

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

La depresión en pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique
Rebuschini en el distrito de Surquillo, periodo 2019

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología

Presentado por:

Autora: Bachiller Giannina Rodríguez Quispe

Lima-Perú

2019

Dedicatoria

A mis padres por darme la vida, por formarme una mujer valiente y luchadora, me enseñaron nunca dejar mis sueños, aunque no están a mi lado, pero siempre rezan por mí, a mis hermanos, amigos del trabajo que me enseñaron a perseverar en las dificultades de mi carrera a seguir adelante y por su gran ayuda con los horarios del trabajo cubriéndome los turnos para seguir estudiando.

Agradecimiento

Quiero comenzar la redacción de esta tesis, manifestando mi agradecimiento a todas las personas que me han ayudado en su elaboración. Para su realización he tenido que entrevistar a los pacientes oncológicos geriátricos; a todos ellos, por el tiempo que me han dedicado, también agradezco a mi asesora Mg. Anabel Rojas, y su gran colaboración a mi amigo el Lic. Josue Azabache quien ha sido impredecible para la realización de esta investigación. En especial a mi familia y amigos agradezco inmensamente por su apoyo incondicional.

Presentación

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento de las normas de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según la Directiva N°003-FPs y TS-2019, me es grato poder presentar mi trabajo de investigación titulado “La depresión en pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo –periodo 2019”, bajo la modalidad de TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA para obtener el título profesional de licenciada.

Es por tal motivo que señores miembros del jurado, espero que mi tema de investigación sea de su agrado y aceptación logrando así cumplir con todas las expectativas y desarrollo del tema con el único fin de brindar un apoyo al término de este.

Atentamente.

Giannina Rodríguez Quispe

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Presentación	iv
Índice	v
Índice de tablas	viii
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	12
CAPITULO I	14
Planteamiento Del Problema	14
1.1 Descripción de la realidad problemática	14
1.2 Formulación del problema	18
1.2.1 Problema primario	18
1.2.2 Problemas secundarios	18
1.3 Objetivos	19
1.3.1 Objetivo general	19
1.3.2 Objetivos específicos	19
1.4 Justificación e importancia	19
CAPÍTULO II	22
MARCO TEÓRICO	22
2.1 Antecedentes del Problema	22
2.1.1. Antecedentes Internacionales	22
2.1.2 Antecedentes Nacionales	24
2.2. Bases teóricas	26
2.2.1 Conceptualización de la Depresión	26
2.2.2 Características de las personas con depresión	27

2.2.3 Tipos de depresión	29
2.2.4 Teorías relacionadas a la depresión	30
2.2.5 Clasificación de la depresión según criterios diagnósticos	37
2.3 Definiciones Conceptuales	39
CAPITULO III	41
Metodología de la investigación	41
3.1. Tipo de la investigación	41
3.2. Diseño de la investigación	41
3.3. Población y muestra	42
3.3.1. Población	42
3.3.2. Muestra	42
3.4. Identificación de la variable y su Operacionalización	43
3.5. Técnicas e instrumentos de evaluación	45
CAPITULO IV	47
PRESENTACIÓN Y PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	47
4.1. Presentación de resultados de datos generales	47
4.2. Presentación de resultados de datos específicos	51
4.3 Procesamiento de los Resultados	55
4.4 Discusión de los Resultados	55
4.5. Conclusiones	56
4.6. Recomendaciones	57
CAPITULO V	59
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	59
5.1. Denominación del programa	59
5.2. Justificación del programa	59
5.3 Objetivo General	60
5.3.1 Objetivo Específicos	60

5.4 Sector	60
5.5 Establecimiento de conductas problema/ meta	60
5.6 Metodología de la intervención	62
5.7 Instrumentos/material a utilizar	62
5.8 Actividades	63
Referencias Bibliográficos	74
Anexos	77
Anexo 1. Matriz de Consistencia	78
Anexo 2. Cuestionario de la escala de Yesavage	79
Anexo 3. Fotografías de la muestra	81
Anexo 4. Carta de presentación	82
Anexo 5. Anexos del programa	83

Índice de tablas

Tabla 1. Operacionalización de la variable	44
Tabla 2. Baremo de interpretacion de la variable	45
Tabla 3 . Datos sociodemográficos de los pacientes adultos mayores oncológicos, según la edad.	47
Tabla 4. Datos sociodemográficos de pacientes adultos mayores oncológicos, según el sexo.	48
Tabla 5. Datos sociodemográficos de pacientes adultos mayores oncológicos, según años de tratamiento	49
Tabla 6. Datos sociodemográficos de pacientes adultos mayores, según grado de instrucción	50
Tabla 7. Nivel de depresión total de pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo.	51
Tabla 8. Nivel de depresión según la dimensión cognitiva	52
Tabla 9. Nivel de depresión según la dimensión Física-Conductual	53
Tabla 10. Nivel de depresión según la dimensión Afectivo-Emocional	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tipos de depresión según CIE 10	30
Figura 2. Terapia cognitiva según Aaron Beck	31
Figura 3. Características de los pensamientos distorsionados	32
Figura 4. Teoría Psicodinámica de la depresión	35
Figura 5. Dimensiones de la depresión	39
Figura 6. Diseño de la investigación	41
Figura 7. Datos sociodemográficos de los pacientes adultos mayores oncológicos, según la edad.	47
Figura 8. Datos sociodemográficos de los pacientes adultos mayores oncológicos, según el sexo.	48
Figura 9. Datos sociodemográficos de pacientes adultos mayores oncológicos, según años de tratamiento	49
Figura 10. Datos sociodemográficos de pacientes adultos mayores, según grado de instrucción	50
Figura 11. Nivel de depresión total de pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo.	51
Figura 12. Nivel de depresión según la dimensión Cognitiva de pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo.	52
Figura 13. Nivel de depresión según de la dimensión Física-Conductual de pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo.	53
Figura 14. Nivel de depresión de según la dimensión Afectivo-Emocional de pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo.	54

RESUMEN

La investigación presente tiene como objetivo general el nivel de Depresión en los pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo, durante el periodo 2019. Dicho estudio corresponde a un estudio de tipo descriptivo con un enfoque cuantitativo; con un diseño utilizado de tipo no experimental de corte transversal. La población de los participantes en este estudio fue conformada por 40 adultos mayores oncológicos pertenecientes a la casa hogar Beato Enrique de Surquillo, cuenta con una muestra de tipo censal.

Se utilizó como instrumento la escala de depresión Geriátrica de Jerome Yesavage adaptada para Lima metropolitana por Aida Delgado Delaunde. Los resultados de la muestra señalan que •El 60% de los pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini, posee un “Nivel moderado” de depresión. En la dimensión cognitiva, el 55% de los adultos mayores oncológicos posee un nivel “Depresión moderada”. En la dimensión física-conductual, el 48% de los adultos mayores oncológicos presentan un nivel de “Depresión moderada”. En la dimensión Afectiva-emocional, el 48% de los adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini, presentan un nivel de “Depresión moderada”. Concluyéndose que la muestra tiene una susceptibilidad grande para enfrentar la depresión.

Palabras Claves: Depresión, adultos mayores, problemas de dormir, geriátricos

ABSTRACT

The present research has as a general objective the level of Depression in elderly oncological patients of the home of Blessed Enrique Rebuschini in the district of Surquillo, during the period 2019. This study corresponds to a descriptive study with a quantitative approach; with a design used of non-experimental type of cross section. The population of the participants in this study was composed of 40 older oncological adults belonging to the Beato Enrique de Surquillo home, with a sample of census type.

The Geriatric depression scale of Jerome Yesavage adapted for metropolitan Lima by Aida Delgado Delaunde was used as an instrument. The results of the sample indicate that • 60% of elderly oncological patients of the home of Blessed Enrique Rebuschini, have a "moderate level" of depression. In the cognitive dimension, 55% of elderly cancer patients have a "moderate depression" level. In the physical-behavioral dimension, 48% of the elderly cancer patients present a level of "moderate depression". In the Affective-emotional dimension, 48% of the elderly oncology of the home of Blessed Enrique Rebuschini, present a level of "moderate depression". Concluding that the sample has a large susceptibility to face depression.

Keywords: Depression, older adults, sleep problems, geriatric.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de nuestra vida hemos experimentado muchas emociones de carga negativa, a causa de distintas situaciones que nos han permitido reaccionar de distintas maneras, y muchas de estas reacciones nos han dejado experiencias desagradables e incómodas, eventos que surgen espontáneamente o que planeamos para que nos resulte de la manera más apropiada, o que llegue a impresionar a esa persona que deseamos cautivar, o muchas veces por conseguir una alta calificación o por posicionarnos en un buen trabajo. Estas distintas situaciones llevan a generarnos falsas expectativas de lo que podría ocurrir, aunque muchas veces no sepamos a detalle lo que pueda resultar al actuar de cualquier manera, siempre tenemos en mente que podremos manejarlo de la mejor manera posible, sin embargo cuando nos topamos con una situación inesperada que supera a toda experiencia vivida, o simplemente que llega a perturbarnos, esto llega a provocarnos una tendencia a sufrir cambios notables que cambian nuestra emociones de un estado neutro a un estado decaído, y que dichas experiencias negativas nos puede llevar a sentirnos reprimidos ante ciertas cosas, transmitiendo muchas veces dicha emoción hacia los que nos rodean, en nuestras relaciones interpersonales.

Muchas de estas experiencias negativas pueden llegar a marcarnos profundamente, sobre todo cuando llega a producirnos diversas decepciones ante expectativas que nosotros mismos ideamos, y cuanto más profunda es la experiencia a la que hemos estado expuesto, más se puede hablar sobre depresión. Muchas veces sin importar la edad, los síntomas de una depresión pueden ser notables, sin embargo, es en los adultos y los adultos mayores dónde la depresión llega a ser una de las afecciones más importantes y cotidianas que logra perturbar nuestro ambiente, y con ello muchas de nuestras relaciones. En la adultez mayor, se presentan muchas inconvenientes en la

salud, en las relaciones familiares, y sociales, a veces con mucho tiempo libre y sin nada útil por hacer, u otras veces olvidado por sus familiares más cercanos, o padeciendo alguna enfermedad que afecte su vida y la percepción que tiene en todo a los demás, es por ello que entre los dolores y la lentitud cognitiva que pueden padecer la depresión llega a ser de mayor gravedad, y la preparación hacia la muerte puede ser muy difícil.

La depresión no es algo nuevo y jamás será un problema menor, en muchas sociedades y culturas se presentan como uno de los problemas más populares y que va en aumento, y sus causas pueden variar y a veces pueden ser causadas por simplemente algún pensamiento irracional mínimo o alguna autosugestión de algún evento que nos genere angustia o ansiedad, y en algunos casos una vez superada la depresión, logramos entender que somos capaces de enfrentarnos ante los problemas con mayor fortaleza, y que hay una oportunidad siempre esperando por nosotros.

La motivación para realizar diversas actividades es la que principalmente se ve afectada cuando se llega a padecer de depresión, Tanto en nuestro ánimo para mantener nuestras relaciones y los lazos afectivos, o inclusive afecta nuestras rutinas entre hacer ejercicio, realizar tareas domésticas, e incluso llegar a quitarnos el apetito o nuestro cuidado personal. Por esta y muchas otras razones, el estudio de la depresión siempre debe mantenerse en constante investigación y desarrollo en todas las áreas del ser humano; por lo que se opta por investigar en el recinto casa hogar beato Enrique Rebuschini en el distrito de surquillo

La tesista.

CAPITULO I

Planteamiento Del Problema

1.1 Descripción de la realidad problemática

La depresión es un trastorno de la Salud Mental que conforme va pasando el tiempo, afecta cada vez más a diferentes personas, generando diversas dificultades de gran magnitud en la vida diaria tanto de hombres como mujeres.

Según la OMS (2018), la depresión es una patología que perjudica a muchas personas en el mundo, afectando en la actualidad a más de 300 millones de personas en todo el mundo. Esto limita mucho las actividades de cada individuo, y si no es tratado a tiempo puede derivar en problemas de salud serios, puesto que cuando la depresión se vuelve duradera o es intensa, compromete la vida personal, escolar, familiar o laboral, y en muchos casos llevar al suicidio. Se estima que aproximadamente 800 000 personas se suicidan cada año, identificándose más vulnerable, como causa de la depresión, al grupo etario ente 15 y 29 años.

Según la OPS (2017) se calcula que alrededor de 50 millones de personas de los países de la Región de las Américas convive con la depresión, diferenciándose en más del 17% del último estudio realizado en el 2005, esta publicación fue dada en el marco del Día mundial de la Salud. Por lo que respecta a este sondeo, la directora general de la OMS, se pronunció, haciendo un llamado de atención, sobre los enfoques de la salud mental en diferentes países, debido a que no se está tratando con la urgencia necesaria.

Asimismo, la directora general de la OPS, resaltó los estigmas asociados con la depresión, como lo son: los prejuicios y la discriminación, por la cual señalo la necesidad de tomar acciones para fomentar el cuidado de la Salud Mental, principalmente por la necesidad de inversión en cuanto a la salud mental, ya que la misma es insuficiente o nula; debido a que en muchos países no hay o hay muy poca inversión, donde solo el 3% del presupuesto en salud, es de destinado a la salud mental, inclusive en aquellos países de la Región de las Américas que cuentan con ingresos altos, esto varia a solo el 5%, donde se estima que solo el 50% de las personas que cuenta con depresión recibe tratamiento a sus problemas. (OPS, 2017)

Aunado a esto, la OMS (2018) expresa que, de acuerdo al número y la intensidad de síntomas, los episodios de depresión se pueden clasificar como graves, moderados o leves; en este sentido, se ha podido distinguir que la cronicidad de la depresión exteriorizarse en dos tipos de trastorno: el trastorno depresivo recurrente y el trastorno afectivo Bipolar.

