



Autónoma
Universidad Autónoma del Perú

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

EFFECTOS DEL PROGRAMA TEO EN ADULTOS MAYORES CON
DEPRESIÓN, DE UN INABIF DE VILLA EL SALVADOR

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

AUTOR

JOSE ADRIAN DE JESUS TORRES

ASESORA

MG. GUISSOLA MENDOZA CHÁVEZ

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

EL ADULTO MAYOR Y SUS PROBLEMAS DE SALUD INTEGRAL Y
BIENESTAR PSICOLÓGICO

LIMA, PERÚ, ENERO DE 2021

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos, de quienes he recibido un sustento emocional importante y un apoyo continuo en distintos aspectos de mi vida cotidiana.

A los docentes, quienes me acompañaron durante este proceso de formación académica y en especial a mi asesora, quien orientó el desarrollo de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

Mediante el presente trabajo agradezco a las personas que permitieron la consecución de esta investigación, entre ellas; la directora, la psicóloga y el personal auxiliar del centro.

Especialmente, con una entrañable gratitud; a los adultos mayores que participaron durante todo el proceso.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
RESUMO	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción de la realidad problemática	14
1.2. Formulación del problema	16
1.3. Objetivos de la investigación: general y específicos	16
1.4. Justificación del problema	17
1.5. Limitaciones de la investigación	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de estudios	20
2.2. Bases teórico científicos	24
2.3. Definición de la terminología empleada	30
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo y diseño de investigación	34
3.2. Población	34
3.3. Hipótesis	35
3.4. Variables – Operacionalización	35
3.5. Técnicas e instrumentos de medición	36
3.6. Procedimiento para la recolección de datos	37
3.7. Procedimiento de análisis estadísticos de los datos	38
CAPÍTULO VI: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
4.1. Características sociodemográficas de la muestra	41
4.2. Análisis del grupo control	42
4.3. Análisis del grupo experimental	43

4.4. Análisis comparativo entre el grupo control y grupo experimental	44
4.5. Contrastación de hipótesis	45

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión	47
5.2. Conclusiones	49
5.3. Recomendaciones	50

REFERENCIAS

ANEXOS

LISTA DE TABLAS

- Tabla 1 Descripción conceptual y operacional de la variable depresión
- Tabla 2 Mediciones de KMO y test de esfericidad de Bartlett
- Tabla 3 Descripción de la frecuencia y porcentaje del grupo control según sexo
- Tabla 4 Descripción de la frecuencia y porcentaje del grupo control según las edades
- Tabla 5 Descripción de la frecuencia y porcentaje del grupo experimental según sexo
- Tabla 6 Descripción de la frecuencia y porcentaje del grupo experimental según las edades
- Tabla 7 Descripción del grado de significancia del nivel de depresión entre pre y post-test del grupo control
- Tabla 8 Medidas descriptivas del nivel de depresión pre y post del grupo control
- Tabla 9 Descripción del grado de significancia del nivel de depresión entre pre y post-test del grupo experimental
- Tabla 10 Medidas descriptivas del nivel de depresión pre y post del grupo experimental
- Tabla 11 Comparación de las medias del nivel de depresión pre-test entre el grupo control y el grupo experimental
- Tabla 12 Comparación de las medias del nivel de depresión post-test entre el grupo control y el grupo experimental

EFFECTOS DEL PROGRAMA TEO EN ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN, DE UN INABIF DE VILLA EL SALVADOR

JOSE ADRIAN DE JESUS TORRES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMEN

El objetivo principal del presente estudio fue explorar los efectos del programa TEO en adultos mayores con depresión, que pertenecen al club adulto mayor de un INABIF de Villa El Salvador. El tipo de investigación fue cuasi-experimental, con un diseño de intervención basado en un grupo control no tratado y un grupo experimental al cual se le aplica un tratamiento. La población estuvo conformada por 20 adultos mayores con un rango de edad mayor a 60 años, divididos en dos grupos, el primero; experimental, al cual se le aplicó el programa, y el otro al que no se le administró; grupo control. Al finalizar el programa, los efectos se midieron empleando el Inventario de depresión estado rasgo. Los resultados evidenciaron que el grupo experimental mostró significativamente menor depresión a diferencia del grupo control; ($p < 0.004$) luego de haberse aplicado el programa. En conclusión, esta evidencia demuestra que la intervención produjo un efecto reductivo sobre la depresión en la población estudiada.

Palabras clave: Adulto mayor, depresión, tratamiento.

**EFFECTS OF THE TEO PROGRAM ON ELDERLY WITH DEPRESSION, IN AN
INABIF OF VILLA EL SALVADOR**

JOSE ADRIAN DE JESUS TORRES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

ABSTRACT

The main objective of this study was to explore the effects of the TEO program on older adults with depression, who belong to the older adult club of an INABIF in Villa El Salvador. The type of research was quasi-experimental, with an intervention design based on an untreated control group and an experimental group to which a treatment is applied. The population was made up of 20 older adults with an age range greater than 60 years, divided into two groups, the first; experimental, to which the program was applied, and the other to which it was not administered; control group. At the end of the program, the effects were measured using the Depression State Trait Inventory. The results showed that the experimental group showed significantly less depression than the control group; ($p < 0.004$) after the program had been applied. In conclusion, this evidence shows that the intervention produced a reductive effect on depression in the population studied.

Keywords: Elderly, depression, treatment.

EFEITOS DO PROGRAMA TEO EM ADULTOS MAIORES COM DEPRESSÃO, DE UM INABIF DE VILLA EL SALVADOR

JOSE ADRIAN DE JESUS TORRES

UNIVERSIDADE AUTÔNOMA DO PERÚ

RESUMO

O objetivo principal do presente estudo foi explorar os efeitos do programa TEO em adultos idosos com depressão, que pertencem ao clube adulto maior de um INABIF de Villa El Salvador. O tipo de pesquisa foi quase experimental, com um desenho de intervenção baseado em um grupo controle não tratado e um grupo experimental ao qual se aplica um tratamento. A população foi composta por 20 adultos maiores com uma faixa etária maior de 60 anos, divididos em dois grupos, o primeiro; experimental, ao qual se aplicou o programa, e o outro ao qual não se administrou; grupo controle. Ao finalizar o programa, os efeitos foram medidos empregando o Inventário de depressão estado rasgo. Os resultados mostraram que o grupo experimental mostrou significativamente menor depressão, ao contrário do grupo de controle; ($p < 0.004$), após a aplicação do programa. Em conclusão, esta evidência demonstra que a intervenção produziu um efeito redutivo sobre a depressão na população estudada.

Palavras-chave: Adulto idoso, depressão, tratamento.

INTRODUCCIÓN

Según la (Organización Mundial de la Salud, 2020) la depresión es un trastorno mental usual que a nivel mundial afecta alrededor de 300 millones de personas. ¿Qué es la depresión?, dicha institución la describe como un trastorno mental desemejante a las variaciones ordinarias del estado de ánimo y a las respuestas emocionales breves con el que se afronta los problemas de la vida diaria, enfatizándola como un latente problema de salud severo que causa sufrimiento y altera las principales actividades de la persona que la padece

En todo el mundo, anualmente se suicidan alrededor de 800 000 personas, evidenciando que la presencia a nivel mundial de la depresión está en aumento y a pesar de haber tratamientos eficaces para mitigar este problema, aproximadamente, del total de personas que la padecen, más de la mitad; no reciben tales tratamientos debido principalmente a la infamación de los trastornos mentales y un déficit en la evaluación clínica. Ante este contexto, la Asamblea Mundial de la Salud, en el año 2013, emitió una resolución en aras de una respuesta integral y en coordinación con los países involucrados, ante este problema.

