiento

Teniendo en cuenta los resultados alcanzados y en función del diagnóstico que se obtuvo a partir de la aplicación del pretest, se puede encontrar un nivel alto de depresión, relacionado con las dimensiones que influyen en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo, lo que significa que evidencia indicadores de la propia depresión tales como tristeza, pesimismo, fracaso, anhedonia, sentimiento de culpabilidad, sentirse que está siendo castigado, disconforme con su propia persona, autodescalificación, pensamientos suicidas, llanto, agitación, pérdida del interés, indecisión, desvalorización, irritabilidad, entre otros. Por lo tanto, se plantea un programa cognitivo conductual orientado a la prevención y tratamiento de la depresión en los adultos mayores, considerando esta una problemática crucial de ser estudiada por profesionales especialistas y multidisciplinarios que puedan abordar desde los pensamientos hasta las conductas de dichos adultos mayores. Es por esta razón que se realizó eficazmente cada sesión de manera estratégica y en la cual se dividió en 3 fases con 12 sesiones, considerando que 2 fases serán enfocadas a las dimensiones, además cada sesión será dirigida a los indicadores por cada dimensión. El tiempo que se estimará en cada sesión será de 45 minutos facilitadas por el investigador.

Primera fase: Establecimiento de la alianza terapéutica

Objetivo general

- Establecer la alianza terapéutica a través de la observación evidenciándose la manifestación sintomatológica relacionada a la depresión en la población adulta mayor.

Acciones previstas

- Tener una impresión del grado cultural de los adultos mayores de índole personal.
- Interactuar con los adultos mayores que constituyen parte del programa.
- A través de la observación evidenciar la manifestación sintomatológica relacionada a la depresión en los adultos mayores.
- Estimar las circunstancias que son causa de sus problemas de los adultos mayores
- Dar información respecto al programa cognitivo conductual para prevenir la depresión

Segunda fase: Abordaje de la dimensión cognitivo - afectivo

Objetivo general

- Precisar cómo nuestra forma de pensar influye en nuestro estado de ánimo, aprendiendo a identificar, analizar y modificar nuestros pensamientos, además realizar ejercicios prácticos para resolver nuestros problemas desde el enfoque cognitivo conductual y logrando también gestionar nuestras emociones.

Acciones previstas

- Identificar nuestros pensamientos
- Comprender la problemática de la depresión desde el enfoque cognitivo conductual
- Lograr conocer como el pensamiento influye en nuestra salud
- Aprender a registrar, identificar, cuestionar y modificar los pensamientos
- Brindar técnicas que ayuden a identificar y controlar sus emociones.
- Aprender a construir pensamientos saludables
-

Responsable

- Psicólogo a cargo del programa.

Tercera fase: Abordaje de la dimensión somática – conductual

Objetivo general

- Diagnosticar e intervenir en las distintas sintomatologías de los adultos mayores, en la dimensión somático – conductual.

Acciones previstas

- Disminuir la intensidad de la sintomatología depresiva a través de la técnica de relajación progresiva de Jacobson.
- Aprender a organizar actividades placenteras y gratificantes

- Aprendiendo a comunicarse asertivamente (entrenamiento en habilidades sociales)
- Identificando redes sociales de ayuda
- Aprender a identificar y solucionar problemas
- Logrando aprender que el sentirme bien dependerá de mi

Responsable

- Psicólogo a cargo del programa.

Tabla 9

Cuadro de síntesis sobre el sistema de procedimiento

PRIMERA FASE		ESTABLECIMIENTO DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA
Objetivo general: Socializar las acciones del profesional y los adultos mayores proponiendo normas de convivencia con el objetivo de tener una impresión de cada uno de ellos conociendo sus rasgos personales, ideas, puntos de vista, etc.		
Indicador: Interrelación, acercamiento. Depresión, terapia cognitiva conductual		
Sesión 1	Título: "Aprendamos sobre la depresión"	Objetivo: Psico educar y dar a conocer aspectos fundamentales sobre la depresión y su efecto en nuestra vida.
Sesión 2	Título: "Identificamos la depresión desde el enfoque cognitivo conductual "	Objetivo: Analizar la depresión desde la terapia cognitivo conductual como alternativa de solución
SEGUNDA FASE		DIMENSIÓN COGNITIVO – AFECTIVO
Objetivo general: Identificar, analizar, y modificar mis pensamientos, así mismo aprender a gestionar las emociones		
Indicador: reconocer los pensamientos y gestionar el estado emocional		
Sesión 3	Título: "El pensamiento y su influencia en la salud"	Objetivo: Tener conocimiento como el pensamiento influye en las personas con depresión.
Sesión 4	Título: "Si pienso bien, me siento bien"	Objetivo: "Aprender a identificar, analizar y modificar los pensamientos distorsionados"
Sesión 5	Título: "Aprendiendo a construir pensamientos saludables "	Objetivo: Incrementar el pensamiento positivo y disminuir los negativos.
Sesión 6	Título: "Aprendiendo a solucionar los problemas"	Objetivos: Reconocer y resolver los problemas

TERCERA FASE		DIMENSIÓN SOMÁTICO – CONDUCTUAL
Objetivo general: Comprobar las variadas formas de controlar la manifestación física y conductual de la depresión		
Indicador: manifestaciones físicas de la depresión y relajación		
Sesión 7	Título: " Aprendiendo sobre el beneficio de estar relajado "	Objetivo: Conocer diferentes aspectos sobre la relajación y su importancia en la salud
Sesión 8	Título: "Enfocado en mis actividades "	Objetivo: Identificar como las actividades diarias influye nuestro estado emocional.
Sesión 9	Título: "Aprendiendo a comunicarme asertivamente"	Objetivo: Hacer que los participantes logren comprender la importancia de tener una adecuada comunicación asertiva.
Sesión 10	Título: "Aprendiendo buscar una red de apoyo "	Objetivo: Llegar a la comprensión de cuan necesario tener una red de apoyo
Sesión 11	Título: "Entorno social saludable"	Objetivo: Disponer de un grupo saludable con el fin de tener una ayuda, cuidado ante circunstancias difíciles.
Sesión 12	Título: "Concientizarme que sentirme bien dependerá de mi"	Objetivo: Felicitarme por haberme dado la oportunidad de aprender estrategias que me ayudan a ser más autónoma al gestionar mi estado emocional .

Nota: Resumen del sistema de procesamiento del programa en dimensiones, por indicadores.

Tabla 10

Sesión 1			
Título: Aprendamos sobre la depresión			
Objetivo: Psicoeducar y dar a conocer aspectos fundamentales sobre la depresión y su efecto en nuestra vida.			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Se empieza la sesión realizando una dinámica con la finalidad que cada uno pueda presentarse, buscando así romper el hielo y la participación de todos. El psicólogo reparte unas tarjetas donde están palabras como amistad, paz, etc, de tal forma que todos tengan un breve tiempo para expresar lo que les tocó en cada tarjeta.	Tarjetas de cartulina	15 minutos
Desarrollo	<p>1.- ¿Cuál es el concepto que tiene de la depresión? El psicólogo plantea esta pregunta con el fin de que todos den una lluvia de ideas de tal forma que se escribirá en una cartulina y luego se dará a dar retroalimentación quitando algunas dudas, tales como: ¿estar triste, significa estar deprimido? ¿Estar triste unas horas o días significa estar deprimido?</p> <p>2.- Todo individuo que sufre de depresión clínica por lo general presenta al menos 5 de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Tristeza frecuente, intensa y duradera. . Pérdida del interés . Inapetencia . Dificultad para dormir. . Inquietud, agitación . Cansancio, irritabilidad . Ideas de muerte <p>3.- ¿Has presentados alguna vez estos síntomas? ¿qué pensamientos has tenido cuando te has sentido así? ¿qué conducta realizas cuando estas deprimido? ¿cómo te llevas con los demás cuando estas deprimido?</p>	Pelota Papelote Plumones	15 minutos
Final	El psicólogo les brinda a los adultos mayores un registro de ánimo depresivo enseñándoles además como se llena con el objetivo de llenarlo cuando ocurra alguna situación estresante, asimismo logrando ellos tener un puntaje evidente de su estado emocional.	-----	10 minutos

Descripción detallada de la sesión 1

Nota. Actividades realizadas en la sesión 1

Tabla 11*Descripción detallada de la sesión 2*

Sesión 2			
Título: "Identificamos la depresión desde el enfoque cognitivo conductual "			
Objetivo: Analizar la depresión desde la terapia cognitivo conductual como alternativa de solución			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	El psicólogo comparte una un folleto donde se detalle impreso la terapia cognitivo conductual, con el fin de darle lectura y compartir ideas.	Papelote Papel Plumones Cinta Masking	20 minutos
Desarrollo	Se organizan en círculo para exponer respecto al modelo cognitivo de la depresión, dándoles a conocer que Modelo Cognitivo Conductual de la depresión contempla tres visiones, en primer lugar “ visión negativa sobre sí mismo ”, es donde la persona se considera como lo peor, inútil, sin valor. Luego “ visión negativa sobre el mundo ”, donde la persona interpreta sus vivencias de una forma negativa. Finalmente, la “ visión negativa sobre el futuro ”, donde planificar objetivos futuros, se enfocaría de igual manera en nuevos obstáculos.	Hoja bond	10 minutos
Final	Con todo el grupo se les pedirá que realicen preguntas para dar retroalimentación aclarando algunos aspectos respecto a lo tratado .	-----	15 minutos

Nota. Actividades realizadas en la sesión 2

Tabla 12*Descripción detallada de la sesión 3*

Sesión 3			
Título: "El pensamiento y su influencia en la salud"			
Objetivo: Tener conocimiento como el pensamiento influye en las personas con depresión.			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Empezar recordando lo que se aprendió la última sesión. Luego Recordar lo aprendido en la sesión pasada aclarando algunas preguntas, como: ¿Qué es la depresión?.¿Qué es la Terapia cognitiva conductual de la depresión?	Papelote	10 minutos
Desarrollo	Se empieza contando una historia de una adulta mayor que vive sólo muchos años, sus hijos lo visitan de vez en cuando y llorar constantemente. ¿Qué tipos de pensamientos tendría este señor adulto mayor? 1.-Los pensamientos afectan nuestro estado de emocional. Existen una variedad de pensamientos que produce efecto en el estado de anímico y que aumentarían el riesgo tener depresión. 2.- ¿Qué son los pensamientos? (se pedirá a los participantes a que brinden algunas ideas (lluvia de ideas). Los pensamientos son ideas, cogniciones (frases u oraciones) que nos decimos a nosotros mismos todo	Papel bond	25 minutos

	<p>el tiempo, pero muy pocas veces nos damos cuenta de ello. Es por eso muy importante realizar una metacognición (pensar sobre lo que pensamos) y conocer el efecto que tiene en nuestro estado de ánimo.</p> <p>3.-Pensamientos no saludables o distorsionados</p> <ul style="list-style-type: none"> . Pensamiento absolutista . Pensamiento de filtro metal . Pensamiento descontando lo positivo . Pensamiento haciendo conclusiones erróneas . Pensamiento emocional . Pensamiento de personalización . Pensamiento debeísmo . Pensamiento de autoetiquetación 		
Final	Realizar una retroalimentación con todos los participantes de lo tratado en esta sesión .	-----	10 minutos

Nota. Actividades realizadas en la sesión 3

Tabla 13

Descripción detallada de la sesión 4

Sesión 4			
Título: "Si pienso bien, me siento bien"			
Objetivo: "Aprender a identificar, analizar y modificar los pensamientos distorsionados"			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Se realiza haciendo una revisión respecto a su autoregistro de estado de ánimo , así mismo retroalimentando la idea sobre qué tipos de pensamientos pueden tener las personas con depresión ?	Papelotes	15 minutos
Desarrollo	<p>1.- Identificar en que situaciones me siento muy triste y sobre todo revisar qué tipos de pensamientos elaboré en ese momento.</p> <p>2.- Observando mi autoregistro de pensamiento, empezar a identificar con la ayuda de la lista de pensamientos distorsionados, que tipo de pensamientos estoy siempre elaborando, por ejemplo "Todos deberían quererme", "Yo debo preocuparme por las cosas malas que podrían sucederme", "Yo nací para sufrir" etc.</p> <p>3.-Una vez identificado el pensamiento, luego tendría que cuestionarlo con el dialogo socrático. ¿esta forma de pensar me hace sentir bien? ¿Este pensamiento me ayuda a cumplir mis objetivos? ¿Esta forma de pensar me da momentos de felicidad? ¿esta forma de pensar me beneficia o perjudica? ¿valdría la pena pensar de otra manera?</p> <p>4.-Luego cuestionando los pensamientos sería más fácil poder modificarlos.</p>	Papel Bond	15 minutos
Final	Cierre: tarea para casa		

	1.-Implica pedirles que continúen llenando su autoregistro del estado de ánimo. 2.-Continuar trabajando identificando sus pensamientos y también el dialogo socrático para así aprender a modificar sus pensamientos.	Papel Bond	15 minutos
--	--	------------	------------

Nota. Actividades realizadas en la sesión 4

Tabla 14

Descripción detallada de la sesión 5

Sesión 5			
Título: "Aprendiendo a construir pensamientos saludables "			
Objetivo: Incrementar el pensamiento positivo y disminuir los negativos.			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Se empezará preguntando por lo realizado en la última sesión y así mismo se revisará su autoregistro de pensamientos y de estado de ánimo. Se preguntará quién desearía compartir algunos pensamientos que hayan identificado y sobre todo que hayan utilizado el dialogo socrático para modificar sus pensamientos y por ende también su estado de ánimo.	Papel Bond	15 minutos
Desarrollo	Se realizará un ejercicio para aprender a elaborar pensamientos positivos o saludables, el cual consiste que en una cajita se tendrá papeles escritos con frases incompletas, por ejemplo: Yo soy muy importante y por eso..... (entonces el participante lo completará). Esto se realizará con cada uno de los participantes.	Una caja pequeña con pedazos de papeles	25 minutos
Final	Todos los adultos mayores compartirán como se han sentido ahora que aprendieron a incrementar los pensamientos positivos .	Papel	5 minutos

Nota. Actividades realizadas en la sesión 5

Tabla 15*Descripción detallada de la sesión 6*

Sesión 6			
Título: “Aprendiendo a solucionar los problemas”			
Objetivo: Reconocer y resolver los problemas			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Importante empezar a dar un repaso de la última sesión y por ello recordar también la importancia de resolver los problemas y para ello se tomará en cuenta el problema de un adulto mayor que vive sólo en el Perú y tiene dos hijos en el exterior, uno en Alemania y otro en España. Éste adulto mayor no sabe si ir uno de sus hijos a vivir o caso contrario quedarse sola viviendo en Perú donde tiene a sus amigos, algunos otros parientes y el clima le hace mucho bien, a diferencia del clima en Europa porque hace mucho frío y tiene pocos amigos. ¿Cómo resolvería usted si fuere este su problema?	-----	15 minutos
Desarrollo	<p>1.- ¿El psicólogo ante la historia antes contada, pide que cada uno responda cómo resolvería este problema si llegara a ser su situación?</p> <p>2.-Se escucha algunas participaciones de los adultos mayores</p> <p>3.-Se agradece por su participación y luego se da a conocer una de las técnicas que ayuda solucionar algún problema de forma práctica y estructurada, como es la técnica de Solución de problemas.</p> <p>4.-La TSP es una estrategia de afrontamiento que permite alcanzar a tener la habilidad a la hora de identificar y resolver los problemas presentes y futuros, permitiendo resolverlos de manera eficiente.</p> <p>5.Los pasos a seguir son: 1° reconocer y aceptar que hay un problema, 2° darle un nombre al problema,3° Realizar una lista de posibles alternativas de solución ,4° elegir la alternativa más adecuada ,5° poner en acción la alternativa elegida.</p>	Papelote y papel bond	15 minutos
Final	<p>Permitir que alguno de los adultos mayores ya considerando la técnica de solución de problemas pueda demostrar cómo según la historia anterior podrían resolver dicho problema.</p> <p>Otra alternativa seria pedirle que puedan recordar algún problema para que utilizando la TSP puedan resolver la situación y al final nos lo compartan.</p>	-----	15 minutos

Nota. Actividades realizadas en la sesión 6

Tabla 16*Descripción detallada de la sesión 7*

Sesión 7			
Título: " Aprendiendo sobre el beneficio de estar relajado "			
Objetivo: Conocer diferentes aspectos sobre la relajación y su importancia en la salud			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Se empieza saludando a todos los participantes y así mismo realizando un repaso de la última sesión para lograr una retroalimentación de lo aprendido. Luego se realizará algunas preguntas, tales como: ¿algunos de ustedes saben que significa y que importante es estar relajados? ¿Cuándo ha sido la última vez que se han sentido relajados?¿qué sucede si no aprendemos a estar relajados?, y se les pide que participen a modo de obtener una lluvia ideas.		10 minutos
Desarrollo	El psicólogo dará a conocer los siguientes aspectos: 1.- La relajación muscular de Jacobson es una técnica fisiológica que permite disminuir la tensión muscular logrando así obtener una sensación relajada. 2.-Los pasos a seguir son: ejecutar la tensión de manera voluntaria (apretar, ajustar o tensar varias partes del cuerpo de forma ordenada) y luego relajar o soltar lentamente, para que luego finalmente se realice una respiración y exhalación lenta y profunda. 3.-Primero se empieza a realizar la tensión ,relajación , respiración e inhalación por pies, luego, piernas, abdomen, manos, brazos,cuello,rostro.	Música de relajación	20 minutos
Final	Los adultos mayores luego expondrán como se han sentido al realizar esta técnica de relación.	-----	15 minutos