Por otro lado, se ha demostrado que, entre los factores contribuyentes a la depresión, se encuentran los factores sociales, psicológicos y biológicos; dado que quienes han pasado por muchas circunstancias vitales adversas, tienen mayor probabilidad de desarrollar la depresión y sus consecuencias a nivel físico y mental. OMS (2018)

Por lo que se refiere al cáncer, la OMS (2018) en sus registros en datos y cifras, evidencia que esta es la segunda causa de muerte en el mundo, pues esta para el 2015 ha

ocasionado 8.8 millones de defunciones, siendo 1 de cada 6 muertes a cada de esta enfermedad; considerando que cerca de un tercio de las muertes por cáncer se debe a 5 circunstancias principales factores de riesgo conductuales y dietéticos, como el: Índice de masa Corporal elevado, poca ingesta de verduras y frutas, poca actividad física, consumo de tabaco y alcohol.

Lo más relevante de estos factores, es que el tabaquismo es el principal factor de riesgo para el cáncer, ocasionando alrededor del 22% de las muertes por cáncer, mientras que el 15% de los casos de cáncer, se debe atribuye a infecciones tale como el virus del papiloma, los virus de hepatitis B y C y el virus de Epstein-Barr. (OMS, 2018)

El Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano (2013) afirma que a partir de 3 estudios, donde se involucraron a 2.1274 participantes, encontraron que el 11,6% señalaban depresión leve y el 4% depresión moderada a severa; concluyendo que la ansiedad, es el factor que más se asocia con la depresión, siendo el nivel alto relacionado al intento de suicidio en el último año, percepción negativa de la salud y mala cohesión familiar; y el nivel medio, intento de suicido en toda la vida y poca satisfacción con logros personales.

El MINSA (2005) señala que las mujeres adultas con mayores responsabilidades en la vida diaria tienen una mayor predisposición a la depresión, puesto que las responsabilidades como el ser ama de casa, el cuidado de los niños, la administración del presupuesto de la casa hace que muchas mujeres se abrumen por la cantidad de actividades. Así pues se ha identificado que muchas mujeres tienen riesgo a deprimirse

después del nacimiento de un bebé, puesto que se juntan los cambios hormonales y físicos, con la responsabilidad del bebé, conduciendo a una depresión post parto; del mismo modo un hombre tiene menor probabilidad de sufrir de depresión respecto a la mujer según estadísticas, puesto que tienden a ser más reacios a admitir si lo padece, por lo que se enmascara los síntomas, la depresión permanece oculta y los riesgos autodestructivos aumentan

El MINSA (2007) en su informe general señala según los estudios epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado en salud mental durante el periodo 2002-2007 señala que el episodio depresivo es el trastorno más frecuente en adolescentes, donde el 8,6% se presente con mayor frecuencia en Lima; el 5,7% en la Sierra, el 4,7% en la Selva, el 4,2% en las zonas fronterizas y el 4,4% en la Costa.

Según El Comercio (2018) la depresión es el eslabón final de la cadena de depresión, por lo que se calcula que alrededor de 600 mil limeños padecen de depresión y solo el 35% es consciente de esta enfermedad, el psiquiatra Humberto Castillo señala que según los últimos sondeos realizados a nivel nacional, se estima que aproximadamente el 35% de peruanos presenta un cuadro severo, además de que solo un 25% es atendido, por lo que un 75% convive con la enfermedad sin recibir la atención oportuna.

Con respecto a la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo, es un albergue que recibe a pacientes oncológicos de diferentes lugares del Perú,

principalmente aquellos que se atienden en el Hospital Neoplásicas, a los que se les brinda apoyo necesario en cuanto a la subvención de medicinas, apoyo con los tratamientos, y a establecerse en un lugar con las condiciones básicas para poder enfrentar el contexto que implica este padecimiento, dado que en su mayoría son pacientes de nivel económico bajo. De parte de los pacientes que permanecen en recinto, muchos de ellos se encuentran afrontando tratamientos muy agresivos, se encuentran solos en la ciudad, batallan ante la esperanza que le produce la enfermedad y tienen otro tipo de malestares propios de la enfermedad y las consecuencias emocionales que este implica, para lo cual buscan mediante las actividades ocupacionales y talleres que esporádicamente brinda la casa de reposo sobreponerse a lo mencionado anteriormente.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema primario

¿Cuál es el nivel de depresión en los pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo –periodo 2019?

1.2.2 Problemas secundarios

¿Cuál es el nivel de depresión, según la dimensión cognitiva, en pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo –periodo 2019?

¿Cuál es el nivel de depresión, según la dimensión física conductual, en pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo –periodo 2019?

¿Cuál es el nivel de depresión, según la dimensión afectiva emocional, en pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo –periodo 2019?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar el nivel de depresión en los pacientes oncológicos adultos mayores de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo –periodo 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar el nivel de depresión, según la dimensión cognitiva, en pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo –periodo 2019.

Identificar el nivel de depresión, según la dimensión física conductual, en pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo –periodo 2019.

Identificar nivel de depresión, según la dimensión afectiva emocional, en pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo –periodo 2019.

1.4 Justificación e importancia

La depresión es una patología en el estado de ánimo de las personas, la cual puede manifestarse por un tiempo breve o prolongado, comprometiendo las actividades del

individuo en muchas áreas. Ante esta situación, el presente estudio, pretende beneficiar al centro, en el marco de una psicología basada en la prevención, puesto que el descubrimiento de algunos componentes subyacentes a la depresión en el trabajo diario con pacientes oncológicos, permitirá elaborar estrategias para prevenir complicaciones en la calidad de vida de los huéspedes que estos momentos permanecen ahí, o de futuros huéspedes que se sumen con el tiempo; razón por la cual la descripción de esta realidad, será muy sustanciosa para el desarrollo de las mismas estrategias por parte de las autoridades de este recinto, debido a que estos registros permitirán tener en consideración aquellas circunstancias prioritarias.

El estudio permitirá establecer un precedente en futuras investigaciones respecto a la oncología, dado que el mismo representa una exploración actual; la cual permitirá verificar si la incidencia de la depresión en esta población ha aumentado o se ha contrarrestado en lo que respecta a años anteriores, puesto que esta población es vulnerable a cambios en su salud emocional, debido a las complicaciones que acarrear las enfermedades oncológicas.

Desde el punto de vista teórico, la investigación reúne un sólido sustento teórico, mismo que será beneficioso para convertirse en fuente de consulta para otros investigadores, debido a que la compilación de los modelos, enfoques, teorías e interpretaciones que prevalecen en este estudio representan un gran aporte teórico científico.

Desde el punto de vista práctico, este trabajo beneficiara a los pacientes oncológicos del presente estudio porque permitirá intervenir favorablemente en este

albergue, mediante un programa de intervención diseñado, para mejorar aquellos elementos adversos que puedan hallarse en este estudio.

Desde el punto de vista metodológico, las técnicas, procedimientos estadísticos e instrumento utilizado, componen un aporte valioso, puesto la validez y confiabilidad, del instrumento empleado constituye un aporte metodológico para otras personas que ingresan al mundo de la investigación.

Estos son los motivos que gobiernan el accionar de la investigación, y la importancia de poner atención al mismo, para lo cual se clasificara objetivamente los resultados obtenidos, respetándose toda información encontrada, así como los principios establecidos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Problema

Por lo que respecta a trabajos que preceden a esta investigación, las investigaciones en cuanto al ámbito internacional y nacional relacionadas a la variable de depresión son las siguientes:

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Durand, Martínez, Gutiérrez, Aguilar y Guevara. (2015) en su estudio titulado “Peso corporal y depresión en adultos mayores de comunidad urbano marginal en México – Tamaulipas”. Tuvo como objetivo identificar la asociación entre el peso corporal y la depresión en el adulto mayor; el estudio fue de tipo descriptivo y correlacional, y la muestra fue de 252 adultos mayores a partir de los 60 años. Para ello se utilizó la escala de depresión Geriátrica de Yesavage. Los resultados evidenciaron que el 34,1% de los adultos mayores posee depresión moderada. Concluyéndose que los adultos mayores de la comunidad urbano marginal de México poseen una predisposición al caer en este cuadro clínico.

Fernández, Gonzales, Guzmán, y Nazly (2016) realizó un estudio denominado “Prevalencia de depresión en el adulto mayor en los centros de vida en Cartagena”. El objetivo de la investigación fue determinar la prevalencia de la depresión en adultos mayores. El estudio fue de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo. La muestra estuvo compuesta por 398 adultos mayores, siendo los instrumentos utilizados: La escala de depresión Geriátrica de Yesavage y el Mini mental de Folstein. Los resultados mostraron que el 92% de los adultos no presentaron depresión, el 7,7% obtuvo un nivel

de depresión leve y el 1% depresión severa. Concluyéndose que esto se da porque la mayoría de adultos mayores no cuenta con sentimientos negativos hacia la vida y sobre si mismos.

Mosquera y Saldaña (2017) realizaron una investigación denominada “Niveles de depresión e adultos mayores de un centro geriátrico de la ciudad de Cuenca”. La investigación tenía como objetivo establecer los niveles de depresión en los adultos mayores de un centro geriátrico de la ciudad. La investigación fue de corte cuantitativo, donde el instrumento utilizado fue la escala de Yesavage, donde la muestra estuvo conformada por 21 mujeres y 11 varones de edades entre los 67 y 90 años. Los resultados mostraron que el 53,3% no presentaron depresión, el 43,3% presento depresión moderada o grave y el 3,3% depresión severa. Concluyéndose que la buena autopercepción de los ancianos, repercute positivamente ante las circunstancias negativas que puedan acontecer en la vida de los evaluados.

Llanes, López y Aguilar (2015) en su investigación “Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor”. El objetivo de la investigación fue identificar aquellos factores psicosociales que repercuten en la depresión del adulto mayor. El enfoque de la investigación fue de tipo cuantitativo, siendo el diseño descriptivo-transversal. El instrumento utilizado fue el cuestionario realizado por Yesavage, siendo la población conformada por 146 adultos. Los resultados mostraron que el 64,38% contaba con depresión. Concluyéndose que son múltiples los factores psicosociales de la depresión en el adulto mayor combinándose los factores psicológicos y sociales que están presentes en diferentes aspectos de su vida.

Suárez, (2015) realizó un estudio denominado “Características sociodemográficas y la depresión en el adulto mayor a partir de la encuesta nacional de demografía y salud”. El objetivo de la investigación fue analizar la correlación entre la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor, de acuerdo a las variables sociodemográficas. El enfoque fue de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo y transversal, la técnica fue: El cuestionario Geriátrico de Yesavage. La población estuvo compuesta por 17,574 adultos mayores. Los resultados mostraron que el 50% presenta un nivel de depresión leve. Concluyéndose que la depresión manifestada en esta muestra, se encuentra relacionada a aspectos sociodemográficos y el entorno donde se encuentran.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Ibáñez (2015) realizó un estudio denominado “Prevalencia y factores relacionados con la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza enero- febrero “. La cual tuvo como objetivo establecer la prevalencia del nivel de depresión y la relación de algunos factores con la depresión en pacientes geriátricos del servicio de medicina interna del Hospital regional Honorio Delgado de adultos mayores de 60 años a más. El tipo de estudio fue de tipo cuantitativo, de tipo observacional, prospectivo y transversal. El instrumento utilizado fue la escala de depresión geriátrica Yesavage. Los resultados mostraron que hay una prevalencia de 61,5% de depresión, concluyéndose la existencia de la mismas en la muestra de estudio.

Licas (2014) realizó la investigación titulada “Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M-V.M. T 2014”. El objetivo fue determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que acuden al centro de

atención integral del adulto mayor, el estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 73 adultos mayores, el instrumento empleado fue la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Los resultados evidenciaron que el 58% tiene depresión leve, el 23% no tiene depresión y solo el 19% depresión severa. Se concluyó que los adultos mayores con instrucción primaria que asisten al centro presentan depresión leve y en menor porcentaje depresión severa.

Casas (2017) realizó un estudio titulado “Niveles de depresión en pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla – Alta” el objetivo fue determinar los niveles de depresión en adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta, la investigación fue de enfoque cuantitativo descriptivo, de tipo transversal. El instrumento utilizado fue la escala geriátrica de Yesavage, la muestra fue de 41 adultos mayores. En cuanto a los resultados el 41% no tiene depresión, mientras que el 49% tiene nivel moderado y finalmente el 10% tiene nivel severo de depresión. En cuanto a las dimensiones se observó que la dimensión conductual y afectiva, obtuvieron niveles altos con 42% y 74% respectivamente, en tanto la dimensión cognitiva presentó un nivel moderado 39% respectivamente.

Arellano. (2017) realizó un estudio titulado “Nivel de depresión en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi centro poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto – Moquegua”. El objetivo fue determinar el nivel de depresión en la casa del adulto mayor Tayta Wasi del centro poblado de San Francisco provincia Mariscal Nieto - Moquegua, durante el año del 2017. La investigación fue de tipo descriptivo transversal, y la muestra estuvo conformada por 30 adultos mayores. El instrumento utilizado fue la

escala Geriátrica de Yesavage. Los resultados encontrados fueron que el 96,7% de la población cuenta con un nivel de depresión moderado.