Como alternativa de solución a este problema, anteriormente ya mencionado, de índole mundial, el presente estudio tuvo como objetivo explorar los efectos del programa TEO sobre la variable depresión en adultos mayores que frecuentan una sede del Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF) en el distrito de Villa El Salvador. Teniendo en cuenta que, al encontrarse un resultado favorable, la presente propuesta sirve como una herramienta para tratar el problema de la depresión, en nuestro contexto local.

Se trató de una investigación de carácter cuantitativa que además de describir las variables; programa TEO y depresión, también explora los efectos que tiene la primera sobre la segunda, respectivamente. Consistió en un estudio cuasi experimental con diseño de intervención basado en un grupo control no tratado y un grupo experimental,

con intervención. Al margen de los parámetros normativos establecidos, se estableció con una recolección de datos preliminar, es decir; un estudio piloto, con el propósito de garantizar la fiabilidad de los resultados, en el que se obtuvo una confiabilidad de consistencia interna de .845, .723, .728, .743, en las dimensiones eutimia-estado, distimia-estado, eutimia-rasgo, distimia-rasgo; respectivamente, constatando con los resultados obtenidos en la adaptación.

En cuanto a la validez, se llevó a cabo un análisis factorial de ejes principales conrotación varimax, cumpliendo con los caracteres necesarios para dicho análisis, obteniendo una matriz de correlaciones significativa ($p < .01$); KMO de .725, y ($p < .01$) para el test de esfericidad de Bartlett, denotando un valor significativo.

La descripción de la variable estudiada se fundamentó, principalmente, en el enfoque conductual-cognitivo, definiéndola como una perturbación del estado de ánimo en el que la emoción de tristeza es desproporcionada y disfuncional, el individuo que la padece aflige reducción del estado de ánimo, pensamientos negativos, mengua de energía y reducción en la realización de actividad motora.

En el primer capítulo se trabajó el planteamiento del problema, en el que se determinó el objetivo general y los objetivos específicos.

Para el segundo capítulo se desarrollaron los antecedentes internacionales, nacionales, paralelo a ello, se propusieron las bases teóricas con las que se fundamenta el presente estudio.

En el tercer capítulo se planteó la metodología empleada para el desarrollo de la investigación, así también, las hipótesis en relación a los objetivos propuestos, se mencionó las características del instrumento utilizado y finalizó con la descripción de la aplicación y la obtención de resultados.

En el cuarto capítulo se detalló los resultados hallados, se analizó el comportamiento de la variable dependiente tanto en el grupo control como el grupo experimental, y se concluyó constatando las hipótesis. Empleando mediciones tales como el grado de significancia y las medias, entre los niveles de depresión evaluados antes y después del tratamiento.

Finalmente, en el capítulo cinco, se desarrolló la discusión, las conclusiones y recomendaciones. Se realizó comparaciones con otros estudios y en base a las delimitaciones encontradas se propusieron algunas sugerencias finales para futuras investigaciones.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

En la actualidad se ha observado, a través de diversos estudios, que la población a nivel mundial se encuentra en un envejecimiento continuo, esto, por un lado, es motivo de satisfacción para muchos países dado que, a *grosso modo*, evidencia el hecho de que las personas están empezando a tener una vida más prolongada, haciendo frente a diferentes enfermedades que se presenten a lo largo de sus vidas. Sin embargo, este latente envejecimiento implica a su vez múltiples problemas de salud, entre ellos, la presencia de síntomas depresivos.

La depresión es comprendida como uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia en diversos países del mundo. Mediante investigaciones realizadas, se estimó que, durante el año 2020, la depresión se constituiría como la segunda razón principal de problemas relacionados a la salud mental a nivel mundial, teniendo en cuenta que, en los países desarrollados, esta problemática ocuparía el puesto tres y en los países, en aras de desarrollo, como el Perú, dicha repercusión se trasladaría al primer lugar. (OMS, 2018). Este contexto es de gran relevancia dado que evidencia el incremento paralelo de la depresión y las personas adultas mayor, a nivel mundial. En esta misma línea, se dio a conocer que la cantidad de adultos mayores se encuentra en un crecimiento considerable, anticipando que, entre el año 2015 y 2050, dicha proporción es propensa a duplicarse, pasando de 12 a 22%.

Es así que, diversas investigaciones direccionaron sus objetivos de estudio hacia la determinación de la prevalencia de depresión en el adulto mayor, dando a conocer que la presencia de dicha problemática alterna en base a la población y el desarrollo económico de los países. En relación al continente europeo, el estudio Eurodep, utilizando un cuestionario específicamente para las características de esta población, reportó un 8,8% en Islandia y un porcentaje de 23,6 en el país de Alemania. En Suecia, por su parte, se reportó una prevalencia de 12 a 14%. Así también, un estudio contemporáneo realizado con población de “la tercera edad”, empleando los criterios CIE-10, encontró predominancias de 2,3% en Puerto Rico, en Cuba con un 4,9%, un

0,3% en China urbana, un 0,7% en China rural, por su parte 3,9% en India urbana, un 12,6% India rural y Nigeria con 0.5%. (Calderón, 2018).

Por su parte, en el contexto Latinoamericano los antecedentes de permanencia de la depresión en población adulto mayor también son variados. Por ejemplo; en Colombia la encuesta nacional de salud mostró la presencia de depresión en adultos mayores, en un porcentaje que va de 49 a 60%. Así mismo, en Chile, la prevalencia de este trastorno, se ha reportado entre 7,6% y 16,3%. Por otro lado, en Ecuador, una investigación en pacientes residentes en asilo halló depresión a un 70%. (Calderón ,2018). Es decir; la depresión es una enfermedad que se encuentra explícito en varios países del mundo.

En nuestro contexto, contamos con una población aproximada de 3 millones de adultos mayores del cual no se evidencia cifras específicas sobre la presencia de depresión. Sin embargo, al ser un grupo etario en crecimiento y siendo considerada como población vulnerable, son pocas las acciones que se promueven en la sociedad y las familias, para contrarrestar este problema.

Centrándonos en Lima Metropolitana, (Repositorio único nacional de Información en salud REUNIS, 2018) detalla que, el distrito de Villa El Salvador cuenta con una cifra de 39 909 adultos mayores. Sin embargo, en este distrito no se evidencia estudios de intervención a través de programas destinados a mitigar los diversos problemas de salud mental asociadas a este grupo etario. Por tal motivo esta investigación es de conveniente relevancia para conocer el estado de este grupo etario y explorar el impacto de un programa enfocado a mitigar la sintomatología depresiva en el adulto mayor.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el efecto del programa TEO en adultos mayores con depresión, de un INABIF de Villa El Salvador?

1.3. Objetivos de la investigación

Objetivo general

- Explorar el efecto del programa TEO en adultos mayores con depresión, de un INABIF de Villa El Salvador.

Objetivos específicos

- Describir la media del nivel de depresión del pre-test y post-test del grupo control.
- Señalar la media del nivel de depresión del pre-test y post-test del grupo experimental.
- Determinar si existe diferencia significativa a nivel de la depresión entre los puntajes pre-test y pos-test, del grupo control.
- Determinar si existe diferencia significativa a nivel de la depresión entre los puntajes pre-test y pos-test, del grupo experimental.
- Comparar las medias del nivel de depresión pre-test entre el grupo control y el grupo experimental.
- Comparar de las medias del nivel de depresión post-test entre el grupo control y el grupo experimental.

