

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL**



Trabajo de Suficiencia Profesional

Niveles de depresión en pacientes adultos mayores que asisten al Centro de  
Salud Ventanilla - Alta

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología  
Presentado por:

Autor: Bachiller Adrian Francisco Antonio Casas Rojas

Lima-Perú

**2017**

## **DEDICATORIA**

Dedico la investigación a mi papá  
Juan en memoria a mí querida  
abuelita Ysabel Barraza

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi querido padre por todo el apoyo que me brindó. A mi tío por su preocupación. A mis amigos que me apoyaron. Al médico jefe y Psicóloga encargada del Centro de Salud Ventanilla-Alta.

## **PRESENTACIÓN**

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento a las normas de la Directiva **N° 003-FPs y TS.-2017** de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, para optar el título profesional bajo la modalidad TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL, presento mi proyecto de investigación llamado “Niveles de depresión en pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta ” ya que me permitirá obtener el título profesional de Psicología con la finalidad de continuar con mi desarrollo profesional .

Por lo que, señores miembros del jurado, espero que este proyecto de investigación sea aprobado.

Atentamente,

Adrian Francisco Antonio Casas Rojas

## ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Presentación	iv
Índice	v
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii
 <b>CAPÍTULO I: Planteamiento del problema</b>	 14
1.1. Descripción de la realidad problemática	14
1.2. Formulación del problema	15
1.2.1. Problema general	15
1.2.2. Problema específico	15
1.3. Objetivos	15
1.3.1. Objetivo general	15
1.3.2. Objetivos específicos	15
1.4. Justificación e importancia	16
 <b>CAPÍTULO II: Marco teórico conceptual</b>	 17
2.1. Antecedentes	17
2.1.1. Internacionales	17
2.1.2. Nacionales	18
2.2. Bases teóricas	21
2.2.1. Depresión	21
2.2.2. Teoría conductual de disminución del refuerzo positivo	22

2.2.3.	Teoría cognitiva de la depresión	22
2.2.4.	Teoría cognitiva de Beck	22
2.2.4.1.	Dimensión cognitiva	23
2.2.4. 2.	Dimensión conductual	23
2.2.4.3.	Dimensión afectiva	23
2.2.5.	Clasificación de la depresión según DSMIV - R	24
2.2.5.1.	Clasificación de la depresión según CIE10	25
2.2.6.	Características de la depresión y género	28
2.2.7.	Factores de riesgo en la depresión del adulto mayor	29
2.2.8.	Adulto mayor	29
2.2.8.1.	Cambios en el adulto mayor	30
2.2.8.2.	Depresión en el adulto mayor	30
2.2.8.3.	Prevención de la depresión en el adulto mayor	31
2.2.9.	Teorías relacionadas a la adultez	32
2.3.	Definición conceptual	33
<b>CAPÍTULO III. Metodología</b>		<b>34</b>
3.1.	Tipo y diseño de investigación	34
3.1.1.	Tipo y enfoque	34
3.1.2.	Nivel	34
3.1.3.	Diseño de investigación	34
3.2.	Población	35
3.2.1.	Muestra	35
3.2.2	Criterios de selección	36
3.3.	Identificación de variable y su operacionalización	36
3.4.	Técnicas e instrumento de evaluación y diagnostico	38
3.4.1.	Técnicas	38

3.4.2.	Instrumento	38
<b>CAPÍTULO IV: Procesamiento, presentación y análisis de los resultados</b>		42
4.1.	Procesamiento de los resultados.	42
4.2.	Presentación de los resultados.	43
4.3.	Análisis y discusión de los resultados	48
4.4.	Conclusiones	50
4.5.	Recomendaciones	51
<b>CAPÍTULO V: Programa de intervención</b>		52
5.1.	Denominación del programa	52
5.2.	Justificación del programa	52
5.3.	Establecimiento de objetivos	53
5.4.	Sector al que se dirige	53
5.5.	Establecimiento de conducta problemas/ Metas	54
5.6.	Metodología de la intervención	54
5.7.	Instrumentos/material a utilizar	55
5.8.	Cronograma	56
5.9.	Actividades	57
Referencias		
Anexos		
Anexo 1: Matriz de consistencia		
Anexo 2: Carta de presentación		
Anexo 3: Carta de aceptación		
Anexo 4: Escala de depresión de Yesavage		
Anexo 5: Encuesta de satisfacción		
Anexo 6 Fotos		
Anexo 7: Diploma de reconocimiento		

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la muestra en pacientes adultos mayores que asisten servicio de Psicología- Mes de Abril	35
Tabla 2. Operacionalización de la variable	37
Tabla 3. Cálculo media mínimo y máximo del total	43
Tabla 4. Frecuencia en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro Ventanilla Alta (Servicio de Psicología)	44
Tabla 5. Frecuencia en la dimensión cognitiva en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta (Servicio de Psicología)	45
Tabla 6. Frecuencia en la dimensión conductual en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta (Servicio de Psicología)	46
Tabla 7. Frecuencia en la dimensión afectiva en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de salud Ventanilla Alta (Servicio de Psicología)	47



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución porcentual de depresión en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta. (Servicio de Psicología)	44
Figura 2. Distribución porcentual de la dimensión cognitiva en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta. (Servicio de Psicología)	45
Figura 3. Distribución porcentual de la dimensión conductual en los pacientes adulto mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta (Servicio de Psicología)	46
Figura 4. Distribución porcentual de la dimensión afectiva en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta (Servicio de Psicología)	47

## RESUMEN

En la actualidad se han realizado pocas investigaciones de depresión en adultos mayores , por ello surge la necesidad de realizar el presente estudio titulado niveles de depresión en pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta , el tipo de estudio es aplicado, de enfoque cuantitativo nivel descriptivo, con diseño no experimental de corte transversal, se consideró como objetivo general determinar los niveles de depresión en adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta, la muestra es de tipo intencional compuesta por 41 pacientes adultos mayores, que asisten al servicio de Psicología en el mes de Abril , para la presente investigación se utilizó la escala geriátrica de Yesavage de 30 ítems valida en Trujillo –Perú por Fernández, Lizbeth.

Se concluyó que el total de la muestra 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, cognitiva, conductual y afectiva, se observó que la dimensión conductual y afectiva, obtuvieron niveles altos con 42% y 74% respectivamente, en tanto la dimensión cognitiva presentó un nivel promedio significativo con 39% respectivamente.

**Palabra clave:** depresión, adulto mayor, centro de salud, niveles, pacientes

## **ABSTRACT**

At the present time there has been little research of depression in older adults , therefore arises the need for the present study entitled levels of depression in elderly patients attending the Health Center Window , the type of study is applied, quantitative approach the descriptive level, with non-experimental design, cross-sectional study, it was considered as a general objective to determine the levels of depression in older adults attending the Health Center High Window, the sample is intentional composed of 41 elderly patients, who attend the psychology service in the month of April , for the present investigation was used Yesavage Geriatric scale of 30 items valid in Trujillo - Peru Fernández, Lizbeth.

It was concluded that the total of the sample the 41% do not have depression, while 49% have moderate level and finally the 10% have severe level of depression, in terms of the dimensions, cognitive, behavioral, and emotional, it was noted that the behavioral and affective dimension, obtained high levels with 42% and 74%, respectively, in both the cognitive dimension presented a significant average level with 39% respectively.

Key words: depression, senior, health center, levels, patients

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realizó principalmente para determinar cuáles son los niveles de depresión en pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta. Cabe resaltar que la población adulta mayor está muy desvalorizada actualmente en nuestra sociedad y por ende se ha dejado de lado a este grupo etario, por ello es importante destacar la importancia que tiene el adulto mayor en nuestra humanidad.

Según Maestre (2002) menciona que “muchos individuos ignoran cuales son las serias necesidades del adulto mayor” (p.61).

Así mismo es importante revalorar a los adultos mayores que padecen de depresión puesto que muchas veces no son valorados en la sociedad actual. Por ello cabe resaltar la importancia de la familia y el equipo de salud para atender las demandas del adulto mayor promoviendo el bienestar en cada uno de ellos. En cuanto a la estructura de la investigación, se divide en capítulos:

El Capítulo I Planteamiento del problema, se presentó la descripción del problema, en el cual se desarrolló la investigación, se planteó el problema general y los problemas específicos, así como también tres objetivos generales y objetivos específicos. Finalmente se indicó la justificación e importancia.

Así mismo, en el Capítulo II se consideró el Marco Teórico de la Investigación, los antecedentes internacionales y nacionales en relación a la depresión en adultos mayores. Las Bases Teóricas sobre los temas más relevantes de la investigación, revisando libros, tesis, páginas electrónicas, así como las definiciones conceptuales sobre el tema de investigación.

Por consiguiente, en el Capítulo III se explicó la Metodología que se utilizó en la investigación, estableciendo el tipo y diseño de investigación, así como la población, muestra, la identificación de variable, técnicas e instrumentos de recolección y procesamiento de información.

Continuando con el capítulo IV, se podrá observar los resultados obtenidos de la muestra, mediante la aplicación del instrumento de estudio el cual fue la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Se concluirá con la discusión, conclusión y recomendación correspondiente.

Finalizando con el capítulo V, se procederá a elaborar un plan de intervención, mediante un programa elaborado por sesiones, cuyo objetivo será disminuir los niveles elevados del problema de estudio, así mismo esperamos que el siguiente trabajo ayude a considerar aspectos de salud mental en las personas de la tercera edad.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción de la realidad problemática**

Los pacientes hombres y mujeres adultos mayores que acuden a asistencia médica por diversos problemas de salud que en muchos casos tiene como riesgo de fondo la depresión, son de suma importancia para el equipo multidisciplinario que busca con rapidez alternativas eficaces de solución para atender la demanda del adulto.

Ante todos estos problemas, el Ministerio de Salud del Perú, desde el año 2003, viene desarrollando el modelo de atención integral en salud (MAIS) enfocado por etapas de vida, formando parte de este, el Programa de Atención Integral en Salud del Adulto Mayor, que en el nivel de atención primaria (centros y puestos de salud), está orientado a la prevención y promoción de la salud en el adulto mayor. (Zelada y Mayta, 2006).

Por ello, es importante ofrecer la atención necesaria para mejorar su calidad de vida puesto que son vulnerables a situaciones de riesgos como el abandono familiar, y la jubilación.

Es sabido que los ancianos se enfrentan a cambios muy importantes, no todos estos son completamente favorables, algunos se relacionan con dolencias crónicas, preocupaciones por su futuro, fallecimiento de seres queridos, sentimientos de soledad; que disminuyen su estado de ánimo y los hacen más vulnerables a contraer enfermedades físicas y psicológicas.

Los problemas más comunes en el adulto mayor, son generados por la falta de asistencia emocional, el estrés, vacío emocional, la irritabilidad, la disminución de la autoestima y la pérdida de interés por su propia vida; todos estos síntomas desencadenan depresión, diagnóstico que demanda un tratamiento inmediato.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuáles son los niveles de depresión en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta?

### **1.2.2. Problemas específicos**

¿Cuál es el nivel en la dimensión cognitiva en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta?

¿Cuál es el nivel en la dimensión conductual en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta?

¿Cuál es el nivel en la dimensión afectiva en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta?

## **1.3. Objetivos.**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar los niveles de depresión en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta

### **1.3.2. Objetivos específicos.**

Identificar el nivel en la dimensión cognitiva en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta

.