Pérez (2017) realizó un estudio titulado “Nivel de depresión en los adultos mayores del grupo de beneficiarios de la Asociación Caridades San Vicente” el objetivo fue determinar el estado de depresión de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de la Asociación de Caridades San Vicente. la población estuvo conformada por 168 adultos mayores que son beneficiarios de la misma. El instrumento utilizado fue la escala de depresión geriátrica de Yesavage, y el estudio fue de tipo descriptivo y transversal. Los resultados mostraron que el 79% posee un nivel de depresión leve, concluyéndose que la mayoría de adultos mayores de la Asociación De Caridades San Vicente de Lima, presentan depresión leve existiendo un grupo menor con depresión severa.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Conceptualización de la Depresión

Según Beck la depresión en gran medida es el resultado de las ideas erróneas de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar un individuo (Vázquez y Muñoz, 2000)

Lacalle (1990) afirma que los efectos de la depresión se experimentan en lo físico, en lo emocional y en lo mental; y puede describirse como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. Y puede acontecer tanto en Adultos Adolescentes y adultos mayores.

Schwab (1995) afirmó plantea que palabra depresión proviene del término latino “depression” que, a su vez, procede de “depres sus” que significa abatido o derribado, es decir que la persona que presenta depresión es a causa de los problemas que pasa en un momento determinado y se ve reflejado en la tristeza considerado como un primer signo.

De acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades la depresión, los episodios depresivos pueden ser leves, moderados o graves, donde el individuo sufre alteraciones en el estado de ánimo, presentando reducción en la energía y apatía por la realización de actividades comunes. Se ven afectados aspectos físicos cognitivos y emocionales, entre las manifestaciones de episodios depresivos más comunes tenemos: Disminución de la atención y concentración, Pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, sentimientos de culpa, perspectiva negativa de la vida, pensamientos suicidas, trastornos en el sueño y pérdida del apetito. (Casas, 2017)

2.2.2 Características de las personas con depresión

Según Preston (2002) aquellas personas depresivas tienden a manifestar algunas conductas predecibles que se pueden exteriorizar de la siguiente manera.

1. **Tienen baja autoestima:** Las personas se sienten tristes, solos, en ocasiones hasta la compañía les molesta. Con frecuencia éstos son los síntomas que más dañan y los que son más obvios. Otros sentimientos relacionados pueden incluir las sensaciones de vacío, de estar abrumado, la melancolía y la decepción. Los aspectos físicos de este síntoma son pesadez, especialmente en la boca del estómago y textualmente referido como “dolor de corazón”.
2. **Impresión negativa de sí mismos:** Las personas tienen una falta de confianza y odio a uno mismo, se sienten poco valoradas, no se sienten dignas de recibir

afecto de los demás. Apatía: La persona muestra una falta de interés en las actividades que antes les gustaba, ya nada los motiva. Se presenta la falta de motivación para realizar las cosas; el retiro de la vida social, decadencia en el nivel de actividad y/o la restricción de las actividades vitales.

3. **Problemas personales:** Muchas personas están frustradas y acumulan todos sus problemas, luego son una olla a presión. Cuando una persona se siente deprimida, generalmente, es hipersensible a la crítica o al rechazo.
4. **Cuentan con sentimientos de culpa:** Todo el tiempo se están echando la culpa. Es normal y adecuado tener sentimiento de arrepentimiento o remordimiento cuando se comete un error o se lastima a alguien sin intención.
5. **Pensamientos negativos:** Hay varias personas que se sienten que no pueden aportar algo bueno. Olvida que hace pocos días tenía una gran facilidad para las relaciones sociales, tiene la idea que es un estorbo.
6. **Tendencia al suicidio:** El pensamiento acerca del suicidio es algo extremadamente común en el transcurso de la depresión. Muchas personas tienen la idea en acabar con su vida, piensan que sus problemas no tienen solución. En momentos, este pensamiento llega al delirio que puede ser de culpa y ruina u obsesionarse con enfermedades inexistentes, e incluso pensar en suicidarse como única salida a su situación.
7. **Falta de apetito:** En cualquiera de los casos, es preciso que el síntoma dure al menos dos semanas para considerar la existencia de un trastorno depresivo. Tiene menos apetito, puede aparecer estreñimiento y disminución de peso que a veces puede ser muy importante.

2.2.3 Tipos de depresión

Casas (2017) afirma que según el CIE-10 existen varios tipos de trastornos depresivos, los más comunes son

a) Episodio depresivo leve: La persona que padece un episodio depresivo leve, debe cumplir diversos criterios de un episodio depresivo. Debe presentarse al

menos dos o tres síntomas los cuales mostraremos a continuación:

1. Humor depresivo que se presenta la mayor parte del día y que tenga una duración de dos meses.
2. Pérdida de interés en las actividades.
3. Decaimiento de la energía o aumento del cansancio.

El paciente que presenta depresión tiene que mostrar uno o más síntomas de la lista que se mostró con anterioridad en los síntomas depresivos y esto pueda ayudar para la suma de al menos de cuatro síntomas.

1. Pérdida de confianza en sí mismo y disminución de la autoestima.
2. Sentimientos culpa.
3. Ideas irracionales recurrentes respecto a la muerte.
4. Baja capacidad para concentrarse e indecisión.
5. Cambio en la actividad psicomotriz, acompañada de agitación o cansancio.
6. Alteraciones del sueño.
7. Cambio en el apetito

b) Episodio depresivo moderado: Este episodio depresivo, se muestra de manera más intensa, ya que normalmente se presentan de cuatro a más síntomas, generando en la persona de que no pueda realizar ningún tipo de actividad.

c) Episodio depresivo grave: Las personas que padecen este episodio depresivo, muestran síntomas significativos, llegando a afectar principalmente a la autoestima, manifestándose el sentimiento de culpa, las ideas irracionales de suicidio y otros, obteniendo una puntuación total de ocho síntomas la cual se llega a clasificar este episodio depresivo.

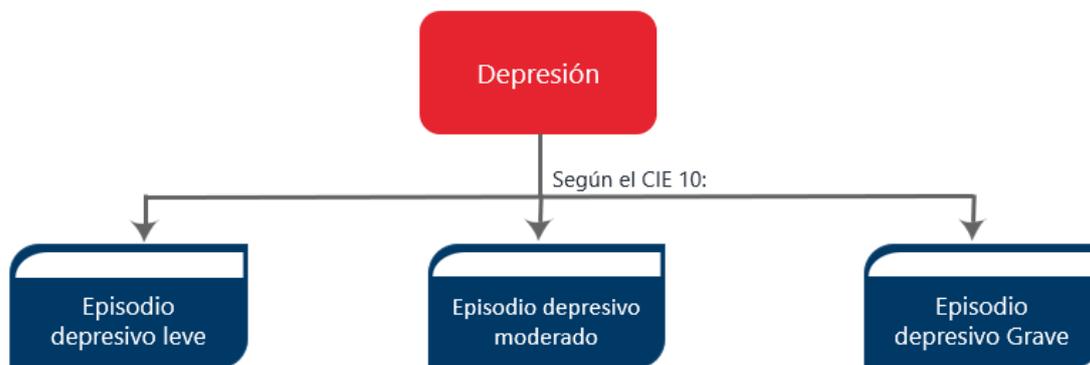


Figura 1. Tipos de depresión según CIE 10

2.2.4 Teorías relacionadas a la depresión

a) Teoría cognitiva de Aaron Beck de la depresión

Según Beck Refirió que la depresión en gran medida es el resultado de las interpretaciones erróneas de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto, en cuanto al modelo de la terapia cognitiva de la depresión propone que los esquemas se manifestarán en la consciencia del individuo. (Vázquez, Muñoz, y Begoña 2000).

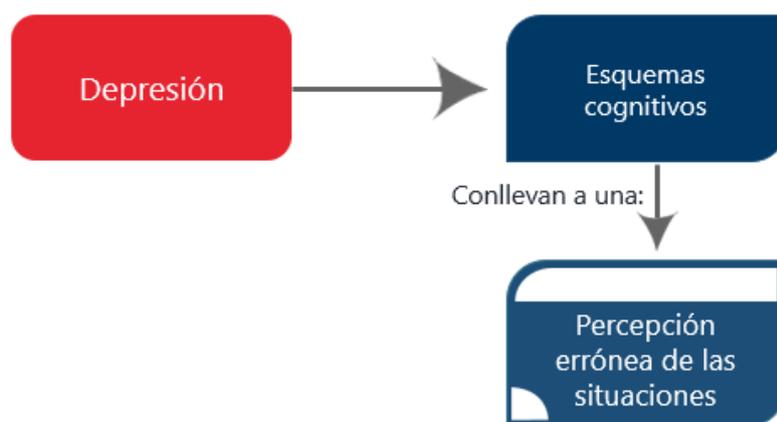


Figura 2. Terapia cognitiva según Aaron Beck

Vásquez y Torres (2005) señalan que el modelo cognitivo de la depresión, considera que la principal alteración en la depresión está en el procesamiento de la información. Durante la depresión están activados una serie de esquemas que la favorecen. Estos esquemas suelen adquirirse en la infancia, pero pueden permanecer latentes y activarse cuando el sujeto se encuentra con situaciones estresantes similares a aquellas en que se formaron. Estos esquemas activados durante la depresión llegan a ser predominantes, favoreciendo la percepción y el recuerdo de los estímulos congruentes con ellos. Para Beck, el contenido de los esquemas depresógenos está constituido por la “tríada cognitiva”, que es la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. La modalidad depresiva presenta una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información, entre las que destaca:

- Sobregeneralización
- Pensamiento dicotómico
- Inferencias arbitrarias
- Magnificación-minimización
- Abstracción selectiva

- Personalización

Vásquez et al. (2000) expresan que para Beck los pensamientos distorsionados son distorsiones cognitivas, a los pensamientos o ideas que no se corresponden con la realidad, son pensamientos acerca de nosotros mismos y sobre todo lo que nos rodea, suelen llevarnos a error y eso influye en gran medida en nuestro estado de humor o autoestima. Beck los clasifica de la siguiente manera

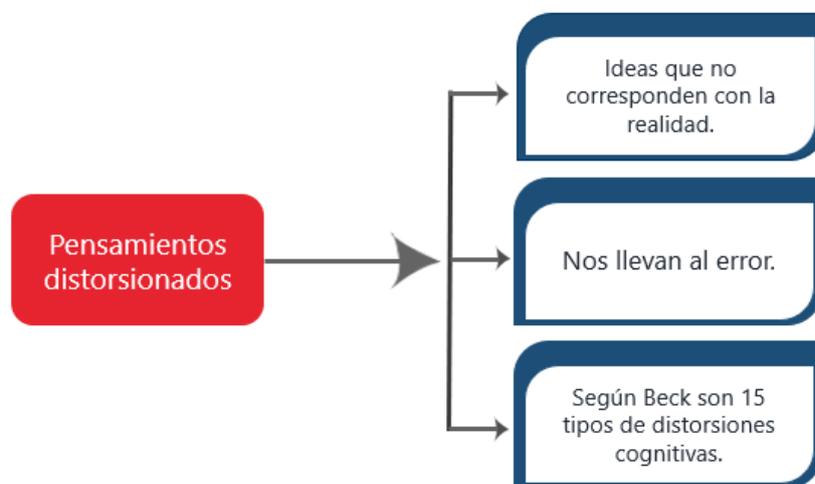


Figura 3. Características de los pensamientos distorsionados

1. Filtraje: También conocida como visión de túnel. Sólo vemos un elemento de la situación, de uno mismo o de los demás y excluimos el resto. Todo lo que percibimos se tiñe con ese detalle. Normalmente nos fijamos en detalles negativos y filtramos los aspectos positivos.
2. Pensamiento Polarizado: Se perciben las cosas en extremos, no hay término medio. Las cosas son buenas o malas, maravillosas u horribles. Esto crea un mundo en blanco y negro. Si este pensamiento se aplica a uno

mismo entonces, si uno no es perfecto o brillante es que es un fracasado o un inútil

3. Sobregeneraización: Se extrae una conclusión general de un hecho o de una persona, a partir de algo puntual, ignorándose todo lo que pueda contradecirla. Si a una persona no le salió una cosa una vez, cree que nunca podrá hacerlo. Esto conduce a una vida cada vez más limitada porque si ocurre algo malo una vez, se esperará que ocurra siempre.
4. Interpretación del pensamiento: Sin hablar con las demás personas, interpretamos qué es lo que piensan o sienten
5. Visión catastrófica: Es la tendencia a ver en pequeños signos una probable catástrofe. Se espera siempre lo peor.
6. Personalización: Es la tendencia a relacionar todo lo que sucede con uno mismo. La persona que piensa así, cree que todo lo que la gente hace o dice es alguna forma de reacción hacia ella.
7. Falacia de control: Puede expresarse de dos formas: una persona puede sentirse extremadamente controlada y, por lo tanto, impotente para realizar cualquier cosa, o puede considerar todo lo contrario, es decir, que es ella quien controla todo y es responsable de todo lo que ocurre a su alrededor.
8. Falacia de justicia: Juzgamos a los demás a partir de normas que nosotros mismos hemos establecido de lo que es justo y lo que no, por lo que consideramos injusto todo aquello que no coincide con nuestras opiniones o deseos.
9. Razonamiento emocional: Creencia de que si uno siente determinadas cosas es porque son así en realidad.