1.4. Justificación e importancia de la investigación

Esta investigación se desarrolló con la aspiración de coadyuvar a través de información actualizada relacionado al efecto de intervención sobre estrategias basadas en el fortalecimiento de la autoestima, relaciones interpersonales, reestructuración de pensamientos negativos y hábitos de ejercicios, sobre la presencia de sintomatología depresiva en el adulto mayor, verificando así su impacto a través de la reducción en los niveles de depresión.

Por otro lado, su importancia social, se ve reflejada a través de la propuesta del programa como medio para mitigar la problemática de la depresión en el adulto mayor y promover una mejor calidad de vida como ser humano y miembro de una comunidad.

Finalmente, en base a los resultados conseguidos a través del estudio, se desprende también una importancia práctica, el cual serviría como antecedente para futuras investigaciones.

1.5. Limitaciones de la investigación

En cuanto a la población, la investigación se desarrolló en una sede del INABIF de Villa El Salvador, por lo que se trabajó con los adultos mayores que usualmente lo frecuentan, por ende, no posibilitará generalizar los resultados a obtener.

Otra limitante está constituida por la exoneración de adultos mayores que presenten condiciones tales como esquizofrenia, trastornos de la personalidad, demencia o algún deterioro cognitivo.

En relación al tiempo empleado, el desarrollo de cada sesión tiene una duración estipulada acorde a las labores que realizan los adultos mayores en el centro.

Es considerada también una limitante la escasa evidencia de estudios previos, a nivel nacional, relacionado al desarrollo de programas en adultos mayores con depresión.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios

Antecedentes internacionales

Franco, Amutio, Mañas, Gázquez y Pérez (2017) desarrollaron un estudio basado en determinar el impacto de un programa de entrenamiento en mindfulness sobre el nivel de ansiedad, depresión y preocupación, en 42 adultos mayores, el cual fue contrastado con medidas pretest-postest. El estudio contó con dos grupos uno experimental y otro; control. La medición se dio a través de la escala de depresión geriátrica y el inventario de preocupación de Pensilvania. Se alcanzaron disminuciones considerables en los indicadores de ansiedad y preocupación en el grupo experimental en comparación con el grupo control, resaltando específicamente, una desigualdad de 6 puntos en las medias entre pre test y pos test, en la variable depresión del grupo experimental; convalidando de esta manera la determinación de las técnicas mindfulness en la mitigación de estos trastornos.

Rodríguez, Ramírez, Pérez y Gómez (2017) a través de su investigación sobre intervención psicológica en 12 adultos mayores con depresión, por medio del análisis de las variaciones pretest-postest de los niveles de depresión. El tratamiento estuvo conformado por nueve intervenciones de trabajo en grupo, en el que se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales en base al modelo de la depresión de Beck, así también se emplearon otras técnicas tales como; revisión de documentos, entrevistas y afectivo-participativas. Los resultados inicialmente arrojaron presencia de depresión, en 10 adultos mayores y dos participantes con depresión leve, evidenciando los siguientes síntomas; soledad, tristeza, sensación de vacío, sentimientos de rechazo, idea suicida, perturbación del sueño y reducción de la capacidad motora y cognitiva. Posterior a la intervención, se encontró que de los 10 participantes que tenían depresión establecida, 9 de ellos terminaron con un grado leve de depresión, y 1 mantuvo depresión establecida. Por último, los dos restantes que expresaron un nivel leve de depresión, al finalizar no mostraron presencia de depresión. Reflejando de esta forma la efectividad de la

intervención psicológica basada en el modelo cognitivo-conductual sobre los niveles de depresión en adultos mayores.

Calero, Klever, Caiza, Rodríguez y Analuisa (2016) mediante su investigación sobre la repercusión de las actividades físico-recreativas en la estima que se tiene así mismo el adulto mayor, con una muestra de 20 integrantes, obtuvieron como evidencia un producto inicial en el pretest, idóneo de; 26.95 puntos, lo que significa un nivel promedio de autoestima, y al final con el post-test se halló un acrecentamiento a 32.80 puntos, demostrando de esta forma la efectividad del programa sobre el incremento de la autoestima en el adulto mayor y resaltando que las actividades físico-recreativas aporta a regular el proceso de manera positiva, además acentúa la percepción de competencia e interacción con el entorno.

Correa (2016) expuso una investigación sobre la intervención de psicoterapia grupal para adultos mayores con depresión y ansiedad. El cual se desarrolló con 24 participantes con edades mayores a 65 años. El tratamiento estuvo compuesto por sesiones que incluyen relaciones entre pares, con el propósito de incrementar la autoestima, el autoconocimiento, las relaciones interpersonales y las habilidades sociales, además de retroalimentaciones basadas en síntomas similares en base a la edad, tales como pérdida de las relaciones sociales, duelo, estar solo, afrontamiento a distintas enfermedades bien sean físicas o mentales, el incremento de la dependencia y afrontar la aparición sobre la idea de muerte. Para la evaluación del efecto de la intervención se emplearon; la escala de depresión geriátrica (GDS) y el cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI). Encontrando como resultado que en un 50% de los participantes se mantuvo el nivel de depresión y en el otro 50% se redujo, hipotetizando, en aquellos que mostraron resistencia al tratamiento, alternativas explicativas relacionadas a una personalidad rígida o la persistencia de algún estresor.

Tavares, Schmitdt y Witter (2015) encaminaron un estudio basado en los efectos de una intervención en el desempeño cognitivo y sintomatología depresiva en cinco adultos mayores institucionalizados con un promedio de 77 años de edad, siendo

sometidos a evaluación neuropsicológica antes y después de a la intervención cognitiva de ocho sesiones. Encontrando como resultado un discreto efecto en la intervención a nivel de depresión, fluencia verbal, memoria y praxia, concluyendo que la intervención cognitiva tiene efecto positivo, principalmente en los síntomas depresivos.

Antecedentes nacionales

Zavaleta (2018) realizó un estudio sobre la aplicación de un programa para determinar sus efectos reductores sobre la depresión, en 80 adultos mayores de sexo femenino, con edades superiores a 65 años, diagnosticadas con depresión, en el distrito de San Bartolo. Las participantes fueron divididas al azar en dos grupos, el primer grupo; experimental, al que se intervino a través del programa y el segundo grupo; control, al que no se le realizó ningún tratamiento. El instrumento que se utilizó para medir la variable fue el inventario de depresión de Beck. Al término del programa se compararon ambos grupos para observar los resultados que obtuvieron, encontrando que el grupo experimental evidenció de manera significativa menor nivel de depresión comparado al grupo control.

Calcina (2018) encaminó su estudio orientado a explorar los efectos de un programa basado en técnicas mindfulness sobre 23 adultos mayores, tanto mujeres y varones, los cuales tenían edades entre los 60 y 80 años, con presencia de síntomas depresivos. El trabajo se elaboró con un solo grupo, de diseño pre-experimental con medición previa y posterior, empleando como instrumento el Inventario de depresión de Beck. Encontrando comparaciones finales en base a la media aritmética antes y después de aplicado el programa; al inicio, en relación a la dimensión afectiva con un puntaje de 6.545, motivacional 2.402, cognitiva 13.909, conductual 4.545 y física con un 6.955. Luego en el post test encontrando puntuaciones de 0.545, 0.136, 1.636, 0.727 y 0.545, respectivamente en las dimensiones anteriormente mencionadas. Evidenciando de esta forma efecto reductivo sobre la depresión.