Identificar el nivel en la dimensión conductual en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta

Identificar el nivel en la dimensión afectiva en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta

#### **1.4. Justificación e importancia**

Se optó por este tema debido a que existen inquietudes por parte del equipo multidisciplinario en el Centro de Salud Ventanilla alta, con relación a la depresión en los adultos mayores que asisten a atenciones psicológicas. Es por esa razón que se empieza a realizar atenciones individualizadas a través de entrevista y asistencia emocional, con la finalidad de asistir de manera adecuada los problemas del anciano.

En ese sentido la depresión en el adulto mayor, es considerada como la problemática más frecuente en esta etapa de vida, básicamente se refleja a través de sentimiento de tristeza, abandono y soledad, características esenciales que presenta un adulto con depresión debido a los cambios que se presentan y por la falta de cuidado que se le da a esta enfermedad en esta etapa de la vida (Domínguez, 2012).

Es por ello que se considera de gran importancia la participación de los equipos de salud para contribuir con el bienestar del adulto mayor y realizar mayores atenciones médicas, terapéuticas y atenciones psicológicas con el fin de fortalecer su desarrollo personal y disminuir la depresión.

Por todo lo anterior se considera que esta investigación contribuirá de manera eficaz para el equipo de salud con la finalidad de mejorar su calidad de vida y así disminuir la posibilidad de aparición de nuevas patologías.



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

#### **2.1. Antecedentes.**

A continuación, se presentarán los antecedentes de la investigación, los cuales se refieren a los trabajos realizados por diversos autores que explican la depresión en los adultos mayores. En cuanto a los antecedentes, se encontraron tres internacionales y cuatro nacionales considerados de gran importancia para la presente investigación.

##### **2.1.1. Internacionales**

Badillo et al. (2013) En su artículo de investigación titulada “Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una asociación urbano marginal” en México, el objetivo fue identificar la asociación existente entre la depresión y función cognitiva del adulto mayor.

Estudio fue descriptivo-transversal correlacionar, se estudió a 252 adultos mayores de ambos sexos cuyas edades fue de 60 años habitados en una zona urbano-marginal, considerada como un área de influencia en el Centro Comunitario "Las Culturas", los instrumentos que se utilizaron para la investigación fueron: La prueba de Yesavage de 15 ítems que permite identificar la prevalencia de depresión, en adultos mayores. En cuanto a los resultados que corresponde a sin depresión, con 41.4%, sin depresión, 3,9 % depresión moderada y 25% depresión severa.

Badillo et al (2015), En su estudio sobre “Peso corporal y depresión en adultos mayores de comunidad urbano marginal en México – Tamaulipas”. Cuyo objetivo fue identificar la asociación existente entre el peso corporal y la depresión en el adulto mayor, el estudio es de tipo descriptivo y correlacional, se realizó en una población urbano-marginal de Tamaulipas, México. La muestra fue de 252 adultos mayores de 60 años. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia.

Se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage cuyos resultados fueron: Sin depresión 40,1%, depresión moderada 34,1% y depresión severa 25,0%. Se llegó a la conclusión que casi la mayoría de adultos mayores tenían malnutrición y más de la mitad depresión, al ser un estudio por conveniencia es una limitante para la generalización de los resultados.

Mosquera y Saldaña (2017) Realizaron una tesis titulada “Niveles de depresión en adultos mayores de un centro geriátrico de la ciudad de Cuenca” (Ecuador). El objetivo fue determinar los niveles de depresión en los adultos mayores de un centro geriátrico de la ciudad de Cuenca, investigación fue de enfoque cuantitativo, nivel exploratorio –descriptivo el instrumento que se utilizo fue la escala de Yesavage de 30 ítems.

Los resultados presentados fueron: el 53,3% no presentan depresión, el 43,3% presentaron depresión moderada/ grave, y solo el 3,3% depresión severa, según el tamaño de la muestra los hombres manifestaron mayor depresión que las mujeres, el estudio también indica que la escolaridad es un factor que influye, ya que la mayoría de participantes con instrucción básica o ninguna presentan depresión moderada o grave.

### **2.1.2. Nacionales**

Francia (2010) En su tesis titulada “Factores biopsicosociales que inciden en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil de la Tablada de Lurín”. Cuyo objetivo fue determinar los factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión en los adultos mayores, el estudio fue de tipo descriptivo de correlación corte transversal, nivel aplicativo y método cuantitativo. Se estudió una muestra de 44 adultos mayores que conforman el grupo de edad de oro, para este estudio se utilizó la escala geriátrica de yesavage de 15 ítems.

En cuanto a los resultados obtenidas, el 31.8% tiene niveles normales de depresión, el 59,1% presentó depresión leve, mientras que el 9.1 depresión severa, la conclusión que se llegó en este estudio fue que los factores biopsicosociales influyen mayoritariamente en el nivel de depresión leve, entre los factores más principales que influyen en la depresión tenemos el factor psicológico donde se evidencia el sentimiento de soledad y autoestima.

Por otra parte Juárez, León y Linares (2010) Realizaron un estudio sobre “Evaluación del grado de depresión en adultos mayores de 60 años del AA. HH “Viña Alta”- La Molina, Lima –Perú. Su objetivo fue determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores de 60 años que vivían en el Asentamiento Humano “Viña Alta” La Molina, el estudio fue de carácter transversal, tipo entrevista de carácter descriptivo, la población fue de 112, y la muestra 68 adultos mayores. Las variables de estudio fueron: edad, estado civil, grado de instrucción, género, lugar de nacimiento y el puntaje obtenido con la prueba de Yesavage de 15 ítems.

En cuanto a los resultados, el total de la muestra, se evidencia que el 58% tiene depresión leve, el 23% no tiene depresión y solo el 19% depresión severa, así mismo, los niveles de depresión con relación al grado de instrucción, predomina el grado de instrucción primaria cuyo nivel de depresión leve con un 30% y severo con 16% y sin depresión 11%.

Se concluyó que los adultos mayores con instrucción primaria que asisten al centro presentan depresión leve y en menor porcentaje depresión severa, así mismo no hubo diferencias significativas en cuanto al género, sin embargo se encontró que el 71% presentó algún grado de depresión siendo el más significativo en casados.

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 es 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 de 15 ítems.

De acuerdo a los niveles de depresión, se evidencia que el 58% tiene depresión leve, el 23% no tiene depresión y solo el 19% depresión severa. En cuanto a los niveles de depresión con relación al grado de instrucción, predomina el grado de instrucción primaria cuyo nivel de depresión leve con un 30% y severo con 16% y sin depresión 11%. Se concluyó que los adultos mayores con instrucción primaria que asisten al centro presentan depresión leve y en menor porcentaje depresión severa.

Por otro lado, Orosco (2015) En su estudio titulado “Depresión y autoestima en personas mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima “ el objetivo fue determinar la relación entre autoestima y depresión en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, la investigación es de tipo correlacional para medir dichas variables se empleó el inventario de Depresión de Beck II y el inventario de Autoestima de Coopersmith, la muestra fue de 85 la cual estuvo compuesta por 40 participantes sujetos institucionalizados y 45 no institucionalizados. En cuanto a los resultados 43.5% tiene ausencia de depresión, el 37.6 tiene depresión leve y el 18.8 tiene depresión severa. Se llegó a la conclusión que existe una relación significativa entre la depresión en la autoestima.

## **2.2. Bases teóricas.**

Definir la depresión y adulto mayor es de relevancia para la investigación, en general existen muchas definiciones, sin embargo; cada autor muestra una definición diferente.

### **2.2.1. Depresión.**

Schwab (citado en Monterroso, 2012) afirmó que la palabra depresión proviene del término latino “depressio” que, a su vez, procede de “depressus” 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.

La depresión es un problema de salud mental que afecta mayoritariamente a los adultos mayores, según la Organización Mundial de la Salud OMS (2016) La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de la tristeza, pérdida del interés y del placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Es de suma importancia, la revisión de teorías con la finalidad de profundizar aún más la variable de estudio. A continuación, se presentarán las teorías que sustentarán el presente estudio.

### **2.2.2. Teoría conductual de disminución del refuerzo positivo**

Lewinsohn, Youngren y Grosscup (citado por Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000). Mencionan que la depresión puede ser la consecuencia dada por reducción del reforzador positivo contingente a las conductas del paciente, conduciendo a un estado de ánimo deprimido y a una reducción en el número de conductas, como la baja autoestima y la desesperanza serían la consecuencia lógica de la reducción en el nivel de actividad. Es decir la pérdida de refuerzos positivos, se deben a un ambiente poco favorable para la persona, disminución de habilidades sociales en las personas, incapacidad para disfrutar los reforzadores disponibles debido a los niveles elevados de ansiedad.

### **2.2.3. Teoría cognitiva de la depresión**

Se considera a Aaron Beck, el fundador de la teoría cognitiva, teniendo en cuenta la presente teoría menciona que la persona deprimida tiende a pensar negativamente de sí misma, muchas veces se atribuyen así mismas los acontecimientos negativos de sí mismo basándose fundamentalmente en el procesamiento de la información donde pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, creencias disfuncionales, y sesgos en el procesamiento de la información van a dar cuenta de la depresión (Gonzales , 2014).

### **2.2.4. Teoría cognitiva de Beck:**

Según Beck (citado en Vázquez, Muñoz, y Becoña 2000). 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.

A continuación, se especificará las dimensiones que corresponde a la escala geriátrica de Yesavage teniendo en consideración los aspectos cognitivo- conductual y afectivo referidos en los ítems que caracterizan la depresión en el adulto mayor.

#### **2.2.4.1. Dimensión cognitiva:**

Según Beck (citado en Camacho, 2000). Se fundamenta en la triada cognitiva de Beck, refiriéndose en el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de si mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo basada en sus actitudes, el paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, el mundo lo ve lleno de obstáculo y ve el futuro totalmente desesperanzador así como también preocupación por el futuro y problemas para concentrarse.

#### **2.2.4.2. Dimensión conductual:**

Lewinsohn (citado en Gonzales 2010). En sus aportes apoyados de la terapia cognitiva se explica que la regulación de las conductas se da partir de un ajuste, adaptación y readaptación de éstas dentro de un conjunto de circunstancias ambientales cambiantes, por ello la depresión se basa en que los factores ambientales y cognitivos puesto que son los responsables de la presencia de este trastorno.

#### **2.2.4.3. Dimensión afectiva**

Según Beck (citado en Vazques, Muñoz y Becoña, 2000). La afectividad en las personas deprimidas disminuye por las ideas erróneas del sujeto depresivo, cuando estas sensaciones se vuelven más intensas, se asocian con sentimientos de impotencia e inutilidad, el paciente se vuelve dependiente y puede intentar el suicidio.

### 2.2.5. Clasificación de la depresión según DSM IV –TR

De acuerdo a los criterios diagnósticos establecidos en la DSM IV-TR podemos encontrar los siguientes:

A. Presencia de al menos Episodio Depresivo Mayor, se define por los siguientes criterios:

a) 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 de los requeridos para arribar al diagnóstico, y los síntomas provocan sólo deterioro menor del desempeño laboral o de las actividades sociales habituales o de 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.



**a) Características psicóticas congruentes con el estado de ánimo:**

Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es completamente compatible con los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.

**b) Características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo:**

Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no corresponde a los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. Se incluyen síntomas, como ideas delirantes de persecución (no directamente relacionados con temas depresivos), inserción del pensamiento, transmisión del pensamiento e ideas delirantes de control.

- **En remisión parcial:** Hay síntomas de un episodio depresivo mayor, pero no se cumplen los criterios completos, o hay un período sin ningún síntoma significativo de episodio depresivo mayor que dura menos de 2 meses tras el final del episodio depresivo mayor.