10. Falacia de cambio: En la falacia del cambio se cree sin embargo que es más fácil cambiar a las otras personas para que se adapten a uno que modificarse uno para adaptarse al entorno. Las estrategias para cambiar a los otros incluyen echarles la culpa, exigirles, ocultarles cosas y negociar.
11. Etiquetas Globales: Etiquetar es ponerles rótulo a las personas o a las situaciones a partir de algún hecho o circunstancia. Si alguien no presta alguna cosa es etiquetada de egoísta.
12. Debería: La persona con esta distorsión tiene una "lista interior" de normas sobre como "deberían" comportarse o actuar tanto ella como los demás. Se exige a sí mismo y a los demás que las cumplan. Si se trasgreden esas normas se enfada mucho, o se siente muy culpable si es ella misma quien las viola.
13. Tener la razón: Uno tiene que probar continuamente que su punto de vista es el correcto. Se pone siempre a la defensiva y no le interesa la opinión del otro sino defender su idea.
14. Culpabilidad: La persona con esta distorsión experimenta alivio cuando encuentra quién es el culpable o responsable de alguna situación.
15. Falacia de la recompensa: La persona con esta distorsión se comporta correctamente en espera de una recompensa. Por lo general llega a agotarse física y mentalmente trabajando y pensando que su esfuerzo será reconocido y recompensado por quien uno estima. Se acaba sintiendo mal porque la recompensa no llega.

b) Teoría psicodinámica de la depresión

Phares y Compas (1992) señala que este enfoque hacen énfasis en los motivos y conflictos inconscientes ligado con el valor de las experiencias anteriores en la

explicación de la conducta actual, de tal manera que bajo el pensamiento de que el hombre es un cumulo de instintos en choque con la conciencia moral, la terapia se orientaría a hallar los motivos inconscientes de la conducta la personalidad es un lugar físico interior que se constituye dinámicamente según la historia del sujeto en definitiva entre estas funciones están los mecanismos defensivos y el papel del inconsciente considerando que el psicoanálisis es también en sí mismo un método de investigación como su nombre lo indica, no para la investigación experimental, sino para la exploración de la mente, sea esta normal o anormal.

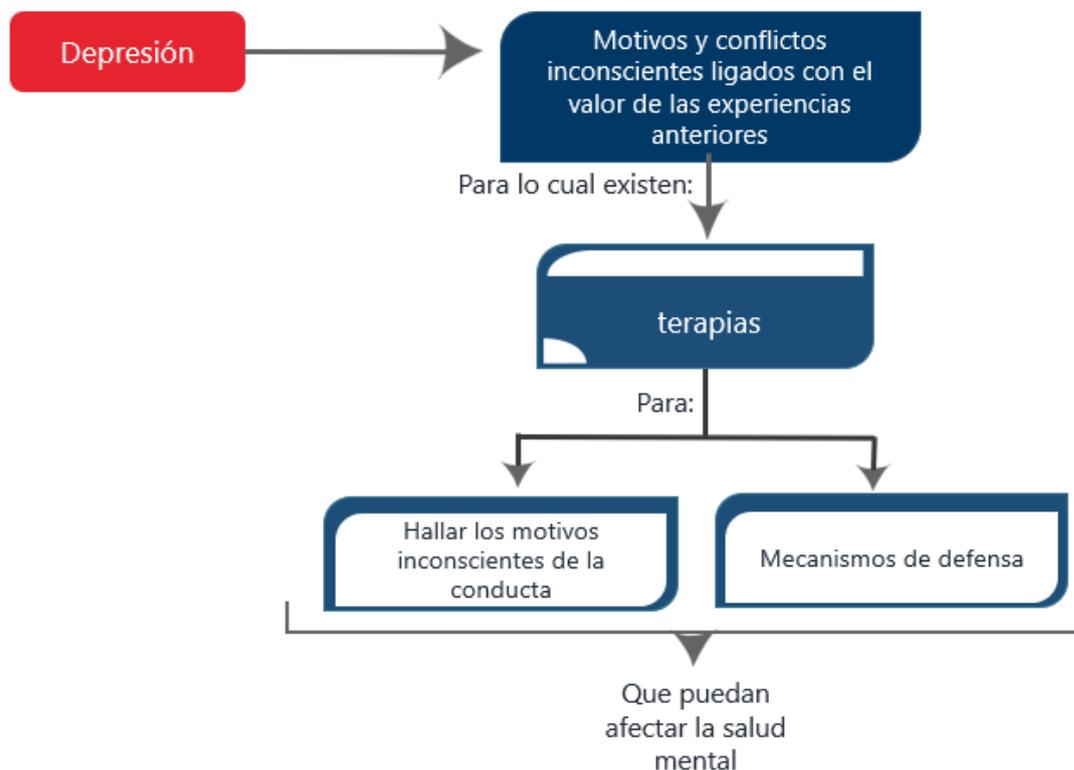


Figura 4. Teoría Psicodinámica de la depresión

c) Teoría humanista-existencial de la depresión

Phares (1992) indica que el propósito principal de la psicología humanista, es poder comprender al ser humano, ya que este posee la capacidad de tomar sus propias decisiones, para ser una persona sana que autodetermine, autorrealiza y pueda

difundirse. Este enfoque humanista establece una tercera fuerza en la psicología estadounidense, los otros dos enfoques psicológicos son: el psicoanálisis y el conductismo. Con respecto a los psicólogos, los humanistas utilizan las más amplias variedades de instrumentos, es decir todas las técnicas científicas oportunos para llegar a la meta, desde lo personal como la introspección y los análisis literarios, teniendo en cuenta la intuición como una fuente de información válida.

d) Teoría conductual de la depresión

Smith, Sarason y Sarason (1997) refirieron que el enfoque conductista tiene sus raíces en la tradición filosófica del empirismo, en relación al concepto que tiene sobre el hombre, lo cual nos dice que este es un ser vivo a las contingencias ambientales. Dado que es el producto de la interacción entre estímulos y asociaciones, el condicionamiento por castigos y recompensas como lo refiere el condicionamiento clásico, y el condicionamiento operante o por consecuencias, considerando esto, se buscaría las consecuencias con las que se relaciona y que motiva la conducta del individuo. De tal modo una vez reconocidos aquellos indicadores que refuerzan la depresión se asociarían con otros que la contrarresten, este tipo de terapia pretendería un cambio del medio ambiente si lo requeriría la persona. Se haría una continuidad de las acciones que la conducen a su estado de depresión para poder identificar el círculo vicioso que va de la indagación de ayuda hasta el rechazo de aquellas personas en las que intenta encontrar refugio. Se relaciona también la teoría conductual con otras corrientes, ya que está dedicada a la psicología experimental, llegando incluso a experimentar con animales para posteriormente trasladar los resultados a los humanos. En el caso de la depresión lo que haría es recompensar la conducta deseable y no recompensar la indeseable con el objeto de reducir la frecuencia del comportamiento.

2.2.5 Clasificación de la depresión según criterios diagnósticos

Según Casas en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV podemos encontrar que, para categorizar como depresión, deben presentarse las siguientes condiciones:

Presencia casi diaria de al menos cinco de los siguientes

síntomas, incluyendo 1 o 2 necesariamente:

- Estado de ánimo deprimido
- Disminución del interés o placer en cualquier actividad
- Aumento o disminución de peso/apetito
- Insomnio o hipersomnio
- Agitación o enlentecimiento motor
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos inutilidad o culpa
- Problemas concentración o toma de decisiones
- Ideas recurrentes muerte o suicidio
- Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano

Criterios Especificadores de gravedad/ características psicóticas/ remisión del episodio depresivo mayor actual (o más reciente) del DSM-IV-TR

-Leve: Pocos síntomas, o ninguno, aparte

las relaciones con los demás.

- Moderado: Síntomas o deterioro funcional entre “leve” y “grave”.

- Grave sin características psicóticas: Varios síntomas aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico, y síntomas que interfieren

notoriamente con el desempeño laboral, o las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás.

- **Grave con características psicóticas:** Ideas delirantes o alucinaciones.

2.2.6 Dimensiones de la depresión

La depresión se manifiesta según Yesavage, (1993), en torno a las siguientes dimensiones.

Dimensión Cognitiva: Esta dimensión se encuentra relacionada a los procesos de pensamiento que acontecen en el individuo deprimido. Esta dimensión está asociada con el uso de las funciones cognitivas. Los efectos de la depresión afectan las capacidades cognitivas influyendo en terreno de la atención, la memoria y las funciones ejecutivas.

Dimensión Conductual: Esta dimensión abarca la regulación de la conducta y la adaptación a circunstancias ambientales adversas. Cuando la depresión se manifiesta en los individuos muchas veces surgen trastornos en la actividad, agresividad, trastorno de sueño y altos niveles de ansiedad, generando una serie de elementos que ponen en riesgo la salud mental.

Dimensión Afectiva: Esta dimensión abarca las ideas erróneas del sujeto depresivo asociadas con sentimientos de impotencia e inutilidad. Por lo general ante las diferentes circunstancias que se presenten, estos individuos tendrán una impresión negativa sobre el entorno o circunstancias que se les presenten, desarrollando lo que se conoce como “visión de túnel”, lo cual hace que les presten mayor atención a los hechos

negativos. Lo cual afecta varios ámbitos de la vida personal, familiar, académica o laboral.

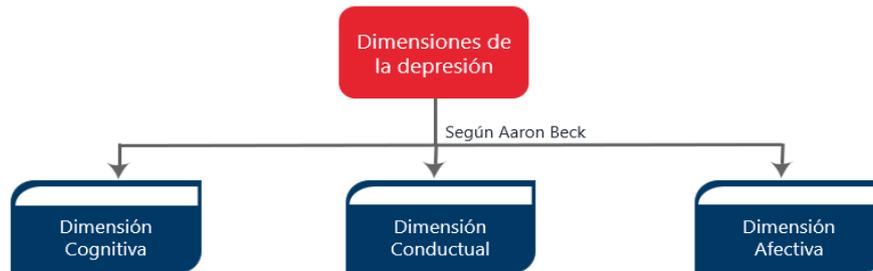


Figura 5. Dimensiones de la depresión

2.3 Definiciones Conceptuales

1. **Afectivo:** Inclinação hacia algo o alguien, por quien se puede sentir afecto. Una persona con un buen desarrollo afectivo tendrá la madurez necesaria para alcanzar una madurez emocional adecuada, en base a su edad y etapa de vida.
2. **Ambiente:** situación que la persona percibe e interpreta respecto de su ambiente externo más inmediato. Es el ambiente relacionado con sus necesidades actuales.
3. **Autocontrol:** Capacidad de dominar las propias emociones, pensamientos, comportamientos y deseos; con el fin de controlarse y manejar el comportamiento.
4. **Cognitivo:** Aquello que pertenece o que está relacionado al conocimiento. Éste, a su vez, es el cúmulo de información que se dispone gracias a un proceso de aprendizaje o a la experiencia, el cual está vinculado con la interacción de diferentes procesos cognitivos.

5. **Distimia:** Tipo de trastorno del estado de ánimo, donde la persona experimenta síntomas depresivos crónicos, de duración superior al año en el caso de niños y adolescentes, y a dos años en los adultos.
6. **Episodio depresivo:** Estado caracterizado por una tristeza de gran intensidad o una duración larga, que interfiere en la funcionalidad y el interés por ciertas actividades.
7. **Hipersomnio:** Trastorno del ciclo de sueño-vigilia, que suele coincidir con el de luz-oscuridad, en el que se produce una excesiva necesidad de dormir durante el día sin causa aparente que lo justifique.
8. **Psicodinámico:** Modelo Psicológico, el cual se basa en el principio de que la conducta humana a y su desarrollo se determina mediante los hechos, impulsos, deseos, motivos y conflictos que se encuentran dentro de la mente, denominados intrapsíquicos.
9. **Psicótico:** Trastornos mental de gravedad que generar ideas y percepciones anormales. Las personas con psicosis perder el contacto con la realidad.
10. **Recompensar:** Conocido también como reforzamiento positivo, es el nombre de condicionamiento de recompensa que genera mejores en el ámbito de la terapia cognitiva conductual.

CAPITULO III

Metodología de la investigación

3.1. Tipo de la investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo, el cual es preciso para conocer las costumbres, situaciones y actitudes sobresalientes en una población de estudio. Tal como lo afirma Hernández, Fernández y Baptista (2014) un estudio descriptivo busca detallar las propiedades y características significativas del fenómeno o fenómenos de estudio. Describiendo las tendencias de un colección o población.

Del mismo modo esta investigación es de enfoque cuantitativo; al respecto, estos autores señalan que una investigación de corte cuantitativo es un plan o estrategia para lograr la recolección y análisis de datos, con el fin de probar una hipótesis en base a la medición numérica y el análisis estadístico, para así establecer normas de comportamiento y comprobar supuestos antepuestos.

3.2. Diseño de la investigación

El enfoque utilizado es descriptivo, de tipo cuantitativo, siendo la investigación de corte transversal de acuerdo al tiempo que se recoge la información, por estar establecido en un determinado momento.



Figura 6. Diseño de la investigación

Dónde:

O = Observación de la muestra

G = Grupo de estudio o muestra (pacientes adultos mayores oncológicos)

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

La población propuesta para este estudio es de 40 pacientes adultos mayores oncológicos de la casa de reposo hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo

3.3.2. Muestra

La muestra es intencional, no probabilístico y de tipo censal, por tanto, está compuesto por los 40 pacientes oncológicos. Estos pacientes vienen de diferentes departamentos del Perú y son de bajos recursos económicos. La mayoría de los pacientes se encuentran se encuentran recibiendo tratamiento contra el cáncer.

3.4. Identificación de la variable y su Operacionalización

La variable de estudio es la depresión, la cual abarca el análisis de la depresión, los efectos, y las características comunes que presentan estas personas, esta variable se encuentra compuesta por las dimensiones: Cognitiva, Física-Conductual y Afectivo-emocional.