Martina, Ara, Gutiérrez, Norberto y Piscoya (2017) emprendieron un estudio relacionado a la depresión y los componentes asociados en población peruana adulto mayor, el cual lo realizaron mediante ocho variables estudiadas, tales fueron: sexo, edad, educación, contar con pareja, ser jefe de familia, lugar de residencia, pobreza y discapacidad; encontrando que, de las ocho variables mencionadas, siete estuvieron relacionadas con depresión. De ello se desprende que las variables con una mayor significancia asociado a la depresión lo son; condición económica baja, el no tener instrucción alguna y tener por lo menos una discapacidad. Por otro lado, los factores que obtuvieron una relación significativa, relativamente baja, son; tener 75 o más años de edad, ser mujer y vivir sin pareja.

Acosta y Sánchez (2017) indagaron sobre la correlación entre la variable religiosidad y depresión, en adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Lima, encontrando que el componente orientación social de la variante religiosidad, reveló una relación endeble en relación a la depresión. Por otro lado, el elemento de orientación personal no presentó reciprocidad con la depresión. Es así que se rechazó la hipótesis que se plantearon, dado que, para la muestra empleada, el componente religiosidad no actúa como un factor protector ante la depresión.

Monroe, Tello y Torres (2015) desarrollaron un estudio sobre la correlación entre la dependencia funcional y síntomas depresivos en una muestra de 153 adultos mayores institucionalizados, con edades superiores a 60 años. Para llevar a cabo tal estudio emplearon los instrumentos; escala de depresión geriátrica de Yasavage e índice de Barthel para evaluar la capacidad de realizar las actividades cotidianas. Los resultados mostraron que un 47.1% presentó algún grado de dependencia funcional, por su parte, el 62.1% presentó síntomas depresivos. En cuanto a la dependencia funcional escasa, estuvo asociado a los puntajes altos para sintomatología depresiva, evidenciando así una asociación significativa entre las variables estudiadas, presentándolo también como un indicador para evitar la aparición de los síntomas depresivos.

2.2. Bases teóricas y científicas del tema

Modelo cognitivo

Teoría de la desesperanza

Esta teoría está basada en un modelo del aspecto cognitivo sobre vulnerabilidad en relación al estrés. (Abramson, et al., 1997) proponen que aquellas personas que se caracterizan por tener un tipo de respuesta vulnerable ante una determinada situación en específico, desprenden mayor incidencia de riesgo a diferencia de aquellas personas que por lo contrario no manifiestan dichos estilos para desencadenar síntomas depresivos, específicamente por desesperanza al momento de experimentar acontecimientos negativos en la vida cotidiana.

La condición de vulnerabilidad en el ámbito cognitivo se encuentra conformada por tres modelos que se deducen son propiamente desadaptativos: en primer lugar, se explica por la predisposición a concluir que los patrones permanentes, es decir; probabilidad de perdurar a través del tiempo, y totales sobre la posibilidad de afectar a otras áreas, son aquellos que provocan los incidentes negativos. En segundo lugar, está la predilección a deducir que los acontecimientos negativos, en el presente, encauzarán a circunstancias negativas en el futuro; y, por último, en tercer lugar, se encuentra la propensión hacia la inferencia sobre cualidades negativas que se tiene sobre uno mismo al momento de suceder eventos negativos. Sobre lo anteriormente mencionado, se estipula que la vulnerabilidad de índole cognitivo es una condición que coadyuva al emerger de la depresión, incrementando la posibilidad de acrecentar la sintomatología depresiva en presencia, pero no en ausencia, de acontecimientos de la vida percibidos como negativos.

Teoría cognitiva de Beck

El postulado que propone Beck a raíz de sus investigaciones es contradictorio con la explicación sobre la relación que existe entre el aspecto cognitivo, la emoción y la conducta, en lugar de interpretarlo como el modelo clásico; estímulo en consecuencia;

respuesta, y, por ende, llegar a la conclusión de que las emociones desencadenan los pensamientos y acciones de los sujetos, extrapolando que, al modificar dicha emoción, por ejemplo, mediante fármacos, se mejoraría los dos últimos. De acuerdo Beck, tanto emoción como conducta se perciben dependientes de una evaluación cognitiva sobre la interpretación de la información ambiental. De ello se desprende que la depresión es producto de un procesamiento de información que involucra la interacción del juicio, afecto y conducta de manera cíclica.

El procesar cognitivo es la manera como las estructuras interactúan para producir información proveniente de estimulaciones sensoriales y que traen como consecuencia la configuración de creencias, pensamientos e ideas. Respecto a la depresión, ésta influye de manera circular sobre la retroalimentación negativa y distorsionada el cual se va enraizando y provocando los síntomas psicológicos, así como las propias somatizaciones.

En relación a este criterio, Beck sostuvo que aquellas personas que padecían de esta enfermedad se caracterizaban por presentar tres atributos en su peculiar manera de pensar. Entre ellos se encuentran los esquemas cognitivos; los cuales son creencias disfuncionales, mantenidos a raíz de las experiencias, regulando la información que se tiene de si mismo. Por otro lado, se halla los pensamientos automáticos; son aquellos que surgen de forma involuntaria, ocurre de manera rápida y son originados por los esquemas disfuncionales. Por último, pensar negativamente de forma distorsionada se expresa en tres áreas: hacia si mismo, el mundo y el futuro, constituyendo así, la triada cognitiva. (Figueroa, 2002).

Teoría de los estilos de respuesta

Entre otra de las propuestas que han surgido para de explicar la génesis de la depresión es el de la teoría sobre estilos de respuesta de Nolen-Hoeksema. Este enfoque sustenta que la forma sobre como la personas orientan sus pensamientos y sentimientos en situaciones de tristeza y decaimiento tiene influencia a cerca de la intransigencia y el tiempo de duración de síntomas depresivos. El acto de “rumear” ha sido definido como

una serie de ideas recurrentes en relación a la propia tristeza, su génesis, sus posibles causas y consecuencias. Se dice que aparece como una forma de reaccionar ante la tristeza, por lo que constituye una forma de afrontamiento desadaptativo.

Entre sus planteamientos sostiene; aquellas personas que piensan reiteradamente sobre un asunto en particular; es decir un pensamiento rumiativo, como medio para escapar de la melancolía, por lo contrario, tornan más intensa y prolongada los síntomas que conllevan a la depresión. Sobre este estilo de respuesta se desprende que el individuo se caracteriza por centrar la atención de manera repetitiva sobre los sentimientos, causas y consecuencias de su estado de ánimo, permaneciendo en esta situación sin hacer algo al respecto para modificarla.

En contradicción a lo anteriormente mencionado, son la realización de diversas actividades que al activar la conducta tendrían mayor efectividad aliviando los síntomas depresivos. Dichas actividades distractoras han de ir acompañadas por refuerzo positivo o acciones placenteras, propias del individuo, que permitan desviar la atención de los sentimientos que desencadenan la depresión para una determinada situación. (García, et al., 2017).

Modelo conductual

Entre los primeros postulados sobre la depresión, en términos conductuales, se encuentra el de Skinner, quien sostuvo que esta condición es producto de un debilitamiento de la conducta en razón al intervalo de secuencias establecidas de esta misma, las cuales habrían recibido reforzadores positivos por parte del medio social. Es decir; en aquellas personas que se encuentran acostumbradas a algún tipo de relacionamiento en específico, de quienes recibe experiencias gratificantes con una frecuencia determina y de pronto dejan de percibir dichas gratificaciones, desencadenaría en un episodio depresivo.