Tabla 17*Descripción detallada de la sesión 8*

Sesión 8			
Título: "Enfocado en mis actividades "			
Objetivo: Identificar como las actividades diarias influyen en mi estado emocional			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Se hace un repaso de lo trabajado en la última sesión pidiendo a algunos de los adultos mayores de manera voluntaria su participación. Se revisa también su autoregistro diario del estado de ánimo y de los pensamientos con el fin de asegurarse que están practicando lo aprendido. Para generar atención y previo al desarrollo de esta sesión se tendrá en cuenta las siguientes preguntas: ¿solo pensar de manera distorsionada e inadecuada afectará nuestro estado	Diapositivas	15 minutos

	emocional? ¿nuestras acciones también podrían afectar nuestro estado de ánimo?		
Desarrollo	Se pide la total atención de los adultos mayores para plantear las siguientes preguntas: 1.-¿ no realizas ninguna actividad porque te sientes con depresión? O ¿te llegas a deprimir por el hecho que no realizas ninguna actividad? 2.-Estas preguntar se realizan con el fin que los adultos mayores la respondan, pero organizados en grupos. 3.-La respuesta correcta a la pregunta anterior es que hay gran probabilidad que sean ambas cosas, es decir: Entre menos actividades agradables realices, entonces más depresivo te sientes. Cuanto más depresivo te llegas a sentir, menos cosas placenteras realizas.	Papelote Registros Plumones	15 minutos
Final	Los adultos mayores obtendrán un registro de actividades placenteras para que dé sea manera organicen, planifiquen una serie de actividades gratificantes de tal manera que pueden como consecuencia de manera paulatina tener una activación conductual, y como resultado final mejor su estado de ánimo.	-----	15 minutos

Nota. Actividades realizadas en la sesión

Tabla 18

Descripción detallada de la sesión 9

Sesión 9			
Título: “Aprendiendo a comunicarme asertivamente”			
Objetivo: Hacer que los participantes logren comprender la importancia de tener una adecuada comunicación asertiva .			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Se empieza preguntando como se sienten, que es lo que hasta aquí están aprendiendo, luego dejar que algunos voluntarios respondan. Luego se hace un repaso breve de la última sesión. Para captar la atención y enfocarnos en la sesión y el tema que nos compete, utilizaremos una dinámica titulada: “Los anteojos” cuyo objetivo es que los adultos mayores vean del mundo de muchas maneras marcando la diferencia específicamente en la forma de comunicarnos.	Papelotes	15 minutos
Desarrollo	En esta dinámica se pedirá realizar 3 grupos , donde uno de cada grupo se pondrá un anteojos y el resto escenificara lo que se ve con cada uno de los anteojos, por ejemplo el que usa el antejo rojo observará a toda la gente relacionándose con enojo, luego otro usará el antejo negro y observará a la gente	3 anteojos de cartón, uno de color blanco,	20 minutos

	relacionándose con mucho miedo y finalmente el que usa el antejo blanco observará a las personas relacionándose con mucha amabilidad, respeto	negro y rojo	
Final	Los adultos mayores responderán a las siguientes preguntas: ¿con cuál de los tres anteojos se ver más agradable las relaciones o trato entre las personas? De esta forma los adultos mayores comprenderán que una de las formas más saludables de relacionarse es a través de la comunicación asertiva, que es decir lo que uno quiere decir, sin herir los sentimientos de los demás.	-----	10 minutos

Nota. Actividades realizadas en la sesión 9

Tabla 19

Descripción detallada de la sesión 10

Sesión 10			
Título : Aprendiendo a buscar una red de apoyo			
Objetivo: Llegar a la comprensión de cuan necesario es tener una red de apoyo			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Los adultos mayores identificarán a través de algunas historias personales como los contactos con otras personas influyen en su estado anímico, y luego se podría evaluar como la depresión aumentaría al tener menos contactos con otras personas. Luego se mira el video. https://www.youtube.com/watch?v=WVXMW8JLI9A	Video	15 minutos
Desarrollo	Los participantes adultos mayores se organizarían en grupos para dramatizar situaciones donde se podría notar lo importante que es contar con una red de apoyo .	Ninguno	20 minutos
Final	Para terminar se plantea la consigna de que cada grupo exprese lo que pudo percibir al realizar el drama o escenificación de la importancia de tener una red de apoyo .Luego al psicólogo retroalimentará respecto al trabajo realizado .	-----	10 minutos

Nota. Actividades realizadas en la sesión 10

Tabla 20*Descripción detallada de la sesión 11*

Sesión 11			
Título: “Entorno social saludable”			
Objetivo: Disponer de un grupo saludable con el fin de tener una ayuda, cuidado ante circunstancias difíciles.			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Un saludo inicial a todos y felicitarle por continuar asistiendo a este importante programa. Luego se revisará sus autoregistros de estado de ánimo y sus otras actividades programadas. Se dará a conocer cuán importante es contar con un grupo o red social porque será de gran ayuda .	Salón y sillas	10 minutos
Desarrollo	Se realizarán 2 grupos de tal manera que se pueda escenificar diferentes tipos de grupos que demostrarán como estos perjudican o benefician a las personas involucradas. 1.-El grupo nº 1 escenificará un grupo donde se represente la negligencia, indiferencia, el descuido 2.- El grupo nº 2 representará un grupo donde se denote el cuidado, el compañerismo, el acompañamiento, es decir todo aquello que ayuda a sentirse seguro, protegido antes situaciones adversas.	-----	20 minutos
Final	El facilitador realizará unas preguntas para asegurarse que los participantes hayan logrado identificar la gran importancia de contar con una red social saludable de tal forma que esta red brinde soporte, protección y cuidado al adulto mayor.		10 minutos

Nota. Actividades realizadas en la sesión 11

Tabla 21*Descripción detallada de la sesión 12*

Sesión 12			
Título: "Concientizarme que sentirme bien dependerá de mi"			
Objetivo: Felicitarme por haberme dado la oportunidad de aprender estrategias que me ayudan a ser más autónoma al gestionar mi estado emocional .			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Preguntar a todos los participantes todo aquello que se ha aprendido en las sesiones anteriores y como se han sentido en el transcurso del desarrollo de las mismas.	Papelote	15 minutos
Desarrollo	Los adultos mayores realizarán las siguientes actividades en esta última sesión: 1.-Revisarán sus autoregistros y como de esta manera tendrán una evidencia de su mejora respecto al trastorno depresivo . 2.- Los participantes tendrán un espacio para expresar todo lo aprendido logrando rescatar que sus cambios de mejora en su salud mental ha sido el fruto de sus participación en el programa psicoterapéutico cognitivo conductual para disminuir la depresión .	-----	20 minutos
Final	El psicólogo realizará una dinámica de grupo donde todos los 40 participantes primero realizarán 2 grupos de 20, y en ese momento cada uno se dirá en uno al otro una frase positiva, ejemplo:” tú eres muy importante”. Luego se agruparán en 4 grupos de 10, luego en grupo de 5 e igual se dirán frases positivas. Finalmente, cada uno se dirá así mismo 2 frases positivas:” soy valioso”, “soy muy importante”, luego todos se saludan y despiden con un abrazo .	-----	10 minutos

Nota. Actividades realizadas en la sesión 12

Etapa V: Instrumentación

Este programa se implementó fundamentándose en información relacionada a la terapia cognitivo conductual para prevenir la depresión; así como la planificación estratégica, en ese sentido, se le pidió el permiso al director del Hospital Regional Policial Chiclayo, por otro lado, se contó con la colaboración de los familiares de los adultos mayores. Por último, se pudo preparar y ejecutar el programa cognitivo conductual, con el objetivo de prevenir y tratar la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.

Tabla 22*Actividades principales sobre el programa cognitivo conductual*

N°	Responsable	Actividades	Productos	Plazo a ejecutar
1	Investigador	Solicitar el permiso al director del Hospital Regional Policial Chiclayo	Documento sobre el permiso de la evaluación	Abril
2	Director del HRPCH	Informe sobre los adultos mayores	Informe del programa a los familiares y autoridades del HRPCH.	Abril
3	Investigador	Consentimiento Informado	Permiso al director del hospital para llevar a cabo el programa.	Mayo
4	Investigador	Aplicación de los instrumentos a los adultos mayores y familiares.	Diagnóstico de la situación actual de la depresión en los adultos mayores.	Junio
5	Investigador	Evaluación por medio del pretest a los adultos mayores y familiares.	Diagnóstico del estado actual de los adultos mayores	Junio
6	Investigador	Elaboración y ejecución actual del programa para prevenir la depresión en los adultos mayores	Programa que contiene 12 sesiones para prevenir la depresión en los adultos mayores	Junio a julio

Nota. Información detallada de las sesiones ejecutadas basadas en la TCC

Tabla 23*Estimación del programa cognitivo conductual*

Etapas	Información de logro	Juicio de medición	Evidencias
Contextualización de la depresión en los adultos mayores.	Descripción de información respecto a la depresión en los adultos mayores.	-El 90% adultos mayores mencionan como óptimo el desarrollo de cada fase realizada, por otro lado, pudieron conceptualizar cada una de sus dimensiones. - El 90% de los participantes beneficiados estimaron respecto la depresión y sus repercusiones, y a la vez, practicaron las estrategias de la TCC en un grupo. - El 80% familiares se interesaron en el desarrollo de cada sesión y pudieron manifestar la importante que es prevenir la depresión, y así mejorar la salud mental de los adultos mayores. -El 80% de los adultos mayores pudieron entender y analizar sobre la	- Fotografías -Material didáctico
Interpretación de la sintomatología y consecuencias de la depresión.	Psicoeducar respecto las estrategias para la reestructuración cognitiva y entrenar para la prevención de recaídas.	sintomatología, consecuencias y señalaron como eficientes las técnicas brindadas para gestionar la depresión. - El 85% de los beneficiarios manifestaron haber instaurado en ellos cada técnica para gestionar la diversa sintomatología depresiva. - El 85% de los participantes comentaron que han logrado reemplazar mediante la reestructuración cognitiva los pensamientos negativos por otros más adaptativos sobre sus creencias respecto al futuro, de los demás y de sí mismos.	- Fotografías -Material didáctico.

Nota. Valoración del programa cognitivo conductual, por parte de los participantes beneficiados del programa, fundamentado en el juicio de medición.

Tabla 24*Presupuesto alcanzado por el programa cognitivo conductual*

N°	Materiales e insumos	Cantidad	Precio por unidad (S/)	Precio total (S/)
1	Hojas bond	1/2 millar	14.00	14.00
2	Papelotes	12	0.50	6.00
3	Lapiceros	2 caja	0.50	30.00
4	Cinta masking	6	2	12.00
5	Memoria USB	1	50	50.00
6	Plumones gruesos	1 caja	2.00	24.00
7	Cartulina	3 unidades	0.50	1.50
8	Impresiones	400	0.20	80.00
9	Pasajes	12	16	192
Total de costos				409.50

Nota. Detalle de los gastos de la aplicación del programa cognitivo conductual para prevenir la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo

Etapas VI: Criterios de Evaluación

Con relación, al criterio de la evaluación cognitivo conductual orientado a la depresión de los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo. Se proporcionó respecto al consentimiento informado, pudiéndose evidenciar la aceptación de los adultos mayores y familiares durante el desarrollo de la intervención del programa cognitivo conductual y de los criterios de evaluación. En ese sentido serían tres los criterios a evaluar:

Primera Etapa:

Mediante la primera evaluación del Inventario de Depresión de Beck(DBI)II, se pudo lograr la determinación del resultado del estado actual de la variable investigada (depresión), se establece como objetivo describir la dinámica del proceso cognitivo conductual y su evolución histórica, con el fin de obtener información sobre aspectos fundamentales de los síntomas cognitivo – afectivo y somático – conductual de la

depresión en los adultos mayores de los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo . El inventario está conformado por 21 ítems, mediadas mediante escala Likert: (0) No, (1) Leve, (2) Moderado, (3) Grave.

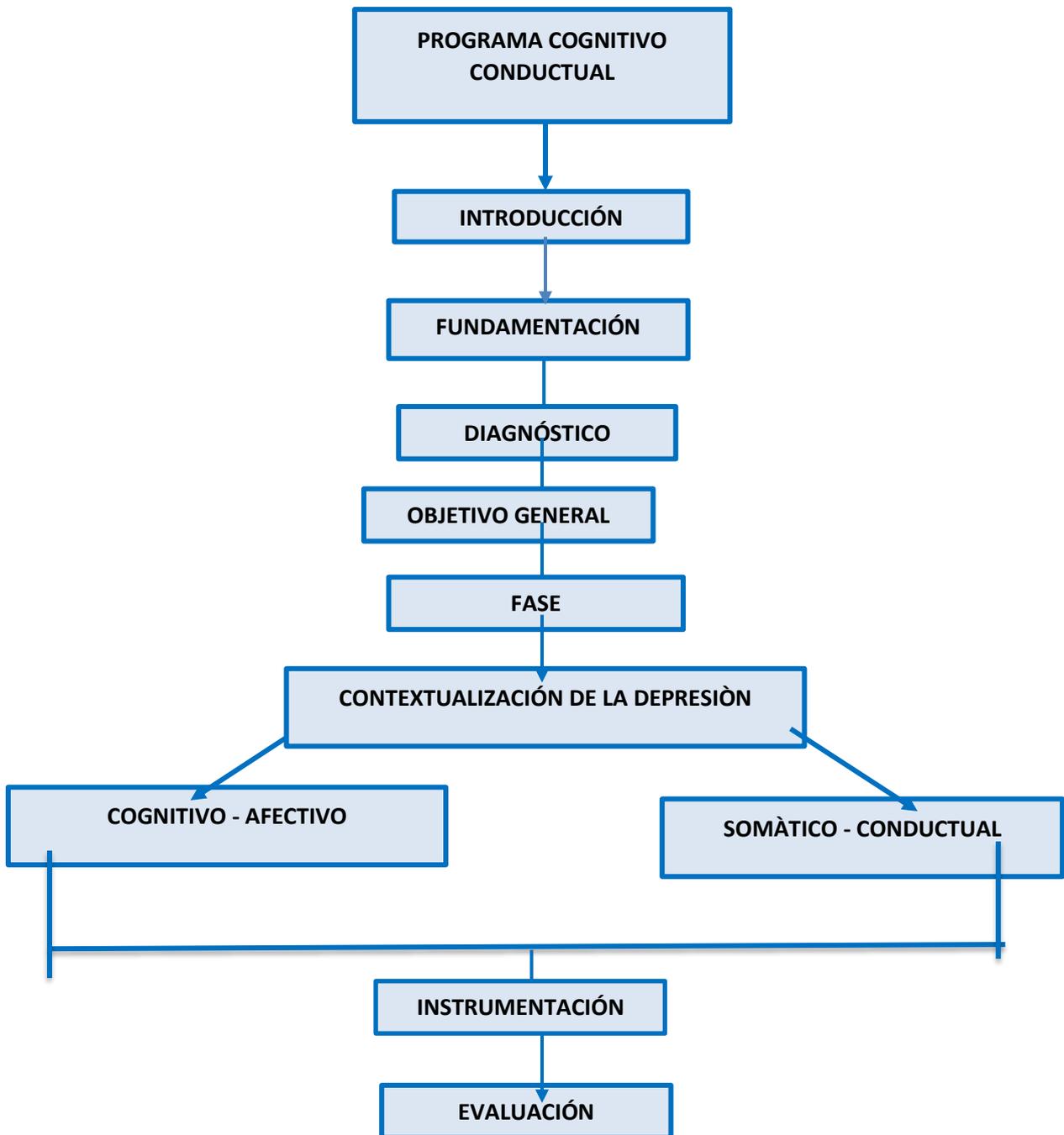
Segunda Etapa:

Se estiman las sesiones con su respectivo desarrollo, éstas basadas en las historia de aprendizaje de participante, mediante el cual, el investigador formula ciertas situaciones y preguntas acorde a la sesión trabajada, con la intención de reforzar lo aprendido, por otro lado, el facilitador psicólogo contesta las interrogantes de los adultos mayores que realizaron en cada sesión.

Tercera Etapa:

La finalidad es llevar a cabo evaluaciones de cada sesión, además de lo aprendido en los adultos mayores durante el desarrollo de cada una de las sesiones, basándose en el post test, una vez ejecutada las 12 sesiones orientadas en la terapia cognitivo conductual, en las dos dimensiones de la variable estudiada.

Figura 6. Estructura del aporte práctico



VI. VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN DE LOS RESULTADOS

El programa fue ejecutado totalmente, el cual comprende tres fases: establecer una alianza terapéutica, abordar la dimensión cognitivo – afectivo y abordar la dimensión somático – conductual.

Corroboración estadística de los resultados del antes y después de la aplicación del programa

Tabla 25

Cuadro comparativo pre test y post test aplicado a los adultos mayores

Nivel Depresión	Instrumento aplicado para la recolección de información			
	Antes del programa		Después del programa	
	f	%	f	%
No depresión	21	52,5%	32	80,0%
Depresión Leve	10	25,0%	05	12,5%
Depresión Moderado	07	17,5%	03	07,5%
Depresión Grave	02	0,50%	00	00%
Total	40	100,0	40	100,0

Nota. En la tabla 25 se puede evidenciar los resultados logrados al aplicar el programa cognitivo conductual a los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.

En la tabla 25 se manifiesta de forma evidente la eficacia de la terapia cognitivo - conductual en los adultos mayores mostrando cambios significativos antes y después de la aplicación del programa, notándose que en el pre test en lo que respecta a nivel de no depresión un 52% y en el post test un 80%, así mismo en el nivel de depresión leve un 25,0% y en el post un 12,5% , de igual forma en el nivel depresión moderada con 17,5% y posteriormente un 07,5%. Finalmente en el nivel grave de depresión de 0,50% a un 0% en el post test confirmando así la gran utilidad de este programa cognitivo – conductual para disminuir la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo .

Tabla 26

Cuadro comparativo, del antes y después de la aplicación del programa a los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo por dimensiones

Nivel en dimensión	Momento de la evaluación			
	Antes de la aplicación		Después de la aplicación	
	f	%	f	%
Cognitivo - Afectivo				
No depresión	11	27.5	18	45
Depresión leve	9	22.5	14	35
Depresión moderada	8	20	5	12.5
Depresión grave	12	30	3	7.5
Somático - Conductual				

No depresión	12	55	30	75
Depresión leve	22	30	8	20
Depresión moderada	5	12.5	2	5
Depresión grave	1	2.5	0	0
Total	40	100	40	100

Nota. Tabla de análisis de cambios obtenidos, al momento de aplicarse el programa a los adultos mayores.

Tomando en cuenta los resultados evidenciados en la tabla 26 en relación a los niveles de depresión en ambas dimensiones, podemos apreciar que existe una diferencia antes y después de la aplicación del programa al grupo estudiado, se puede notar que antes de la aplicación en la dimensión cognitivo – afectivo un puntaje mayor específicamente en los niveles moderado (20%) y grave (30%) respectivamente, por otro lado en la dimensión somático - conductual un puntaje mayor específicamente en los niveles leve(30%),moderada(12,5%) y grave(2,5%) respectivamente.). Asimismo, después de la aplicación, en el post test, en ambas dimensiones se logró alcanzar algunos cambios significativos, tales es el caso que en la dimensión cognitivo – afectivo el nivel moderado disminuyó 12,5% y el nivel grave a 7,5% respectivamente. Finalmente, en la dimensión somático – conductual en lo que respecta al nivel leve disminuyó a 20%, el nivel moderado 5% y nivel grave 0%.

Tabla 27

Cuadro comparativo, del antes y después de la aplicación del programa a los familiares

Nivel en dimensión	Momento de la evaluación			
	Antes de la aplicación		Después de la aplicación	
	f	%	f	%
Cognitivo - Afectivo				
No depresión	12	30	19	47.5
Depresión leve	7	17.5	9	22.5
Depresión moderada	3	7.5	4	10
Depresión grave	18	45	8	20
Somático - Conductual				
No depresión	34	85	35	87.5
Depresión leve	4	10	5	12.5
Depresión moderada	1	2.5	2	0
Depresión grave	1	2.5	0	0
Total	40	100	40	100

Nota. Tabla de análisis de cambios obtenidos, al momento de aplicarse el programa a los familiares.

En la presente tabla 26 los resultados que se muestran dan a conocer que los familiares han percibido que, al empezar con la ejecución del programa a los adultos mayores mostraron en ambas dimensiones varios niveles, como en el nivel cognitivo – afectivo un nivel leve 17,5% y un nivel grave de 45% de depresión, por otro lado en la dimensión somático – conductual un nivel leve de 10% y grave de 2,5%. Posterior a la aplicación del programa se notó una mejora en la percepción sobre ellos, dado que se evidenció un nivel mínimo de depresión en ambas dimensiones, como en la cognitivo – afectivo con un nivel leve de 22%, 10% moderado y 20% grave, así también en la dimensión somático conductual con un nivel leve de 12,5% respectivamente.

Tabla 28

Prueba de bondad de ajuste de Shapiro Wilk

Momento	Grado de libertad	Probabilidad
pretest	40	0,486
posttest	40	0,003

Nota. Prueba para medir la distribución de los datos

Considerando las probabilidades en ambos momentos de aplicación del pre test (0,486) el cual tiene distribución normal y el post test (0,003) no tiene distribución normal, y es por esa razón que se requiere confirmar la existencia o no de una diferencia significativa, es por ello que estimará a través de una prueba no paramétrica

Tabla 29

Estadística de prueba

Pre test-post test	
Estadígrafo de prueba	-2,965
Probabilidad	0,003

Nota. Test para las diferencias entre ambos test

Podemos concluir, conforme los datos de la tabla 29, que existen evidencias significativas (0.003) para reiterar que el Programa cognitivo conductual fue eficaz para disminuir la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.

Tabla 30

Comparación de rangos entre el pre test y post test

	Rango	f	%
Post test- pretest	Negativos	27	67.5
	Positivos	13	32.5
	Empates	0	0
	Total	40	100

Nota. Conteo de rangos negativos, positivos y empates

En la tabla 30 se toma en cuenta que, del número total de los adultos mayores evaluados, el 67.5% presenta un rango negativo, por lo cual esto significa que existe una diferencia notable diferencia en sus puntajes comparativos, esto quiere decir, que sus puntajes del post test fueron menores a los del pretest. Por otro lado, el 32.5% se sitúa en los rangos positivos, entonces esto señala que los puntajes del post test fueron mayores a los del pre test. Finalmente, no hubo puntuaciones en rango de empates, esto indica, que sus puntajes no variaron en ninguno de los dos momentos de la aplicación.

VII. CONCLUSIONES

- Con argumentos teóricos, metodológicos y científicos se pudo llevar a cabo el proceso cognitivo conductual, basándose en investigaciones científicas basados en el enfoque cognitivo conductual así mismo se **sistematizo su evolución histórica**, permitiendo contribuir al trabajo preventivo de la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.
- Se desarrolló el **diagnóstico** del estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual, **insuficiencia en el diagnóstico** en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo, el cual se puede apreciar por niveles , tales como a nivel depresión leve (25,0%),depresión moderada (17,5%) y depresión grave (05,0%) , así también como sus dimensiones tales como la dimensión cognitiva – afectiva arrojando que existe altos niveles de depresión tales como leve (22,5%),depresión moderada (20,0%) y depresión grave (30%) , por otro lado en la dimensión somático – conductual arrojando que existen niveles de depresión, tales como depresión leve(30,0%), depresión moderada(12,5%) y depresión grave (02,5%).
- Se preparó y aplicó el programa cognitivo conductual cuyo objetivo fue prevenir la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo. Programa desarrollado en 3 fases, tal como establecer una alianza terapéutica, abordaje de la dimensión cognitivo – afectivo y somático – conductual. Además se logró que el 90% de los adultos mayores mencionen como optimo el desarrollo de cada sesión realizada, así mismo lograron estimar la depresión y sus efectos en la salud, también la importancia de conocer las técnicas como recurso psicoterapéutico. El 90% de los adultos pudieron además entender y analizar la sintomatología depresiva , el 85% comentaron que han logrado reemplazar sus pensamientos negativo por otros positivos a través de la técnica de reestructuración cognitiva. Por otro lado, el 80% de los familiares se mostraron interesados en las sesiones desarrolladas manifestando gran importancia en la depresión y su repercusión en la salud.
- Por último, se pudo comprobar los resultados de la investigación a través de la aplicación de un pre experimento, empleándose un pretest y un post test, donde se pudo evidenciar ambos resultados de los datos en los dos momentos de aplicación, constatándose que se pudo evidenciar cambios importantes en el post test , los resultados fueron los siguientes por nivel de depresión : depresión leve(12,5%),depresión moderada(7,5%), depresión

grave (0%). Finalmente los resultados por dimensiones fueron a nivel cognitivo – afectivo arrojando un nivel de depresión leve (35%), depresión moderado (12,5%), depresión grave (7,5%) y en la dimensión somático – conductual arrojando un nivel de depresión leve (20%), depresión moderada (05%), depresión grave (0%), indicando así cambios importantes en los pensamientos, emociones y comportamientos logrando finalmente disminuir la depresión y confirmando que el programa de terapia cognitiva conductual es eficaz.

VIII. RECOMENDACIONES

De acuerdo al resultado general de esta investigación, se sugiere lo siguiente a modo de recomendación:

- Se tome en cuenta tener el apoyo de un psicólogo especializado con el fin de lograr abordar a los adultos mayores de manera eficiente, logrando así dar un adecuado soporte psicoterapéutico y generando al final una adecuada salud mental
- Tomar en cuenta este programa como una ayuda o guía en el abordaje de los adultos mayores que experimentan depresión.
- Realizar de manera programada una serie de actividades psicoterapéutica con el fin de continuar reforzando las estrategias y técnicas aprendidas hasta que se instauren en los adultos y sea de mucha ayuda en su calidad de vida y salud mental
- Ejecutar un seguimiento no solo a los adultos mayores, sino también a los familiares para que también sean orientados a brindar soporte y acompañamiento a los adultos mayores.
- Contar con el apoyo de otros profesionales logrando un trabajo multidisciplinario especializados en salud mental, sobre todo fomentando la importancia de conocer las herramientas de la terapia cognitiva conductual como estrategias necesarias en el manejo y tratamiento eficaz de la depresión.

REFERENCIAS

- Aguirre, L. (2019). *Teoría de Bandura*. <https://idoc.pub/documents/teoria-de-bandurapdf-1430qqx9dg4j>
- Asociación Psicológica Americana (2020). *La tercera edad y la depresión*. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx>
- Baldeón, P., Luna, C., Mendoza, S. y Correa, L. (2019). Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de Endes 2017. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 19(4), 47–52. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v19i4.2339>
- Barbosa, S. (2020). Evaluación e intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de depresión mayor. Tesis magistral, Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga.
- Barreda, V. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación Psicológica*, 22(1), 32 - 52.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19.ª ed., pp. 12-13; 24; 42; 51-55; 115-117; 311). Editorial Desclée de Brower, S.A., 2005. Editorial Desclée de Brower, S.A., 2005.
- Bökberg, C , Behm, L , Wallerstedt, B , Ahlström, G . Evaluación de la centralidad en la persona para personas mayores frágiles en hogares de ancianos antes y después de implementar una intervención de cuidados paliativos . *Abierto de Enfermería* . 2020 ; 7 : 439 – 448 . <https://doi.org/10.1002/nop2.408>
- Berrío, N. (2019). Terapia cognitiva con entrega virtual en trastorno depresivo persistente: estudio de caso. *Revista Clínica Contemporánea*, 1-14.
- Blanco Figueredo, C. I., Sol Victortes , M. E., & Zamora Pérez, M. (2020). MANUAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL ADULTO MAYOR: MANUAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DEL ADULTO MAYOR. *UNESUM-Ciencias. Revista Científica Multidisciplinaria. ISSN 2602-8166*, 5(5), 25-42. <https://doi.org/10.47230/unesum-ciencias.v5.n5.2021.66>
- Borau, P. (2021). Terapia cognitivo conductual como tratamiento en la depresión. Un enfoque desde terapia ocupacional. *Revista Médica Ocronos*, Vol. IV; n°3: 139.

- Bordin, E.S. (1976): The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
doi:10.1037/h0085885
- Caballo, V., Salazar, I., & Hofmann, S. (2019). *Intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS)*. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Vicente_Caballo/publication/333161878_Una_nueva_Intervencion_multidimensional_para_la_ansiedad_social_el_programa_IMAS/links/5cde5910a6fdccc9ddb56344/Una-nueva-Intervencion-multidimensional-para-la-ansiedad-social-el-p
- Camino, M., & Serrano, I. (2019, Mayo 2). *Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad ante la lectura en público*. Retrieved from <https://www.revistapcna.com/sites/default/files/10-1813-2.pdf>
- Chávez, A. (2015). Albert Ellis (1913-2007): la vida y obra de un terapeuta cognitivo. *Revista psicológica*, 5(1), 137-146. Recuperado de <http://revistas.ucsp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/32/33>
- Chinchilla-Fonseca, P., Marín-Picado, B., Moncada-Jiménez, J. y Jurado Solórzano, A.M. (2022). Eficacia de la actividad física en combinación con la terapia cognitivo conductual sobre la depresión: metaanálisis. *Revista de Psicología Aplicada al Deporte y al Ejercicio Físico*, 17(1), Artículo e3. <https://doi.org/10.5093/rpadef2022a7>
- Cvetkovic-Vega, A, Maguiña, Jorge L., Soto, Alonso, Lama-Valdivia, Jaime, & López, Lucy E. Correa. (2021). Estudios transversales. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(1), 179-185. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3069>
- Espinoza – Rodríguez (2019) Intervención en terapia cognitiva de Aron Beck en pacientes con depresión, de un centro de salud de la ciudad de Panamá. http://up-rid.up.ac.pa/1722/1/anais_espinosa.pdf
- De los Santos PV, Carmona SE. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica* [Internet]. Ene-Jun 2018 [citado 01 Dic 2020];15(2): [aprox. 23 p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44654575005>
- Diaz, M., Ruiz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas y terapias cognitivos conductuales*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Fabiola Esperanza, G. R., Alejandro Francisco, D. D., & Paola Andrea, C. R. (2020). Depresión Y Deterioro Cognitivo en El Adulto Mayor. *Revista Poliantea*, 15(26), 1–7.

<https://doi.org/10.15765/poliantea.v15i26.1501>

- Flores, V. (2019) Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo – conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana.(Tesis de Licenciatura en Psicología,Universidad de San Martín de Porres)
<https://hdl.handle.net/20.500.12727/5567>
- Garay, C., & Keegan, E. (2016). Terapia metacognitiva: el síndrome cognitivo atencional y los procesos cognitivos. *Revista Argentina de clínica 48 psicológica*, 25(2), 125-134. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946990003.pdf>
- García, A. (2022) Propuesta de un plan de intervención cognitivo- conductual para disminución de la depresión en adultos mayores. Ecuador: Ambato. [Proyecto maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador].Repositorio institucional de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador
<https://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/3533>
- Garza Martínez, Silvia Guadalupe; Orozco Ramírez, Luz Adriana e Ybarra Sagardúa, Jo3sé Luis (2020) Tratamiento cognitivo – conductual en paciente con trastorno depresivo mayor: estudio de caso. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y sociales*.Vol.11Nùm.1(enero–Junio2020).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7865094>
- Garza, S., Orozco, L., & Ybarra, J. (2020). Tratamiento Cognitivo-Conductual en paciente geriátrica con Trastorno Depresivo Mayor: Estudio de Caso . *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales* , 147-166.
- Gastulo, L. (2020) Estrategia Psicoterapéutica Cognitivo Conductual para prevenir la depresión en adolescentes de la Institución Educativa Bruning – Chiclayo. (Tesis de Maestría en Psicología Clínica, Universidad Señor de Sipàn.
<https://hdl.handle.net/20.500.12802/7488>
- González Molejón, J. A., Valdés Álvarez, M., Iglesias Ruisanchez, S., García Álvarez, M., & González Bello, D. (2018). La depresión en el anciano. *NPunto*, 1(8). Obtenido de <https://orcid.org/0000-0002-5408-6263>
- González-Blanch, C., & Ruiz-Torres, M. (2018). Terapia cognitivo-conductual trasdiagnóstica en atención primaria: Un contexto ideal. *Revista de psicoterapia*, 37-52.
- Hechavarría Ávila MM, Ramírez Romaguera M, García Hechavarría H, García Hechavarría A. El envejecimiento. Repercusión social e individual. *Rev inf cient [Internet]*. Nov-

- Dic 2018 [citado 01 Dic 2020];97(6):[aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2154/3923>
- Hernandez, A. (2018). *Ansiedad social en estudiantes de la facultad de psicología de una universidad pública de Lima metropolitana*. Retrieved from <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2504/HERNANDEZ%20LAZARO%20ANA%20LUIA-%20SEGUNDA%20ESPECIALIDAD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Huaynates, M. (2019). *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa. (Trabajo Académico para Optar el Título de la Segunda Especialidad Profesional en Terapia Cognitiva Conductual)*. Lima – Perú: Universidad Federico Villareal.
- INEI (2022). *Situación de la población adulta mayor*. Recuperado de: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin-adulto-mayor-ene-mar-2022.pdf>
- INEI. (2020). Instituto Nacional de Estadística e Informática. Inei.gob.pe. <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatromillones-de-adultos-mayores12356/#:~:text=En%2044%20de%20cada%20100,y%20m%C3%A1s%20a%20C3%B1os%20de%20edad>
- Julca, D.(2020).Programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al centro de salud Tucume.[Tesis para optar el grado de Maestra en Psicología Clínica,Universidad Señor de Sipàn] <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/10190/Julca%20Morales%20Dermina%20Maribel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rodriguez, J(2019).Efectos de un programa cognitivo conductual en la depresion del adulto mayor del programa CAM – de la provincial de Lambayeque 2016 <https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/7751/BC-%204038%20JAIME%20RODRIGUEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Landa, M. (2020). *La influencia entre la terapia cognitiva conductual y la depresión en pacientes adultos de la ciudad de Pisco - Ica, 2020*. [Trabajo académico para optar por el grado de licenciatura, Universidad Autónoma de Ica]. <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/1235/1/Maria%20Ang%C3%A9lica%20Landa%20Garcia.pdf>.