Tabla 1. Operacionalización de la variable

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles
DEPRESIÓN	Según Gastó (2007) el síntoma característico de la depresión es la tristeza, acompañado de pensamientos negativos que condicionan las actividades del individuo y percepción acerca de las situaciones.	Según Yesavage (1988) la depresión, es un trastorno emocional en la persona que se manifiesta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente, lo cual se manifiesta por la presencia de tristeza, pérdida de interés en las cosas u otras acciones negativas.	Dimensión Cognitiva	- Pensamientos negativos - Pensamientos pesimistas - Ideas suicidas	3,5,6,8,13, 14,15,18,19, ,23,24,25, 26,29,30	Sin depresión (0-9)
			Dimensión Física-Conductual	- Dolores de cabeza. - Molestias digestivas - Dolor generalizado. - Agitación	2,11,12,20, 28	Depresión moderada (10-19)
			Dimensión Afectivo-Emocional	- Pérdida de energía - Irritabilidad - Apatía - Autoestima baja - Desesperanza	1,4,7,9,10, 16,17,21,22, ,27	Depresión severa (20-30)

3.5. Técnicas e instrumentos de evaluación

La técnica de recolección de la información fue el instrumento que se utilizó fue Escala de depresión Geriátrica de Yesavage adaptada por Aida Delgado Belaunde, a continuación, se detallara el instrumento aplicado:

Ficha técnica: Escala de depresión Geriátrica

Nombre del instrumento: Geriatric Depression Scale GDS. Jerome Yesavage.

Autores: Brink, Yesavage, Lun, Heer Sena, Adey y Rose

Año de creación: 1982

País de origen: Estados Unidos

Validación peruana: Aida Delgado Delaunde

Año de adaptación: 1993

Forma de Administración: Individual o colectiva

Ámbito de Aplicación: a partir de los 60 años

Duración: 15 a 20 minutos

Tipo de Ítem: Dicotómico

Descripción del cuestionario: El instrumento está constituido por 30 ítems y permite conocer los niveles de depresión de pacientes geriátricos.

Calificación: La escala de depresión geriátrica contiene respuestas dicotómicas, las cuales son Sí que vale 1 y No que vale 0.

Tabla 2. Baremo de interpretación de la variable

Niveles	I	II	III	Total
Sin Depresión	0 – 4	0 – 1	0 – 2	0 – 9
Depresión Moderada	5 – 10	2 – 3	3 – 6	10 – 21
Depresión Severa	11 – 15	4 – 5	7 – 10	22 – 30

Validez: correlaciones con la Medida de Afecto Positivo y Negativo (PANAS),

PANAS Positivo ($r = -.289$, $p = .002$).

Confiability: Alfa de Cronbach 0, 87

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados de datos generales

Tabla 3. Datos sociodemográficos de los pacientes adultos mayores oncológicos, según la edad.

	Frecuencia	Porcentaje
61 - 65	19	48%
66 - 69	9	23%
70 - 73	3	8%
74 - 77	6	15%
78 - 81	3	8%
Total	40	100%

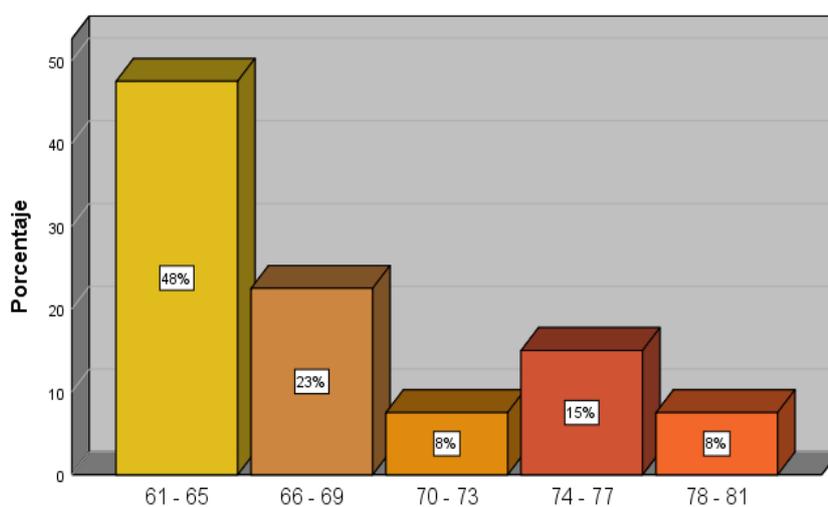


Figura 7. Datos sociodemográficos de los pacientes adultos mayores oncológicos, según la edad.

Interpretación: Los resultados muestran que el mayor porcentaje de adultos mayores que participaron en este estudio, son de edades entre 61 – 65 años con un 48%, seguido del 23% con 66 – 69 años, el 8% está entre 70 – 73 años al igual que los que están entre 78 – 81 años, el 15%, tiene entre 74-77 años.

Tabla 4. Datos sociodemográficos de pacientes adultos mayores oncológicos, según el sexo.

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	17	43%
Femenino	23	57%
Total	40	100%

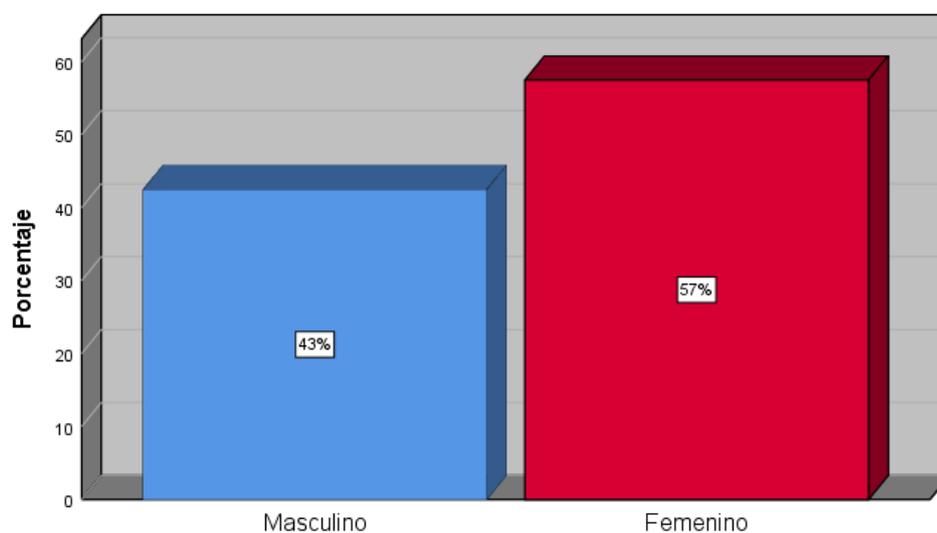


Figura 8. Datos sociodemográficos de los pacientes adultos mayores oncológicos, según el sexo.

Interpretación: Los resultados demuestran que el mayor porcentaje de adultos mayores que participaron en este estudio, son de sexo femenino con un 57% y del sexo masculino con un 43%

Tabla 5. Datos sociodemográficos de pacientes adultos mayores oncológicos, según años de tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
1 – 2	22	55%
3 – 4	10	25%
5 – 6	3	8%
7 – 8	4	10%
9 – 10	1	3%
Total	40	100%

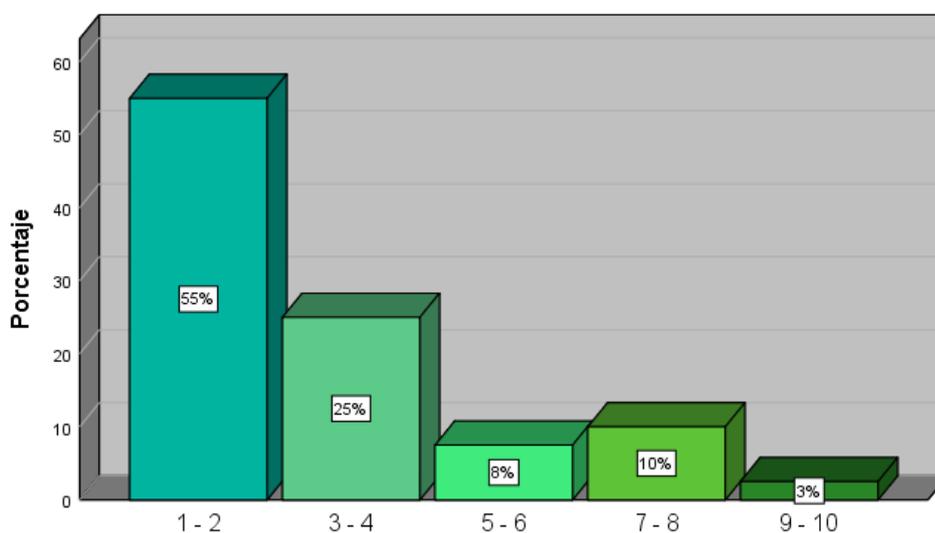


Figura 9. Datos sociodemográficos de pacientes adultos mayores oncológicos, según años de tratamiento

Interpretación: Los resultados demuestran que el mayor porcentaje de adultos mayores que participaron en este estudio, tienen entre 1 y 2 años de tratamiento con un 55%, seguido de los que tienen 3 y 4 años de tratamiento con un 25%, entre 5 y 6 años con un 8%, seguido de los que tienen 7 y 8 años de tratamiento con un 10% y finalmente los que tienen 9 y 10 años de tratamiento con un 3%.

Tabla 6. Datos sociodemográficos de pacientes adultos mayores, según grado de instrucción

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria Completa	5	13%
Primaria Incompleta	17	43%
Secundaria Incompleta	6	15%
Secundaria Completa	12	30%
Total	40	100%

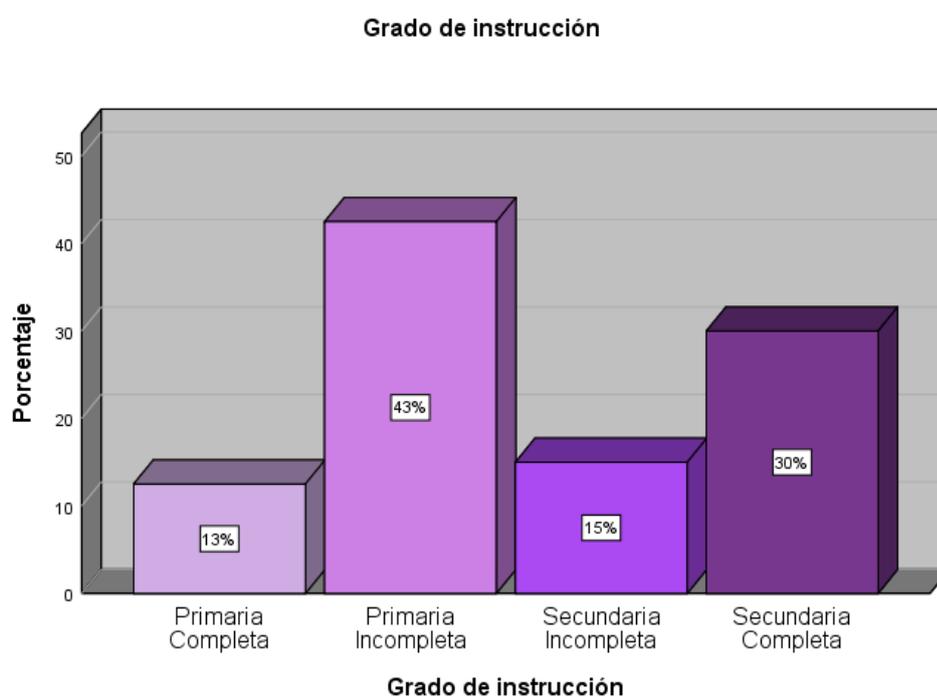


Figura 10. Datos sociodemográficos de pacientes adultos mayores, según grado de instrucción

Interpretación: Los resultados demuestran que el mayor porcentaje de adultos mayores que participaron en este estudio, tienen como grado de instrucción de primaria incompleta en un 43%, seguido de aquellos que tienen secundaria completa con un 30%, con secundaria incompleta con un 15%, finalmente el 13% manifiesta solo tener primara completa.

4.2. Presentación de resultados de datos específicos

Tabla 7. Nivel de depresión total de pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Sin depresión	15	38%
	Depresión Moderada	24	60%
	Depresión severa	1	3%
	Total	40	100%

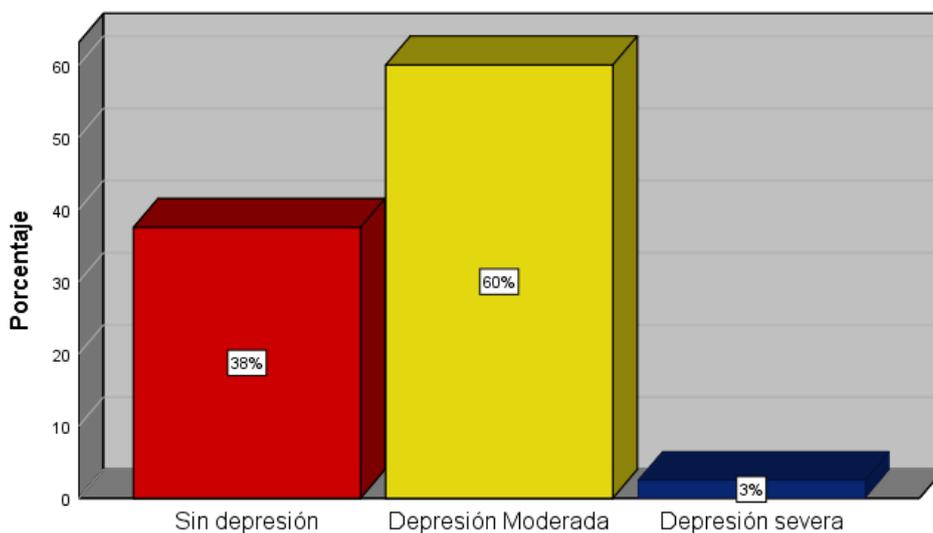


Figura 11. Nivel de depresión total de pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo.

Interpretación: El nivel de depresión en el 60% de los adultos mayores corresponde al nivel “Depresión moderada”; seguido del 38% que se encuentra “Sin depresión”; por último, el 3% posee un nivel “Depresión severa”

Tabla 8. Nivel de depresión de los pacientes adultos mayores oncológicos, según la dimensión cognitiva

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Sin depresión	17	43%
	Depresión Moderada	22	55%
	Depresión severa	1	3%
	Total	40	100%

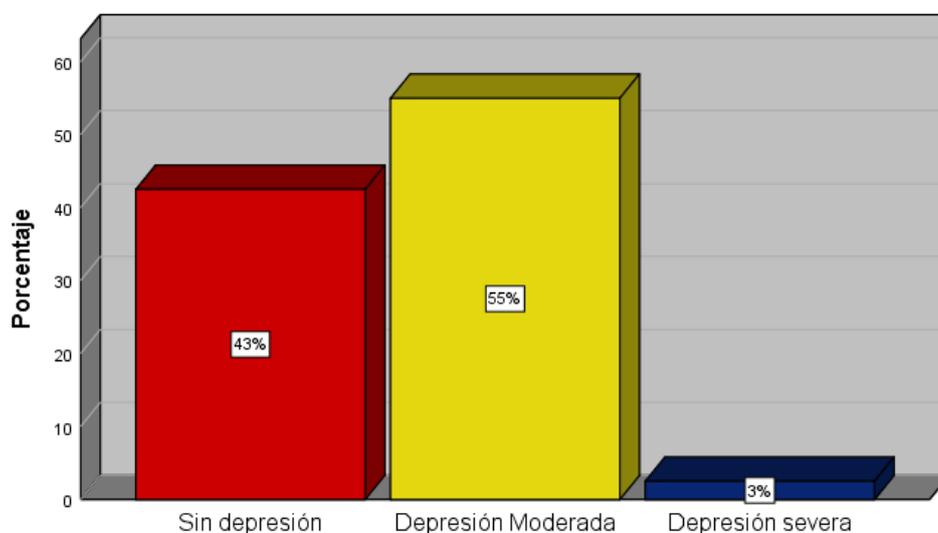


Figura 12. Nivel de depresión según la dimensión Cognitiva de pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo.

Interpretación: El nivel de depresión según la dimensión cognitiva, en el 55% de los adultos mayores corresponde al nivel “Depresión moderada”; seguido del 43% que esta “Sin depresión”; por último, el 3% posee un nivel “Depresión severa”

Tabla 9. Nivel de depresión según la dimensión Física-Conductual de pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Sin depresión	11	28%
	Depresión Moderada	19	48%
	Depresión severa	10	25%
	Total	40	100%

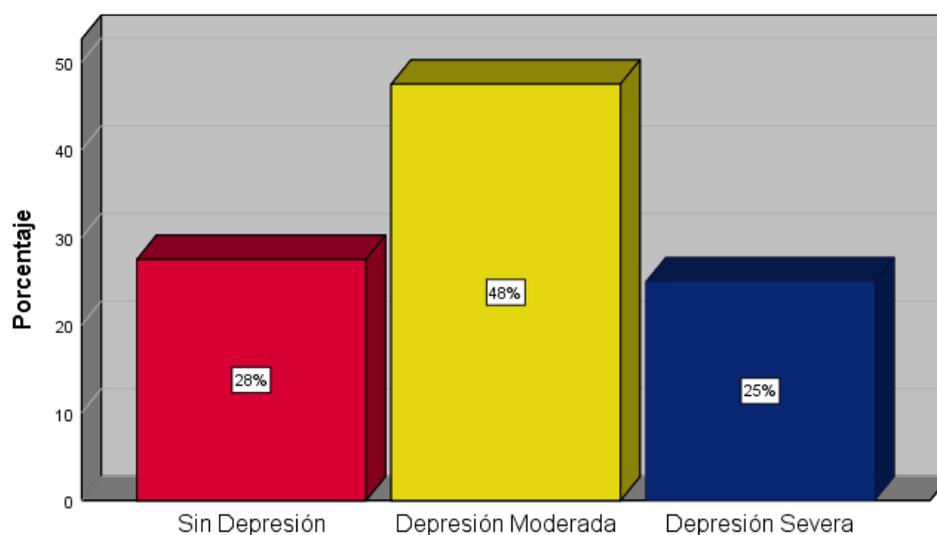


Figura 13. Nivel de depresión según de la dimensión Física-Conductual de pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo.

Interpretación: El nivel de depresión según la dimensión física-conductual, se presenta en el 48% de los adultos mayores en nivel “Depresión moderada”; seguido del 28% que presenta estar “Sin depresión”; por último, el 25% posee un nivel “Depresión severa”

Tabla 10. Nivel de depresión según la dimensión Afectivo-Emocional de pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Sin depresión	16	40%
	Depresión Moderada	19	48%
	Depresión severa	5	13%
	Total	40	100%

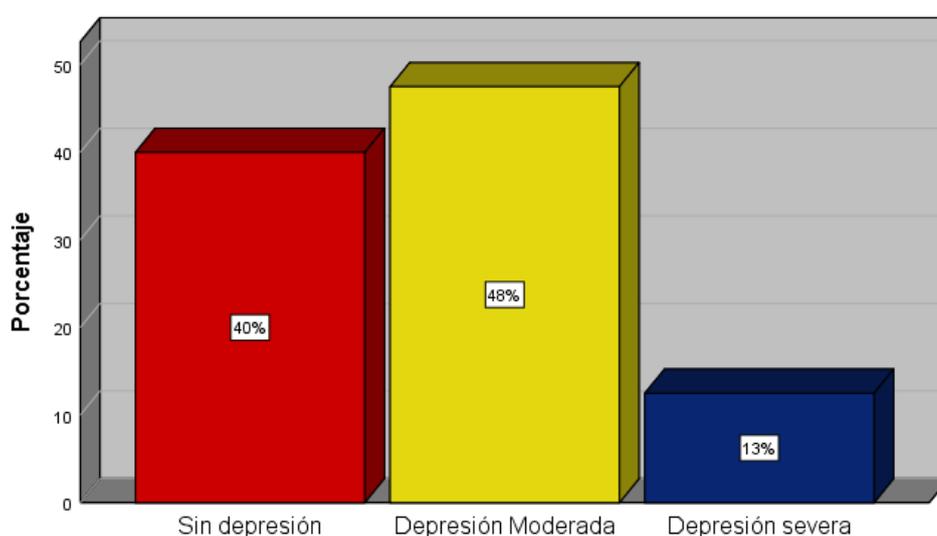


Figura 14. Nivel de depresión de según la dimensión Afectivo-Emocional de pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo.

Interpretación: El nivel de depresión según la dimensión afectivo-emocional en el 40% de los adultos mayores corresponde al estado “Sin depresión”; seguido del 48% con un nivel “Depresión moderada”; por último, el 13% posee un nivel “Depresión severa”

4.3 Procesamiento de los Resultados

Posteriormente a la recaudación de datos de paciente adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo, aquella información obtenida sobre la depresión, posibilitó la construcción de una base de datos en la hoja de cálculo de Excel, en esta hoja de cálculo se tabularon los ítems en base a las dimensiones correspondientes a la variable de estudio, tomando en consideración la escala del baremo.

Acto seguido, se categorizaron los puntajes obtenidos en el programa SPSS 25, en el cual luego del análisis se realizará la creación de tablas y figuras de los resultados encontrados, para mostrar la situación actual de los Pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo, de acuerdo a los valores obtenidos en sus dimensiones.

4.4 Discusión de los Resultados

En esta etapa comenzaremos a analizar todos los resultados y conclusiones de las teorías que se elaboraron por otros autores en relación a la variable depresión, en semejanza con la muestra de la investigación obtenida con la finalidad de observar el parecido o la diferencia.

De acuerdo al objetivo general de esta investigación, los porcentajes obtenidos arrojan que el 60% de los pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini, posee un. “nivel moderado” de depresión. Estos resultados se asemejan a lo encontrado en los estudios internacionales por Durand, Martínez, Gutiérrez, Aguilar y Guevara. (2015), quienes señalan en su muestra de estudio que un 34,1% de los adultos mayores de su estudio poseen un nivel de depresión moderado. Esto se puede deber a que, sin importar la ubicación del individuo, al convertirse en adultos mayores, se vuelven susceptibles a enfermedades, eventos tristes o preocupaciones que causan un deterioro que deriva en síntomas tales como trastornos de sueño, pensamientos negativos, que muchas veces se quedan sin la asistencia especializada necesaria.

Asimismo se encuentra coincidencia en lo que respecta al ámbito nacional en la investigación de Arellano (2017) donde sus resultados también son similares ya que en el 94,7% de su muestra, también cuenta con nivel de depresión moderado, lo cual se debe a que mucho de los adultos mayores de este recinto se encuentran expuestos a fenómenos parecidos, como es la falta de compañía, falta de atenciones, entre otros; si bien en lo que corresponde a nuestra población son pacientes oncológicos, esto no significa que no se encuentren expuestos a este tipo de circunstancias negativas

En el nivel de depresión de la dimensión Cognitiva dónde se obtuvo un porcentaje mayor del 55% en los adultos mayores que corresponde al nivel “Depresión moderada”; Este resultado se debe a que la cognición de los pacientes se ha mantenido estable, y con una lucidez consciente y un comportamiento presente de sus distintas actividades, manteniendo sus relaciones y tratando de disfrutar su día a día. Esto coincide con los resultados encontrados en el ámbito nacional con Casas (2017) quien señala que el 39% de su muestra cuenta con un nivel promedio en esta misma dimensión, lo cual deja a entrever que existe una tendencia relativamente persistente lo cual se puede deber a que los talleres y atenciones que se brindan para conservar o mejorar la salud mental de los pacientes están teniendo algunos efectos positivos.

El nivel de depresión en la dimensión Afectivo-Emocional en el 48% de los adultos mayores corresponde al nivel “Depresión moderada”. Este resultado se debe a que la aceptación de la enfermedad y la disposición al tratamiento se han dado de manera consciente, la superación de la enfermedad en cuanto a un nivel emocional se ha dado de manera creciente, y se espera que esto siga dándose con el pasar del tiempo. Encontrándose diferencia con el estudio de Casas (2017), donde sus resultados muestran que la dimensión afectiva responde a un nivel de “depresión alta” en un 74%, razón que termina de corroborar, la falta de atención psicológica que brinde los recursos necesarios para poder lograr una buena calidad de vida para los adultos mayores. Esta diferencia se debe a que los pacientes oncológicos del presente estudio reciben mayor soporte emocional y afectivo de su entorno.

4.5. Conclusiones

Conforme a los porcentajes obtenidos en la investigación presenté, se determina lo

siguiente:

- El 60% de los pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini, posee un “Nivel moderado” de depresión, lo cual muestra la susceptibilidad de este grupo etario para enfrentar la depresión
- El 55% de los adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini, responden al nivel “Depresión moderada” en la dimensión cognitiva, lo cual muestra de que las habilidades de las funciones ejecutivas tales como la memoria y la atención se pueden ver minadas.
- El 48% de los adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini, presentan un nivel de “Depresión moderada” en la dimensión física-conductual, lo cual muestra que las manifestaciones fisiológicas de la depresión se encuentran latentes en esta población.
- El 48% de los adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini, presentan un nivel de “Depresión moderada” en la dimensión Afectiva-emocional, ya que muchos de los pacientes se encuentran expuestos a manifestar pensamientos negativos recurrentes que ponen en riesgo su estructura emocional.

4.6. Recomendaciones

Basados en las conclusiones que se determinaron en esta investigación, se recomienda lo siguiente:

- Implementar un programa de intervención encaminado a la regulación de la depresión de los pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo.
- Fortalecer cada vez más las relaciones familiares y de amistad con los pacientes

adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo.

- Recrear actividades dinámicas para fomentar el buen humor y la alegría en los adultos mayores adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo.
- Fomentar técnicas motivacionales y trabajar la práctica del pensamiento positivo en los en los adultos mayores adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo.
- Realizar visitas diarias y afectivas recurrentes con los adultos mayores adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo.

CAPITULO V

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

5.1. Denominación del programa

"Yo estuve deprimido, yo estuve distraído"

5.2. Justificación del programa

Los ancianos son una población muy vulnerable que a menudo se enfrenta a diferentes conflictos socioambientales, familiares y tendencias psicológicas, que lo colocan más aún en una posición de desprotección, acelerando el proceso de deterioro emocional, e inclusive el físico; sobre todo teniendo en consideración la relación existente entre los estados emocionales negativos y las alteraciones en el sistema inmune.

Partiendo desde este marco, el trastorno de la depresión es una problemática significativa en esta población, puesto que la interacción entre vulnerabilidad y el deterioro general propio de la edad, puede coincidir y agravarse ante la presencia de males de carácter fisiológico y genético; como lo son el mal de Parkinson, la hipertensión, trastornos tiroideos, y cáncer. Sobre todo, este último factor, que está relacionado con la población estudiada.

Habiendo señalado estos hechos anteriores a los que se encuentran expuestos los adultos mayores, es necesario entrar en el terreno de los efectos de la depresión en los adultos mayores. De acuerdo con Dechent (2008), es ineludible que los cuadros depresivos causarán angustia, conflictos en la familia y disminución de la funcionalidad de los adultos mayores, los cuales conllevarán a que surja un empeoramiento de otras patologías bases. Igualmente se ha evidenciado que muchos de los síntomas depresivos se desarrollan con mayor magnitud en individuos con trastornos cognitivos de tipo demenciantes, como el Alzheimer. Igualmente, otros agravantes de la salud para esta población son las disfunciones ejecutivas, riesgos de recaídas en enfermedades crónicas y respuestas tardías o incompletas a tratamientos farmacológicos.

Después conocer este panorama desfavorable para los pacientes geriátricos oncológicos, en términos de depresión, es necesario tomar medidas al respecto. Para lo

cual se presentará un programa de intervención, destinado a combatir los altos niveles de depresión de los pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo, y así puedan manejar la carga emocional, solucionar sus problemas de manera adaptativa y vivir en armonía con los demás.

5.3 Objetivo General

- Disminuir los niveles de depresión de los pacientes adultos mayores oncológicos frente a la depresión.

5.3.1 Objetivo Específicos

- Identificar los pensamientos relacionados a la depresión a través del autoregistro de conducta
- Manejar la ansiedad asociada a la depresión a través de la respiración diafragmática
- Contener los pensamientos automáticos asociados a la depresión a través de la distracción de pensamiento
- Enfocar la estructura mental hacia pensamientos adaptativos mediante el Razonamiento emocional

5.4 Sector

- El presente programa está dirigido a 40 pacientes oncológicos geriátricos de la casa de hogar Beato Enrique Rebuschini del distrito de Surquillo

5.5 Establecimiento de conductas problema/ meta

Conductas problemas

La casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo recibe diariamente pacientes que se atienden en diferentes recintos hospitalarios oncológicos de Lima Metropolitana. Esta situación conlleva a que muchos de ellos se movilicen casi a diario, en muchos casos distancias largas, para poder encontrar asistencia y tratamiento; asimismo muchos se encuentran en la búsqueda de dinero extra, que le permita solventar algunos gastos extra o que en

ocasiones superan los fondos del albergue; por lo que también padecen el rechazo de muchos para otorgarles un préstamo, o en ocasiones se encuentran con una negativa categórica por parte de familiares y amigos. Todas estas son algunas de las incidencias que nos han referido tanto autoridades de la institución, como los propios pacientes. Los cuales han generado en ellos la expectativa de abandono y desesperanza, lo cual acrecienta estos indicios de depresión entre los pacientes.

Por lo que a las principales problemáticas a las que nos enfrentamos son, los sentimientos de desesperanza que manifiestan los pacientes, el rechazo por parte de los demás, la preocupación y el estrés propio de la enfermedad y las condiciones a las que se enfrentan.

Conductas metas

El desarrollo del programa de intervención tiene como objetivo, reducir los niveles de depresión de los pacientes que asisten casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo, si bien se tiene consideración que esta no es una solución total de la problemática, se pretende a través de esta, empoderar a los pacientes que asisten a este recinto de recursos psicológicos para hacer frente de una mejor manera a los problemas que enfrenten y mejorar su calidad de vida. Por lo que las metas propuestas son:

Identificar los conocimientos que favorecen a la depresión.

Disminuir los efectos fisiológicos de la ansiedad asociada a la depresión

Reducir los pensamientos automáticos asociados a la depresión

Lograr una actitud adaptativa ante los problemas

Desarrollar un diálogo interno positivo

Tener un mayor conocimiento sobre nosotros mismos

Aprender a racionalizar los pensamientos negativos

5.6 Metodología de la intervención

El programa de intervención denominado "Yo estuve deprimido, yo estuve distraído" se fundamenta en el uso de técnicas cognitivo conductuales, teniendo como eje principal, el uso de las técnicas de Reestructuración cognitiva de Donald Meichenbaum y las técnicas de respiración diafragmática, procedimiento que es de gran uso en el manejo de los efectos fisiológicos del estrés, como se emplea en la técnica de inoculación del estrés, propuesta por este mismo autor.

Cada sesión del programa de intervención estará compuesta por 2 puntos esenciales, los cuales son la psicoeducación, y el desarrollo de ejercicios y actividades que han sido adaptadas para que sean de aceptación por los adultos mayores. Las sesiones han sido programadas para los viernes con una duración de 60 minutos. Para beneficio del desarrollo de este programa, se cuenta con la facilidad de un ambiente espacioso, el cual ha sido brindado por la administración; mismo que cuenta con una pizarra y sillas. En el caso de los gastos que se necesiten para el mismo, todos serán cubiertos por la responsable del programa.

5.7 Instrumentos/material a utilizar

Hoja Bond

Lápices

Lapiceros

Borradores

Cartulina

Pegamento

Cinta adhesiva

5.8 Actividades

Sesión 1

Actividad	Objetivo	Estrategia	Desarrollo	Material	T
Conociendo mis pensamientos	Identificar los pensamientos relacionados a la depresión a través del auto registro de conducta.	Dinámica de presentación: “Yo me llamo y me gusta...”	La psicóloga ingresará al aula, se presentará y comentará sus expectativas con la participación de cada uno de los asistentes. Pedirá que formen un círculo alrededor de él, que se presenten y señalen aquella cosa que disfrutan hacer. Esto lo harán siguiendo el sentido de las manecillas del reloj.	Hoja Bond Lápices Lapiceros Borradores	15´
		Exposición del tema	<p>La sesión iniciará identificando los factores que giran en torno a la depresión desarrollándose en esta exposición los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El significado de la Depresión ▪ Síntomas y causas de la depresión ▪ Tipos de Depresión ▪ Formas de Tratamiento <p>Luego de esto se repartirá a cada uno de los asistentes una hoja de auto registro de Conducta. (Ver anexo 1), donde se deberán discriminar las situaciones que nos llevan a una profunda tristeza, los pensamientos que acontecen durante la misma, las emociones que se suscitan y los comportamientos que manifiesta. Todo esto será realizado bajo la dirección de la psicóloga, quien especificará con ejemplos que deberá ir en cada una de las casillas. Finalmente, como cierre de actividad, realizará una reflexión acerca de la relación entre estos factores, explicando lo que en resumen para esta teoría psicológica se denomina triada cognitiva.</p>		45´

Sesión 2

Actividad	Objetivo	Estrategia	Desarrollo	Material	T
Desarrollando una nueva actitud	Predisponer una actitud adaptativa mediante el entrenamiento o en verbalizaciones positivas.	Dinámica de distensión: “Dibujo en equipo”	La psicóloga pedirá a cada uno de los participantes que formen grupos de cuatro personas, cada grupo recibirá una cartulina, donde deberán todos pegar una figura que haya sido dibujada previamente de manera independiente en una hoja bond. Se marcará la pauta de que cada uno deberá dibujar una parte del cuerpo en una hoja bond como lo crea convenientemente, los participantes solo podrán asignar quien realizará determinada parte, mas no podrán intercambiar ideas sobre la forma, tamaño o algún otro tipo de característica que tendrá el dibujo. Al finalizar, se propondrá una breve exposición sobre su personaje y que compartan como se sintieron con la experiencia vivida.	1	
		Exposición del tema	Se desarrollará una breve exposición, acerca de la importancia de mantener una actitud diferente ante los eventos que puedan acontecer, sobre todo aquellos que pueden ser negativos. Para ello se explicarán los siguientes contenidos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ La importancia de una actitud positiva ▪ Tipos de motivación ▪ Automotivación ▪ Cambio de actitud y prevención de problemas Luego de la exposición de estos contenidos, se pasará a la explicación de la técnica que se trabajará en esta sesión. La técnica por utilizar será el “Entrenamiento en auto instrucciones de Meichenbaum” y se explicará el eje de esta, el cual es modificar nuestras auto verbalizaciones sobre lo que nos sucede; lo cual es importante para un cambio de actitud. Luego se pasará a elaborar una serie de frases		45´

			<p>positivas, para reemplazar aquellas frases negativas que nos decimos constantemente. Para ello nos serviremos de una tabla comparativa (Ver anexo 2), donde se colocará un pensamiento adaptativo, el cual servirá para iniciar la modificación en cuanto a las verbalizaciones negativas que nos decimos. Luego de ello, la psicóloga realizará una reflexión acerca de la importancia de mantener un diálogo interno positivo, y como estas aseveraciones empezaran a repercutir en nuestra actitud.</p>		
--	--	--	--	--	--

Sesión 3

Actividad	Objetivo	Estrategia	Desarrollo	Material	T
Relajándome en los momentos indicados	Manejar la ansiedad asociada a la depresión a través de la respiración diafragmática	Dinámica de reflexión: “El círculo de las virtudes”	En esta esta dinámica, se pedirá a los participantes que pequen un papel en sus espaldas, y se les dirá que piensen en las cualidades y capacidades que creen que poseen los demás participantes, y los vayan colocando en la espalda del otro mientras recorren el aula. Al finalizar se señalará la importancia de valorar nuestras virtudes y como muchas veces nos encerramos en nuestras cualidades negativas.	Hoja Bond Lápices Lapiceros Borradores	15´
		Exposición del tema	<p>En esta sesión se abordará sobre la relación que existe entre la ansiedad y la depresión, para lo cual se abordará los siguientes contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresión y ansiedad ▪ Efectos fisiológicos de la depresión ▪ Sentimientos de desesperanza ▪ Dificultad en toma de decisiones <p>Se explicará la efectividad de esta técnica para relajarnos en momentos de intensa alteración emocional, los cuales son muy comunes cuando estamos deprimidos. Previo a la realización de esta técnica, se transmitirá el video Respiración diafragmática o abdominal ejercicios https://www.youtube.com/watch?v=TuPaMCSnxes, el cual tiene una duración de 3:17 minutos, en el cual se explicaran de manera dinámica la técnica de respiración diafragmáticas, a cargo de un especialista. Luego se pedirá a los participantes que se sienten pegados a la silla sin tensar la espalda y empiecen a seguir las siguientes indicaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asegúrese de que su espalda esté apoyada 2. Coloque una de sus manos sobre su pecho y la otra sobre su abdomen, la zona que está arriba de su estómago. 		45´

			<p>3. Inhale lentamente a través de su nariz. Cuente hasta 2. A medida que inhala, su abdomen debe levantar su mano. Su pecho debe mantenerse quieto.</p> <p>4. Expulsen el aire lentamente con sus labios juntos, cuente hasta 4. A medida que expulsa el aire, debe sentir que su estómago se hunde.</p> <p>5. Observe que al inhalar cuenta hasta 2 y que cuando expulsa el aire cuenta hasta 4. Esto le ayuda a mantener su respiración lenta y pareja.</p> <p>Finalmente se recalcará la importancia de la práctica de este ejercicio, para tener un mayor dominio de esta; y poder realizarlo de la mejor manera en circunstancias de ansiedad elevada.</p>		
--	--	--	---	--	--

Sesión 4

Actividad	Objetivo	Estrategia	Desarrollo	Material	T
Manejando mis pensamientos	Contener los pensamientos automáticos asociados a la depresión a través de la distracción de pensamiento	Dinámica de reflexión: “El escudo de las cualidades”	Para la siguiente dinámica se manejará la metáfora de contar con un escudo de cualidades para enfrentar cualquier tipo de problema, esta dinámica está dirigida a mejorar el conocimiento de uno mismo. Para esta dinámica se deben explorar nuestras fortalezas y utilizarlas en aquellos momentos que sintamos. Para ello la psicóloga guiará durante la utilización de la siguiente tabla (Ver Anexo 3)	Hoja Bond Lapiceros Lápices Borradores	15´
		Exposición del tema	En esta sesión se abordará el tema de la distracción cognitiva, donde se abordarán los siguientes contenidos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Distorsión Cognitiva ▪ Manejo de pensamientos no deseados ▪ Identificación de pensamiento ▪ Interrupción y sustitución del pensamiento A continuación, se abordará el uso pleno de esta técnica. Para esto recurriremos al uso de la ficha de auto registro de pensamiento, donde se utilizará algunas de las frases del listado, para práctica. La psicóloga realizará una representación con un ejemplo en la pizarra, con el fin de mostrar un mejor panorama a los participantes; a partir de ello, cada uno deberá poner en práctica el uso de la aseveración mental “Detente”, y pasar al cambio de foco atencional a algo positivo, o pensar en otra cosa que sea agradable o no aversiva. Se supervisará que cada participante siga la secuencia prevista para esta actividad.		45´

Sesión 5

Actividad	Objetivo	Estrategia	Desarrollo	Material	T
Visualizan el cambio	Manejar el miedo al cambio mediante la técnica de visualización	Dinámica de reflexión: “El espejo”	La psicóloga iniciará esta dinámica pidiendo que se formen parejas, donde cada participante observe a su Pareja de pies a cabeza. Se designará a uno de ellos como el espejo y el otro será el ser humano, quien hará ante él una serie de movimientos o acciones. Primero deberán ser movimientos lentos, suaves y progresivamente aumentarán en velocidad y energía; donde los espejos deberán mimetizar los movimientos del otro tanto como sea posible. Al cabo de un momento se cambiarán de roles. Para terminar esta dinámica se reflexionará sobre lo vivenciado. Esta dinámica se realizara con el fin de generar un ambiente ameno y de comprender el impacto del lenguaje no verbal.	Hoja Bond Lapiceros Lápices Borradores	15´
		Exposición del tema	<p>Los temas para abordar en esta sesión serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué es la visualización? ▪ Aumentando mi confianza ▪ Visualizo el cambio ▪ Tomando acción <p>La psicóloga resumirá puntualmente le objetivo de esta sesión, el cual está centrado en visualizar este cambio deseado, con el motivo de adoptar nuevos hábitos en beneficio de la salud mental de los participantes. Para ello la psicóloga repartirá una hoja bond, donde se pedirá que escriban 5 cosas que se deseen alcanzar. De esta manera se empezará a trabajar con la respiración diafragmática para alcanzar un nivel de relajación profundo, y de esta forma poder facilitar el trabajo de visualización. Para el cual, la psicóloga introducirá una serie de eventos basados en sensaciones, emociones, que predispongan a que los participantes a que imaginen aquellos</p>		45´

			comportamientos previamente.	establecidos		
--	--	--	---------------------------------	--------------	--	--