Fester, por su parte, posteriormente intervino sugiriendo otros componentes que influyen en el surgimiento de la depresión, tales como; el control aversivo y el castigo,

cambios ambientales repentinos y cambios en las posibilidades de reforzamiento, traduciendo todo ello en una reducida tasa conductual. Así mismo sostuvo que la dificultad para actuar de manera adaptada puede ser debido a que en un nuevo ambiente se requiere de otras fuentes de reforzamientos, la implicación de conductas aversivas inhibe la oportunidad de refuerzos positivos y una observación alterada del ambiente el cual trae como consecuencia una conducta socialmente inapropiada y simultáneamente un descenso en el refuerzo positivo. (Caballo, 1997).

Sobre la depresión, (Rehn,1984) propone que es producto de una carencia en la autoevaluación, el autorregistro y el autorrefuerzo. Respecto al autorregistro, este autor sustenta que al no registrar las experiencias positivas que tiene una persona durante un día y simultáneamente presentar dificultad para asociarla con el estado de ánimo que la acompaña, progresivamente se va convirtiendo en un factor que contribuye a la aparición de la depresión. En cuanto a la evaluación; un déficit respecto a esta determinante se da a través de la dificultad para establecer objetivos detallados, expresos y asequibles en razón de productividad conductual positivas.

Finalmente otro determinante en reducida manifestación, que sumado a los dos anteriormente mencionados es el autorrefuerzo; tal condición que se ha ido inhibiendo tras el manifiesto de un descenso en la autoadministración de recompensas ante los logros u objetivos conseguidos, dificultándole, al individuo, progresivamente la capacidad para identificarlos, es decir; las personas deprimidas presentan dificultad para proporcionarse la cantidad necesaria de recompensas contingentes a sí mismas para mantener sus conductas adaptativas.

Modelo integrador multifactorial

Lewinsohn, Hoberman y Rosenbaum (1985) citados por Caballo (1997) escribió:

“Las teorías conductuales y cognitivas de la depresión habían sido demasiado limitadas y simples. Propusieron un modelo integrado, multifactorial, de la etiología y mantenimiento de la depresión que intenta reflejar la complejidad del trastorno” (p. 497).

Dicho de otra forma, el modelo integrador propone que la secuencia de sucesos que conducen al emerger de la depresión, inicia con los componentes antecedentes de riesgo, los cuales promueven el proceso de la depresión alterando relevantes modelos de conducta adaptada. Los estímulos estresantes a nivel macro; desenlaces estresantes, y a nivel micro; los conflictos de la vida diaria, ejemplifican los antecedentes anteriormente mencionados. Dichos estímulos estresantes perturban los patrones conductuales esenciales para el individuo durante sus interacciones diarias con el ambiente, entre ellos; relaciones personales y responsabilidades laborales. De esta forma, esta misma perturbación puede conducir a la aparición de una respuesta negativa a nivel emocional, paralelamente, mostrando dificultad para revertir el daño causado por tales estímulos. Teniendo como consecuencia un incremento en la consciencia de sí mismo, centrándose específicamente en aspectos de fracaso, elevando así, la disforia, entre otros síntomas conductuales, cognitivos y emocionales propios de la depresión, permitiendo con mayor facilidad el establecimiento del estado depresivo, facilitando el emerger de información negativa que se tiene de uno mismo y reduciendo la confianza del sujeto para hacer frente a su ambiente.

Por otro lado, cabe mencionar que este modelo también considera las características que hacen a un individuo diferente de otro, es decir; la personalidad, el cual podría funcionar como un moderador del impacto de los acontecimientos estresantes, tales características de la personalidad pueden clasificarse en dos; vulnerabilidades, el cual es propenso a la depresión, y por lo contrario están las inmunidades, que reduciría la probabilidad de aparición de la depresión. Así mismo sugieren que, por un lado, los determinantes de vulnerabilidad incluirían el ser mujer, tener antecedentes de episodios depresivos y una autoestima baja, opuesto a ello, sostiene que las inmunidades incluyen poseer elevada competitividad social autopercibida, tener una persona de confianza y habilidades de afrontamiento eficaces.

Modelo biológico de la depresión

De acuerdo a los estudios más recientes sobre los componentes neurológicos relacionados a la depresión, se encuentra aquellos que han podido explicar, a través de

los avances en biología molecular, la alteración en la concentración de serotonina en las sinapsis. Asimismo, diversos estudios sobre la funcionalidad del sistema endocrino, en pacientes con depresión, han demostrado la presencia de anomalías en el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal.

De igual forma, otras investigaciones han evidenciado que, entre el sistema inmunológico y el sistema nervioso central, existe una comunicación cual es posible gracias las funciones de mediadores que asumen hormonas, transmisores, y péptidos, es decir; alteraciones psicológicas tanto como el estrés o la depresión afectarían la respuesta inmune y el curso de otras enfermedades en paralelo. (Silva, 2002).

2.3. Definición de la terminología empleada

Depresión

Es conceptualizada como una perturbación del estado de ánimo en el que la emoción de tristeza es desproporcionada y disfuncional comprendiendo la totalidad de la persona que la padece.

En este sentido, el individuo se caracteriza por manifestar desinterés ante cualquier actividad, incluyendo el deseo de continuar viviendo, asimismo, sintiéndose incapaz de realizar las actividades que anteriormente no le significaban dificultad llevarlas a cabo. Sumado a ello se evidencia otros síntomas tales como: variación del sueño, disminución de la apetencia, somatizaciones y alteraciones en relación al pensamiento, el cual interfiere deteriorando la naturaleza de vida de la persona que la padece.

Así también, la variación biológica, propia del ser humano durante su proceso de involución, la aparición de problemas cognitivos, la concomitancia de otras dificultades médicas que aparecen a lo largo de la vida, y, por ende; la necesidad de consumir diversos medicamentos para restringir el avance de dichos problemas, conlleva a que

los adultos mayores se tornen más vulnerables a padecer depresión. (Martínez et al., 2002).

El adulto mayor, con frecuencia, presenta dificultad para identificar y reconocer los síntomas depresivos, mayormente la queja expresada suele ser somática. Asimismo, esta enfermedad al comprometer el adecuado funcionamiento cognitivo, enfatizando la lucidez para concentrarse y la capacidad para retener información a corto plazo, dificulta el proceso de evaluación. Cabe destacar que el deterioro cognitivo ya presente en adulto mayor, complica más el reconocimiento de la enfermedad.

Así mismo, de acuerdo a la literatura, la depresión se encuentra entre las primeras causas que conducen al sufrimiento del adulto mayor y también de la reducción en cuanto a llevar una vida placentera, en esta etapa específicamente. En relación a lo descrito por la sociedad americana de psiquiatría, la depresión es definida como una enfermedad mental donde la persona tiende a experimentar emoción de tristeza insondable, así también, reducción considerable del interés por la realización de las actividades, deteriorando las labores, ya sean académicas o de trabajo, y en el desarrollo social de la persona. (Aguilar y Ávila, 2006).

Según (CIE-10, 1992) durante episodios depresivos, bien sea de nivel leve, moderado o grave, la persona aflige reducción del estado de ánimo, mengua de energía y minoración en la realización de actividades. Asimismo, la inclinación por interesarse, gozar y estar concentrado se encuentra aminorada. De igual forma, la estima que se tiene a sí mismo y la autoconfianza, por lo general se encuentran reducidas, teniendo en cuenta que en el nivel leve también se ve perjudicado denotando sentimientos que lo hagan sentir culpable o inútil.

Por otro lado, estado de ánimo suele cambiar en distintos días, no acostumbra responder a eventualidades del exterior y comúnmente es seguido de síntomas somáticos, por ejemplo: insomnio o hiperinsomnio, dolor de cabeza, anhedonia,

enlentecimiento psicomotor, disminución de la libido, pérdida del apetito y, por ende; pérdida de peso.