- Lema, K. (2022). Análisis de los modelos de intervención psicológica aplicados para reducir la ansiedad y depresión en adultos mayores durante la pandemia por Covid – 19 [Tesis de licenciatura, Universidad Politécnica Salesiana]
<https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/22157/1/TTQ711.pdf>
- Liu, Z., Qiao, D., Xu, Y., Zhao, W., Yan, Y., Wen, D., . . . Xu, Y. (2021). The Efficacy of Computerized Cognitive Behavioral Therapy for Depressive and Anxiety Symptoms in Patients With COVID-19: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 23(5), e:26883. Obtenido de Pubmed:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33900931/>
- Li, J., Li, X., Jiang, J., Xu, X., Wu, J., Xu, Y., . . . Xu, X. (2020). The Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Depression, Anxiety, and Stress in Patients With COVID-19: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in psychiatry*, 1096. Obtenido de Pubmed:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7661854/>
- Lorenzo-Díaz, J., Alfonzo-Díaz, H., Carrete-Friol, Z., Hernández-Quñones, O., & Barrios-Licor, R. (2021). Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(6), e5311. Recuperado de <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5311>
- Fernández (2022) Terapia cognitiva conductual para una joven adulta.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/5830/TESIS%20LLAMO%20FERNANDEZ%20ALFONSO%20ROY.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- MARINHO, M. P. Un análisis de la construcción de creencias a partir de: el marxismo ideológico de Antonio Gramsci, la terapia cognitivo conductual y la teoría de la arquitectura de creencias de Peterson. Repositorio Institucional de la Facultad de la Amazônia. 2020.
- Marianne Sims Rodríguez, Daymaris Ramírez Leyva, Katia Pérez Castro & Karel Gómez García. (2017) Intervención psicológica en adultos mayores con depresión. *Rev Hum Med* vol.17 no.2 Ciudad de Camaguey may. -ago. 2017
- Martínez, G., Guadalupe, S., Ramírez, O., Adriana, L., Sagarduy, Y., & Luis, J. (2020). Tratamiento Cognitivo-Conductual en paciente geriátrica con Trastorno Depresivo Mayor: Estudio de Caso. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 11(1), 147-166. Obtenido de Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7865094>

- Mella, J., López, Y., Sáez, Y., Del Valle, M. (2020). Estrategias de afrontamiento en apoderados durante el confinamiento por la Covid19. *Revista CienciAmérica*, 9(2), 1-12. <http://cienciamerica.uti.edu.ec/openjournal/index.php/uti/article/view/324>
- Mera, C. (2015). Los trabajos más relevantes de la historia de la psicología en el siglo XXI. Tesis de maestría no publicada, Universidad de Cádiz, Puerto Real, España.
- Molés, M., Clavero, A., Lucas, M., & Folch, A. (2019). factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería Global*, 18(55), 58-70. doi:10.6018/eglobal.18.3.324401
- Moraga Sahuquillo, G., Pérez, A. B., & Beltrán, A. S. (2020). Estudio de la efectividad de la intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama localizado. *Psicooncología*, 17(1), 59–71. <https://doi.org/10.5209/psic.68241>
- Méndez Chacón, E. (2021). Evaluación psicométrica de la escala de depresión de Yesavage en adultos mayores latinoamericanos: Estudios SABE y CRELES. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 38(2), 103–115. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.7>
- Naranjo Hernández Y, Figueroa Linares M, Cañizares Marín R. Envejecimiento poblacional en Cuba. *Gac Méd Espirit [Internet]*. 2015 [citado 01 Dic 2020];17(3). Disponible en: http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/830/html_79
- Novara, Sotillo, Warton (1985). Estandarizacion de las escalas de Beck, Hamilton, y Zung para la Depresion en Lima Metropolitana.Lima. Instituto Nacional de Salud mental Honorio Delgado – Hoguchi.
- Organización Mundial de la Salud. La Salud Mental y los adultos mayores. 2017. [acceso el 27 de Julio del 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-losadultos-mayores>
- Organización Mundial de la Salud (2020). Depresión. *Temas de salud*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (4 de octubre de 2021). Envejecimiento y salud. Who.int; World Health Organization. <https://bit.ly/3O0vEKj>
- Rodríguez, G. (2019). La depresión en pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo, periodo 2019. [Tesis de licenciatura, Universidad Inca Garcilaso de la Vega.] <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/5003>

- Ruiz, F., Díaz, G. y Villalobos, C. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibudlimasp/reader.action?docID=3206538&query=terapia+cognitivo+conductual+>
- Salaberria, K., & Echeburua, E. (2003). *Dificultades clínicas y fracasos terapéuticos en el tratamiento de la fobia social*. Retrieved from https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/14.Salaberria_11-3oa-1.pdf
- Seminario, C. (2021) Programa Cognitivo Conductual para para manejar la depresión en adultos de un puesto de salud – Tumbes,2021: estudio descriptivo – propositivo.(Tesis de Maestría en Psicología, Universidad César Vallejo) <https://hdl.handle.net/20.500.12692/87330>
- Sparrow, C. (2007). *Terapia Cognitivo Conductual*. Retrieved from http://www.conductitlan.net/terapia_cognitivo_conductual.ppt
- Tratamiento Cognitivo-Conductual en paciente geriátrica con Trastorno Depresivo Mayor: Estudio de Caso. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales, 11(1)*, 147-166. Obtenido de Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7865094>
- Triglia, A. (2017) Psicología cognitiva: definición, teorías y autores principales. *Psicología y mente*. <http://psicologiaymente.com/psicologia/psicologia-cognitiva>.
- Valles, A., & Olivares, J. (2014, Enero). *Competencia social y autoestima en adolescentes con fobia social*. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272014000100005
- Vásquez, M(2021) Programa de intervención cognitivo – conductual para usuarios diagnosticados con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario – Tumbes 2020.(Tesis de Maestría en Psicología, Universidad César Vallejo) <https://hdl.handle.net/20.500.12692/58106>
- Vega, J., Ruvalcaba, J., Hernández, I., Acuña, M., & López, L. (2020). La Salud de las Personas Adultas Mayores durante la Pandemia de COVID-19. *Journal,5(7)*, 726-739, doi:10.19230/jonnpr.3772.
- Veleda, G. W, Lopes Molina, M., Silva, R. A., Jansen, K., Neufeld, C. B., & Souza, L. D. M. (2019). Efeito da terapia cognitivo-comportamental um ano após tratamento para adultos com transtorno depressivo maior. *Psicologia: Teoria e Prática, 21(3)*,323-344. http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v21n3/pt_v21n3a09.pdf

- Vernon A., & Doyle, K. (2017). *Cognitive Behavior Therapies: a guidebook for practitioners*. New York, USA: Amer Counseling Assn
- Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.
- Ying, Y., Ji, Y., Kong, F., Chen, Q., Lv, Y., Hou, Y., . . . Ruan, L. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy for psychological distress in older adults without cognitive impairment living in nursing homes during the COVID-19 pandemic: A feasibility study. Obtenido de Pubmed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34631432/>

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA (enfoque mixto).

Título: ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL REGIONAL POLICIAL CHICLAYO.

Formulación del Problema	Objetivos		Técnicas e Instrumentos	
<p>Insuficiencia en el proceso cognitivo conductual incide en la depresión de los adultos mayores</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>-Aplicar estrategias cognitivas conductuales para disminuir la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>-Fundamentar teóricamente la dinámica del proceso cognitivo conductual y su evolución histórica.</p> <p>-Determinar los niveles de depresión en los Adultos Mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo</p> <p>-Elaborar el programa cognitivo conductual para disminuir la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo</p> <p>-Validar los resultados de la investigación mediante un pre – experimento.</p>		<p>Técnicas:</p> <p>-Observación</p> <p>-Entrevista</p> <p>-Encuesta</p> <p>-Análisis documental</p>	
	<p align="center">Hipótesis</p> <p>Aplicando una estrategia cognitivo conductual, considerando pautas simples y concretas acordes a la edad de la población objetivo, entonces se contribuye al desarrollo de estrategias cognitivas conductuales en los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor del Hospital Regional Policial Chiclayo.</p>		<p>Instrumentos:</p> <p>-Inventario Depresión de Beck (BDI) II</p> <p>Guía de observación</p> <p>-Fichas bibliográficas</p> <p>-Guía de entrevista</p>	
	<p>Tipo y diseño de la Investigación</p>	<p>Población y muestra</p>		
	<p>Población:</p>	<p>Muestra</p>	<p>Variable independiente</p>	<p>Dimensiones</p>

Investigación Aplicada , transversal, enfoque mixto, explicativa, con diseño experimental: pre experimental.	Está conformada por 40 adultos mayores, 40 familiares	La muestra se constituyó por el total de individuos de la población, para ello se ha empleado un muestreo no probabilístico por conveniencia, dado que la muestra no se recopiló al azar. Sólo participaron los casos que aceptaron ser incluidos.	Terapia cognitivo conductual	<ul style="list-style-type: none"> - Introducción y Fundamentación - II.-Diagnóstico - Planteamiento del Objetivo General - Planeación estratégica - Instrumentación - Evaluación
			Variable dependiente	Dimensiones
			Depresión	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivo - Afectivo - Somático - Conductual

ANEXO 02: INSTRUMENTOS

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK(BDI) II

Instrucciones: El cuestionario está dirigido a los **adultos mayores**, su objetivo es diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual a fin de recabar información sobre la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.

A continuación, en este cuestionario aparecen varias afirmaciones. Por favor lea con atención cada una de ellas señale con un ASPA(X) cuál afirmación de cada grupo describe mejor como se ha sentido durante estas dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar. No olvides contestar todas las preguntas, responde con sinceridad. Su respuesta puede determinarlo marcando un (X). 0 = No ;1 = Leve; 2 = Moderado;3 = Severo.

N°	ítems	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE DEPRESION		
DIMENSIÓN COGNITIVO - AFECTIVO		
Indicador 1: Tristeza		
CA 1.1	No me siento triste	0
CA 1.2	Me siento triste gran parte del tiempo	1
CA 1.3	Me siento triste todo el tiempo	2
CA 1.4	Me siento tan triste o tan infeliz que no puedo soportarlo.	3
Indicador 2: Pesimismo		
CA 2.1	No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.	0
CA 2.2	Me siento desanimado respecto al futuro.	1
CA 2.3	Siento que no tengo que esperar nada.	2
CA 2.4	Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán	3
Indicador 3: Fracaso		
CA 3.1	No me siento fracasado	0
CA 3.2	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.	1

CA 3.3	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.	2
CA 3.4	Me siento una persona totalmente fracasada	3
Indicador 4: Pérdida del Placer		
CA 4.1	Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan	0
CA 4.2	No disfruto de las cosas tanto como antes	1
CA 4.3	Obtengo muy poco placer de las cosas de las que antes disfrutaba	2
CA 4.4	No obtengo ningún placer de las cosas que antes disfrutaba	3
Indicador 5: Sentimiento de Culpa		
CA 5.1	No me siento particularmente culpable	0
CA 5.2	Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho	1
CA 5.3	Me siento culpable en la mayor parte del tiempo	2
CA 5.4	Me siento culpable todo el tiempo	3
Indicador 6: Sentimiento de Castigo		
CA 6.1	No siento que estoy siendo castigado	0
CA 6.2	Siento que tal vez pueda ser castigado	1
CA 6.3	Espero ser castigado	2
CA 6.4	Siento que estoy siendo castigado	3
Indicador 7: Disconformidad con Uno Mismo		
CA 7.1	Siento acerca de mí lo mismo que siempre	0
CA 7.2	He perdido confianza en mí mismo	1
CA 7.3	Estoy decepcionado conmigo mismo	2

CA 7.4	No me gusto a mí mismo	3
Indicador 8: Autocritica		
CA 8.1	No me critico ni me culpo más de lo habitual	0
CA 8.2	Soy más crítico conmigo de lo que solía hacer	1
CA 8.3	Me critico por todos mis defectos	2
CA 8.4	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede	3
Indicador 9: Pensamiento Suicida		
CA 9.1	No tengo ningún pensamiento de matarme	0
COG 9.2	He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.	1
CA 9.3	Desearía matarme	2
CA 9.4	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo	3
Indicador 10: Llanto		
CA 10.1	No lloro más de lo que solía hacerlo	0
CA 10.2	Lloro más de lo que solía hacerlo	1
CA 10.3	Lloro por cualquier cosa	2
CA 10.4	Siento ganas de llorar , pero no puedo	3
Indicador 11: Agitación		
CA 11.1	No estoy más inquieto o tenso de lo habitual	0
CA 11.2	Me siento más inquieta o tensa de lo habitual	1
CA 11.3	Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto	2
CA 11.4	Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo	3

Indicador 12: Pérdida de Interés		
CA 12.1	No he perdido el interés en otras actividades o personas	0
CA 12.2	Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas	1
CA 12.3	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas	2
CA 12.4	Me es difícil interesarme en algo	3
Indicador 13 : Indecisión		
CA 13.1	Tomo mis decisiones tan bien como siempre	0
CA 13.2	Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre	1
CA 13.3	Encuentro mucha más dificultad que antes tomar decisiones	2
CA 13.4	Tengo problemas para tomar cualquier decisión	3
Indicador 14: Desvalorización		
CA 14.1	No me siento inútil	0
CA 14.2	No me considero tan valioso	1
CA 14.3	Me siento menos valioso cuando me comparo con otros	2
CA 14.4	Siento que no valgo nada	3
Indicador 17: Irritabilidad		
CA 17.1	No estoy más irritable que lo habitual	0
CA 17.2	Estoy más irritable que lo habitual	1
CA 17.3	Estoy mucho más irritable que lo habitual	2
CA 17.4	Estoy irritable todo el tiempo	3
DIMENSIÓN SOMÁTICO – CONDUCTUAL		
Indicador 15: Pérdida de Energía		
SC 15.1	Tengo tanta energía como siempre	0

SC 15.2	Tengo menos energía que la que solía tener	1
SC 15.3	No tengo suficiente energía para hacer demasiado.	2
SC 15.4	Ha perdido todo el interés por los demás.	3
Indicador 16: Cambios en los Hábitos de Sueño		
SC 16.1	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueños	0
SC 16.2	Duermo un poco más de lo habitual	1a
SC 16.3	Duermo un poco menos que lo habitual	1b
SC 16.4	Duermo mucho más que lo habitual	2a
SC 16.5	Duermo mucho menos que lo habitual	2b
SC 16.6	Duermo la mayor parte del día	3a
SC 16.7	Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir	3b
Indicador 18 : Cambios en el Apetito		
SC 18.1	No he experimentado ningún cambio en mi apetito	0
SC 18.2	Mi apetito es un poco menor que lo habitual	1a
SC 18.3	Mi apetito es un poco mayor que lo habitual	1b
SC 18.4	Mi apetito es mucho menor que antes	2a
SC 18.5	Mi apetito es mucho mayor que antes	2b
SC 18.6	No tengo apetito en lo absoluto	3a
SC 18.7	Quiero comer todo el tiempo	3b
Indicador 19 :Dificultad de Concentración		
SC 19.1	Puedo concentrarme tan bien como siempre	0
SC 19.2	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente	1

SC 19.3	Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo	2
SC 19.4	Encuentro que no puedo concentrarme en nada	3
Indicador 20: Cansancio o Fatiga		
SC 20.1	No estoy más cansado o fatigado que lo habitual	0
SC 20.2	Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual	1
SC 20.3	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer	2
SC 20.4	Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer	3
Indicador 21 : Pérdida de Interés en el Sexo		
SC 21.1	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	0
SC 21.2	Estoy menos interesado en el sexo que solía estarlo antes	1
SC 21.3	Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo	2
SC 21.4	He perdido totalmente mi interés por el sexo	3

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK(BDI)II

Instrucciones: El cuestionario está dirigido a los **familiares**, su objetivo es diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual a fin de recabar información sobre la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.

A continuación, en este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor lea con atención cada una de ellas, señale con un ASPA(X) cuál de la afirmación de cada grupo describe mejor como se ha sentido su familiar adulto mayor durante estas dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy. No olvides contestar todas las preguntas, responde con sinceridad. Su respuesta puede determinarlo marcando un (X). 0 = No ;1 = Leve; 2 = Moderado;3 = Severo.

N°	ítems	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE DEPRESION		
DIMENSIÓN COGNITIVO - AFECTIVO		
Indicador 1: Tristeza		
CA 1.1	Su familiar adulto mayor no se siento triste	0
CA 1.2	Su familiar adulto mayor se siente triste gran parte del tiempo	1
CA 1.3	Su familiar adulto mayor se siente triste todo el tiempo	2
CA 1.4	Su familiar adulto mayor se siente tan triste o tan infeliz que no puede soportarlo	3
Indicador 2: Pesimismo		
CA 2.1	Su familiar adulto mayor no se siente especialmente desanimado respecto al futuro	0
CA 2.2	Su familiar adulto mayor se siente desanimado respecto al futuro	1
CA 2.3	Su familiar adulto mayor siente que no tiene que esperar nada	2
CA 2.4	Su familiar adulto mayor siente que el futuro es desesperanzador y que las cosas no mejorarán	3
Indicador 3: Fracaso		
CA 3.1	Su familiar adulto mayor no se siente fracasado	0
CA 3.2	Su familiar adulto mayor cree que ha fracasado más que la mayoría de las personas.	1

CA 3.3	Su familiar adulto mayor cuando mira hacia atrás, sólo ve fracaso tras fracaso.	2
CA 3.4	Su familiar adulto mayor se siente una persona totalmente fracasada	3
Indicador 4: Pérdida del Placer		
CA 4.1	Su familiar adulto mayor disfruto tanto como antes de las cosas que le gustan	0
CA 4.2	Su familiar adulto mayor no disfruta de las cosas tanto como antes	1
CA 4.3	Su familiar adulto mayor obtiene muy poco placer de las cosas de las que antes disfrutaba	2
CA 4.4	No obtengo ningún placer de las cosas que antes disfrutaba	3
Indicador 5: Sentimiento de Culpa		
CA 5.1	Su familiar adulto mayor no se siente particularmente culpable	0
CA 5.2	Su familiar adulto mayor se siente culpable respecto a varias cosas que ha hecho o que debería haber hecho	1
CA 5.3	Su familiar adulto mayor se siente culpable la mayor parte del tiempo	2
CA 5.4	Su familiar adulto mayor se siente culpable todo el tiempo	3
Indicador 6: Sentimiento de Castigo		
CA 6.1	Su familiar adulto mayor no siente que está siendo castigado	0
CA 6.2	Su familiar adulto mayor siente que tal vez pueda ser castigado	1
CA 6.3	Su familiar adulto mayor espera ser castigado	2
CA 6.4	Su familiar adulto mayor siente que está siendo castigado	3
Indicador 7: Disconformidad con Uno Mismo		
CA 7.1	Su familiar adulto mayor siente acerca de mí lo mismo que siempre	0
CA 7.2	Su familiar adulto mayor ha perdido confianza en mí mismo	1
CA 7.3	Su familiar adulto mayor está decepcionado conmigo mismo	2

CA 7.4	Su familiar adulto mayor no se gusta a sí mismo	3
Indicador 8: Autocrítica		
CA 8.1	Su familiar adulto mayor no me critica ni se culpa más de lo habitual	0
CA 8.2 ΔF	Su familiar adulto mayor es más crítico consigo mismo de lo que solía hacer	1
CA 8.3	Su familiar adulto mayor se critica por todos sus defectos	2
CA 8.4	Su familiar adulto mayor se culpa a sí mismo por todo lo malo que sucede	3
Indicador 9: Pensamiento Suicida		
CA 9.1	Su familiar adulto mayor no tiene ningún pensamiento de matarse	0
COG 9.2	Su familiar adulto mayor ha tenido pensamientos de matarse, pero no lo haría.	1
CA 9.3	Su familiar adulto mayor desearía matarse	2
CA 9.4	Su familiar adulto mayor se mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo	3
Indicador 10: Llanto		
CA 10.1	Su familiar adulto mayor no llora más de lo que solía hacerlo	0
CA 10.2	Su familiar adulto mayor llora más de lo que solía hacerlo	1
CA 10.3	Su familiar adulto mayor llora por cualquier cosa	2
CA 10.4	Su familiar adulto mayor siente ganas de llorar , pero no puede	3
Indicador 11: Agitación		
CA 11.1	Su familiar adulto mayor no está más inquieto o tenso de lo habitual	0
CA 11.2	Su familiar adulto mayor se siente más inquieto o tenso de lo habitual	1
CA 11.3	Su familiar adulto mayor está tan inquieto o agitado que le es difícil quedarse quieto	2
CA 11.4	Su familiar adulto mayor está tan inquieto o agitado que tiene que estar siempre en movimiento o haciendo algo	3

Indicador 12: Pérdida de Interés		
CA 12.1	Su familiar adulto mayor no ha perdido el interés en otras actividades o personas	0
CA 12.2	Su familiar adulto mayor está menos interesado en otras personas o cosas	1
CA 12.3	Su familiar adulto mayor ha perdido casi todo el interés en otras personas o cosas	2
CA 12.4	Su familiar adulto mayor le es difícil interesarse en algo	3
Indicador 13 : Indecisión		
CA 13.1	Su familiar adulto mayor toma sus decisiones tan bien como siempre	0
CA 13.2	A su familiar adulto mayor tomar decisiones le resulta más difícil que de costumbre	1
CA 13.3	Su familiar adulto mayor encuentra mucha más dificultad que antes tomar decisiones	2
CA 13.4	Su familiar adulto mayor tiene problemas para tomar cualquier decisión	3
Indicador 14: Desvalorización		
CA 14.1	Su familiar adulto mayor no me siento inútil	0
CA 14.2	Su familiar adulto mayor no se considera tan valioso	1
CA 14.3	Su familiar adulto mayor se siente menos valioso cuando se compara con otros	2
CA 14.4	Su familiar adulto mayor siente que no vale nada	3
Indicador 17: Irritabilidad		
CA 17.1	Su familiar adulto mayor no está más irritable que lo habitual	0
CA 17.2	Su familiar adulto mayor está más irritable que lo habitual	1
CA 17.3	Su familiar adulto mayor está mucho más irritable que lo habitual	2
CA 17.4	Su familiar adulto mayor está irritable todo el tiempo	3
DIMENSIÓN SOMÁTICO – CONDUCTUAL		
Indicador 15: Pérdida de Energía		
SC 15.1	Su familiar adulto mayor tiene tanta energía como siempre	0

SC 15.2	Su familiar adulto mayor tiene menos energía que la que solía tener	1
SC 15.3	Su familiar adulto mayor no tiene suficiente energía para hacer demasiado.	2
SC 15.4	Su familiar adulto mayor no tiene suficiente energía para hacer nada	3
Indicador 16: Cambios en los Hábitos de Sueño		
SC 16.1	Su familiar adulto mayor no ha experimentado ningún cambio en sus hábitos de sueños	0
SC 16.2	Su familiar adulto mayor duerme un poco más de lo habitual	1a
SC 16.3	Su familiar adulto mayor duermo un poco menos que lo habitual	1b
SC 16.4	Su familiar adulto mayor duerme mucho más que lo habitual	2a
SC 16.5	Su familiar adulto mayor duermo mucho menos que lo habitual	2b
SC 16.6	Su familiar adulto mayor duermo la mayor parte del día	3a
SC 16.7	Su familiar adulto mayor se despierta 1-2 horas más temprano y no puede volver a dormir	3b
Indicador 18: Cambios en el Apetito		
SC 18.1	Su familiar adulto mayor no ha experimentado ningún cambio en su apetito	0
SC 18.2	En su familiar adulto mayor su apetito es un poco menor que lo habitual	1a
SC 18.3	En su familiar adulto mayor su apetito es un poco mayor que lo habitual	1b
SC 18.4	En su familiar adulto mayor su apetito es mucho menor que antes	2a
SC 18.5	En su familiar adulto mayor su apetito es mucho mayor que antes	2b
SC 18.6	Su familiar adulto mayor no tiene apetito en lo absoluto	3a
SC 18.7	Su familiar adulto mayor quiere comer todo el tiempo	3b
Indicador 19: Dificultad de Concentración		
SC 19.1	Su familiar adulto mayor puede concentrarse tan bien como siempre	0
SC 19.2	Su familiar adulto mayor no puedo concentrarme tan bien como habitualmente	1

SC 19.3	A su familiar adulto mayor le es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo	2
SC 19.4	Su familiar adulto mayor encuentra que no puede concentrarse en nada	3
Indicador 20: Cansancio o Fatiga		
SC 20.1	Su familiar adulto mayor no está más cansado o fatigado que lo habitual	0
SC 20.2	Su familiar adulto mayor se fatiga o se cansa más fácilmente que lo habitual	1
SC 20.3	Su familiar adulto mayor está demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer	2
SC 20.4	Su familiar adulto mayor está demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer	3
Indicador 21: Pérdida de Interés en el Sexo		
SC 21.1	En su familiar adulto mayor no ha notado ningún cambio reciente en su interés por el sexo	0
SC 21.2	Su familiar adulto mayor está menos interesado en el sexo que solía estarlo antes	1
SC 21.3	Su familiar adulto mayor ahora está mucho menos interesado por el sexo	2
SC 21.4	Su familiar adulto mayor ha perdido totalmente su interés por el sexo	3

ANEXO 03: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS POR JUICIO DE EXPERTOS

Instrumento 1: Inventario de Depresión de Beck (DBI) II

Experto 1: Mg. Martin Castro Santisteban

Inventario de Depresión de Beck (DBI)II dirigido a los adultos mayores con depresión del Hospital Regional Policial Chiclayo

1. NOMBRE DEL JUEZ		MARTIN CASTRO SANTISTEBAN
2.	PROFESIÓN	Psicólogo
	GRADO ACADÉMICO	Magister
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	30 AÑOS
	CARGO	PSICOLOGO Y DOCENTE
TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL REGIONAL POLICIAL CHICLAYO		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Oscar Arturo Rivadeneyra Diaz
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en psicología clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		<ol style="list-style-type: none"> 1. Guía de entrevista () 2. Cuestionario (X) 3. Lista de Cotejo () 4. Diario de campo () 5. Ficha documental
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO		<p>GENERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual, cuyo objetivo es obtener información sobre la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo. <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la dimensión cognitivo - afectiva en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.

	- Diagnosticar la dimensión somático – conductual en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.
--	---

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (X) en “SI” si está de ACUERDO o en “NO” si está en DESACUERDO que los ítems tengan pertinencia, relevancia y claridad, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias

DIMENSIÓN / ÍTEMS		Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
Nº	DIMENSIÓN 1: COGNITIVO - AFECTIVA	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
CA 1.1	No me siento triste	X		X		X		
CA 1.2	Me siento triste gran parte del tiempo	X		X		X		
CA 1.3	Me siento triste todo el tiempo	X		X		X		
CA 1.4	Me siento tan triste o tan infeliz que no puedo soportarlo.	X		X		X		
CA 1.5	No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.	X		X		X		
CA 1.6	Me siento desanimado respecto al futuro.	X		X		X		
CA 1.7	Siento que no tengo que esperar nada.	X		X		X		
CA 1.8	Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán	X		X		X		
CA 1.9	No me siento fracasado	X		X		X		
CA 1.10	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.	X		X		X		
CA 1.11	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.	X		X		X		
CA 1.12	Me siento una persona totalmente fracasada	X		X		X		
CA 1.13	Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan	X		X		X		
CA 1.14	No disfruto de las cosas tanto como antes	X		X		X		
CA 1.15	Obtengo muy poco placer de las cosas de las que antes disfrutaba	X		X		X		

CA 1.16	No obtengo ningún placer de las cosas que antes disfrutaba	X		X		X		
CA 1.17	No me siento particularmente culpable	X		X		X		
CA 1.18	Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho	X		X		X		
CA 1.19	Me siento culpable en la mayor parte del tiempo	X		X		X		
CA 1.20	Me siento culpable todo el tiempo	X		X		X		
CA 1.21	No siento que estoy siendo castigado	X		X		X		
CA 1.22	Siento que tal vez pueda ser castigado	X		X		X		
CA 1.23	Espero ser castigado	X		X		X		
CA 1.24	Siento que estoy siendo castigado	X		X		X		
CA 1.25	Siento acerca de mí lo mismo que siempre	X		X		X		
CA 1.26	He perdido confianza en mí mismo	X		X		X		
CA 1.27	Estoy decepcionado conmigo mismo	X		X		X		
CA 1.28	No me gusta a mí mismo	X		X		X		
CA 1.29	No me critico ni me culpo más de lo habitual	X		X		X		
CA 1.30	Soy más crítico conmigo de lo que solía hacer	X		X		X		
CA 1.31	Me critico por todos mis defectos	X		X		X		
CA 1.32	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede	X		X		X		
CA 1.33	No tengo ningún pensamiento de matarme	X		X		X		
CA 1.34	He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.	X		X		X		
CA 1.35	Desearía matarme	X		X		X		
CA 1.36	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo	X		X		X		

CA 1.37	No lloro más de lo que solía hacerlo	X		X		X		
CA 1.38	Lloro más de lo que solía hacerlo	X		X		X		
CA 1.39	Lloro por cualquier cosa	X		X		X		
CA 1.40	Siento ganas de llorar , pero no puedo	X		X		X		
CA 1.41	No estoy más inquieto o tenso de lo habitual	X		X		X		
CA 1.42	Me siento más inquieta o tensa de lo habitual	X		X		X		
CA 1.43	Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto	X		X		X		
CA 1.44	Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo	X		X		X		
CA 1.45	No he perdido el interés en otras actividades o personas	X		X		X		
CA 1.46	Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas	X		X		X		
CA 1.47	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas	X		X		X		
CA 1.48	Me es difícil interesarme en algo	X		X		X		
CA 1.49	Tomo mis decisiones tan bien como siempre	X		X		X		
CA 1.50	Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre	X		X		X		
CA 1.51	Encuentro mucha más dificultad que antes tomar decisiones	X		X		X		
CA 1.52	Tengo problemas para tomar cualquier decisión	X		X		X		
CA 1.53	No me siento inútil	X		X		X		
CA 1.54	No me considero tan valioso	X		X		X		
CA 1.55	Me siento menos valioso cuando me comparo con otros	X		X		X		
CA 1.56	Siento que no valgo nada	X		X		X		
CA 1.57	No estoy más irritable que lo habitual	X		X		X		
CA 1.58	Estoy más irritable que lo habitual	X		X		X		

CA 1.59	Estoy mucho más irritable que lo habitual	X		X		X		
CA 1.60	Estoy irritable todo el tiempo	X		X		X		
	DIMENSIÓN / ÍTEMS	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
Nº	DIMENSIÓN 2: SOMÁTICO - CONDUCTUAL	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
SC 2.1	Tengo tanta energía como siempre	X		X		X		
SC 2.2	Tengo menos energía que la que solía tener	X		X		X		
SC 2.3	No tengo suficiente energía para hacer demasiado.	X		X		X		
SC 2.4	. No tengo suficiente energía para hacer nada	X		X		X		
SC 2.5	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueños	X		X		X		
SC 2.6	Duermo un poco más de lo habitual	X		X		X		
SC 2.7	Duermo un poco menos que lo habitual	X		X		X		
SC 2.8	Duermo mucho más que lo habitual	X		X		X		
SC 2.9	Duermo mucho menos que lo habitual	X		X		X		
SC 2.10	Duermo la mayor parte del día	X		X		X		
SC 2.11	Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir	X		X		X		
SC 2.12	No he experimentado ningún cambio en mi apetito	X		X		X		
SC 2.13	Mi apetito es un poco menor que lo habitual	X		X		X		
SC 2.14	Mi apetito es un poco mayor que lo habitual	X		X		X		
SC 2.15	Mi apetito es mucho menor que antes	X		X		X		
SC 2.16	Mi apetito es mucho mayor que antes	X		X		X		
SC 2.17	No tengo apetito en lo absoluto	X		X		X		
SC 2.18	Quiero comer todo el tiempo	X		X		X		

SC 2.19	Puedo concentrarme tan bien como siempre	X		X		X		
SC 2.20	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente	X		X		X		
SC 2.21	Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo	X		X		X		
SC 2.22	Encuentro que no puedo concentrarme en nada	X		X		X		
SC 2.23	No estoy más cansado o fatigado que lo habitual	X		X		X		
SC 2.24	Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual	X		X		X		
SC 2.25	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer	X		X		X		
SC 2.26	Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer	X		X		X		
SC 2.27	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	X		X		X		
SC 2.28	Estoy menos interesado en el sexo que solía estarlo antes	X		X		X		
SC 2.29	Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo	X		X		X		
SC 2.30	He perdido totalmente mi interés por el sexo	X		X		X		

El presente instrumento es (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia, pero hay algunos términos que se deben modificar para uniformizarlos

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []


Mg. Martín Castro Santisteban
 Psicólogo
 CPsP 3246

Inventario de Depresión de Beck(DBI)II dirigido familiares de los adultos mayores con depresión del Hospital Regional Policial Chiclayo

1. NOMBRE DEL JUEZ		MARTIN CASTRO SANTISTEBAN
2.	PROFESIÓN	Psicólogo
	GRADO ACADÉMICO	Magister
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	30 AÑOS
	CARGO	PSICOLOGO Y DOCENTE
TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL REGIONAL POLICIAL CHICLAYO		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Oscar Arturo Rivadeneyra Diaz
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en psicología clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		6. Guía de entrevista () 7. Cuestionario (X) 8. Lista de Cotejo () 9. Diario de campo () 10. Ficha documental
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO		GENERAL: <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual, cuyo objetivo es obtener información sobre la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo. OBJETIVOS ESPECIFICOS: <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la dimensión cognitivo - afectiva en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión somático – conductual en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (X) en “SÍ” si está de ACUERDO o en “NO” si está en DESACUERDO que los ítems tengan pertinencia , relevancia y claridad, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias

DIMENSIÓN / ÍTEMS		Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
Nº	DIMENSIÓN 1: COGNITIVO - AFECTIVA	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
CA 1.1	Su familiar adulto mayor no me siento triste	X		X		X		
CA 1.2	Su familiar adulto mayor se siente triste gran parte del tiempo	X		X		X		
CA 1.3	Su familiar adulto mayor se siente triste todo el tiempo	X		X		X		
CA 1.4	Su familiar adulto mayor se siente tan triste o tan infeliz que no puedo soportarlo	X		X		X		
CA 1.5	Su familiar adulto mayor no se siente especialmente desanimado	X		X		X		
CA 1.6	Su familiar adulto mayor se siente desanimado respecto al futuro	X		X		X		
CA 1.7	Su familiar adulto mayor siente que no tiene que esperar nada	X		X		X		
CA 1.8	Su familiar adulto mayor siente que el futuro es desesperanzador y que las cosas no mejorarán	X		X		X		
CA 1.9	Su familiar adulto mayor no se siente fracasado	X		X		X		
CA 1.10	Su familiar adulto mayor cree que ha fracasado más que la mayoría de las personas.	X		X		X		
CA 1.11	Su familiar adulto mayor cuando mira hacia atrás, sólo ve fracaso tras fracaso.	X		X		X		
CA 1.12	Su familiar adulto mayor se siente una persona totalmente fracasada	X		X		X		
CA 1.13	Su familiar adulto mayor disfruta tanto como antes de las cosas que le gustan	X		X		X		
CA 1.14	Su familiar adulto mayor no disfruta de las cosas tanto como antes	X		X		X		

CA 1.15	Su familiar adulto mayor obtiene muy poco placer de las cosas de las que antes disfrutaba	X		X		X		
CA 1.16	Su familiar adulto mayor no obtiene ningún placer de las cosas que antes disfrutaba	X		X		X		
CA 1.17	Su familiar adulto mayor no se siente particularmente culpable	X		X		X		
CA 1.18	Su familiar adulto mayor se siente culpable respecto a varias cosas que ha hecho o que debería haber hecho	X		X		X		
CA 1.19	Su familiar adulto mayor se siente culpable la mayor parte del tiempo	X		X		X		
CA 1.20	Su familiar adulto mayor se siente culpable todo el tiempo	X		X		X		
CA 1.21	Su familiar adulto mayor no siente que está siendo castigado	X		X		X		
CA 1.22	Su familiar adulto mayor siente que tal vez pueda ser castigado	X		X		X		
CA 1.23	Su familiar adulto mayor espera ser castigado	X		X		X		
CA 1.24	Su familiar adulto mayor siento que está siendo castigado	X		X		X		
CA 1.25	Su familiar adulto mayor siente acerca de sí lo mismo que siempre	X		X		X		
CA 1.26	Su familiar adulto mayor ha perdido confianza en mí mismo	X		X		X		
CA 1.27	Su familiar adulto mayor está decepcionado conmigo mismo	X		X		X		
CA 1.28	Su familiar adulto mayor no se gusta a sí mismo	X		X		X		
CA 1.29	Su familiar adulto mayor no se critica ni se culpa más de lo habitual	X		X		X		
CA 1.30	Su familiar adulto mayor es más crítico consigo mismo	X		X		X		
CA 1.31	Su familiar adulto mayor se critica por todos sus defectos	X		X		X		
CA 1.32	Su familiar adulto mayor se culpa a sí mismo por todo lo malo que sucede	X		X		X		

CA 1.33	Su familiar adulto mayor no tiene ningún pensamiento de matarse	X		X		X		
CA 1.34	Su familiar adulto mayor ha tenido pensamientos de matarse, pero no lo haría.	X		X		X		
CA 1.35	Su familiar adulto mayor desearía matarse	X		X		X		
CA 1.36	Su familiar adulto mayor se mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo	X		X		X		
CA 1.37	Su familiar adulto mayor no llora más de lo que solía hacerlo	X		X		X		
CA 1.38	Su familiar adulto mayor llora más de lo que solía hacerlo	X		X		X		
CA 1.39	Su familiar adulto mayor llora por cualquier cosa	X		X		X		
CA 1.40	Su familiar adulto mayor siente ganas de llorar , pero no puede	X		X		X		
CA 1.41	Su familiar adulto mayor no está más inquieto o tenso de lo habitual	X		X		X		
CA 1.42	Su familiar adulto mayor se siente más inquieto o tenso de lo habitual	X		X		X		
CA 1.43	Su familiar adulto mayor está tan inquieto o agitado que le es difícil quedarse quieto	X		X		X		
CA 1.44	Su familiar adulto mayor está tan inquieto o agitado que tiene que estar siempre en movimiento o haciendo algo	X		X		X		
CA 1.45	Su familiar adulto mayor no ha perdido el interés en otras actividades o personas	X		X		X		
CA 1.46	Su familiar adulto mayor está menos interesado en otras personas o cosas	X		X		X		
CA 1.47	Su familiar adulto mayor ha perdido casi todo el interés en otras personas o cosas	X		X		X		
CA 1.48	Su familiar adulto mayor le es difícil interesarse en algo	X		X		X		
CA 1.49	Su familiar adulto mayor toma sus decisiones tan bien como siempre	X		X		X		

CA 1.50	A su familiar adulto mayor tomar decisiones le resulta más difícil que de costumbre	X		X		X		
CA 1.51	Su familiar adulto mayor encuentra mucha más dificultad que antes tomar decisiones	X		X		X		
CA 1.52	Su familiar adulto mayor tiene problemas para tomar cualquier decisión	X		X		X		
CA 1.53	Su familiar adulto mayor no se siente inútil	X		X		X		
CA 1.54	Su familiar adulto mayor no se considera tan valioso	X		X		X		
CA 1.55	Su familiar adulto mayor se siente menos valioso cuando se compara con otros	X		X		X		
CA 1.56	Su familiar adulto mayor siente que no vale nada	X		X		X		
CA 1.57	Su familiar adulto mayor no está más irritable que lo habitual	X		X		X		
CA 1.58	Su familiar adulto mayor está más irritable que lo habitual	X		X		X		
CA 1.59	Su familiar adulto mayor está mucho más irritable que lo habitual	X		X		X		
CA 1.60	Su familiar adulto mayor está irritable todo el tiempo	X		X		X		
	DIMENSIÓN / ÍTEMS	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
Nº	DIMENSIÓN 2: SOMÁTICO - CONDUCTUAL	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
SC 2.1	Su familiar adulto mayor tiene tanta energía como siempre	X		X		X		
SC 2.2	Su familiar adulto mayor tiene menos energía que la que solía tener	X		X		X		
SC 2.3	Su familiar adulto mayor no tiene suficiente energía para hacer demasiado.	X		X		X		
SC 2.4	. Su familiar adulto mayor no tiene suficiente energía para hacer nada	X		X		X		
SC 2.5	Su familiar adulto mayor no ha experimentado ningún cambio en sus hábitos de sueños	X		X		X		

SC 2.6	Su familiar adulto mayor duerme un poco más de lo habitual	X		X		X		
SC 2.7	Su familiar adulto mayor duermo un poco menos que lo habitual	X		X		X		
SC 2.8	Su familiar adulto mayor duerme mucho más que lo habitual	X		X		X		
SC 2.9	Su familiar adulto mayor duermo mucho menos que lo habitual	X		X		X		
SC 2.10	Su familiar adulto mayor duermo la mayor parte del día	X		X		X		
SC 2.11	Su familiar adulto mayor se despierta 1-2 horas más temprano y no puede volver a dormir	X		X		X		
SC 2.12	Su familiar adulto mayor no ha experimentado ningún cambio en su apetito	X		X		X		
SC 2.13	En su familiar adulto mayor su apetito es un poco menor que lo habitual	X		X		X		
SC 2.14	En su familiar adulto mayor su apetito es un poco mayor que lo habitual	X		X		X		
SC 2.15	En su familiar adulto mayor su apetito es mucho menor que antes	X		X		X		
SC 2.16	En su familiar adulto mayor su apetito es mucho mayor que antes	X		X		X		
SC 2.17	Su familiar adulto mayor no tiene apetito en lo absoluto	X		X		X		
SC 2.18	Su familiar adulto mayor quiere comer todo el tiempo	X		X		X		
SC 2.19	Su familiar adulto mayor puede concentrarse tan bien como siempre	X		X		X		
SC 2.20	Su familiar adulto mayor no puedo concentrarme tan bien como habitualmente	X		X		X		
SC 2.21	A su familiar adulto mayor le es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo	X		X		X		
SC 2.22	Su familiar adulto mayor encuentra que no puede concentrarse en nada	X		X		X		

SC 2.23	Su familiar adulto mayor no está más cansado o fatigado que lo habitual	X		X		X		
SC 2.24	Su familiar adulto mayor se fatiga o se cansa más fácilmente que lo habitual	X		X		X		
SC 2.25	Su familiar adulto mayor está demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer	X		X		X		
SC 2.26	Su familiar adulto mayor está demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer	X		X		X		
SC 2.27	En su familiar adulto mayor no se ha notado ningún cambio reciente en su interés por el sexo	X		X		X		
SC 2.28	Su familiar adulto mayor está menos interesado en el sexo que solía estarlo antes	X		X		X		
SC 2.29	Su familiar adulto mayor ahora está mucho menos interesado por el sexo	X		X		X		
SC 2.30	Su familiar adulto mayor ha perdido totalmente su interés por el sexo	X		X		X		

El presente instrumento es (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia, pero hay algunos términos que se deben modificar para uniformizarlos

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []


Mg. Martín Castro Santisteban
 Psicólogo
 CPsP 3246

Instrumento 1: Inventario de Depresión de Beck (DBI) II**Experto 2: Mg. Fredilberto Castro Rodríguez****Inventario de Depresión de Beck(DBI)II dirigido a los adultos mayores con depresión del Hospital Regional Policial Chiclayo**

1. NOMBRE DEL JUEZ		FREDILBERTO CASTRO RODRIGUEZ
2.	PROFESIÓN	Psicólogo
	GRADO ACADÉMICO	Magister
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	20 AÑOS
	CARGO	PSICOLOGO CLÍNICO Y DOCENTE
TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL REGIONAL POLICIAL CHICLAYO		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Oscar Arturo Rivadeneyra Díaz
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en psicología clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		11. Guía de entrevista () 12. Cuestionario (X) 13. Lista de Cotejo () 14. Diario de campo () 15. Ficha documental
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO		GENERAL: - Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual, cuyo objetivo es obtener información sobre la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo. OBJETIVOS ESPECIFICOS: - Diagnosticar la dimensión cognitivo - afectiva en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión somático – conductual en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (X) en “SÍ” si está de ACUERDO o en “NO” si está en DESACUERDO que los ítems tengan pertinencia , relevancia y claridad, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias

DIMENSIÓN / ÍTEMS		Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
Nº	DIMENSIÓN 1: COGNITIVO - AFECTIVA	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
CA 1.1	No me siento triste	X		X		X		
CA 1.2	Me siento triste gran parte del tiempo	X		X		X		
CA 1.3	Me siento triste todo el tiempo	X		X		X		
CA 1.4	Me siento tan triste o tan infeliz que no puedo soportarlo.	X		X		X		
CA 1.5	No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.	X		X		X		
CA 1.6	Me siento desanimado respecto al futuro.	X		X		X		
CA 1.7	Siento que no tengo que esperar nada.	X		X		X		
CA 1.8	Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán	X		X		X		
CA 1.9	No me siento fracasado	X		X		X		
CA 1.10	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.	X		X		X		
CA 1.11	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.	X		X		X		
CA 1.12	Me siento una persona totalmente fracasada	X		X		X		
CA 1.13	Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan	X		X		X		
CA 1.14	No disfruto de las cosas tanto como antes	X		X		X		
CA 1.15	Obtengo muy poco placer de las cosas de las que antes disfrutaba	X		X		X		
CA 1.16	No obtengo ningún placer de las cosas que antes disfrutaba	X		X		X		

CA 1.17	No me siento particularmente culpable	X		X		X		
CA 1.18	Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho	X		X		X		
CA 1.19	Me siento culpable en la mayor parte del tiempo	X		X		X		
CA 1.20	Me siento culpable todo el tiempo	X		X		X		
CA 1.21	No siento que estoy siendo castigado	X		X		X		
CA 1.22	Siento que tal vez pueda ser castigado	X		X		X		
CA 1.23	Espero ser castigado	X		X		X		
CA 1.24	Siento que estoy siendo castigado	X		X		X		
CA 1.25	Siento acerca de mí lo mismo que siempre	X		X		X		
CA 1.26	He perdido confianza en mí mismo	X		X		X		
CA 1.27	Estoy decepcionado conmigo mismo	X		X		X		
CA 1.28	No me gusta a mí mismo	X		X		X		
CA 1.29	No me critico ni me culpo más de lo habitual	X		X		X		
CA 1.30	Soy más crítico conmigo de lo que solía hacer	X		X		X		
CA 1.31	Me critico por todos mis defectos	X		X		X		
CA 1.32	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede	X		X		X		
CA 1.33	No tengo ningún pensamiento de matarme	X		X		X		
CA 1.34	He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.	X		X		X		
CA 1.35	Desearía matarme	X		X		X		
CA 1.36	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo	X		X		X		
CA 1.37	No lloro más de lo que solía hacerlo	X		X		X		

CA 1.38	Lloro más de lo que solía hacerlo	X		X		X		
CA 1.39	Lloro por cualquier cosa	X		X		X		
CA 1.40	Siento ganas de llorar , pero no puedo	X		X		X		
CA 1.41	No estoy más inquieto o tenso de lo habitual	X		X		X		
CA 1.42	Me siento más inquieta o tensa de lo habitual	X		X		X		
CA 1.43	Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto	X		X		X		
CA 1.44	Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo	X		X		X		
CA 1.45	No he perdido el interés en otras actividades o personas	X		X		X		
CA 1.46	Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas	X		X		X		
CA 1.47	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas	X		X		X		
CA 1.48	Me es difícil interesarme en algo	X		X		X		
CA 1.49	Tomo mis decisiones tan bien como siempre	X		X		X		
CA 1.50	Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre	X		X		X		
CA 1.51	Encuentro mucha más dificultad que antes tomar decisiones	X		X		X		
CA 1.52	Tengo problemas para tomar cualquier decisión	X		X		X		
CA 1.53	No me siento inútil	X		X		X		
CA 1.54	No me considero tan valioso	X		X		X		
CA 1.55	Me siento menos valioso cuando me comparo con otros	X		X		X		
CA 1.56	Siento que no valgo nada	X		X		X		
CA 1.57	No estoy más irritable que lo habitual	X		X		X		
CA 1.58	Estoy más irritable que lo habitual	X		X		X		
CA 1.59	Estoy mucho más irritable que lo habitual	X		X		X		

CA 1.60	Estoy irritable todo el tiempo	X		X		X		
	DIMENSIÓN / ÍTEMS	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
Nº	DIMENSIÓN 2: SOMÁTICO -CONDUCTUAL	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
SC 2.1	Tengo tanta energía como siempre	X		X		X		
SC 2.2	Tengo menos energía que la que solía tener	X		X		X		
SC 2.3	No tengo suficiente energía para hacer demasiado.	X		X		X		
SC 2.4	. No tengo suficiente energía para hacer nada	X		X		X		
SC 2.5	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueños	X		X		X		
SC 2.6	Duermo un poco más de lo habitual	X		X		X		
SC 2.7	Duermo un poco menos que lo habitual	X		X		X		
SC 2.8	Duermo mucho más que lo habitual	X		X		X		
SC 2.9	Duermo mucho menos que lo habitual	X		X		X		
SC 2.10	Duermo la mayor parte del día	X		X		X		
SC 2.11	Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir	X		X		X		
SC 2.12	No he experimentado ningún cambio en mi apetito	X		X		X		
SC 2.13	Mi apetito es un poco menor que lo habitual	X		X		X		
SC 2.14	Mi apetito es un poco mayor que lo habitual	X		X		X		
SC 2.15	Mi apetito es mucho menor que antes	X		X		X		
SC 2.16	Mi apetito es mucho mayor que antes	X		X		X		
SC 2.17	No tengo apetito en lo absoluto	X		X		X		
SC 2.18	Quiero comer todo el tiempo	X		X		X		
SC 2.19	Puedo concentrarme tan bien como siempre	X		X		X		

SC 2.20	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente	X		X		X		
SC 2.21	Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo	X		X		X		
SC 2.22	Encuentro que no puedo concentrarme en nada	X		X		X		
SC 2.23	No estoy más cansado o fatigado que lo habitual	X		X		X		
SC 2.24	Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual	X		X		X		
SC 2.25	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer	X		X		X		
SC 2.26	Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer	X		X		X		
SC 2.27	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	X		X		X		
SC 2.28	Estoy menos interesado en el sexo que solía estarlo antes	X		X		X		
SC 2.29	Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo	X		X		X		
SC 2.30	He perdido totalmente mi interés por el sexo	X		X		X		

El presente instrumento es (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia, pero hay algunos términos que se deben modificar para uniformizarlos

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []


 Mg. Fredilberto Castro Rodriguez
 PSICÓLOGO
 C. Ps. P. 11345

Inventario de Depresión de Beck(DBI)II dirigido familiares de los adultos mayores con depresión del Hospital Regional Policial Chiclayo

1. NOMBRE DEL JUEZ		FREDILBERTO CASTRO RODRIGUEZ
2.	PROFESIÓN	Psicólogo
	GRADO ACADÉMICO	Magister
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	20 AÑOS
	CARGO	PSICOLOGO CLÍNICO Y DOCENTE
TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL REGIONAL POLICIAL CHICLAYO		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Oscar Arturo Rivadeneyra Díaz
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en psicología clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		16. Guía de entrevista () 17. Cuestionario (X) 18. Lista de Cotejo () 19. Diario de campo () 20. Ficha documental
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO		GENERAL: <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual, cuyo objetivo es obtener información sobre la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo. OBJETIVOS ESPECIFICOS: <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la dimensión cognitivo - afectiva en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión somático – conductual en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (X) en “SÍ” si está de ACUERDO o en “NO” si está en DESACUERDO que los ítems tengan pertinencia , relevancia y claridad, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias

DIMENSIÓN / ÍTEMS		Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
Nº	DIMENSIÓN 1: COGNITIVO - AFECTIVA	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
CA 1.1	Su familiar adulto mayor no me siento triste	X		X		X		
CA 1.2	Su familiar adulto mayor se siente triste gran parte del tiempo	X		X		X		
CA 1.3	Su familiar adulto mayor se siente triste todo el tiempo	X		X		X		
CA 1.4	Su familiar adulto mayor se siente tan triste o tan infeliz que no puedo soportarlo	X		X		X		
CA 1.5	Su familiar adulto mayor no se siente especialmente desanimado	X		X		X		
CA 1.6	Su familiar adulto mayor se siente desanimado respecto al futuro	X		X		X		
CA 1.7	Su familiar adulto mayor siente que no tiene que esperar nada	X		X		X		
CA 1.8	Su familiar adulto mayor siente que el futuro es desesperanzador y que las cosas no mejorarán	X		X		X		
CA 1.9	Su familiar adulto mayor no se siente fracasado	X		X		X		
CA 1.10	Su familiar adulto mayor cree que ha fracasado más que la mayoría de las personas.	X		X		X		
CA 1.11	Su familiar adulto mayor cuando mira hacia atrás, sólo ve fracaso tras fracaso.	X		X		X		
CA 1.12	Su familiar adulto mayor se siente una persona totalmente fracasada	X		X		X		
CA 1.13	Su familiar adulto mayor disfruta tanto como antes de las cosas que le gustan	X		X		X		
CA 1.14	Su familiar adulto mayor no disfruta de las cosas tanto como antes	X		X		X		

CA 1.15	Su familiar adulto mayor obtiene muy poco placer de las cosas de las que antes disfrutaba	X		X		X		
CA 1.16	Su familiar adulto mayor no obtiene ningún placer de las cosas que antes disfrutaba	X		X		X		
CA 1.17	Su familiar adulto mayor no se siente particularmente culpable	X		X		X		
CA 1.18	Su familiar adulto mayor se siente culpable respecto a varias cosas que ha hecho o que debería haber hecho	X		X		X		
CA 1.19	Su familiar adulto mayor se siente culpable la mayor parte del tiempo	X		X		X		
CA 1.20	Su familiar adulto mayor se siente culpable todo el tiempo	X		X		X		
CA 1.21	Su familiar adulto mayor no siente que está siendo castigado	X		X		X		
CA 1.22	Su familiar adulto mayor siente que tal vez pueda ser castigado	X		X		X		
CA 1.23	Su familiar adulto mayor espera ser castigado	X		X		X		
CA 1.24	Su familiar adulto mayor siento que está siendo castigado	X		X		X		
CA 1.25	Su familiar adulto mayor siente acerca de sí lo mismo que siempre	X		X		X		
CA 1.26	Su familiar adulto mayor ha perdido confianza en mí mismo	X		X		X		
CA 1.27	Su familiar adulto mayor está decepcionado conmigo mismo	X		X		X		
CA 1.28	Su familiar adulto mayor no se gusta a sí mismo	X		X		X		
CA 1.29	Su familiar adulto mayor no se critica ni se culpa más de lo habitual	X		X		X		
CA 1.30	Su familiar adulto mayor es más crítico consigo mismo	X		X		X		
CA 1.31	Su familiar adulto mayor se critica por todos sus defectos	X		X		X		
CA 1.32	Su familiar adulto mayor se culpa a sí mismo por todo lo malo que sucede	X		X		X		

CA 1.33	Su familiar adulto mayor no tiene ningún pensamiento de matarse	X		X		X		
CA 1.34	Su familiar adulto mayor ha tenido pensamientos de matarse, pero no lo haría.	X		X		X		
CA 1.35	Su familiar adulto mayor desearía matarse	X		X		X		
CA 1.36	Su familiar adulto mayor se mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo	X		X		X		
CA 1.37	Su familiar adulto mayor no llora más de lo que solía hacerlo	X		X		X		
CA 1.38	Su familiar adulto mayor llora más de lo que solía hacerlo	X		X		X		
CA 1.39	Su familiar adulto mayor llora por cualquier cosa	X		X		X		
CA 1.40	Su familiar adulto mayor siente ganas de llorar , pero no puede	X		X		X		
CA 1.41	Su familiar adulto mayor no está más inquieto o tenso de lo habitual	X		X		X		
CA 1.42	Su familiar adulto mayor se siente más inquieto o tenso de lo habitual	X		X		X		
CA 1.43	Su familiar adulto mayor está tan inquieto o agitado que le es difícil quedarse quieto	X		X		X		
CA 1.44	Su familiar adulto mayor está tan inquieto o agitado que tiene que estar siempre en movimiento o haciendo algo	X		X		X		
CA 1.45	Su familiar adulto mayor no ha perdido el interés en otras actividades o personas	X		X		X		
CA 1.46	Su familiar adulto mayor está menos interesado en otras personas o cosas	X		X		X		
CA 1.47	Su familiar adulto mayor ha perdido casi todo el interés en otras personas o cosas	X		X		X		
CA 1.48	Su familiar adulto mayor le es difícil interesarse en algo	X		X		X		
CA 1.49	Su familiar adulto mayor toma sus decisiones tan bien como siempre	X		X		X		

CA 1.50	A su familiar adulto mayor tomar decisiones le resulta más difícil que de costumbre	X		X		X		
CA 1.51	Su familiar adulto mayor encuentra mucha más dificultad que antes tomar decisiones	X		X		X		
CA 1.52	Su familiar adulto mayor tiene problemas para tomar cualquier decisión	X		X		X		
CA 1.53	Su familiar adulto mayor no se siente inútil	X		X		X		
CA 1.54	Su familiar adulto mayor no se considera tan valioso	X		X		X		
CA 1.55	Su familiar adulto mayor se siente menos valioso cuando se compara con otros	X		X		X		
CA 1.56	Su familiar adulto mayor siente que no vale nada	X		X		X		
CA 1.57	Su familiar adulto mayor no está más irritable que lo habitual	X		X		X		
CA 1.58	Su familiar adulto mayor está más irritable que lo habitual	X		X		X		
CA 1.59	Su familiar adulto mayor está mucho más irritable que lo habitual	X		X		X		
CA 1.60	Su familiar adulto mayor está irritable todo el tiempo	X		X		X		
	DIMENSIÓN / ÍTEMS	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
Nº	DIMENSIÓN 2: SOMÁTICO - CONDUCTUAL	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
SC 2.1	Su familiar adulto mayor tiene tanta energía como siempre	X		X		X		
SC 2.2	Su familiar adulto mayor tiene menos energía que la que solía tener	X		X		X		
SC 2.3	Su familiar adulto mayor no tiene suficiente energía para hacer demasiado.	X		X		X		
SC 2.4	. Su familiar adulto mayor no tiene suficiente energía para hacer nada	X		X		X		
SC 2.5	Su familiar adulto mayor no ha experimentado ningún cambio en sus hábitos de sueños	X		X		X		

SC 2.6	Su familiar adulto mayor duerme un poco más de lo habitual	X		X		X		
SC 2.7	Su familiar adulto mayor duermo un poco menos que lo habitual	X		X		X		
SC 2.8	Su familiar adulto mayor duerme mucho más que lo habitual	X		X		X		
SC 2.9	Su familiar adulto mayor duermo mucho menos que lo habitual	X		X		X		
SC 2.10	Su familiar adulto mayor duermo la mayor parte del día	X		X		X		
SC 2.11	Su familiar adulto mayor se despierta 1-2 horas más temprano y no puede volver a dormir	X		X		X		
SC 2.12	Su familiar adulto mayor no ha experimentado ningún cambio en su apetito	X		X		X		
SC 2.13	En su familiar adulto mayor su apetito es un poco menor que lo habitual	X		X		X		
SC 2.14	En su familiar adulto mayor su apetito es un poco mayor que lo habitual	X		X		X		
SC 2.15	En su familiar adulto mayor su apetito es mucho menor que antes	X		X		X		
SC 2.16	En su familiar adulto mayor su apetito es mucho mayor que antes	X		X		X		
SC 2.17	Su familiar adulto mayor no tiene apetito en lo absoluto	X		X		X		
SC 2.18	Su familiar adulto mayor quiere comer todo el tiempo	X		X		X		
SC 2.19	Su familiar adulto mayor puede concentrarse tan bien como siempre	X		X		X		
SC 2.20	Su familiar adulto mayor no puedo concentrarme tan bien como habitualmente	X		X		X		
SC 2.21	A su familiar adulto mayor le es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo	X		X		X		
SC 2.22	Su familiar adulto mayor encuentra que no puede concentrarse en nada	X		X		X		

SC 2.23	Su familiar adulto mayor no está más cansado o fatigado que lo habitual	X		X		X		
SC 2.24	Su familiar adulto mayor se fatiga o se cansa más fácilmente que lo habitual	X		X		X		
SC 2.25	Su familiar adulto mayor está demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer	X		X		X		
SC 2.26	Su familiar adulto mayor está demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer	X		X		X		
SC 2.27	En su familiar adulto mayor no se ha notado ningún cambio reciente en su interés por el sexo	X		X		X		
SC 2.28	Su familiar adulto mayor está menos interesado en el sexo que solía estarlo antes	X		X		X		
SC 2.29	Su familiar adulto mayor ahora está mucho menos interesado por el sexo	X		X		X		
SC 2.30	Su familiar adulto mayor ha perdido totalmente su interés por el sexo	X		X		X		

El presente instrumento es (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia, pero hay algunos términos que se deben modificar para uniformizarlos

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []


 Mág. Fredilberto Castro Rodríguez
 PSICÓLOGO
 C. Ps. P. 11345

Instrumento 1: Inventario de Depresión de Beck (DBI) II**Experto 3: Mg. Leonardo Luna Lorenzo****Inventario de Depresión de Beck(DBI)II dirigido a los adultos mayores con depresión del Hospital Regional Policial Chiclayo**

1. NOMBRE DEL JUEZ		LEONARDO LUNA LORENZO
2.	PROFESIÓN	Psicólogo
	GRADO ACADÉMICO	Magister
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	25 AÑOS
	CARGO	PSICOLOGO CLÍNICO Y DOCENTE UNIVERSITARIO
TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL REGIONAL POLICIAL CHICLAYO		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Oscar Arturo Rivadeneyra Díaz
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en psicología clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		21. Guía de entrevista () 22. Cuestionario (X) 23. Lista de Cotejo () 24. Diario de campo () 25. Ficha documental
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO		GENERAL: - Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual, cuyo objetivo es obtener información sobre la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo. OBJETIVOS ESPECIFICOS: - Diagnosticar la dimensión cognitivo - afectiva en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión somático – conductual en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (X) en “SÍ” si está de ACUERDO o en “NO” si está en DESACUERDO que los ítems tengan pertinencia , relevancia y claridad, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias

DIMENSIÓN / ÍTEMS		Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
Nº	DIMENSIÓN 1: COGNITIVO - AFECTIVA	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
CA 1.1	No me siento triste	X		X		X		
CA 1.2	Me siento triste gran parte del tiempo	X		X		X		
CA 1.3	Me siento triste todo el tiempo	X		X		X		
CA 1.4	Me siento tan triste o tan infeliz que no puedo soportarlo.	X		X		X		
CA 1.5	No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.	X		X		X		
CA 1.6	Me siento desanimado respecto al futuro.	X		X		X		
CA 1.7	Siento que no tengo que esperar nada.	X		X		X		
CA 1.8	Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán	X		X		X		
CA 1.9	No me siento fracasado	X		X		X		
CA 1.10	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.	X		X		X		
CA 1.11	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.	X		X		X		
CA 1.12	Me siento una persona totalmente fracasada	X		X		X		
CA 1.13	Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan	X		X		X		
CA 1.14	No disfruto de las cosas tanto como antes	X		X		X		
CA 1.15	Obtengo muy poco placer de las cosas de las que antes disfrutaba	X		X		X		
CA 1.16	No obtengo ningún placer de las cosas que antes disfrutaba	X		X		X		

CA 1.17	No me siento particularmente culpable	X		X		X		
CA 1.18	Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho	X		X		X		
CA 1.19	Me siento culpable en la mayor parte del tiempo	X		X		X		
CA 1.20	Me siento culpable todo el tiempo	X		X		X		
CA 1.21	No siento que estoy siendo castigado	X		X		X		
CA 1.22	Siento que tal vez pueda ser castigado	X		X		X		
CA 1.23	Espero ser castigado	X		X		X		
CA 1.24	Siento que estoy siendo castigado	X		X		X		
CA 1.25	Siento acerca de mí lo mismo que siempre	X		X		X		
CA 1.26	He perdido confianza en mí mismo	X		X		X		
CA 1.27	Estoy decepcionado conmigo mismo	X		X		X		
CA 1.28	No me gusta a mí mismo	X		X		X		
CA 1.29	No me critico ni me culpo más de lo habitual	X		X		X		
CA 1.30	Soy más crítico conmigo de lo que solía hacer	X		X		X		
CA 1.31	Me critico por todos mis defectos	X		X		X		
CA 1.32	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede	X		X		X		
CA 1.33	No tengo ningún pensamiento de matarme	X		X		X		
CA 1.34	He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.	X		X		X		
CA 1.35	Desearía matarme	X		X		X		
CA 1.36	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo	X		X		X		
CA 1.37	No lloro más de lo que solía hacerlo	X		X		X		

CA 1.38	Lloro más de lo que solía hacerlo	X		X		X		
CA 1.39	Lloro por cualquier cosa	X		X		X		
CA 1.40	Siento ganas de llorar , pero no puedo	X		X		X		
CA 1.41	No estoy más inquieto o tenso de lo habitual	X		X		X		
CA 1.42	Me siento más inquieta o tensa de lo habitual	X		X		X		
CA 1.43	Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto	X		X		X		
CA 1.44	Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo	X		X		X		
CA 1.45	No he perdido el interés en otras actividades o personas	X		X		X		
CA 1.46	Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas	X		X		X		
CA 1.47	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas	X		X		X		
CA 1.48	Me es difícil interesarme en algo	X		X		X		
CA 1.49	Tomo mis decisiones tan bien como siempre	X		X		X		
CA 1.50	Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre	X		X		X		
CA 1.51	Encuentro mucha más dificultad que antes tomar decisiones	X		X		X		
CA 1.52	Tengo problemas para tomar cualquier decisión	X		X		X		
CA 1.53	No me siento inútil	X		X		X		
CA 1.54	No me considero tan valioso	X		X		X		
CA 1.55	Me siento menos valioso cuando me comparo con otros	X		X		X		
CA 1.56	Siento que no valgo nada	X		X		X		
CA 1.57	No estoy más irritable que lo habitual	X		X		X		
CA 1.58	Estoy más irritable que lo habitual	X		X		X		
CA 1.59	Estoy mucho más irritable que lo habitual	X		X		X		

CA 1.60	Estoy irritable todo el tiempo	X		X		X		
	DIMENSIÓN / ÍTEMS	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
Nº	DIMENSIÓN 2: SOMÁTICO - CONDUCTUAL	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
SC 2.1	Tengo tanta energía como siempre	X		X		X		
SC 2.2	Tengo menos energía que la que solía tener	X		X		X		
SC 2.3	No tengo suficiente energía para hacer demasiado.	X		X		X		
SC 2.4	. No tengo suficiente energía para hacer nada	X		X		X		
SC 2.5	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueños	X		X		X		
SC 2.6	Duermo un poco más de lo habitual	X		X		X		
SC 2.7	Duermo un poco menos que lo habitual	X		X		X		
SC 2.8	Duermo mucho más que lo habitual	X		X		X		
SC 2.9	Duermo mucho menos que lo habitual	X		X		X		
SC 2.10	Duermo la mayor parte del día	X		X		X		
SC 2.11	Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir	X		X		X		
SC 2.12	No he experimentado ningún cambio en mi apetito	X		X		X		
SC 2.13	Mi apetito es un poco menor que lo habitual	X		X		X		
SC 2.14	Mi apetito es un poco mayor que lo habitual	X		X		X		
SC 2.15	Mi apetito es mucho menor que antes	X		X		X		
SC 2.16	Mi apetito es mucho mayor que antes	X		X		X		
SC 2.17	No tengo apetito en lo absoluto	X		X		X		
SC 2.18	Quiero comer todo el tiempo	X		X		X		
SC 2.19	Puedo concentrarme tan bien como siempre	X		X		X		

SC 2.20	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente	X		X		X		
SC 2.21	Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo	X		X		X		
SC 2.22	Encuentro que no puedo concentrarme en nada	X		X		X		
SC 2.23	No estoy más cansado o fatigado que lo habitual	X		X		X		
SC 2.24	Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual	X		X		X		
SC 2.25	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer	X		X		X		
SC 2.26	Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer	X		X		X		
SC 2.27	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	X		X		X		
SC 2.28	Estoy menos interesado en el sexo que solía estarlo antes	X		X		X		
SC 2.29	Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo	X		X		X		
SC 2.30	He perdido totalmente mi interés por el sexo	X		X		X		

El presente instrumento es (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia, pero hay algunos términos que se deben modificar para uniformizarlos

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []


**COLEGIO DE PSICÓLOGOS
DEL P.R. C.R. - VI**
Mg. Leidyara Luna Lorenza
PSICÓLOGO CLÍNICO EDUCATIVO
 C. P. P. 2018

Inventario de Depresión de Beck(DBI)II dirigido familiares de los adultos mayores con depresión del Hospital Regional Policial Chiclayo

1. NOMBRE DEL JUEZ		LEONARDO LUNA LORENZO
2.	PROFESIÓN	Psicólogo
	GRADO ACADÉMICO	Magister
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	25 AÑOS
	CARGO	PSICOLOGO CLÍNICO Y DOCENTE UNIVERSITARIO
TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL REGIONAL POLICIAL CHICLAYO		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Oscar Arturo Rivadeneyra Diaz
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en psicología clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		26. Guía de entrevista () 27. Cuestionario (X) 28. Lista de Cotejo () 29. Diario de campo () 30. Ficha documental
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO		GENERAL: - Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual, cuyo objetivo es obtener información sobre la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo. OBJETIVOS ESPECIFICOS: - Diagnosticar la dimensión cognitivo - afectiva en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión somático – conductual en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo.

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (X) en “SÍ” si está de ACUERDO o en “NO” si está en DESACUERDO que los ítems tengan pertinencia , relevancia y claridad, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias

DIMENSIÓN / ÍTEMS		Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
Nº	DIMENSIÓN 1: COGNITIVO - AFECTIVA	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
CA 1.1	Su familiar adulto mayor no me siento triste	X		X		X		
CA 1.2	Su familiar adulto mayor se siente triste gran parte del tiempo	X		X		X		
CA 1.3	Su familiar adulto mayor se siente triste todo el tiempo	X		X		X		
CA 1.4	Su familiar adulto mayor se siente tan triste o tan infeliz que no puedo soportarlo	X		X		X		
CA 1.5	Su familiar adulto mayor no se siente especialmente desanimado	X		X		X		
CA 1.6	Su familiar adulto mayor se siente desanimado respecto al futuro	X		X		X		
CA 1.7	Su familiar adulto mayor siente que no tiene que esperar nada	X		X		X		
CA 1.8	Su familiar adulto mayor siente que el futuro es desesperanzador y que las cosas no mejorarán	X		X		X		
CA 1.9	Su familiar adulto mayor no se siente fracasado	X		X		X		
CA 1.10	Su familiar adulto mayor cree que ha fracasado más que la mayoría de las personas.	X		X		X		
CA 1.11	Su familiar adulto mayor cuando mira hacia atrás, sólo ve fracaso tras fracaso.	X		X		X		
CA 1.12	Su familiar adulto mayor se siente una persona totalmente fracasada	X		X		X		
CA 1.13	Su familiar adulto mayor disfruta tanto como antes de las cosas que le gustan	X		X		X		
CA 1.14	Su familiar adulto mayor no disfruta de las cosas tanto como antes	X		X		X		

CA 1.15	Su familiar adulto mayor obtiene muy poco placer de las cosas de las que antes disfrutaba	X		X		X		
CA 1.16	Su familiar adulto mayor no obtiene ningún placer de las cosas que antes disfrutaba	X		X		X		
CA 1.17	Su familiar adulto mayor no se siente particularmente culpable	X		X		X		
CA 1.18	Su familiar adulto mayor se siente culpable respecto a varias cosas que ha hecho o que debería haber hecho	X		X		X		
CA 1.19	Su familiar adulto mayor se siente culpable la mayor parte del tiempo	X		X		X		
CA 1.20	Su familiar adulto mayor se siente culpable todo el tiempo	X		X		X		
CA 1.21	Su familiar adulto mayor no siente que está siendo castigado	X		X		X		
CA 1.22	Su familiar adulto mayor siente que tal vez pueda ser castigado	X		X		X		
CA 1.23	Su familiar adulto mayor espera ser castigado	X		X		X		
CA 1.24	Su familiar adulto mayor siento que está siendo castigado	X		X		X		
CA 1.25	Su familiar adulto mayor siente acerca de sí lo mismo que siempre	X		X		X		
CA 1.26	Su familiar adulto mayor ha perdido confianza en mí mismo	X		X		X		
CA 1.27	Su familiar adulto mayor está decepcionado conmigo mismo	X		X		X		
CA 1.28	Su familiar adulto mayor no se gusta a sí mismo	X		X		X		
CA 1.29	Su familiar adulto mayor no se critica ni se culpa más de lo habitual	X		X		X		
CA 1.30	Su familiar adulto mayor es más crítico consigo mismo	X		X		X		
CA 1.31	Su familiar adulto mayor se critica por todos sus defectos	X		X		X		
CA 1.32	Su familiar adulto mayor se culpa a sí mismo por todo lo malo que sucede	X		X		X		

CA 1.33	Su familiar adulto mayor no tiene ningún pensamiento de matarse	X		X		X		
CA 1.34	Su familiar adulto mayor ha tenido pensamientos de matarse, pero no lo haría.	X		X		X		
CA 1.35	Su familiar adulto mayor desearía matarse	X		X		X		
CA 1.36	Su familiar adulto mayor se mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo	X		X		X		
CA 1.37	Su familiar adulto mayor no llora más de lo que solía hacerlo	X		X		X		
CA 1.38	Su familiar adulto mayor llora más de lo que solía hacerlo	X		X		X		
CA 1.39	Su familiar adulto mayor llora por cualquier cosa	X		X		X		
CA 1.40	Su familiar adulto mayor siente ganas de llorar , pero no puede	X		X		X		
CA 1.41	Su familiar adulto mayor no está más inquieto o tenso de lo habitual	X		X		X		
CA 1.42	Su familiar adulto mayor se siente más inquieto o tenso de lo habitual	X		X		X		
CA 1.43	Su familiar adulto mayor está tan inquieto o agitado que le es difícil quedarse quieto	X		X		X		
CA 1.44	Su familiar adulto mayor está tan inquieto o agitado que tiene que estar siempre en movimiento o haciendo algo	X		X		X		
CA 1.45	Su familiar adulto mayor no ha perdido el interés en otras actividades o personas	X		X		X		
CA 1.46	Su familiar adulto mayor está menos interesado en otras personas o cosas	X		X		X		
CA 1.47	Su familiar adulto mayor ha perdido casi todo el interés en otras personas o cosas	X		X		X		
CA 1.48	Su familiar adulto mayor le es difícil interesarse en algo	X		X		X		
CA 1.49	Su familiar adulto mayor toma sus decisiones tan bien como siempre	X		X		X		

CA 1.50	A su familiar adulto mayor tomar decisiones le resulta más difícil que de costumbre	X		X		X		
CA 1.51	Su familiar adulto mayor encuentra mucha más dificultad que antes tomar decisiones	X		X		X		
CA 1.52	Su familiar adulto mayor tiene problemas para tomar cualquier decisión	X		X		X		
CA 1.53	Su familiar adulto mayor no se siente inútil	X		X		X		
CA 1.54	Su familiar adulto mayor no se considera tan valioso	X		X		X		
CA 1.55	Su familiar adulto mayor se siente menos valioso cuando se compara con otros	X		X		X		
CA 1.56	Su familiar adulto mayor siente que no vale nada	X		X		X		
CA 1.57	Su familiar adulto mayor no está más irritable que lo habitual	X		X		X		
CA 1.58	Su familiar adulto mayor está más irritable que lo habitual	X		X		X		
CA 1.59	Su familiar adulto mayor está mucho más irritable que lo habitual	X		X		X		
CA 1.60	Su familiar adulto mayor está irritable todo el tiempo	X		X		X		
	DIMENSIÓN / ÍTEMS	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
Nº	DIMENSIÓN 2: SOMÁTICO - CONDUCTUAL	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
SC 2.1	Su familiar adulto mayor tiene tanta energía como siempre	X		X		X		
SC 2.2	Su familiar adulto mayor tiene menos energía que la que solía tener	X		X		X		
SC 2.3	Su familiar adulto mayor no tiene suficiente energía para hacer demasiado.	X		X		X		
SC 2.4	. Su familiar adulto mayor no tiene suficiente energía para hacer nada	X		X		X		
SC 2.5	Su familiar adulto mayor no ha experimentado ningún cambio en sus hábitos de sueños	X		X		X		

SC 2.6	Su familiar adulto mayor duerme un poco más de lo habitual	X		X		X		
SC 2.7	Su familiar adulto mayor duermo un poco menos que lo habitual	X		X		X		
SC 2.8	Su familiar adulto mayor duerme mucho más que lo habitual	X		X		X		
SC 2.9	Su familiar adulto mayor duermo mucho menos que lo habitual	X		X		X		
SC 2.10	Su familiar adulto mayor duermo la mayor parte del día	X		X		X		
SC 2.11	Su familiar adulto mayor se despierta 1-2 horas más temprano y no puede volver a dormir	X		X		X		
SC 2.12	Su familiar adulto mayor no ha experimentado ningún cambio en su apetito	X		X		X		
SC 2.13	En su familiar adulto mayor su apetito es un poco menor que lo habitual	X		X		X		
SC 2.14	En su familiar adulto mayor su apetito es un poco mayor que lo habitual	X		X		X		
SC 2.15	En su familiar adulto mayor su apetito es mucho menor que antes	X		X		X		
SC 2.16	En su familiar adulto mayor su apetito es mucho mayor que antes	X		X		X		
SC 2.17	Su familiar adulto mayor no tiene apetito en lo absoluto	X		X		X		
SC 2.18	Su familiar adulto mayor quiere comer todo el tiempo	X		X		X		
SC 2.19	Su familiar adulto mayor puede concentrarse tan bien como siempre	X		X		X		
SC 2.20	Su familiar adulto mayor no puedo concentrarme tan bien como habitualmente	X		X		X		
SC 2.21	A su familiar adulto mayor le es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo	X		X		X		
SC 2.22	Su familiar adulto mayor encuentra que no puede concentrarse en nada	X		X		X		

SC 2.23	Su familiar adulto mayor no está más cansado o fatigado que lo habitual	X		X		X		
SC 2.24	Su familiar adulto mayor se fatiga o se cansa más fácilmente que lo habitual	X		X		X		
SC 2.25	Su familiar adulto mayor está demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer	X		X		X		
SC 2.26	Su familiar adulto mayor está demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer	X		X		X		
SC 2.27	En su familiar adulto mayor no se ha notado ningún cambio reciente en su interés por el sexo	X		X		X		
SC 2.28	Su familiar adulto mayor está menos interesado en el sexo que solía estarlo antes	X		X		X		
SC 2.29	Su familiar adulto mayor ahora está mucho menos interesado por el sexo	X		X		X		
SC 2.30	Su familiar adulto mayor ha perdido totalmente su interés por el sexo	X		X		X		

El presente instrumento es (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia, pero hay algunos términos que se deben modificar para uniformizarlos

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []



COLEGIO DE PSICOLOGOS
DEL PERU CBR - VI

Mg. Leidyara Luna Lora

PSICOLOGO CLINICO EDUCATIVO
C. P. P. 2018

Anexo 05: Carta de autorización

HOSPITAL REGIONAL POLICIAL CHICLAYO



“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

Chiclayo, 21 de diciembre 2022

A : CRNL SPNP JOSÉ MANUEL KOC MEDINA
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL POLICIAL CHICLAYO

DE : PS. OSCAR ARTURO RIVADENEYRA DIAZ

ASUNTO : AUTORIZACION DE INVESTIGACION

De mi mayor consideración:

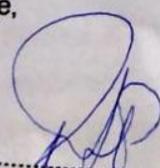
La presente es para saludarle cordialmente y al mismo tiempo solicitarle el permiso para realizar, en el Hospital Regional Policial Chiclayo del cual usted es director, una investigación con los adultos mayores con depresión y acuden al Hospital Regional Policial Chiclayo.

La investigación tiene por título "Estrategias cognitivo conductual para disminuir la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo", realizado con la finalidad de obtener el grado de Magister en Psicología Clínica. Dicho programa será evaluado por 3 profesionales expertos y contará con las siguientes etapas:

- Etapa I: Introducción y fundamentación
- Etapa II: Diagnóstico
- Etapa III: Planteamiento del objetivo general
- Etapa IV: Planeación estratégica
- Etapa V: Instrumentos
- Etapa VI: Evaluación

Sin otro particular, me despido de usted y reiterándole las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,


Lic. Oscar Arturo Rivadenebra Díaz
PSICÓLOGO
C.Ps.P. 33145

DNI: 42105346



Scanned by TapScanner



POLICIA NACIONAL DEL PERU
 DIRECCION DE SANIDAD POLICIAL
 II-MACRESAPOL LAMBAYEQUE
 HRP.CHICLAYO



EL COMANDANTE PNP JEFE DEL AREA DE RECURSOS HUMANOS DEL HOSPITAL REGIONAL POLICIAL CHICLAYO EXPIDE LA PRESENTE:

AUTORIZACION

Por intermedio de la presente se deja Constancia que, la persona de **OSCAR ARTURO RIVADENEYRA DIAZ**, Profesión Psicólogo, Identificado con DNI. 42105346, domiciliado Calle Fraternidad N° 1918 La Victoria, Teléf. 948463216, tiene **AUTORIZACIÓN** para realizar trabajo de investigación con Adultos Mayores con depresión y acuden al Hospital Regional Policial Chiclayo, en el tema "ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DEL HRP.CH" a llevarlo a cabo desde el 02ENE2023 JUNIO 2023, EN EL Horario de Mañana una vez por semana.

Chiclayo, 21 de diciembre del 2022


 OS - 294981 - O+
 JOSÉ MANUEL KOC MEDINA
 CRNL S PNP
 DIRECTOR DEL HRP - CHICLAYO




 OS - 179872
 Donato Jesús JAIMES VIDAL
 CMDTE. PNP
 JEFE. AREREHUM HRP.CH

Anexo 06: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución : Hospital Regional Policial Chiclayo



Investigador: Oscar Arturo Rivadeneyra Díaz

Título : **“Estrategia cognitivo conductual para disminuir la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo”**

Yo, José Manuel KOC MEDINA, identificado con DNI N° 095537339

DECLARO:

Haber sido informado de forma clara, precisa y suficiente sobre los fines y objetivos que busca la presente investigación **“Estrategia cognitivo conductual para disminuir la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo”**, así como en qué consiste mi participación.

Estos datos que yo otorgue serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad, manteniendo el anonimato de la información y la protección de datos desde los principios éticos de la investigación científica. Sobre estos datos me 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:

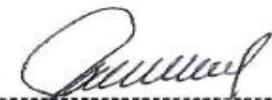
Objetivos General

Aplicar estrategias cognitivas conductuales para disminuir la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial de Chiclayo.

Objetivos Específicos

- Fundamentar teóricamente la dinámica del proceso cognitivo conductual y su evolución histórica.
- Determinar los niveles de depresión en los Adultos Mayores del Hospital Regional Policial de Chiclayo .
- Elaborar el programa cognitivo conductual para disminuir la depresión en los adultos mayores del Hospital Regional Policial de Chiclayo
- Validar los resultados de la investigación mediante un pre – experimento.

Chiclayo 22 de Diciembre del 2023.



OS - 294981 - O+
JOSÉ MANUEL KOC MEDINA
CRNL S PNP
D. RECTOR DEL HRP - CHICLAYO

Anexo 07: Evidencias de la aplicación de investigación

Fotografía con la directora del Programa de Atención Integral Etapa de Vida Adulto Mayor Región De Salud – Hospital Regional Policial Chiclayo, Lic. Cmdt. Bety Girón Sánchez, en la etapa de coordinación de actividades previas a la aplicación del programa.



En la imagen se observa la organización de los adultos mayores ante del la evaluaciòn



En la imagen se observa el inicio de la evaluación a los adultos mayores



En la imagen se aprecia la evaluación realizada a los familiares de los adultos mayores

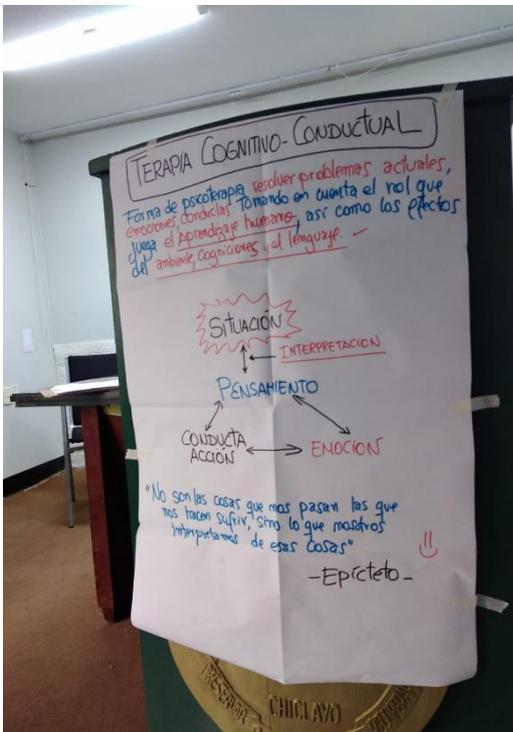


Sesiones realizadas con los adultos mayores del Hospital Regional Policial Chiclayo

Sesión 1



Sesión 2





Sesión 3



Sesión 4



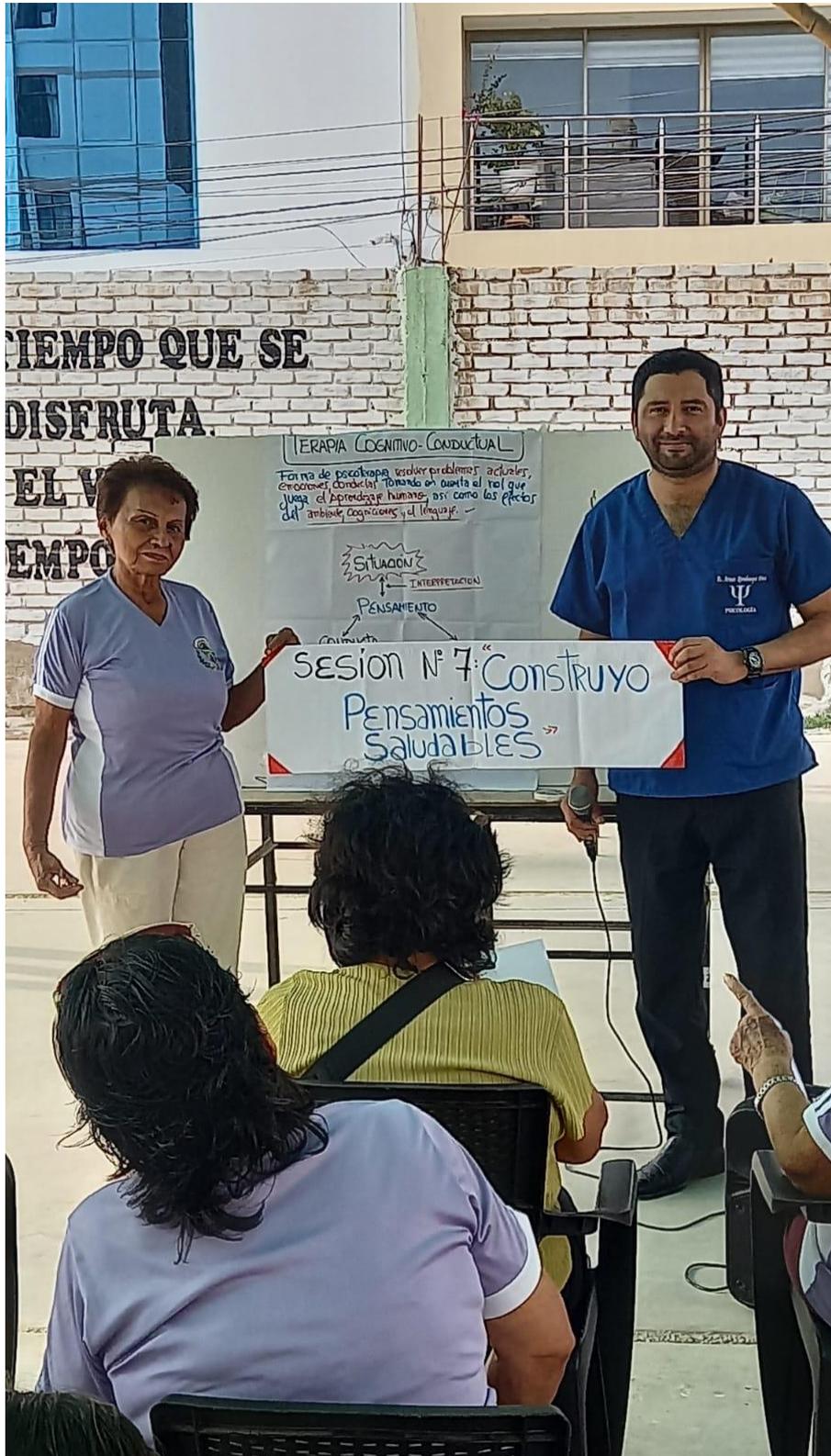
Sesión 5



Sesión 6



Sesión 7



Sesión 8



Sesión 9



Sesión 10



Sesión 11



Sesión 12



Anexo 08: Acta de Originalidad



ACTA DE ORIGINALIDAD DE INFORME DE TESIS

Yo, ALFREDO CARLOS MANUEL RENDON ALVARADO, docente de la Escuela de Posgrado - USS y revisor de la investigación aprobada mediante Resolución N° 462-2023/EPG-USS, del estudiante RIVADENEYRA DIAZ OSCAR ARTURO, titulada “ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL REGIONAL POLICIAL CHICLAYO” de la Maestría EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Puedo constar que la misma tiene un índice de similitud del 14%, 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°221-2019/ PD-USS de la Universidad Señor de Sipán.

CHICLAYO, 05 DE DICIEMBRE DE 2023


MS. ALFREDO CARLOS MANUEL RENDON ALVARADO
DNI N° 70083765