- **En remisión completa:** Durante los últimos 2 meses, no hubo signos ni síntomas significativos de la alteración. Sin otra especificación

**2.2.5.1 . Clasificación de la depresión según CIE10**

- **F32.0 Episodio depresivo leve**
- **Pautas para el diagnóstico**
- Ánimo depresivo,
- La pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar
- El aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo
- Un enfermo con un episodio depresivo leve , suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social , sin embargo es probable que no

la deje por completo , así mismo , se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

- **F32.00 Sin síndrome somático:** Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.
- **F32.01 Con síndrome somático:** Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndromes somáticos (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).
- **F32.1 Episodio depresivo moderado**
- **Pautas para el diagnostico**
- Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve
- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
- Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar su actividad social, laboral y doméstica.
- Se puede utilizar la presencia de síndrome somático
- **F32.10 Sin síndrome somático:** Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.
- **F32.11 Con síndrome somático:** Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndromes somáticos (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).
- **F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos**
- Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, los riesgos de suicidio es importante en los casos particularmente graves.

- **Pautas para el diagnóstico**

- Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio leve y moderado , y además por lo menos cuatro de los demás síntomas , los cuales deben ser de intensidad grave , sin embargo , si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir síntomas con detalle.

- **F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos**

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo.

Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable.

Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición.

Incluye:

- Episodios aislados de depresión mayor con síntomas psicóticos.
- Depresión psicótica.
- Psicosis depresiva psicógena.
- Psicosis depresiva reactiva.

- **F32.8 Otros episodios depresivos**

- Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva.

Incluye:

- Depresión atípica.
- Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

- **F32.9 Episodio depresivo sin especificación**

Incluye:

- Depresión sin especificación.
- Trastorno depresivo sin especificación

### **2.2.6. Características de la depresión y género**

Según Yuste y Herrera (2004), mencionaron algunas características que se presentan en las personas que padecen de depresión, entre ellas tenemos:

- Es necesario que se experimente varios síntomas depresivos con una duración de dos o más semanas
- Llanto frecuente
- Debe evaluarse la presencia de las manifestaciones siguientes:
- Aumento o disminución del apetito, sueño energía fatiga o cansancio.
- Se debe manifestar si el adulto mayor manifiesta ideas de suicidio

De acuerdo a lo mencionado por ambos autores que nos explica sobre los posibles síntomas que hay que tener en cuenta para detectar una posible depresión, por ello es indispensable estar alerta y reconsiderar los principales síntomas con la finalidad de realizar un tratamiento adecuado, más aún si están presentes en los adultos mayores.

En cuanto al género, según Zarragoitia (2010), las características principales de la depresión en hombres se caracterizan por los siguientes síntomas:

- Recurrencia en el alcohol y las drogas. los hombres tienen más probabilidad que las mujeres en desarrollar abuso o dependencia de alcohol y drogas en el transcurso de sus vidas, sin embargo entre los investigadores se ha debatido si el uso de sustancias tóxicas como el alcohol y las drogas, es un síntoma de depresión subyacente entre los hombres o es un trastorno que ocurre conjuntamente en ellos.
- Sentimientos de frustración, desánimo, enojo e irritabilidad. no se quejan tanto de otros síntomas como sentimientos de tristeza, falta de autoestima y culpabilidad excesiva.
- Comportamientos violentos o abusivos

- Se dedican a su trabajo de manera compulsiva , tratando de ocultar la depresión de sí mismos , la familia y los amigos
- Comportamientos temerarios, es decir arriesgándose y poniéndose en situaciones peligrosas.

En cuanto a la depresión en mujeres, pueden presentarse por cambios hormonales, a su vez , existen condiciones sociales tales como: mayor estrés derivado del trabajo y las responsabilidades en familia, los roles y expectativas de las mujeres pueden conducir a más altos niveles de depresión , a diferencia de los hombres que presentan depresión “ escondida” debido que el dolor emocional en los hombres no es socialmente aceptado y tienden a esconder su depresión como sinónimo de vergüenza en lugar de aceptarlo y definirse (Amador,2001) .

#### **2.2.7. Factores de riesgo en la depresión del adulto mayor**

Los factores de riesgo en el adulto mayor propuestos por Roth (citado en Romero, 2006) son las siguientes:

- **Factores predisponentes**
  - Estructura de la personalidad (dependiente, pasivo agresivo, obsesivos)
  - Aprendizaje de respuesta a situaciones de tensión
  - Predisposición biológica, genéticas y neurobioquímicas
- **Factores contribuyentes**
  - Socioeconómicas
  - Dinámica familiar
  - Grado de escolaridad, actividades laborales y de recreación
  - Pertenecientes a un grupo étnico específico
  - Jubilación
- **Factores precipitantes**
  - Crisis propias de la edad

#### **2.2.8. Adulto mayor.**

Según la ley N° 30490 en su artículo 2°, se establece que debe entenderse por personas adultas mayores a todas aquellas que tengan 60 o más años de edad (Diario oficial el peruano, 2016).

### **2.2.8.1. Cambios en el adulto mayor.**

Castañedo y Saravia (2014) establecen cambios sociales y psicológicos

#### **Cambios psicológicos:**

Modificaciones en las funciones cognitivas.

Modificaciones en la afectividad: pérdidas, motivaciones, personalidad.

#### **Cambios sociológicos:**

- **Cambios en el rol individual:**
- Depende de la capacidad y personalidad de la persona el cómo afrontará los cambios en su vida.
- Puede desencadenar problemas de fragilidad, dependencia y enfermedad que condicionan a la familia.
- **Cambios en el rol social:**
- la jubilación,
- redes sociales
- relaciones interpersonales

### **2.2.8.2. Depresión en el adulto mayor**

La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18%, entre el 2005 y 2015. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas.

En la vejez hay mayor riesgo de padecer esta enfermedad, se sabe que el 80% de los adultos mayores tienen al menos una enfermedad crónica, y el 50% dos o más. La depresión se hace más común en personas que tienen una enfermedad crónica o algún otro tipo de

limitación, se reporta que muchos especialistas no le dan importancia a estos estados emocionales porque piensan que son parte del ciclo vital en esta etapa de vida puesto que a menudo comparten esta creencia y piensan que es normal sentirse tristes y presentar este cuadro clínico. (Echerri, 2016).

La depresión es probablemente, el más común de los trastornos psiquiátricos en las personas mayores; en el adulto mayor, la situación es más compleja, porque los cuadros depresivos no solo dependen de los factores genéticos, fisiológicos, socioeconómicos y subjetivos, sino que los pacientes sufren de una o más enfermedades. (Morice, 2000).

Según Noriega (2010) menciona “Las múltiples patologías que afectan a la población anciana, la depresión constituye un importante problema de salud mental por su mayor gravedad” (p.66).

#### **2.2.8.3 Prevención de la depresión en el adulto mayor**

- Es importante brindarle adecuada calidad de vida al adulto mayor trabajando conjuntamente con el equipo multidisciplinario para evitar que aumente los niveles de depresión.
- En el aspecto psicológico, podemos mencionar la técnica del arte- terapia que según Serrano y Sánchez (citado en Gonzales, 2014) es de suma importancia en pacientes depresivos, puesto que estimula la creatividad y el juego en el que permitiendo el uso de expresiones no verbales con la finalidad de explorar el mundo de los pacientes en el proceso psicoterapéutico con fines de desarrollo personal.
- A nivel familiar organizar programas educativos a fin de que puedan desarrollar o reforzar los factores protectores al interior de la familia y la comunidad, considerando contenidos educativos, la solución de problemas, autonomía y toma de decisiones, estructuración del tiempo, uso apropiado del tiempo libre (practicar ejercicios físicos y deportes, pasatiempos, trabajos manuales, buscar ambientes positivos, personas o lugares, comunicarse con personas optimistas y estimulantes), organización familiar, definición de roles, manejo del estrés, técnicas de relajación (Francia,2011).

Durante el proceso de entrevista los adultos mayores manifestaron que sentirse triste y abandonados por sus familiares, generándoles tristeza y preocupación, una de las pacientes evaluadas mencionó lo siguiente:

“Mis hijos ya están casados y hace más de 7 años no me vienen a ver, prácticamente vivo sola, a veces quisiera ir a verlos pero no sé dónde están realmente, yo los extraño y extraño ver a mis nietos” . Ante esta declaración se llega a la conclusión que es importante que la familia siempre fortalezca los vínculos afectivos con el integrante mayor de la familia que a su vez el soporte psicológico ayudará al adulto mayor a sobrellevar problemas afectivos. En tanto, Romero (2006) menciona: “Los adultos mayores con síntomas depresivos hacen un mayor uso de los servicios de salud y es más probable que perciban su salud como mala a comparación con los adultos mayores sin síntomas depresivos”. p (66).

#### **2.2.9. Teorías relacionadas a la adultez**

De acuerdo a las teorías desde un aspecto social en el adulto mayor, conoceremos la importancia que tiene esta etapa de vida en la sociedad.

##### **- Teoría de la desvinculación**

La teoría de la desvinculación fue propuesta por E. Cummings y W.E. Henry en el año 1961, Es una teoría psicosocial del envejecimiento porque afecta a las relaciones entre el individuo y la sociedad, así como a los procesos internos que experimenta una persona en su declinar de la vida, acompañado de una disminución gradual del interés por las actividades y los acontecimientos sociales del entorno de las personas ancianas. (Merchán y Cifuentes ,2014).

##### **- Teoría de la continuidad**

Teoría propuesta por Havighurst (1960). Se basa analizando sus actitudes y rasgos de personalidad, desde esta perspectiva todas las experiencias y roles sociales que han sido asumidos por la persona a lo largo de la existencia tendrán influencia y le ayudarán a adaptarse mejor (Bazo y Maiztegui ,2005).



- **Teoría de la actividad**

Muñoz (2003) refiere: “la teoría de la actividad en las personas mayores al igual que los adultos jóvenes manifiestan las mismas necesidades psicológicas y sociales, es por ello que cuando las personas en general realizan diversas actividades gozan de bienestar personal” (p.97).

### **2.3. Definición conceptual**

- **Depresión.**

Según Beck (citado por Vázquez y Muñoz, 2000). Afirmó La depresión en gran medida es el resultado de las ideas erróneas de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto.

Según Murray y López (citado por Vázquez y Muñoz, 2000). Conjeturó La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes y más graves a nivel mundial en cuanto a enfermedad en personas mayores.

Morice (2011). La depresión es probablemente, el más común de los trastornos psiquiátricos en las personas mayores; en el adulto mayor, la situación es más compleja, porque los cuadros depresivos no solo dependen de los factores genéticos, fisiológicos, socioeconómicos y subjetivos, sino que los pacientes sufren de una o más enfermedades somáticas.

Sin embargo se consideró para la presente investigación la propuesta por Beck (1983), debido a que se puede comprender a partir del modelo cognitivo-conductual como un trastorno del estado de ánimo que afecta al individuo.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y diseño investigación**

##### **3.1.1. Tipo y enfoque**

El tipo de estudio es aplicado, ya que los resultados arrojados facilitan pautas de solución a una problemática real de la población estudiada. Respecto al enfoque se considera que es cuantitativo debido a que plantea una problemática a estudiar específica y concreta que debe ser evaluada para conocerla al detalle, así mismo usa la recolección de datos para analizar los resultados, basado en la medición numérica y el estudio estadístico, para formar patrones de comportamiento y comprobar teorías. (Hernández, Fernández y Baptista. 2014).