Adulto mayor

Aquellas personas de quienes sus edades oscilan entre 60 a 74 años, se encuentran en el rango de edad avanzada, por otro lado, aquellos que van desde los 75 a 90 años, son denominados ancianos o ancianas, y los que exceden los 90 años de edad se les llama grandes longevos. Así mismo, (Organización Panamericana de Salud, 2017) considera a la población adulta mayor a partir de los 60 años en adelante.

Esta etapa de la vida es como cualquier otra, para el cual existen diversas definiciones, entre ellas, desde la óptica biológica, psicológica y social, que por lo general la describen a través de cambios producto del envejecimiento, por ejemplo, en el plano biológico, se manifiesta mediante acumulación de deterioros moleculares y celulares, los cuales, al pasar de los años, reducen las reservas fisiológicas incrementando el riesgo de padecer muchas enfermedades. Al margen del deterioro biológico, otro importante cambio es sobre las funciones que asume el individuo en esta nueva etapa y la posición social que le toca vivir, además del afrontamiento a la pérdida de relaciones estrechas. Cabe señalar que tales cambios se encuentran mediados por el ambiente y el comportamiento de cada persona. (OMS, 2018).

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación

El presente trabajo consiste en un estudio cuasi experimental, ya que tiene el objetivo de constatar una hipótesis de relación causal, teniendo algunas limitaciones para lograr su propósito. (Montero y León, 2002).

Diseño de investigación

El estudio consta de un diseño de intervención basado en un grupo control no tratado y un grupo experimental, que recibe algún tipo de tratamiento o programa; cuyas unidades experimentadas son evaluadas con los mismos instrumentos de medida en dos ocasiones en el tiempo; un pre test antes de administrar el programa y un post test, después de su administración. (Montero y León, 2002).

3.2. Población

La población estuvo constituida por 20 adultos mayores con edades entre 60 y 82 años de edad, que forman parte del club adulto mayor de un INABIF de Villa El Salvador, el cual se divide en dos grupos; uno control, al cual no se le administró el programa y otro experimental, que si recibió la administración del programa.

Criterios de inclusión:

- Edad: a partir de 60 años
- Sexo: femenino y masculino
- Ser usuario del INABIF
- Adultos mayores que presenten depresión
-

Criterios de exclusión:

- Presencia de deterioro cognitivo
- Padecer alguna perturbación física o mental
- Tener demencia senil

- Adultos mayores que no presenten niveles de depresión
Dado que esta situación les impediría desarrollar las pruebas que se suministró durante el proceso de la investigación, por esta razón se les exoneró del presente estudio.

3.3. Hipótesis

- El programa TEO evidencia efecto reductivo sobre los niveles de depresión en adultos mayores de un INABIF de Villa El Salvador.

Hipótesis específicas

H0= No existe una diferencia significativa en las medias del nivel de depresión, entre el pre test y post test, luego de la aplicación del programa TEO.

H1= Existe una diferencia significativa en las medias del nivel de depresión, entre el pre test y post test, luego de la aplicación del programa TEO.

3.4. Variables

Variable dependiente

- Depresión.

Variable independiente

- Programa TEO, el cual está compuesta por 12 sesiones que se desarrollan a través de las técnicas de psicoeducación, autoevaluación, autorregistro, autorefuero, reestructuración cognitiva, activación conductual, autocontrol, solución de problemas y habilidades sociales.

Variable demográfica

- Edad: 65 a 82 años.
- Sexo: hombres y mujeres.

Operacionalización de variables

Tabla 1

Descripción conceptual y operacional de la variable depresión

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Escala
depresión	Comprende un descenso en la afectividad positiva y un incremento en la afectividad negativa, identificado en el grado de afectación (estado), y la frecuencia de ocurrencia (rasgo).	Se encuentra definida a través de los puntajes obtenidos en una valoración creciente desde nivel bajo, medio y alto.	Eutimia estado	1, 4, 7, 9, y 10	ordinal
			Distimia estado	2, 3, 5, 6 y 8	
			Eutimia rasgo	1, 3, 4, 5 y 10	
			Distimia rasgo	2, 6, 7, 8, y 9	

3.5. Técnicas e instrumentos de medición

Se evaluó el nivel de depresión con el inventario de depresión estado rasgo (IDER), desarrollado por Spielberger en el año 1996 en Estados Unidos, constituida por veinte ítems divididos en dos escalas: estado y rasgo, con diez ítems por cada una, de los cuales, cinco son para medir distimia y los otros cinco para cuantificar eutimia. La prueba tiene como objetivo identificar en que grado se encuentra afectado (Estado) el componente afectivo de la depresión y cuál es la frecuencia de la ocurrencia (Rasgo), compuesta por una escala de tipo Likert, siendo sus opciones de respuesta para la escala estado: nada (1), algo (2), bastante (3), mucho (4) y la para la escala rasgo: casi nunca (1), algunas veces (2), a menudo (3), casi siempre (4). Teniendo en cuenta que por cada escala mientras mayor es el incremento del puntaje; más alto es el nivel de depresión.

Para conocer el nivel de depresión se debe sumar los ítems positivos y por otro lado los ítems negativos, al resultado de la diferencia entre ambas debe adicionarse cincuenta, la cifra obtenida indicará bajo si es menor o igual a 34, será media si se encuentra entre los puntajes 35-42, y se considerará de nivel alto si supera los 42 puntos.

(Sotelo et al., 2012) desarrollaron un estudio sobre las propiedades psicométricas del IDER, en adultos de Lima, obteniendo como resultados para el componente de confiabilidad los siguientes valores en el Alpha de Cronbach: .861 para distimia-estado, .864 en eutimia-estado, .862 para distimia-rasgo y .793 en eutimia-rasgo. En cuanto a la validez por contenido, se realizó mediante asesoramiento por parte de psicólogos expertos en la materia, con el propósito de establecer la congruencia de los reactivos en relación a la valoración del elemento afectivo de la depresión.

3.6. Procedimiento para la recolección de datos

En primera instancia, se solicitó el consentimiento de las autoridades del INABIF, donde se llevó a cabo la ejecución del programa. Luego se dialogó con la psicóloga y promotoras responsables del área del adulto mayor, para la aplicación de las pruebas. Acto seguido se informó a los participantes de la investigación, sobre el objetivo del estudio y su valiosa contribución. La recolección de los datos se realizó de forma colectiva y durante el lapso de tiempo que se le otorga al área de psicología.

Posteriormente, se procedió a la elaboración de una base de datos en el programa Microsoft Excel con la información recolectada en el proceso de evaluación, para luego trasladarlos al programa SPSS Statistics 24, donde, a través de un análisis estadístico, se constató los resultados planteados en las hipótesis.

Respecto a la confiabilidad y validez del instrumento empleado, se analizó las propiedades psicométricas de dicha prueba a través de una muestra piloto, para este

propósito se utilizó el coeficiente de Alpha de Cronbach y un análisis factorial de ejes principales conrotación varimax, respectivamente.

Por último, se realizó un análisis exploratorio mediante indicadores de la media, la desviación estándar y la media de error estándar entre el pre-test y el post-test de la evaluación de los niveles de depresión; expresados a través estadísticas de muestras emparejadas.

3.7. Procedimiento de análisis estadísticos de los datos

Análisis de las propiedades psicométricas de la prueba piloto:

Para la confiabilidad se empleó el coeficiente de Alpha de Cronbach, obteniendo los valores de .845 para Eutimia-Estado; .723 para Distimia-Estado; .728 para Eutimia-Rasgo; y .743 para Distimia-Rasgo.