Anexo 6

Actividad	Objetivo	Estrategia	Desarrollo	Material	T
Evaluando nuestro comportamiento	Reflexionar sobre los pensamientos negativos a través del sociodrama	Dinámica de reflexión: “Mi filosofía de vida en una frase”	La psicóloga iniciará esta dinámica señalando a cada uno que explique su filosofía de vida en una frase, para lo cual se escribirá en una hoja bond una frase que a su parecer los defina. A partir de ello la psicóloga escogerá de manera aleatoria a 3 participantes que compartan y expliquen su filosofía de vida en una frase y poder reflexionar a partir de las mismas, con algún aporte especializado por parte de la psicóloga.	Hoja Bond Lapiceros Lápices Borradores	15´
		Exposición del tema	Para esta sesión, la psicóloga señalará la importancia de aplicar las técnicas y conocimientos previos aprendidos, dado que en esta actividad se evaluará la perspectiva de los participantes y poder fortalecer algunos puntos blandos. Igualmente, puntualizará acerca de los elementos centrales de la técnica de dramatización; asimismo, destacara la importancia del mismo, en el conocimiento y solución de las problemáticas que puedan surgir, tanto en la vida familiar como otro contexto, con el fin de evaluar lo sucedido en conjunto y tener diferentes puntos de vista, para ello se establecerán 5 grupos, donde deberán pensar en una situación problemática, relacionada a la depresión, y plantear una posible solución. La psicóloga deberá orientar en la realización y tratar de clarificar ambigüedades que puedan surgir.		45´

Sesión 7

Actividad	Objetivo	Estrategia	Desarrollo	Material	T
Mi compromiso	Enfocar la estructura mental hacia pensamientos adaptativos mediante el Racionamiento emocional	Dinámica de reflexión: “Medios de comunicación”	La Psicóloga sacará a un voluntario fuera del aula, y le dará la indicación de narrar un conflicto de manera detallada, mientras más largo será mejor. Esto con la intención de que al entrar al aula, se lo cuente al primero de los participantes en el aula, que estarán formados en fila, para que ésta después se lo cuente a otra y así con el resto de las personas. Al final se compara, delante de todos, la información inicial y final y se analizará que es lo que ha pasado y porqué.	Hoja Bond Lapiceros Lápices Borradores	15´
		Exposición del tema	<p>Los temas para abordar en esta sesión serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El peor enemigo: El crítico interior ▪ Tipos de pensamiento distorsionados ▪ Salud mental y formas de pensar <p>La psicóloga hablará de la importancia de aprender a gestionar nuestras emociones a través del uso de la razón sobre las emociones, por este motivo, cada uno de los participantes deberá realizar un cuadro comparativo entre una serie de pensamientos emocionales y algunas alternativas de racionalización, para poder disminuir la intensidad de estas alteraciones emocionales. (Ver Anexo 4). Finalmente, la psicóloga señalará como a través de un control racional de diferentes pensamientos, podemos evitar adoptar esquemas cognitivos contraproducentes para nuestra salud mental.</p>		45´

Sesión 8

Actividad	Objetivo	Estrategia	Desarrollo	Material	T
Pensar	Ejercer un compromiso de perseverancia mediante la actividad Hacia mí mismo	Dinámica de reflexión: “Eres valioso porque...”	En esta dinámica la psicóloga realizará un breve preámbulo, sobre la importancia de destacar las cualidades de los demás, con la finalidad de mantener la reciprocidad entre las personas y el respeto por los demás. Para ello utilizarán la pauta: “Eres valioso porque...”, acompañada de una cualidad del otro que hayan notado, se trabajara en parejas y luego se finalizara con una reflexión final sobre lo vivenciado.	Sobre de cartas Hoja Bond Lapiceros Lápices Borradores	15´
		Exposición del tema	<p>Los temas para abordar en esta sesión serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El cambio depende de nosotros ▪ Se puede mejora hasta el final ▪ Amorosos con nosotros y los demás <p>En esta actividad la psicóloga resaltará la importancia de comprometernos con el cambio; y que esto lo podemos dejar sentado mediante una carta, donde se establecerá un compromiso psicológico con nosotros mismos, e intentar mantener una nueva relación entre nuestros pensamientos y emociones, sobre lo que pensábamos antes y lo que pensamos ahora, y lo que haremos para lograrlo. Esto deberá ser firmado y colocado en un sobre para sí mismos. Al terminar, la psicóloga se despedirá de los presentes y facilitará una breve encuesta. (Ver Anexo 5)</p>		45´

Referencias Bibliográficas

- Arellano, M. (2017). Nivel de depresión en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi centro poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto – Moquegua. (Tesis de Pregrado) Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima. Recuperado de: <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1394/TRAB.SUFIC.PROF.%20ARELLANO%20VENTOCILLA%2c%20MAGDALENA.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Casas, A. (2017). Niveles de depresión en pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla (Tesis de Pregrado) Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima. Recuperado de: <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1537/TRAB.SUF.PROF.%20CASAS%20ROJAS%20ADRIAN%20FRANCISCO%20ANTONIO.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- CIE10. (2003). Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Editorial Medica Panamericana, México.
- Durand, T. M. (2015). Peso corporal y depresión en adultos mayores de comunidad urbano marginal en México - Tamaulipas. Revista Enfermería Herediana, 142-148. Recuperado de: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2695/2571>
- Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano. (2013). GAI Informe Completo. Colombia: Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Comple_Depre%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Comple_Depre%20(1).pdf)
- El Comercio. (2018). Depresión: cuando vivir se convierte en una tarea insoportable. Lima: Sucesos.
- Fernández, M., Gonzales, D., Guzmán, L. y Nazly, J. (2016). “Prevalencia de depresión en el adulto mayor en los centros de vida en Cartagena”. Repositorio Universidad de Cartagena, 1-38. Recuperado de

<http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/3098/1/PREVALENCIA%20DE%20DEPRESION%20EN%20LOS%20CENTROS%20DE%20VIDA%20DE%20CARTAGENA%20INFORME%20FINAL.pdf>

Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2014) Metodología de la investigación: sexta edición. Mexico D.F.: McGraw Hill

Lahaye, T. (1990) Como vencer la depresión. Florida: Editorial DeerField

Llanes H, L. Y. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=58386>

MINSA. (2005). módulo de atención integral en Salud Mental: La Depresión. Recuperado de: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820_MS-PROM14.pdf

MINSA. (2007). Estudio Epidemiológico de Salud Mental de niños y adolescentes en Lima Metropolitana Y Callao. Recuperado de: <http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/view/43/24>

Mosquera, P. y. (2017). Niveles de depresión en adultos mayores de un centro geriátrico de la ciudad de Cuenca. (Tesis de grado) Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27027/1/tesis%20CD.pdf>

OMS. (2018). Cancer: Datos y Cifras. Ginebra: Grupo Científico de la OMS.

OMS. (2018). Depresión. Ginebra: Grupo Científico de la OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

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

Pérez, P. (2017). Nivel de depresión en los adultos mayores del grupo de beneficiarios de la Asociación Caridades San Vicente. (Tesis de Licenciatura) Recuperado de: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1407>

- Phares, V. y Compas, B.E. (1992) The role of fathers in child and adolescent psychopathology: make room for daddy. Recovered from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1594718>
- Preston, J. (2002) Como vencer la depresión. Mexico D.F: Editorial Paz
- Schwab, S (1995). La depresión, causas y síntomas. Madrid: Edición IV España
- Smith, R; Sarason, I; Sarason, B. (1997). Enciclopedia de Psicología Educativa. Aprendizaje, Habilidades Humanas y Conducta. Tomo 2. México. Oxford University Press Mexico.
- Suárez, A. (2015). Salud mental en adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín, Colombia. (Tesis de grado) Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000400011
- Vázquez, M. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/727/72714302.pdf>, 522.
- Vásquez, F.L. y Torres, A. (2005) Prevención del comienzo de la depresión. Recuperado de: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N83-2.pdf>
- Yesavage, J. (1993) Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v10n3/v10n3a08.pdf>

Anexos

Anexo 1. Matriz de Consistencia

Problema General	Objetivo General	Metodología
¿Cuál es el nivel de depresión en los pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo –periodo 2019?	Determinar el nivel de depresión en los pacientes oncológicos adultos mayores de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo – periodo 2019.	La investigación es de tipo descriptivo, transversal; con un diseño No experimental, y de enfoque cuantitativo.
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Población y muestra
<p>¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo –periodo 2019, según la dimensión cognitiva?</p> <p>¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo –periodo 2019, según la dimensión física conductual?</p> <p>¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo –periodo 2019, según la dimensión afectiva emocional?</p>	<p>Identificar el nivel de depresión, según la dimensión cognitiva, en pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo –periodo 2019.</p> <p>Identificar el nivel de depresión, según la dimensión física conductual, en pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo –periodo 2019.</p> <p>Identificar nivel de depresión, según la dimensión afectiva emocional, en pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo –periodo 2019.</p>	<p>La población de estudio está conformada por:</p> <p>N = 40 adultos mayores de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo</p> <p>El tamaño de la muestra censal está constituido por la totalidad de la población, dado que, al representar una cantidad reducida, se asume al universo como muestra de estudio.</p>

Anexo 2. Cuestionario de la escala de Yesavage

Instrumento

Escala de depresión Geriátrica de Yesavage

Escala

Edad:

Grado de instrucción:

Tiempo de tratamiento

Lugar de nacimiento:

Fecha:

Por favor escoja la respuesta conforme se ha sentido durante las últimas semanas:

SI/NO

- | | |
|---|-----|
| 1. . - ¿Está usted satisfecho con su vida? | 0/0 |
| 2. ¿Ha abandonado usted muchos de sus intereses y actividades? | 0/0 |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía? | 0/0 |
| 4. ¿Se siente usted frecuentemente aburrido? | 0/0 |
| 5. ¿Tiene usted mucha fe en el futuro? | 0/0 |
| 6. ¿Tiene pensamientos que le molestan y no puede sacar de su cabeza? | 0/0 |
| 7. ¿La mayoría del tiempo está de buen humor? | 0/0 |
| 8. ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar? | 0/0 |
| 9. ¿Se siente usted feliz la mayoría del tiempo? | 0/0 |
| 10. ¿Se siente usted a menudo impotente, abandonado? | 0/0 |
| 11. ¿Se siente a menudo intranquilo? | 0/0 |
| 12. ¿Prefiere quedarse en su cuarto en vez de salir y hacer cosas? | 0/0 |
| 13. ¿Se preocupa usted a menudo sobre el futuro? | 0/0 |
| 14. ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás? | 0/0 |
| 15. ¿Cree que es maravilloso vivir? | 0/0 |
| 16. ¿Se siente usted a menudo triste? | 0/0 |
| 17. ¿Se siente usted inútil? | 0/0 |

18. ¿Se preocupa mucho sobre el pasado? 0/0
19. ¿Cree que la vida es muy interesante? 0/0
20. ¿Es difícil para usted empezar proyectos nuevos? 0/0
21. ¿Se siente lleno de energía? 0/0
22. ¿Se siente usted sin esperanzas? 0/0
23. ¿Cree que los demás tienen más suerte que usted? 0/0
24. ¿Se pone usted muy nervioso por pequeñas cosas? 0/0
25. ¿Siente a menudo ganas de llorar? 0/0
26. ¿Es difícil para usted concentrarse? 0/0
27. ¿Está contento de levantarse por la mañana? 0/0
28. ¿Prefiere evitar grupos de gente? 0/0
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones? 0/0
30. ¿Está su mente tan clara como antes? 0/0

Anexo 3. Fotografías de la muestra



Anexo 4. Carta de presentación



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas
Facultad de Psicología y Trabajo Social

Lima, 30 de Abril del 2019

Carta N° 1099-2019-DFPT5

Señor
ALDO CÁRDENAS VÁSQUEZ
DIRECTOR
CASA HOGAR "BEATO PADRE ENRIQUE REBUSCHINI"
Presente.-

Luego de recibir mis saludos y muestras de respeto, presento a la señorita **Gloriana RODRIGUEZ QUIPE**, Bachiller de la Carrera Profesional de Psicología de nuestra Facultad, identificada con código 07-0139538, quien desea realizar una muestra representativa de investigación en la institución que usted dirige; para poder así optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología, bajo la Modalidad de Suficiencia Profesional.

Agradezco la atención a la presente carta y renuevo mis cordiales saludos.

Atentamente,



Dr. RAIMUNDO GÓMEZ SALAS
Decano, (a)
Facultad de Psicología y Trabajo Social



CEL: 98104
TEL: 10760036

Av. Pío IX 348, Lima
Teléfono: 430 1015 / 430 2785 - Anexo 3304
E-mail: psic-soc@ug.edu.pe

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL

Anexo 5. Anexos del programa

Anexo 1. Autoregistro de pensamientos

Registro de Pensamientos			
Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta

Anexo 2 Contraste de verbalizaciones

Verbalizaciones Positiva	Verbalizaciones Negativas

Anexo 3. Cualidades positivas

Cualidades positivas

Anexo 4. Racionalización de emociones

Pensamientos	Pensamientos racionales

Anexo 5. Encuesta de satisfacción

1. ¿Qué le pareció el desarrollo de las sesiones?
2. ¿Qué le pareció la forma de explicar de la psicóloga?
3. ¿Qué le pareció los temas abordados?
4. ¿Qué tan entendible fue lo dicho por la psicóloga?
5. ¿Qué sugerencia le daría a la psicóloga para mejorar?
6. ¿Qué cosa no le gusto del desarrollo del programa?
7. ¿Piensa seguir algunas de las cosas señaladas en las sesiones? ¿Por qué?
8. ¿Cómo cree que podría cambiar su vida?
9. ¿Qué piensa ahora de la depresión?
10. En una escala del 1 al 10. ¿Qué tan satisfecho/a se encuentra? Siendo 1 la calificación más baja y 10 la más alta