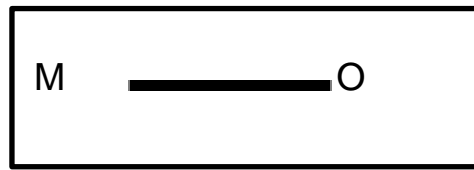
##### **3.1.2. Nivel**

El nivel a utilizar es de tipo descriptivo, debido a que tiene como propósito medir las variables propuestas e interpretar en base a esos resultados. Se limita a describir los hechos tal cual los observa en sus naturales con la finalidad de medir, evaluar y recolectar datos sobre varias variables. (Hernández et al, 2014).

##### **3.1.3. Diseño de la investigación**

El diseño de la investigación es no experimental puesto que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos. Es de corte transversal, porque recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernandez et.al ,2014 ).

Presenta el siguiente esquema:



**Dónde:**

O = Depresión

M = Adultos mayores

### 3.2. Población

La población propuesta para este estudio es de 66 pacientes adultos mayores del Centro de Salud Ventanilla Alta que asisten a los servicios de salud para su control médico en el mes de Abril.

#### 3.2.1. Muestra

La muestra para esta investigación, está representada por 41 adultos mayores (29 mujeres y 12 hombres), ambos sexos, que asisten al servicio de Psicología, (evaluados en el mes de Abril) el tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo intencional.

**Tabla 1**

*Pacientes adultos mayores que asisten al servicio de Psicología- Mes de Abril*

Sexo	Cantidad
Hombres	12
Mujeres	29
Total	41

En la tabla 1 se aprecian los resultados de la distribución de la muestra según el sexo. Del total de los evaluados se ve que 29 son mujeres y 12 son varones, es decir, más de la mitad de la muestra son mujeres.

### **3.2.2. Criterios de selección.**

#### **a) Criterios de inclusión**

Asistentes al Centro de Salud Ventanilla Alta al servicio de Psicología

Ambos sexos

Adultos mayores de 60 años a más

#### **b) Criterios de exclusión**

No asistentes al Centro de Salud de Ventanilla Alta

Menores de 60 años.

Con deterioro cognitivo

### **3.3. Identificación de la variable y su operacionalización**

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de la tristeza, pérdida del interés y del placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima. (O.M.S, 2016), en ese sentido el apoyo familiar es muy importante para su desarrollo social, personal y emocional. A continuación, se presentará la tabla que explicará la operacionalización de la variable de estudio.

**Tabla 2**

Operacionalización de la variable

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Puntuación
Depresión	La depresión en gran medida es el resultado de las ideas erróneas de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto. (Beck, 1979)	Dimensión Cognitiva	Son las respuestas a los ítems que miden y evalúan las dimensiones cognitiva, conductual y afectiva a través de una escala de respuestas dicotómicas, cuyos valores se expresan en 1-0, nominal, siendo 1 presencia de depresión y 0 no depresión	0-9 Sin depresión
		Dimensión Conductual		10-19 Depresión moderada
		Dimensión Afectiva		20-30 Depresión severa

Tomado de Fernandez, 2016 Escala de depresión geriátrica de yesavage

### **3.4. Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico**

Las técnicas a emplearse en la investigación son:

#### **3.4.1 Técnicas**

##### **- Recolección de información indirecta.**

Se realizó recabando información previamente publicada en distintos medios como libros físicos y electrónicos, a través de la técnica del parafraseo se realizó el análisis del contenido y citas, finalmente se busca material que informe de la variable de la población estudio

##### **- Técnicas de recolección de información directa.**

Este tipo de información, se obtuvo mediante la aplicación de encuestas en muestras representativas de la población citada y de observación directa.

#### **3.4.2. Instrumento**

La escala que se empleó para el presente estudio fue: Escala de depresión Geriátrica de Yesavage – completa de 30 ítems Brink y Yesavage (1982) adaptada en Trujillo –Perú en el 2016 por Fernandez Toletino en la universidad Cesar Vallejo – Trujillo en una muestra de 421 adultos mayores de un programa integral. La confiabilidad por consistencia interna en dicho estudio, se realizó mediante el K-R20 de Kuder y Richardson en la Escala de Depresión Geriátrica en los Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo, el cual presento un índice de .85, perteneciendo a una categoría muy alta.

### **- Descripción del instrumento**

El instrumento consta de 30 ítems con respuestas dicotómica (si-no), cuyo contenido se centra en aspectos cognitivos- conductuales y afectivos relacionados con las características especiales en la depresión en adultos mayores, su objetivo es detectar los niveles de depresión en la población anciana de una forma rápida, sencilla y eficaz, su aplicación está dirigida a adultos mayores de 60 años hacia adelante.

Según Yesavage (citado por Gonzales, 2014). El diseño simple de la escala fue específicamente para que adultos mayores con dificultades tuvieran la posibilidad de realizarla, la escala se puede usar con adultos de la tercera edad sanos, físicamente enfermos debido a su práctica aplicación, así mismo no hay un estricto método para su aplicación, pues puede ser auto-aplicada o guiada, grupal o individual; únicamente en el caso de un adulto mayor que cuente con dificultades motoras al grado de incapacitarle para marcar respuestas por sí mismo puede ser asistido, leyéndole los ítems y que señale la respuesta deseada.

### **- Normas de aplicación**

La duración de la administración es de 10 a 15 minutos; puede ser auto administrada o hetero aplicada (en este caso el evaluador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser muy meditada).

### **- Normas de Calificación**

La escala de depresión geriátrica consta de 30 ítems en total, 20 ítems (2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 y 28) los cuales indican la presencia de depresión al ser respondidos afirmativamente, colocándole un 1 punto por ítem, mientras que los 10 restantes (1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30) señalan depresión cuando son contestados de forma negativa, los cuales se otorgan un puntaje de 0 por ítem.

**-Normas de interpretación.**

La puntuación máxima es de 30 puntos y la mínima, de 0 puntos. Los puntos de corte son los siguientes; de 0 a 9 puntos indicaría No depresión, de 10 a 19 puntos indicaría depresión moderada y de 20 a 30 puntos indicaría depresión severa.

**Ficha técnica**

**Nombre:** Escala de depresión Geriátrica de Yesavage.

**Autores:** Brink y Yesavage (1982)

**Adaptación:** Fernández Toletino, Cinthya Lizbet (2016)

**Aplicación:** Adultos mayores a partir de los 60 años.

**Duración:** De 10 a 15 minutos máximo.

**Significación:** Determinar los niveles de depresión en los adultos mayores.

**Tipo de ítem:** Dicotómico si-no

**Confiabilidad**

La confiabilidad ha sido obtenida por varios métodos y los valores encontrados, en general, son muy altos, llegando hasta valores de 0.94 (consistencia interna), 0.94 (por el método de las dos mitades) y 0.85 (fiabilidad test-retest). La validez de constructo y de Criterio; en el estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la auto calificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ( $r = 0.84$ ,  $p < 0.001$ ). Índice de kappa ponderado de 0,83.



**Validez:**

La validez convergente alcanzó un coeficiente de correlación de Spearman de 0,618 ( $p < 0,001$ ) al comparar el GDS- VE con los resultados del cuestionario de Montgomery- Asberg; obteniendo como conclusiones: los parámetros de fiabilidad y validez para la versión adaptada resultaron aceptables pero, recomendaron utilizar un punto de corte de 5 o más para considerar la posible existencia de depresión.

## **CAPÍTULO IV**

### **PROCESAMIENTO, PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS**

#### **4.1 Procesamiento de los resultados**

Para realizar el procesamiento de los resultados obtenidos mediante el instrumento de evaluación Escala geriátrica de depresión de Yesavage. Se realizó de la siguiente manera:

- Se elaboró una base de datos con los puntajes arrojados por los adultos mayores en cada ítem, se efectuaron los análisis de frecuencia teniendo en consideración las puntuaciones obtenidas por cada sujeto, utilizando el programa Microsoft Excel 2016.
- Posteriormente se realizó el análisis estadístico en el paquete del programa SPSS en su versión 22.0, se aplicaron las técnicas estadísticas: valor mínimo, máximo y media aritmética.

$$\bar{X} = \frac{\sum x_i}{n}$$

## 4.2 Presentación de los resultados

A continuación, se presentan los resultados del análisis obtenido mediante el instrumento utilizado se deberá elaborar la Base de Datos.

**Tabla 3**

*Cálculo, media mínimo y máximo del total*

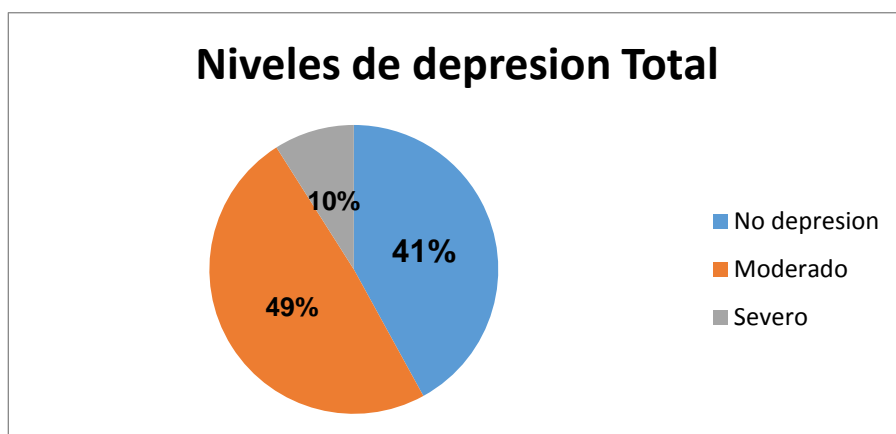
Total		
n°	validos	41
	perdidos	0
Media		11
Mínimo		2
Máximo		26

En la tabla 3 se aprecian los estadísticos descriptivos de la muestra. El puntaje mínimo obtenido por los sujetos es 2 que corresponde a nivel leve de depresión, mientras que la puntuación máxima es 26 con nivel severo de depresión y finalmente la media es de 11 y tiene nivel moderado de depresión.

**Tabla 4**

*Frecuencia en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta (Servicio de Psicología)*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
No depresión	17	41%
Moderado	20	49%
Severo	4	10%
Total	41	100%



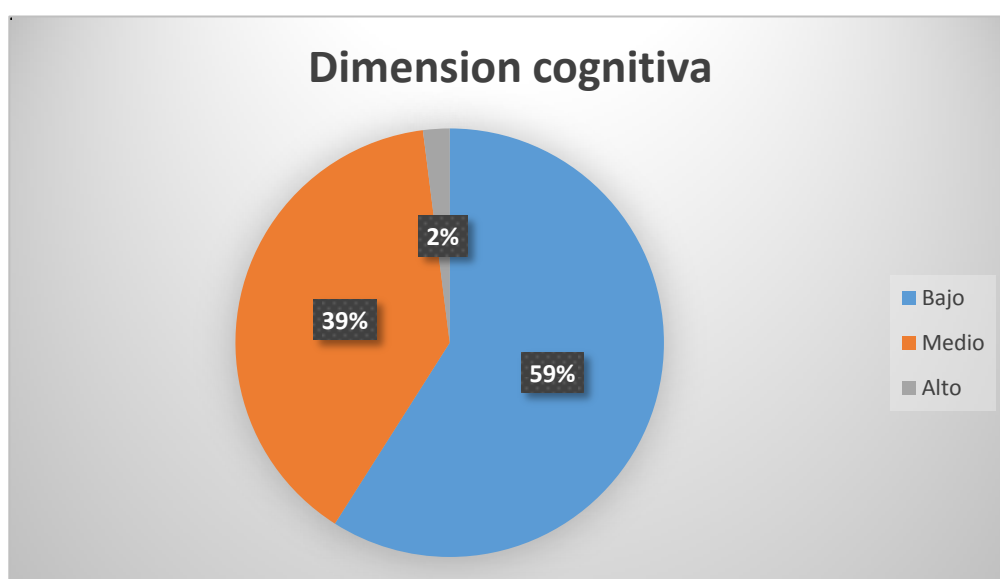
*Figura 1 Distribución porcentual total de depresión en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta. (Servicio de Psicología)*

En la tabla 4 y la figura 1 se observan los resultados del objetivo general. Del total de la muestra el 41% no tiene depresión, mientras que el 49% tiene nivel moderado y finalmente el 10% tiene nivel severo de depresión. Es decir predomina dentro de la muestra estudiada el nivel moderado.

**Tabla 5**

*Frecuencia en la dimensión cognitiva en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta (Servicio de Psicología)*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	24	59%
Medio	16	39%
Alto	1	2%
Total	41	100%



*Figura 2 Distribución porcentual en la dimensión cognitiva en pacientes*

*adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta (Servicio de Psicología)*

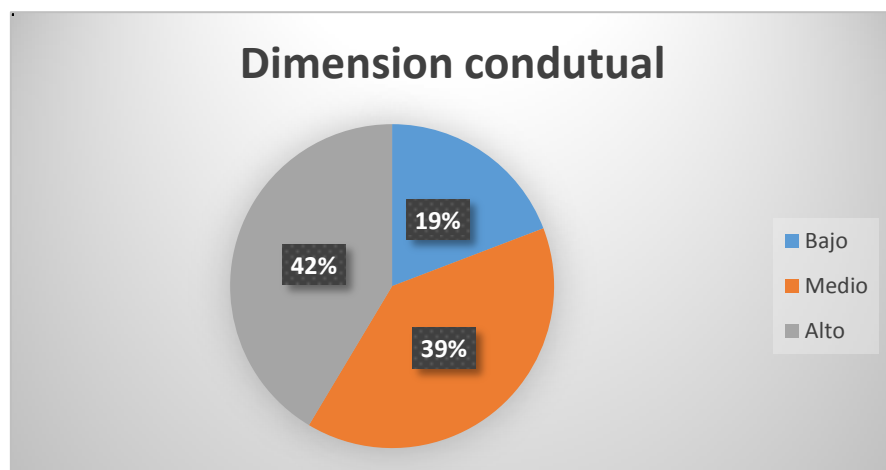
En la tabla 5 y figura 2, en cuanto a la dimensión cognitiva, se aprecia que el 59% de la muestra obtuvo un nivel bajo, el 39% nivel medio y solo el 2% nivel alto, a pesar de tener un nivel bajo es importante considerar el medio, ya que en el estudio de la muestra se evidenció en algunos adultos mayores problemas de atención, concentración pensamientos negativos de sí mismo y desvalorización.

**Tabla 6**

*Frecuencia en la dimensión conductual en los pacientes adultos*

*mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta (Servicio de Psicología)*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	8	19%
Medio	16	39%
Alto	17	42%
Total	41	100%



*Figura 3 Distribución porcentual en la dimensión conductual en pacientes*

*adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta (Servicio de Psicología)*

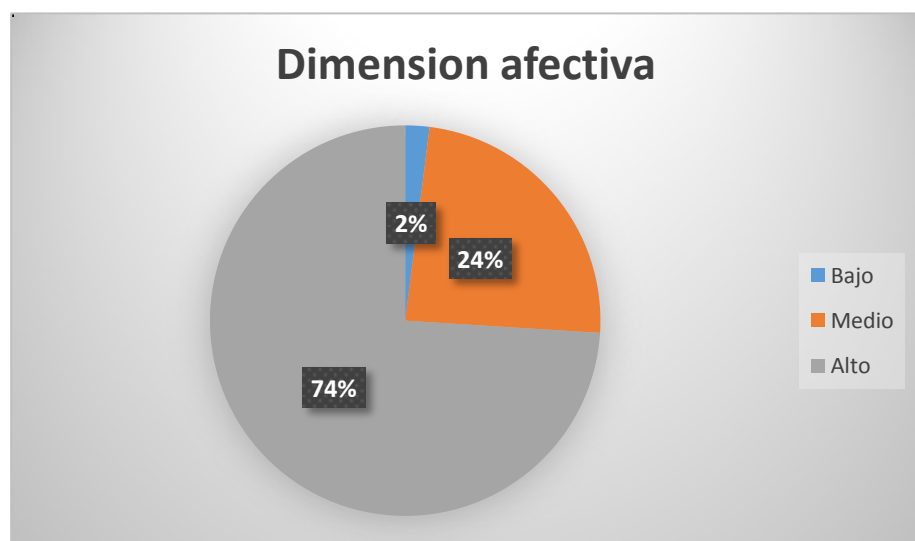
En la tabla 6 y figura 3, lo que respecta a la dimensión conductual, se obtuvo un que el 42% de la muestra obtuvo un nivel alto, el 39 nivel medio y solo el 19% nivel bajo, haciendo un análisis, predomina es el nivel alto, es decir se necesita reforzar las conductas adaptativas para un mejor desempeño en la vida diaria, se evidencia en algunos pacientes que no disfrutaban mucho de sus actividades, apatía indicadores relevantes en la dimensión conductual.

**Tabla 7**

Frecuencia en la dimensión conductual en los pacientes adultos

mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta (Servicio de Psicología)

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	2%
Medio	10	24%
Alto	30	74%
Total	41	100%



*Figura 4 Distribución porcentual en la dimensión afectiva en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta (Servicio de Psicología)*

En cuanto a los resultados en la dimensión afectiva, se aprecia que el 74% de la muestra obtuvo nivel alto, el 24% medio y bajo 2%, en cuanto al análisis de las respuestas obtenidas en los pacientes adultos mayores se ven reflejados las puntuaciones de los ítems relacionados con la afectividad son: el sentirse triste, llanto frecuente, insatisfacción de la vida, teniendo en cuenta que en esta etapa, los adultos mayores son muy vulnerables a diversos cambios y que en la actualidad la depresión es uno de los problemas que mayormente se presentan en esta etapa final de la vida.

### 4.3. Análisis y discusión de resultados

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar los niveles de depresión en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta, luego del análisis de los resultados obtenidos a través de la escala geriátrica de Yesavage en una muestra de 41 adultos mayores que asisten al servicio de psicología, se evidencia que el 49% presenta de depresión moderada, el 41% no tiene depresión y solo el 10% tiene depresión severa. Es decir que la predominancia del nivel de depresión es alta, por ello, muchos de los adultos mayores asisten al servicio de psicología para un tratamiento inmediato.

Teniendo en cuenta los antecedentes de estudios, los resultados obtenidos en la investigación Badillo et al. (2013), titulada Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una asociación urbano marginal en cuanto al nivel sin depresión se obtuvo que un 40%, 4% depresión leve y 25% depresión moderada no tiene depresión, del mismo modo en otra investigación por Badillo et al. Relacionado con el peso corporal, se obtuvieron los siguientes resultados: Sin depresión 40,1%, depresión moderada 34,1% y depresión severa 25,0%.

Por otro lado , a los estudios de Mosquera y Saldaña(2016), en su investigación Niveles de depresión en adultos mayores de un centro geriátrico de la ciudad de Cuenca el 53% de la muestra no presenta depresión, el 43 % presenta depresión moderada y solo el 10% depresión severa.

Es importante resaltar en los antecedentes establecidos en el presente estudio nos menciona que los niveles moderados de depresión son predominantes en la población adulto mayor y que a su vez es muy perjudicial en su estado emocional, por ello la O.M.S (2012) menciona que la mayoría de pacientes con diagnóstico de depresión que no reciben atención oscila entre el 60 y el 65%. En cuanto a los antecedentes nacionales, se evidencia los estudios de depresión que están relacionados a los factores que inciden en los adultos mayores como lo menciona Francia(2010) en su investigación , llegando a la conclusión que existen factores psicológicos y sociales que influyen en el adulto mayor .



Licas (2014) en su estudio sobre los niveles de depresión en un centro integral obtuvo como resultados el 58% tiene depresión leve, el 23% no tiene depresión y solo el 19% depresión severa. Los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta, continuamente acuden al servicio de psicología, lo cual genera en pos pacientes adultos mayores un factor protector que le permite mejorar su desarrollo personal.

En cuanto a las dimensiones cognitiva, conductual y afectiva, no se especifica en ningún antecedente de investigación propuesta, considerándose una limitación para la presente investigación, por lo que se trabajó con las características del instrumento aplicado que contiene en su estructura interna ítems de contenido cognitivo, conductual y afectivo puesto que de manera explícita es un instrumento unidimensional, sin embargo se puede categorizar las dimensiones a través de sintomatologías y permite determinar los indicadores depresivos en la población adulta mayor que en la actualidad no ha sido muy valorada por muchos investigadores considerándose un desafío clínico y psicológico para la sociedad actual.

Por ello se consideró que al ser una investigación diagnóstica descriptiva, se analizará los ítems y se agrupará teniendo en cuenta que la escala presenta una estructura cognitiva conductual y del mismo modo preguntas relacionadas los procesos afectivos se trabajó de acuerdo a la puntuación brindada por dimensiones. En cuanto a los resultados obtenidos en la muestra se evidenció que el nivel más alto fue en la dimensión afectiva y conductual que en base a ambas dimensiones se establece un diagnóstico de depresión. Los ítems (3,5,6,8,13,14,15,18,19,23,24,26,29 y 30), corresponden a la dimensión cognitiva, en cuanto a la dimensión conductual, se consideró los siguientes ítems (2,11,12,20 y 28), y finalmente los ítems que corresponden a la dimensión afectiva se expresaron en los ítems (1,4,7,9,10,16,17 y 21) teniendo en consideración los ítems agrupados, se elaboró el programa de intervención Sin depresión le darás más vida a tus años.

#### **4.4 Conclusiones**

- Del total de la muestra, los pacientes que asisten al servicio de psicología, el 41% no tiene depresión, mientras que el 49% tiene nivel moderado y finalmente el 10% tiene nivel severo de depresión.
- En cuanto a la dimensión cognitiva, predominó el nivel bajo con 59%, seguido por el nivel medio con 39% y alto 2%.
- En cuanto a la dimensión conductual, predominó el nivel alto con 42%, seguido por 39% medio y 19 % bajo.
- Finalmente en la dimensión afectiva, predominó el nivel de alto con 74%, medio 24% y bajo el 2%.

#### **4.5. Recomendaciones**

- Diseñar y aplicar planes de intervención con la finalidad de potenciar la dimensión afectiva y conductual en los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta (servicio de psicología).
- Proponer mayores actividades para fortalecer la dimensión cognitiva ya que se obtuvo en el presente estudio porcentaje significativo
- Fortalecer la esfera afectiva en los adultos mayores con la finalidad de mejorar los vínculos con sus familiares permitiendo un mejor desarrollo emocional.
- Promover mayores investigaciones y construir nuevas escalas psicométricas que puedan medir de manera más eficiente los niveles de depresión en adultos mayores, teniendo en consideración factores y nuevos baremos con la finalidad de proporcionar un mejor nivel a la hora de realizar una evaluación con un instrumento psicométrico.

## **Capítulo V**

### **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

#### **5.1 Denominación del programa**

“Sin depresión le darás más vida a tus años” Programa aplicado durante los próximos meses del año a los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla –Alta, atendidos (Servicio de Psicología)

#### **5.2 Justificación del programa**

El presente programa denominado “Sin depresión le darás más vida a tus años”, permitirá beneficiar de manera positiva a los adultos mayores que asisten al centro de salud Ventanilla Alta , y que a su vez son atendidos en el servicio de Psicología .

El objetivo principal es disminuir los niveles de depresión en la muestra propuesta, las sesiones a realizar en el presente programa se llevará a cabo los próximos meses del año, con el apoyo del servicio de psicología, favoreciendo una mejor integración , cabe resaltar que la depresión es considerada como un problema de salud mental que mayormente afecta a los adultos mayores, y que hoy en día los profesionales de salud realizan pocas intervenciones en esta etapa de vida, Por todo lo anterior se considera que dicho programa de intervención contribuirá de manera eficaz para los adultos mayores que asisten al servicio de psicología , con la finalidad de disminuir los niveles elevados de depresión que a su vez afecta las áreas cognitiva, afectiva y conductual afectando la salud emocional en el adulto mayor.

Finalmente, con el apoyo de los familiares y el equipo de salud mental se logrará fortalecer los vínculos afectivos y mejorará su estado emocional.

### **5.3. Establecimiento de Objetivos**

#### **Objetivo General**

Disminuir los niveles de depresión en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla- Alta (Servicio de Psicología)

#### **Objetivos Específicos**

- Fortalecer los vínculos afectivos del adulto mayor con sus familiares.
- Incrementar la autoestima en el adulto mayor
- Promover estilos de vida saludables a través del ejercicio físico , la adecuada alimentación, el cumplimiento de sus pautas médicas, para prevenir problemas de salud más graves en los adultos mayores
- Enseñar al adulto mayor a afrontar positivamente problemas emocionales como la irritabilidad, la impaciencia, el mal humor
- Modificar pensamientos equivocados para afrontar positivamente una situación.
- Fortalecer el sentido de vida en esta etapa del desarrollo

### **5.4. Sector al que se dirige**

El presente programa se dirige al sector salud y se trabajará con los pacientes adultos mayores que presenten niveles elevados de depresión, dicho programa será llevado a cabo por el profesional de psicología con la finalidad de mejorar la calidad de vida y disminuir los niveles elevados de depresión en los adultos mayores que asisten al servicio de psicología

## **5.5. Establecimiento de conductas problemas / conductas meta**

Adultos mayores que padecen de depresión suelen presentar:

- Problemas de sedentarismo
- Rehúsan a tomar sus medicamentos
- Descuido personal
- Desvalorización en sí mismo

### **Conductas Metas**

- Disminuir el nivel de depresión en los pacientes adultos mayores
- Promover en el adulto mayor un mejor interés en la actividad física
- Concientizar a los adultos mayores a comprometerse en tomar sus medicamentos
- Elevar las conductas del cuidado en el aseo personal
- Fortalecer su autoestima y autoconcepto

## **5.6. Metodología de la Intervención**

El presente programa de intervención es de tipo activa e informativa, en cada sesión se les entregará trípticos con la finalidad de informales de los temas a tratar en las sesiones. Así mismo cada actividad a realizar participarán de manera activa, en algunas sesiones se les invitará a los familiares a contribuir en el desarrollo de las actividades propuestas en el programa favoreciendo un mayor vínculo con sus familiares. Las sesiones a desarrollar serán durante los meses de Agosto – Setiembre, dos veces a la semana por espacio de 1 hora a 1 hora y media aproximadamente. Para facilitar el desarrollo del taller se dividirán a los adultos mayores en 2 grupos, el primer grupo asistirá en la mañana de 10-11.30 am y el segundo de 12 a 1:30 pm. Toda actividad a realizar permitirá un mejor desarrollo a nivel social, emocional y personal en el adulto mayor, con la finalidad de disminuir los niveles de depresión.

### **5.7. Instrumentos /materiales a utilizar**

- Sillas
- Trípticos
- Paleógrafos
- Plumones
- Videos
- Equipo de sonido
- Auditorio
- USB
- Parlante de sonido
- Temperas
- Pinceles
- hojas bond
- Maquina fotocopidora
- Cartulinas
- Pelotas

## 5.8. Cronograma

Actividades	Agosto 2017														Setiembre			
Fechas establecidas	2	4	6	9	11	13	16	18	20	23	25	27	30	1	7	14	15	
Presentación	x																	
1 sesión de aprendizaje		x																
2da sesión de aprendizaje				x														
3era sesión de aprendizaje					x													
4ta sesión de aprendizaje							x											
5ta sesión de aprendizaje								x										
6ta sesión de aprendizaje										x								
7ma sesión de aprendizaje											x							
8va sesión de aprendizaje													x					
9na sesión de aprendizaje														x				
10ma sesión de aprendizaje															x			
11va sesión de aprendizaje																x		
Post test																	x	



## **Primera sesión de aprendizaje**

N°	1
Sesión	Presentación del programa
Objetivo	Presentar el programa y justificar su importancia
Recurso	Pelota, Auditorio
Tiempo	15 Minutos de dinámica de presentación 25 Minutos de presentación del programa 10 Retroalimentación

Indicadores de evaluación: Confianza y apertura del grupo

### **Desarrollo**

Se presentará el programa, mencionando los objetivos que se deberán alcanzar durante las sesiones propuestas, del mismo modo se hablará de la depresión en el adulto mayor y como dicho programa contribuirá en su vida personal.

Posteriormente, se formará un círculo con todos los participantes, y el facilitador se pondrá al medio con una pelota, y se presentará diciendo su nombre y que es lo que más le gusta hacer. Luego lanzará la pelota a uno de los participantes del grupo y al que le toque se pondrá en medio de todos y se presentará diciendo su nombre y que es lo que más le gusta y espera de este taller. Todo este procedimiento se realizará hasta terminar con todos los grupos.

Al finalizar la dinámica de presentación, se les invitará a que pasen al auditorio para presentarles el programa y las actividades que se desarrollarán durante los meses de agosto y setiembre del presente año, en dicha presentación se hablará de la importancia y justificación del programa explicando las actividades que se llevará a cabo dos veces por semana, al finalizar la exposición se realizará la retroalimentación respectiva.

## **Segunda sesión de aprendizaje**

N°	2
Sesión	Conociendo más de la depresión en los adultos mayores
Objetivo	Concientizar a los adultos mayores el riesgo de la depresión
Recursos	video- televisor – sillas – plumones, paleógrafos
Tiempo	20 Minutos de video  20 Trabajo en equipo 15 Exposición 5 Retroalimentación 1 hora aproximadamente

Indicadores de evaluación: Análisis del documental disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=9YJrdsRd8ak&t=222s>

### **Desarrollo**

Se proyectará un documental sobre la depresión en los adultos mayores al finalizar, se le entregará a cada grupo plumones y paleógrafos, donde deberán escribir lo que más le ha interesado en el video, para ello se agruparán en grupo de 8 personas, al finalizar dos representante de casa grupo, saldrá al frente a exponer todas las ideas principales del grupo. La finalidad de este video es concientizar a los adultos mayores sobre los riesgos de la depresión en personas de la tercera edad y como trabajar para prevenir este problema de salud mental fortaleciendo su sentido de vivir. Al finalizar se formará un círculo y se les preguntará que les pareció la sesión, así mismo se les pedirá a los participantes que para la siguiente actividad, deberán venir con un familiar para que los apoye y contribuyan en el desarrollo del taller.

### **Tercera sesión de aprendizaje**

N°

3

Sesión La importancia de los vínculos afectivos con la familia

Objetivo Fortalecer los vínculos afectivos con los familiares.

Recurso Equipo de sonido, Auditorio, Hojas de colores

Tiempo 20 Minutos de relajación

40 Minutos de charla

30 Minutos de actividad

1 hora y 30 min aproximadamente

Indicadores de evaluación: Fortalecer los vínculos afectivos del adulto mayor con sus familiares.

#### **Desarrollo**

Con un fondo musical suave, se les pedirá a los participantes que empiecen a relajarse suavemente, empezando con los movimientos de cabeza de derecha a izquierda suavemente, luego se les pedirá que relajen sus hombros, muevan sus piernas y finalmente estiren sus brazos por 5 segundos realizaran una repetición de 3 veces, luego se formaran en pareja de dos hombre- mujer , y se pondrá uno detrás del otro, la persona que esta atrás empezará a relajarle la cabeza y los hombros suavemente a su compañero (a) que esta adelante durante 2 minutos , posteriormente a ello la persona que fue relajada , cambiara de rol y será quien realice este mismo procedimiento a la persona que estuvo atrás también por el mismo tiempo (2 minutos), al finalizar formaremos un círculo y preguntaremos que tal les pareció dicha actividad.

Posteriormente se realizará una breve exposición sobre la importancia de los vínculos afectivos en la familia , en la que se explicará cual es el rol que tiene los familiares cuando uno de sus miembros tiene más de 60 años, posteriormente se trabajará la dinámica yo quiero decirte, dicha actividad , se trabajará con el apoyo del familiar que ha venido a acompañarlo , en la que se entregará a cada participante dos hoja a color para que ambos escriban las cualidades positivas de la persona que ha venido a acompañarlo en ese momento , al finalizar, formaran un círculo , y se les pedirá que de manera voluntaria manifiesten los que han puesto en la hoja , al culminar ambos de expresar todas las características positivas se abrazarán mutuamente finalizando así la sesión propuesta . Por otro lado se les pedirá a los participantes que para la próxima sesión se realizará una caminata y deberán asistir con ropa liviana (buzo, zapatillas).

La finalidad de esta sesión es involucrar a la familia y fortalecer los vínculos afectivos entre ellos favoreciendo su desarrollo emocional.

#### **Cuarta sesión de aprendizaje**

N°	4
Sesión	La importancia del ejercicio físico
Objetivos	Promover en el adulto mayor un mejor interés en la actividad física
Recurso	Auditorio, Trípticos
Tiempo	30 minutos
	30 minutos de caminata

Indicadores de evaluación: Concientizar a los participantes la importancia a realizar caminatas en sus horas libres para prevenir sedentarismo y otros problemas de salud.

#### **Desarrollo**

En la presente sesión, todo el grupo se reunirá en el auditorio del centro para la exposición sobre la importancia del ejercicio físico en la calidad de vida, para ello se les entregará un tríptico del tema a tratar. Al finalizar todo el grupo se reunirán para empezar una caminata, el recorrido será desde el centro de salud hasta el colegio Fe y alegría ida y vuelta, hasta regresar al centro, posteriormente, se les pedirá que expresen como se han sentido en la caminata, y cuál es la importancia en el ejercicio físico . La finalidad del desarrollo de la sesión tiene como importancia de realizar actividades que favorezcan una mejor calidad de vida a través del ejercicio físico teniendo el cuerpo y la mente sana ya que favorecerá previniendo posibles enfermedades como el sedentarismo y la falta de ejercicio físico en el adulto mayor.

### **Quinta sesión de aprendizaje**

N°

5

Sesión	Aprendiendo a afrontar nuestros problemas
Objetivo	Afrontar de manera positiva nuestros problemas
Recurso	Auditorio, Pizarra, Plumones
Tiempo	1 hora

Indicadores de evaluación: Trabajar a través de la participación activa en los participantes situaciones difíciles en su vida diaria.

### **Desarrollo**

En esta sesión se explicará la importancia de afrontar asertivamente los problemas en el adulto mayor, para ello se formará grupos de 4 personas, para escenificar una dramatización de los posibles problemas que presentan los adultos mayores, los temas se basarán teniendo en cuenta el aspecto familiar, y personal. Tendrán 15 minutos para ponerse de acuerdo los roles que interpretarán, al finalizar la actividad, se realizará una plenaria y opinarán de las escenificaciones realizadas por los compañeros del grupo. Se dará un espacio de 10 minutos para continuar con la siguiente actividad que tiene como propósito el solucionar situaciones de manera positiva, así mismo el facilitador expondrá situaciones a través de ejemplos, y pedirá de manera voluntaria a los participantes a pensar cómo pueden solucionar de manera positiva dicha situación.

## **Sexta sesión de aprendizaje**

N°

6

Sesión	Trabajando para fortalecer la autoestima
Objetivo	Fortalecer la autoestima y el sentido de pertenencia
Recurso	Equipo de sonido, Auditorio, hojas de colores
Tiempo	20 minutos de charla 20 minutos de dinámica 20 minutos de retroalimentación

Indicadores de evaluación: Concientizar al adulto mayor la importancia del quererse y valorarse, Trabajo en equipo.

### **Desarrollo**

En esta sesión se pedirá a los participantes que formen una ronda y a través de la técnica de lluvia de ideas, responderán las siguientes preguntas : ¿Qué es la autoestima ?, ¿Cómo identificas a una persona con baja autoestima?, ¿Alguna vez te han hecho sentir mal ?, posteriormente a ello, se trabajará unas diapositivas (5) sobre la autoestima en el adulto mayor, con la finalidad que concienticen la importancia que tiene cada uno de ellos como persona, seguidamente se realizará la dinámica acentuando lo positivo, para ello , se deberán formar parejas donde cada uno pegará una hoja en la espalda de su compañero y pondrán todos los aspectos positivos que han evidenciado en esa persona durante todas las sesiones . Al finalizar se les pedirá a todos los grupos que mencionen todos los aspectos positivos de la persona con la que trabajó finalizando con un abrazo mutuo. Así mismo se les pedirá que para la siguiente sesión traerán imágenes sobre la adecuada alimentación y de los productos que consumen a diario, ya que expondrán de forma individual.

## **Séptima sesión de aprendizaje**

N°

7

Sesión	La importancia de la alimentación y el cuidado personal
Objetivo	Concientizar a los adultos mayores a mejorar su alimentación
Recurso	Auditorio, equipo de sonido
Tiempo	5 minutos lluvia de ideas 20 minutos de charla 20 minutos de actividad 15 minutos de retroalimentación
Indicadores de evaluación:	Mejora en su calidad de vida, Comprometerse a alimentarse mejor.

### **Desarrollo**

En la presente sesión, se contará con la presencia de la Lic. Silvia Zúñiga especialista en la nutrición en las personas de la tercera edad , en la que expondrá la importancia de la alimentación y la calidad de vida en esta etapa , para ello se empezará a trabajar la técnica de lluvia de ideas , se les pedirá a los participantes que mencionen todo lo que saben de calidad de vida y que alimentos nutritivos favorecen en esta etapa , al finalizar la exposición de la especialista , se dará un espacio de 5 minutos para que los participantes preparen su exposición sobre la alimentación que ellos consumen, finalmente se formarán en un círculo y mencionarán que les pareció la sesión desarrollada, así mismo se les pedirá que para la siguiente sesión vengan con ropa cómoda y útiles de aseo personal , ya que se trabajará expresando emociones a través del arte.



### **Octava sesión de aprendizaje**

N°	8
Sesión	Expresando mis emociones
Objetivo	Expresar libremente sus emociones a través del arte
Recurso	Equipo de sonido, colores, hojas bond
Tiempo	1 hora

Indicadores de evaluación: Concientizar al adulto mayor la importancia del expresar las emociones a través del arte.

### **Desarrollo**

La presente sesión, se trabajará con los adultos mayores actividades de dibujo y pintura cuyo objetivo principal es expresar libremente las emociones para dicha actividad se le entregará a cada participante hojas bond, pinceles temperas donde deberán plasmar como se han sentido durante la semana, al finalizar la actividad cada integrante presentará su trabajo y mencionará como se sintieron y que pensamientos tuvieron a la hora de realizar dicho dibujo. Al finalizar se realizará la retroalimentación explicando la importancia que tiene el realizar actividades pictóricas a través de lo sientes y piensas.

## **Novena sesión de aprendizaje**

N° 9

Sesión Pensando positivamente

Objetivo Modificar los pensamientos equivocados en las personas adultos mayores

Recurso Proyector, hojas bond, plumones

Tiempo 1 hora y media

Indicadores de evaluación: Cambiar los pensamientos negativos de las personas mayores que padecen de depresión.

### **Desarrollo:**

Durante la presente sesión, se realizará una breve exposición de la relación que existe entre el pensamiento, emoción y conducta, así mismo se pondrá ejemplos de pensamientos negativos y cada participantes mencionara ante que situaciones utilizaron estos tipos de pensamientos y como afectó en su salud y su desarrollo personal posteriormente a cada persona se les entregará hojas bond, en la que deberán realizar una lista de pensamientos propios y cómo influye en su salud personal. Una vez terminado el ejercicio, se les pedirá a 5 integrantes que presenten la lista y mencionen lo que han puesto y a su vez como se han sentido al realizar dicha actividad. Posteriormente, se brindará un espacio de 10 minutos para continuar con la siguiente actividad, en la que se presentara en power point, una serie de casos que deberán analizar en grupos de 3 personas, en un paleógrafo, la tarea consistirá en identificar los pensamientos negativos de dichos caso, y como cada uno resuelve dicha situación de manera positiva. Al finalizar, se formará un círculo y se explicará la importancia de tener pensamientos positivos y cómo influye en la salud en el adulto mayor.

### **Décima sesión de aprendizaje**

N°	10
Sesión	El valor del adulto mayor en la comunidad
Objetivo	Fortalecer el sentido de pertenencia y de identidad
Recurso	Los adultos mayores
Tiempo	1 hora

Indicadores de evaluación: concientizar a los adultos mayores sobre el valor que tienen en la sociedad

### **Desarrollo**

El desarrollo de esta sesión, se llevará a cabo en el auditorio iniciando con una exposición, donde se le mostrará a todo el grupo varias imágenes de personas adultas mayores que han contribuido en la sociedad, conforme se vayan pasando las imágenes, se les preguntará que mencionen el nombre del personaje y la labor que hizo en la comunidad.

Posteriormente, se realizará una plenaria donde cada participante mencionará algunos casos de personas que conocen o conocieron y fueron modelos a seguir contribuyendo en su desarrollo emocional y personal.

Así mismo, se pondrá una parte de la película UP, disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=aR7RFL2YzHo>, en donde los participantes deberán ver y analizar a través de un plenario, la importancia del adulto mayor en nuestra sociedad y como se han sentido en el momento de las escenas más significativas en los personajes principales. Finalmente, para la siguiente sesión deberán traer escrito en una hoja como se han sentido en el desarrollo del taller realizado durante los dos meses, así mismo deberán traer a un familiar para el cierre del taller.

### **Onceava sesión**

Nº

11

Sesión                      Haciendo un balance de todo lo aprendido

Objetivo                      Cierre del programa y retroalimentación de todo lo aprendido

Recurso                      Equipo de sonido, diploma de reconocimiento

Tiempo                      2 horas

Indicadores de evaluación: Encuesta de satisfacción del taller.

### **Desarrollo**

En nuestra última sesión, se realizará una plenaria en la que cada participante deberá exponer como se han sentido con todas las actividades propuestas durante estos meses, así mismo realizará un compartir con todos los participantes, y familiares agradeciendo su participación en las sesiones desarrolladas.

Se finalizará, otorgando a cada participante un diploma de reconocimiento (anexo 6), por haber asistido activamente a todas las actividades propuestas en el programa, así mismo se les entregara una encuesta de satisfacción (anexo 5) con la finalidad de hacer un balance de los objetivos logrados en el programa de intervención.

## Referencias

- Asociación Estadunidense de Psiquiatría. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-R*. Recuperado en <http://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2015/06/DSMIV.pdf>
- Badillo, T. Aguilar, R. Martínez, Rodríguez. T, Gutiérrez., y G, Vázquez. (Abril, 2013). *Depresión y función cognitiva de adultos mayores en una comunidad urbano marginal*. Scielo. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632013000200002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000200002)
- Badillo, T. Aguilar, RM. Sánchez, G. Hernández, R., y Valtier.C (Noviembre ,2015). Peso corporal y depresión en adultos mayores de comunidad urbano marginal en México - Tamaulipas. *Revista de Enfñm Herediana*, 8(2):142-148 Recuperado <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/download/2695/2571>
- Bazo, M .T., y Maiztegui, C (2005). *Envejecimiento y Sociedad: Una perspectiva internacional* Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=29DbLUc5x50C&pg=PA79&dq=teoria+de+la+continuidad++adulto+mayor&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiA44mN3TUAhVKOT4KHQasDw8Q6AEIRDAG#v=onepage&q=teoria%20de%20la%20continuidad%20%20adulto%20mayor&f=false>
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva* Recuperado de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>

Castañedo, C. y Saravia, C. (2014). *Enfermería en el Envejecimiento*. España: Universidad de Cantabria

Diario Oficial El Peruano (26 de julio del 2016). *Ley de la persona adulta mayor*  
*Ley N° 30490*. Recuperado de:  
<http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/ley-de-la-personaadulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>

Dominguez, J. (15 de Junio de 2012). Depresión: *Una enfermedad común en el adulto mayor* [Mensaje en un blog]. Recuperado de  
<https://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/depresion-comun-adulto-mayor.aspx>

Echerri, D. (2016). *Depresión en el adulto mayor: es una enfermedad, no un estado natural*. Titi, Recuperado de  
<https://infotiti.com/2016/03/depresion-adulto-mayor/>

Fernández, C. (2016). *Propiedades psicométricas de la escala de depresión geriátrica en los programas integrales del adulto mayor de Trujillo*. Universidad Cesar Vallejo. (Tesis de pregrado) Recuperado de  
[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/UCV/262/1/fernandez\\_tc.pdf](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/UCV/262/1/fernandez_tc.pdf)

Francia, K. (2011). *Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010*. Universidad de Lima. (Tesis inédita de licenciatura) Recuperado de  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1035/1/Francia\\_rk.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1035/1/Francia_rk.pdf)

Gonzales, D. (2014). *La musicoterapia como herramienta para reducir el nivel de depresión en adultos mayores deprimidos e institucionalizados en un hogar de ancianos privado en la ciudad de Guatemala*. Universidad Rafael Landívar (Tesis de pregrado) Recuperado en <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2014/05/42/Gonzalez-Danilo.pdf>

Hernandez, M. (2010). Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso. (Tesis de pregrado) Recuperado de <https://amapsi.org/Imagenes/TratamientoCognitivoDepresion.pdf>

Hernandez, R.; Fernández, C. Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill.

Juárez, M. León, F. y Alata, L. (2010). *“Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA. HH “Viña Alta” – La Molina, Lima-Perú*. Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas\\_tm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf)

Licas, M. (2014). *Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M-V.M.T 2014*, Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas\\_tm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf)

Maestre, F (2002). *El adulto mayor*. Lima, Perú: Grupo Santillana.

Mayta P, Zelada M. (2006). *¿Estamos preparados para la atención primaria del adulto mayor?* *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. (1): Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n1/a10v23n1.pdf>

Merchán, E. y Cifuentes, R. (2002). *Teorías Psicosociales del envejecimiento. Asociación Cicerón*. [En línea] 2002. <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teoriaspsicosociales-del-envejecimiento.pdf>

Morice, M. (2011). Depresión en el adulto mayor. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=msoU0hLgBgC&pg=PA135&lp g=PA135&dq=morice+la+depresion+es+probablemente&source=bl&ots=R6nFwMocFL&sig=vRylJ73g1KxhDt56Au1HAgMNYB4&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj94JTxlcljVAhVGJCYKHYGjCdQQ6AEIJzAA#v=onepage&q=morice%20la%20depresion%20es%20probablemente&f=false>

Monterroso, K. (2012). Tipos de depresión en personas de la tercera edad (estudio realizado en la asociación del adulto mayor de la cabecera departamental de Quetzaltenango .Universidad Rafael Landívar (Tesis de pregrado) Recuperado de <file:///G:/Suficiencia%20Profesional%202017/Antecedentes%20Nacionales/Monterroso-Karim.pdf>

Mosquera, P. y Saldaña, L. (2017). *Niveles de depresión en adultos mayores de un centro geriátrico de la ciudad de Cuenca* (Tesis de pregrado). Recuperado de <file:///G:/Antecedentes%20Internacionales/tesis%20CD.pdf>



Muñoz, J. (2011). *Psicología del Envejecimiento*. España: Pirámide.

Noriega, H. (2010). *Psicología del Adulto Mayor: Para una vejez saludable*.  
Primera Edición. Lima, Perú: Mirbet.

Organización Mundial de la Salud (1992). CIE10. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor. Recuperado de  
[http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=263:clasificacion-internacional-de-enfermedades-cie-10&Itemid=361](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=263:clasificacion-internacional-de-enfermedades-cie-10&Itemid=361)

Organización Mundial de la Salud (2012). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente* Recuperado de  
[http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es)

Organización Mundial de la salud (2016). *La salud mental y los adultos mayores* Recuperado de  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

Romero, G. (2006). Tratamiento cognitivo –conductual de un caso de depresión en la tercera edad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan* (1) Recuperado de  
<file:///G:/Suficiencia%20Profesional%202017/Busqueda%20de%20autores/8%20TRATAMIENTO%20COGNITIVO-CONDUCTUALDE.pdf>

Vásquez, I.; Muñoz, F. y Becoña, S. (2000). *Depresión: Diagnostico, Modelos Teóricos y Tratamiento a Finales del Siglo XX Psicología Conductual*, 8 (3), 417-449 Recuperado de <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>

Zarragoitia, I. (2010). *Depresión: Generalidades y particularidades*. La Habana: Ecimed.

Yuste, N. Herrera, R. y Rico, M. (2004). *Los trastornos afectivos: depresión y ansiedad*. (Ed.) Introducción a la Psicogerontología (pp.50-97). Madrid, España: Pirámide.

# Anexos

## Anexo 1

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

#### NIVELES DE DEPRESION EN PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD VENTANILLA ALTA


DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	METODOLOGÍA
Problema general	Objetivo general	Variable:  Depresión	Son las respuestas a los ítems que miden y evalúan las dimensiones cognitiva, conductual y afectiva a través de una escala de respuestas dicotómicas, cuyos valores se expresan en 1-0, nominal, siendo 1 presencia de depresión y 0 no depresión.	<b>Tipo:</b> El tipo de estudio es aplicado enfoque cuantitativo  <b>Diseño:</b> No experimental de corte transversal  <b>Población</b>  41 pacientes adultos mayores del Centro de salud Ventanilla Alta
¿Cuáles son los niveles de depresión en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta?	Determinar los niveles de depresión en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta	Según Beck es el resultado de las interpretaciones erróneas de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto.		

Problemas específicos	Objetivos específicos	Murray Y López		<b>Muestra:</b>
<p>¿Cuál es el nivel en la dimensión cognitiva en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta?</p> <p>¿Cuál es el nivel en la dimensión conductual en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta?</p>	<p>Identificar el nivel en la dimensión cognitiva en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta</p> <p>Identificar el nivel en la dimensión conductual en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta</p>	<p>La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes y más graves a nivel mundial en cuanto a enfermedad en personas mayores.</p> <p>La depresión es probablemente, el más común de los trastornos psiquiátricos en las personas mayores; en el adulto mayor, la situación es más compleja, porque los cuadros</p>	<p>En cuanto a los ítems, respuestas de SI, en las preguntas.</p> <p>(2,3,4,6,8,10,11,12,13,14,16 ,17,18,20,22,23,24,25,26 Y 28) indicarían depresión , las 10 preguntas restantes.</p> <p>(1,5,7,9,15,19,21,27,29 y 30) , señalaría presencia de depresión , si son contestadas negativamente.</p>	<p>41 pacientes adultos mayores del Centro de salud Ventanilla Alta que asisten al servicio de Psicología mes de abril</p> <p><b>Técnica:</b> Directa e indirecta.</p> <p><b>Instrumento:</b> Escala de depresión Geriátrica de Yesavage</p> <p><b>Autores:</b> Brink y Yesavage (1982)</p> <p><b>Adaptación:</b> Fernández Toletino, Cinthya (2016)</p>

¿Cuál es el nivel en la dimensión conductual en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta?	Identificar el nivel en la dimensión afectiva en los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta	<p>depresivos no solo dependen de los factores genéticos, fisiológicos, socioeconómicos y subjetivos, sino que los pacientes sufren de una o más enfermedades somáticas.</p> <p>(Morice,2011)</p>		<p><b>Procedencia:</b> Trujillo – Perú</p> <p><b>Ámbito de aplicación:</b> Adultos, mayores a partir de los 60 años a más.</p> <p><b>Aplicación:</b> Individual y colectiva.</p> <p><b>Duración:</b> Entre 10 y 15 minutos.</p> <p><b>Interpretación:</b> Presentan 3 categorías diagnósticas para medir el nivel de depresión, 0-9 No depresión, 10-19 depresión moderada y 20-30 depresión severa.</p>
---	---	---	--	--

## Anexo 2

### Carta de presentación



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

Lima, 27 de Abril del 2017

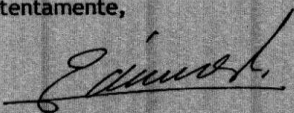
Carta N° 1277-2017-DFPTS

Doctor  
JAIME CHAVEZ HERRERA  
DIRECTOR GENERAL DIRESA CALLAO(e)  
Presente.-

Luego de recibir mis saludos y muestras de respeto, presento al señor ADRIAN FRANCISCO ANTONIO CASAS ROJAS, estudiante de la Carrera Profesional de Psicología de nuestra Facultad, identificado con código 46-486746-0, quien desea realizar una muestra representativa de investigación y solicita que se desarrolle en la Red de Salud de Ventanilla; para poder así optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología, bajo la Modalidad de Suficiencia Profesional.

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

Atentamente,

  
Dr. RAMIRO GÓMEZ SALAS  
Decano (e)  
Facultad de Psicología y Trabajo Social

RGS/crh  
Id. 636572

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
DIRESA - CALLAO  
TRAMITE DOCUMENTARIO  
03 MAY 2017  
RECEPCION  
Hora: 8:15  
Folios: 1-10  
Firma: [Signature]

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO  
DIRECCION DE RED DE SALUD VENTANILLA  
SECRETARIA  
03 MAY 2017  
RECEPCION  
Firma: [Signature]  
Folios: 1-10  
Firma: [Signature]

Av. Petit Thouars 248, Lima  
Teléfonos: 433 1615 / 433 2795 Anexo: 3304  
E-mail: psic-soc@uigv.edu.pe

## Anexo 3

### Carta de aceptación



#### CONSTANCIA

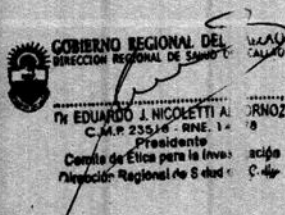
El que suscribe, Presidente del Comité de Ética para la Investigación de la Dirección Regional de Salud del Callao, deja constancia que el proyecto de investigación titulado "Nivel de depresión en pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla Alta, 2017", ha sido evaluado y aprobado por nuestro Comité Institucional de Ética en Investigación, no habiéndose encontrado objeciones en dicho protocolo de acuerdo a los estándares propuestos por nuestro Comité y se ejecutará bajo la responsabilidad de Adrián Francisco Casas Rojas, incluyendo los siguientes documentos:

1. Protocolo de Investigación
2. Anexos Protocolo de Investigación

La fecha de aprobación tendrá vigencia desde el 13 de junio del 2017 hasta el 12 de junio del 2018; los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Se debe notificar a este Comité cualquier cambio en el Protocolo, en el consentimiento informado o eventos adversos; así mismo se deberán presentar informes trimestrales de los avances efectuados a través de la Unidad de Investigación de la DIRESA Callao.

Callao, 13 de junio del 2017

  
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
EDUARDO J. NICOLETTI ALBORNOS  
C.M.P. 23516 - R.N.E. 14  
Presidente  
Comité de Ética para la Investigación  
Dirección Regional de Salud del Callao





## Anexo 4

# Universidad Inca Garcilaso de la Vega

Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

### Escala de depresión Geriátrica de Yesavage

#### Adaptado por Fernández 2016 Perú-Trujillo

Responda con (X) a cada una de las preguntas según como se ha sentido durante las dos últimas semanas hasta el día de hoy

Edad ( ) Genero (M) (F) Estado Civil: Soltero ( ) Casado ( ) Divorciado ( )

Viudo ( ) Grado de Instrucción: Primaria completa ( ) Primaria Incompleta ( )

Secundaria Completa ( ) Secundaria Incompleta ( ) Superior incompleta ( )

1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	NO
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	SI	NO
6	¿Tiene pensamientos que le molestan?	SI	NO
7	¿Suele estar de buen humor?	SI	NO
8	¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SI	NO
9	¿En general se siente usted feliz?	SI	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI	NO
11	¿Está muchas veces intranquilo e inquieto?	SI	NO
12	¿Prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
13	¿Se suele preocupar por el futuro?	SI	NO
14	¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás	SI	NO
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI	NO
16	¿Se siente a menudo triste?	SI	NO

17	¿Se siente inútil?	SI	NO
18	¿Se preocupa mucho por el pasado?	SI	NO
19	Cree que la vida es muy interesante	SI	NO
20	¿Le resulta difícil poner en marcha nuevos proyectos?	SI	NO
21	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
22	¿Se siente sin esperanza?	SI	NO
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI	NO
24	¿Suele estar preocupado por pequeñas cosas?	SI	NO
25	¿Siente a menudo ganas de llorar?	SI	NO
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI	NO
27	¿Está contento de levantarse por la mañana?	SI	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI	NO
29	¿Le resulta fácil tomar decisiones?	SI	NO
30	¿Su mente está tan clara como antes?	SI	NO
Puntuación Total			

No depresión	0-9
Depresión Moderada	10-19
Depresión severa	20-30

## Anexo 5

### Encuesta de satisfacción

1. ¿Cree usted que los adultos mayores sufren de depresión?

Sí ☐

No ☐

2. ¿Cree usted que la depresión pueda ser enfrentada positivamente?

Sí ☐

No ☐

1. Qué le pareció el taller

Bueno ☐

Regular ☐

Malo ☐

2. Notó algún cambio en usted

Sí ☐

No ☐

2.1 ¿Qué tipo de cambio?

.....  
.....

3. ¿Cuál fue la sesión que más le agradó?

.....

4. Sugerencias para los próximos talleres

## Anexo 6

### Fotos

**Aplicación de la escala geriátrica de Yesavage a los adultos mayores  
en el Centro de Salud Ventanilla- Alta**



# DIPLOMA DE RECONOCIMIENTO

Otorgado a:



Por su participación activa en las sesiones del programa sin depresión le darás más vida a tus años durante los meses Agosto – Setiembre a cargo del servicio de Psicología en el Centro de Salud Ventanilla- Alta, 2017