En cuanto a la validez; para poder entender la dimensionalidad de la escala se realizó un análisis factorial de ejes principales conrotación varimax, denotando características requeridas para dicho análisis, como lo son una matriz de correlaciones significativa ($p < .01$); Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo; .725, y test de esfericidad de Bartlett significativo ($p < .01$), tal y como se puede visualizar en la tabla 2.

Tabla 2

Mediciones de KMO y test de esfericidad de Bartlett

Medidas	
KMO	,750
Bartlett-sig	,000

Así también, se empleó el programa SPSS Statistics 24 para realizar un análisis exploratorio a través de indicadores de la media, la desviación estándar y la media de error estándar entre el pre-test y el post-test de la evaluación de los niveles de depresión; expresados a través estadísticas de muestras emparejadas.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Características sociodemográficas de la muestra

El Grupo control; conformado por 4 adultos mayores hombres y 6 adultos mayores mujeres, haciendo un total de 10 participantes, representados en un 40% y 60%, como se puede observar en la tabla 3.

Tabla 3

Descripción de la frecuencia y porcentaje según sexo

Grupo	Sexo	F	%
control	hombres	4	40
	mujeres	6	60
	Total	10	100

Las edades de los adultos mayores oscilaban entre 65 y 82 años como mínimo y como máximo, respectivamente. Detallado en la tabla 4.

Tabla 4

Descripción de la frecuencia y porcentaje según las edades

Grupo	Edades	f	%
control	65	1	10
	68	1	10
	70	1	10
	72	2	20
	75	2	20
	76	1	10
	80	1	10
	82	1	10
	total		10

Al igual que el grupo control, el grupo experimental también estuvo conformado por 4 adultos mayores hombres y 6 adultos mayores mujeres, haciendo un total de 10 participantes, representados en un 40% y 60%, como se puede observar en la tabla 5.

Tabla 5

Descripción de la frecuencia y porcentaje según sexo

Grupo	Sexo	<i>f</i>	%
experimental	hombres	4	40
	mujeres	6	60
	Total	10	100

Las edades de los adultos mayores oscilaban entre 65 y 82 de edad como mínimo y máximo, respectivamente. Tal y como se puede observar en la tabla 6.

Tabla 6

Descripción de la frecuencia y porcentaje según las edades

Grupo	Edades	<i>f</i>	%
experimental	65	1	10
	68	1	10
	70	1	10
	72	2	20
	75	2	20
	76	1	10
	80	1	10
	82	1	10
	total	10	100

4.2. Análisis del grupo control

Se empleó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras no paramétricas, con el objetivo explorar el grado de significancia entre el nivel de depresión inicial y el nivel de depresión final. Hallando un grado no significativo de 0,317, tal y como se puede observar en la tabla 7.

Tabla 7

Descripción del grado de significancia del nivel de depresión entre post y pre-test del grupo control

Grupo	Variable	Medición	<i>P</i>
control	depresión	post-test	,317
		pre-test	

Mediante los estadísticos descriptivos se calculó la media de la depresión inicial y depresión final, encontrando una mínima diferencia, entre la misma variable evaluada en dos tiempos, expresada en 0.10, tal y como se puede notar en la tabla 8.

Tabla 8

Medidas descriptivas del nivel de depresión pre y post del grupo control

Grupo	Variable	Medición	M	D.S.
control	depresión	pre-test	2,90	,316
		post-test	3,00	,000

4.3. Análisis del grupo experimental

Se empleó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, para muestras no paramétricas, con el propósito de explorar el grado de significancia entre el nivel de depresión inicial con el nivel de depresión final, para este grupo en específico, encontrando que a diferencia del grupo control, en el grupo experimental si se evidencia un grado significativo de 0,04, tal y como se puede visualizar en la tabla 9.

Tabla 9

Descripción del grado de significancia del nivel de depresión entre post y pre-test del grupo experimental

Grupo	Variable	Medición	<i>P</i>
experimental	depresión	post-test	,004
		pre-test	

A través de los estadísticos descriptivos también se calculó la media de la depresión inicial y depresión final, encontrando una considerable diferencia, entre la misma variable evaluada en dos tiempos, expresada en 1.4, tal y como se puede notar en la tabla 10.

Tabla 10

Medidas descriptivas del nivel de depresión pre y post del grupo experimental

Grupo	Variable	Medición	M	D.S.
experimental	depresión	pre-test	3,00	,000
		post-test	1,60	,516

4.4. Análisis comparativo entre el grupo control y el grupo experimental

Mediante los estadísticos de muestra emparejada se exploró la comparación de las medias del nivel de depresión, para la evaluación del pre-test, entre los grupos control y experimental encontrando una diferencia inicial mínima de 0.1; denotado en la tabla 11.

Tabla 11

Comparación de las medias del nivel de depresión pre-test entre el grupo control y el grupo experimental

Variable	medición	Grupo	M	D.S.
depresión	pre-test	control	2,90	,316
		experimental	3,00	,000

De igual forma, a través de los estadísticos de muestra emparejada se exploró la comparación de las medias del nivel de depresión, para la evaluación del post-test, entre los grupos control y experimental encontrando una diferencia significativa de 1.4; demostrado en la tabla 12.

Tabla 12

Comparación de las medias del nivel de depresión post-test entre el grupo control y el grupo experimental

Variable	medición	Grupo	M	D.S.
depresión	post-test	control	3,00	,000
		experimental	1,60	,516

4.5. Contrastación de hipótesis

Se rechaza la hipótesis nula (Ho) el cual afirma que no existe una diferencia significativa en las medias del nivel de depresión, entre el pre test y post test, luego de la aplicación del programa TEO.

Por otro lado, se acepta la hipótesis alterna (H1), el cual afirma la existencia de una diferencia significativa en las medias del nivel de depresión, entre el pre test y post test, luego de la aplicación del programa TEO.

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

El objetivo general de este trabajo fue explorar la efectividad que tiene la aplicación del programa TEO en personas adulto mayor con depresión, tales efectos que han podido ser contrastadas al describir, por un lado, el nivel de significancia entre el pre-test y post-test del grupo control, encontrando un valor no significativo de .317, a diferencia del grupo experimental que, si obtuvo, en ese mismo carácter de medición, una diferencia significativa de .004.

Entre otros de los objetivos que nos permitió visualizar el impacto del programa, fue la comparación a nivel de las medias del nivel de depresión, inicialmente en la evaluación pre-test, entre ambos grupos, se halló una diferencia mínima de 0.1, reflejando cercanamente un mismo nivel de depresión inicial, a diferencia de la evaluación que se realizó posterior a la intervención, es decir; en la medición post-test la diferencia entre ambos grupos acrecentó notablemente en 1.4 puntos.

Estos resultados se comparten, en cierta medida, con los hallazgos, obtenidos a nivel internacional, por Franco, Amutio, Mañas, Gázquez y Pérez (2017), quienes mostraron mediante su estudio, específicamente, una reducción en la variable depresión, expresado a través de 6 puntos de diferencia entre las medias del nivel de depresión inicial y final del grupo experimental.

Por otra parte, a nivel nacional, se comparte los resultados del presente estudio, con los encontrados por Zavaleta (2018) quien demostró, mediante la aplicación de un programa para disminuir la depresión en el adulto mayor; una notable diferencia entre los puntajes de las medias antes y después de la intervención, reflejado en los puntajes 51.58 y 24.40; respectivamente.

Diversos autores difieren entre si, sobre la explicación de la génesis de la depresión, dificultando identificar un componente desencadenante. Es debido a ello, que un abordaje de manera integrada ha permitido abarcar distintos aspectos involucrados en este problema, tales como; creencias irracionales, sentimientos de soledad,

sedentarismo; entre otros factores, que, en cierta forma, contribuyen con la prevalencia de depresión en este grupo etario. En esta misma línea, cabe resaltar la necesidad de realizar un seguimiento con el objetivo de comprobar la sostenibilidad de los resultados hallados tras la aplicación del programa.

Finalmente; el programa TEO ha demostrado que reúne lo necesario para reducir el nivel de depresión en el adulto mayor y simultáneamente se encarga de promover y fortalecer los factores protectores con el propósito de mejorar la calidad de vida. Quebrantando de esta manera toda forma de estereotipo discriminante que se encuentra estrechamente asociado a las características de este grupo etario, tal y como lo describe (Carbajo, 2009).

5.2. Conclusiones

Existe una diferencia significativa mínima de 0.10 en los niveles de depresión inicial y final del grupo control. Del cual se abstrae que la ausencia de la intervención no genera ninguna diferencia favorable en el grupo control.

Existe una diferencia significativa notable entre el nivel de depresión inicial y final del grupo experimental, siendo esta 1.4, el cual evidencia que el programa TEO si tiene efectos significativos sobre los niveles de depresión en el adulto mayor.

Los resultados de efectividad que evidencia el programa TEO, sobre la reducción del nivel de depresión en el adulto mayor, permite encontrar en este constructo de sesiones, una alternativa de intervención secundaria para mejorar la calidad de vida y potenciar las cualidades personales y relacionales del adulto mayor.

5.3. Recomendaciones

En vista a orientaciones futuras, se propone trabajar un programa que incluya otras variables, abarcando las diferentes áreas del adulto mayor que se encuentran en déficit o debilitamiento.

Se sugiere validar el instrumento Inventario de depresión Estado- Rasgo, con una muestra grande.

Por último, se recomienda desarrollar una propuesta de programa de referencia preventiva sobre la problemática de la depresión en el adulto mayor.

REFERENCIAS

- Acosta, R y Sánchez, J. (2017). Religiosidad y depresión en adultos mayores institucionalizados de Lima Metropolitana. *Salud y sociedad*, 8(1), 22-34. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6755358>
- Abramsom, L., Metalsky, G., Alloy, L., Joiner, T y Snadin, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 2(3), 211-222. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3845>
- Aguilar, S y Ávila, J. (2007). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta médica de México*, 143(2), 141-148. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=15149>
- Calero, S., Klever, T., Caiza, M., Rodriguez, A y Analuisa, E. (2016). Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor. *Revista cubana de investigaciones biomédicas*, 35(4), 366-374. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002016000400007
- Calderón, M. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182-191. Recuperado de <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Calcina, M. (2018). *Programa basado en mindfulness y su efecto en la depresión en el adulto mayor víctima de violencia* (Tesis de pregrado). Recuperado de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/35473/Calcina_QM..pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid, España: Siglo Veintiuno de España Editores.

Correa, A. (2016). Psicoterapia grupal para adultos mayores con depresión y ansiedad. *Psicogeriatría*, 6(2), 51-59. Recuperado de <https://www.viguera.com/sepg/>

Carbajo, V. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Ensayos*, 24(2), 87-96. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3282988>

Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10). (1992). *Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Franco, C., Amutio, A., Mañas, I., Vásquez, J y Pérez, C. (2017). Reducción de la ansiedad, la depresión geriátrica y la preocupación en una muestra de adultos mayores a través de un programa de entrenamiento en mindfulness. *Terapia Psicológica*, 35(1), 71-79. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5976102>

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

Martina, M., Ara, M., Gutiérrez, C., Norberto, V., y Piscocoya, J. (2017). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *Anales de la facultad de medicina*, 78(4), 393-397. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14259>

Martínez, J., Onís, M., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C., y Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 620-630. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>

Montero, I y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 2(3), 503-508. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33720308>

Monroe, F., Tello, S y Torres, M. (2015). *Asociación entre dependencia funcional y síntomas depresivos en el adulto mayor institucionalizado en un centro público de atención residencial geronto-geriátrico de Lima - Perú* (Tesis de pregrado). Recuperado de https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/621622/Monroe_DF.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (5 de febrero de 2018). *Envejecimiento y salud*. Suiza: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Organización Mundial de la Salud (30 de enero de 2020). *Depresión*. Suiza: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud (2017). *Salud del adulto mayor*. Suiza: OMS. Recuperado de: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=salud-del-adulto-mayor&lang=es

Repositorio Único Nacional de Información en Salud. (2018). *Estadísticas en salud*. Lima: REUNIS. Recuperado de <https://www.minsa.gob.pe/reunis/>

Rehm, L. (1984). Terapia de autocontrol para la depresión. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 3, 79-96. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1985-20877-001>

Rodríguez, M., Ramírez, D., Pérez, K y Gómez, K. (2017). Intervención psicológica en adultos mayores con depresión. *Humanidades Médicas*, 17(2), 306-322. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000200005

Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 9-20. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500002>

Sotelo, L., Domínguez, J., Poma, I., Alarcón, D., Barboza, M. y Padilla, O. (2012). Propiedades psicométricas del inventario de depresión estado-rasgo (IDER) en adultos de Lima. *Avances en psicología*, 20(2), 59-68. Recuperado de <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/319>

Tavares, P.do N., Schmidt, J., y Witter, C. (2015). Efeitos de um programa de intervenção no desempenho cognitivo e sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(2), 103-123. Recuperado de <http://ken.pucsp.br/kairos/article/view/26316>

Zavaleta, L. (2018). *Efectos de un programa para disminuir la depresión en mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/AUTONOMA/802>

ANEXOS

Anexo 1:

Inventario de Depresión Estado – Rasgo Ch. D. Spielberger

Fecha: _____ Edad: _____ Código: _____

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale donde indique *mejor como se siente usted (ahora mismo)*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

Nº	ENUNCIADO	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	Me siento bien				
2	Estoy apenado				
3	Estoy decaído/a				
4	Estoy animado/a				
5	Me siento desdichado/a				
6	Me siento frustrado				
7	Estoy contento/a				
8	Estoy triste				
9	Estoy entusiasmado/a				
10	Me siento con energía				

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale donde indique mejor **como se siente usted (en general)**, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase, y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

Nº	ENUNCIADO	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
1	Disfruto de la vida				
2	Me siento desdichado/a				
3	Me siento realizado				
4	Me siento dichoso/a				
5	Tengo esperanzas que me irá bien en el futuro				
6	Estoy decaído/a				
7	No tengo ganas de hacer nada				
8	Me siento frustrado				
9	Estoy triste				
10	Me siento con energía				

Anexo 2:

Consentimiento Informado

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Jose Adrian De Jesus Torres, de la Universidad Autónoma del Perú.

He sido informado (a) de que el propósito en relación a este estudio es recolectar información para evaluar el efecto de un programa sobre los síntomas de la depresión.

Me han indicado también que tendré que responder un test, en dos tiempos, el cual tomará aproximadamente entre 10 a 15 minutos.

Reconozco que la participación en este estudio es estrictamente voluntaria, que no se me ha solicitado ningún dato que me identifique, que se me ha explicado sobre la información que brinde, será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, que mis respuestas en los test serán codificadas, usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas, por ello no se me podrá dar resultados de sus respuestas.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al 993547531 y al correo electrónico; erian_dt@hotmail.com.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al número de celular y al mail anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha