



Autónoma
Universidad Autónoma del Perú

FACULTAD DE HUMANIDADES
CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

“EFECTOS DE UN PROGRAMA PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN
EN MUJERES ADULTAS MAYORES DEL DISTRITO DE SAN
BARTOLO”

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTOR

LOURDES CRISTINA ZVALETA RAMIREZ

ASESOR

LIC. JAVIER ANDRÉS REYES RODRÍGUEZ

LIMA, PERÚ, DICIEMBRE DE 2018

DEDICATORIA

A mi Dios, quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. A mi familia, quienes por ellos soy lo que soy. A mis padres, por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos. A mis hermanas, por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar.

AGRADECIMIENTOS

A mi amiga Rosa Luz Rodríguez Villalta, por su guía, comprensión, paciencia, entrega y valiosos consejos a lo largo del proceso de investigación.

A la Universidad, que me dio la bienvenida al mundo como tal, las oportunidades que me ha brindado son incomparables, y antes de todo esto ni pensaba que fuera posible que algún día lograra todo lo que soy hasta ahora.

Agradezco mucho la ayuda del Decano, el Dr. José Anicama, y maestros por todos los copiosos conocimientos que me han otorgado.

RESUMEN

Se aplicó un programa para disminuir la depresión y determinar sus efectos en mujeres adultas mayores diagnosticadas con depresión del distrito de San Bartolo. El tipo de estudio realizado fue experimental con un diseño cuasi experimental. La población estuvo constituida por 80 mujeres adultas mayores de 65 años en adelante, divididas al azar en dos grupos; el primer grupo experimental, con el cual se ha desarrollado el programa y el otro, el grupo control. Al finalizar el programa, se comparó ambos grupos para ver las diferencias obtenidas. Los efectos del programa fueron evaluados mediante el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados indicaron que el grupo experimental presentó significativamente menor depresión con relación al grupo control ($p < 0,05$) después de la aplicación del programa.

Palabras clave: Adulto mayor, depresión, tratamiento

ABSTRACT

A program was applied to reduce depression and determine its effects on older adult women diagnosed with depression in the district of San Bartolo. The type of study carried out was experimental with a quasi-experimental design. The population consisted of 80 adult women older than 65 years old who were, divided at random into two groups; the first experimental group, the program was applied to this one and the other was the control group. At the end of the program, both groups were compared to see the differences obtained. The effects of the program were evaluated by the Beck Depression Inventory. The results showed that the experimental group presented significantly less depression in relation to the control group ($p < 0.05$) after the application of the program.

Keywords: Elderly, depression, treatment.

RESUMO

O programa foi aplicado para reduzir a depressão e para determinar seus efeitos em mulheres Idosas diagnosticadas com depressão no bairro de San Bartolo. O tipo de estudo realizado foi experimental com delineamento quase experimental. A população foi constituída por 80 mulheres adultas com idade superior a 65 anos, divididas aleatoriamente em dois grupos; o primeiro grupo experimental, com o qual o programa foi desenvolvido e o outro, o grupo controle. No final do programa, os dois grupos foram comparados para ver as diferenças obtidas. Os efeitos do programa foram avaliados através do Inventário de Depressão de Beck. Os resultados indicaram que o grupo experimental apresentou depressão significativamente menor em relação ao grupo controle ($p < 0,05$) após a aplicação do programa.

Palavras-chave: idosos, a depressão, o tratamento

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

RESUMO

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad problemática.....	2
1.2. Justificación e importancia	4
1.3. Objetivos	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos.....	5
1.4. Limitaciones del estudio	5

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.....	7
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	7
2.1.2. Antecedentes nacionales	10
2.2. Bases teórico-científicas	12
2.2.1. Los adultos mayores.	12
2.2.2. Depresión	16
2.2.3. Teoría de la depresión	19
2.2.3.1. Teoría cognitiva de la depresión según Beck.....	19
2.2.3.2. Teoría conductual como la falta de refuerzo.....	20
2.2.3.3. El modelo de Nezu	21
2.2.4. Causas de la Depresión	22
2.2.5. Síntomas depresivos	23
2.2.6. Consecuencia de la Depresión.....	25
2.2.7. Tipos de Depresión	25
2.2.8. Factores asociados a la Depresión	27
2.2.8.1. Edad.....	27
2.2.8.2 Genero.....	27

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación.....	30
3.2. Población y muestra.....	30
3.2.1. Población.....	30
3.2.2. Muestra	30
3.3. Criterios de selección de la muestra.....	30
3.3.1. Criterios de inclusión.....	30
3.3.2. Criterios de exclusión	31
3.4. Hipótesis.....	31
3.4.1. Hipótesis general.....	31
3.4.2. Hipótesis específicas... ..	31
3.5. Variables	32
3.5.1. Variable de estudio.....	32
3.5.2. Variable sociodemográfica	32
3.6. Definición.....	32
3.6.1. Definición conceptual	32
3.6.2. Definición operacional.....	33
3.7. Método e instrumento de investigación.....	33
3.7.1. Instrumento de recolección de datos.....	33
3.7.2. Aspectos psicométricos.....	34
3.7.3. Método.....	35
3.8. Procedimiento de análisis estadístico de datos.....	38

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados.....	41
4.2. Contratación de resultados.....	46

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión.....	49
5.2. Conclusiones.....	51
5.3. Recomendaciones.....	52

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Muestra de la población por edades.....	30
Tabla 2	Puntaje por niveles.....	34
Tabla 3	Descripción de la depresión en el grupo experimental en mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, antes de aplicar el programa.....	41
Tabla 4	Analizar la depresión del grupo experimental en mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, después de aplicar el programa.....	42
Tabla 5	Descripción de la depresión del grupo control en mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, antes de aplicar el programa.....	43
Tabla 6	Analizar la depresión en el grupo control en mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, después de aplicar el programa.....	44
Tabla 7	Niveles de la depresión entre el grupo experimental y control en mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo Antes de aplicar el programa.....	45
Tabla 8	Niveles de la depresión entre el grupo experimental y control de mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, después de aplicar el programa.....	45
Tabla 9	Efectos del programa en el grupo experimental en mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, antes y después de aplicar el programa.....	45
Tabla 10	Niveles de la depresión en el grupo control en mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, antes y después de aplicar el programa.....	46

INTRODUCCIÓN

Garay (2016) señala que “la depresión es el trastorno mental más frecuente en el país” (p. 1). Beck (2006, citado por Moral de la Rubia, 2013) define “la depresión como un trastorno de estado de ánimo, caracterizado por tristeza o irritabilidad, abatimiento e infelicidad, y que puede ser transitorio o permanente” (p. 18). Así mismo, Garay (2018) afirma que:

Siendo este un cuadro recurrente en la población peruana, ya que se estima que 1'700,000 personas la padecen en el Perú, y aunque el número de casos no deja de crecer en todas las edades, la mayor parte de la población no lo ubica como un problema grave, pese a que sus efectos pueden ir desde un daño neuronal hasta la muerte a causa del suicidio. (p. 1)

Según cifras del Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (2015), “al menos dos millones de peruanos sufren de depresión, una enfermedad que avanza silenciosa y vertiginosa en el cerebro de las personas. No se necesitan grandes catástrofes para provocarla, la vida es en sí misma compleja y difícil” (p. 28). Acosta (2018) refiere que:

Para el psiquiatra Humberto Castillo, ex director del INSM, de los dos millones de personas con depresión, 600 mil viven en Lima, un 35% (700 mil) presenta un cuadro severo. Además, solo un 25% (500 mil) recibe atención; el otro 75% (1,5 millones) convive con la enfermedad sin recibir tratamiento. De este último grupo, solo un 35% es consciente del problema. (p. 1)

Según la Organización Mundial de la Salud (2012), “aproximadamente el 4,6% de la población comprendida entre los 10 y 19 años y el 29% de la población entre 18 y 65 años manifiestan indicadores de depresión, siendo considerada como una causa de la discapacidad” (p. 23).

Dentro de la psicología clínica, la presente investigación permitirá intervenir y determinar los efectos de un programa para disminuir la depresión en mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo. El desarrollo del programa fue en el

“Centro del Adulto Mayor”, institución creada en el 2005 por la misma municipalidad, que tiene como misión promover la defensa y atención de los adultos mayores con depresión en igualdad de oportunidades, fomentando una cultura para llevar un envejecimiento saludable. Y sobre todo, brindar atención a las mujeres adultas mayores del distrito diagnosticado con depresión. Brindándoles terapias de Psicología, masoterapia y reflexología.

La investigación se divide en cinco capítulos. En el capítulo I, se realiza el planeamiento de la situación problemática, la formulación del problema, los objetivos generales y específicos, la justificación y las limitaciones; en el capítulo II, se detallan las teorías y antecedentes de estudios realizados sobre investigación; en el capítulo III se desarrolla el método detallando el tipo y diseño de investigación, la población, la hipótesis de estudio, las variables, las técnicas e instrumentos de medición, el procedimiento para la recolección de datos y el procesamiento de análisis estadístico de los datos; en el capítulo IV, se presenta el análisis e interpretación de los datos y los resultados. Finalmente en el capítulo V, se realizó la discusión, las conclusiones y las recomendaciones.

CAPÍTULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Realidad problemática

El comportamiento del ser humano es muy amplio y existen factores influyentes a que estos se desarrollen de manera satisfactoria o insatisfactoria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) hace mención a que:

El 4,6% de la población abarcada entre los 10 y 19 años y el 29% de la población entre 18 y 65 años manifiestan indicadores de Depresión, siendo considerada como una causa de la discapacidad. Asimismo, menos del 25% tiene acceso a un tratamiento efectivo por lo que uno de cada cinco personas desarrolla a lo largo de la vida un cuadro depresivo. (p. 23)

En nuestro país, Pérez (2001) afirma que:

La aprobación de formar parte de una familia o de un grupo social, generará cambios biológicos propios del ser humano como lo son en la niñez, la adolescencia, la adultez y la vejez; en fin, las diferentes etapas del desarrollo humano como un ser biopsicosocial. Cuando no existe una buena orientación en alguna de las etapas anteriormente expuestas, pueden surgir cambios de humor, decaimiento, aburrimiento, siendo estas algunas características del trastorno depresivo. (...)

Si hacemos un poco de historia acerca de la depresión, diremos que este ...es uno de los problemas más grandes en nuestra sociedad a nivel psicológico que, cambia la personalidad del individuo, creando inseguridad, inestabilidad emocional, dando a la vida un total desequilibrio en el aspecto físico, orgánico y psíquico. Cuando se logra superar los diversos estímulos negativos, que pudieran presentarse en el transcurso de la vida, se da el prototipo de que existe una menor posibilidad de caer en la depresión. (p.27).

Todas las etapas de desarrollo del ser humano pueden ser inerte a la depresión; pero la más sensible de todas sería la tercera edad, ya que en este momento es donde se sienten más solos, que nadie los escucha, que no son útiles y sobre todo abandonados por sus hijos así como, la desvaloración laboral (OMS, 2014).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2009) el distrito de San Bartolo tiene una población total de 7 699 de habitantes, de las cuales 15,9 % son mujeres y el 8,6 % es adulta mayor. La investigación se enfocó en las mujeres adultas mayores que integran este distrito y que pertenecen al centro adulto mayor donde han sido diagnosticadas con depresión, y a quienes se aplicó un programa para disminuir dicho problema.

Estas cifras indican que el estado debe poner más énfasis en problemas que presenten las personas adultas mayores, protegerlas para que vivan una vida sin malos tratos, ni discriminación, ni agresiones verbales o psicológico; puesto que todos los seres humanos tenemos el derecho y el deber de respetarnos mutuamente.

Aun sabiendo las personas que las leyes protegen los derechos de todos, los adultos mayores han sufrido una discriminación, por considerarlas no productivas y no dar importancia a las experiencias vividas en su vida laboral y familiar, entre otras vivencias, pudiendo ser futuros indicadores de depresión.

“La depresión se presenta en todas las edades, pero las ancianas y los ancianos son particularmente susceptibles, quizás porque tienen muchos factores de riesgos, tales como son enfermedades físicas, la pérdida de un ser querido, la misma soledad” (Pérez, 2001, p.27).

Por lo tanto, este programa busca mejorar la calidad de vida de estas mujeres y además el estado mental en que se encuentran.

Formulación del problema

¿Cuáles son los efectos de un programa para disminuir la depresión en mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo?

1.2 Justificación e importancia de la investigación

Se consideró importante realizar el siguiente programa en el distrito de San Bartolo, con el objetivo principal de minimizar la depresión en las mujeres adultas mayores ya que el desamparo y los pocos programas de atención que existen a nivel nacional, son uno de los inconvenientes para que estas personas logren mejorar su calidad de vida en la última etapa del desarrollo humano. “La sociedad la que excluye a los ancianos, no se preocupa por el bienestar de ellos. Los cuidados que se les brindan no son los adecuados y se convierten en una carga para sus familiares y para el país” (Pérez, 2001, p.27).

La investigación es útil no solo para información del distrito de San Bartolo, sino también para aplicarse en otros distritos que lo consideren práctico y beneficioso más aun en mujeres adultas mayores de su comunidad que sufren de depresión. En el distrito de San Bartolo, no se ha realizado ningún programa en beneficio al adulto mayor, por lo tanto, resultó ser una oportunidad realizar un trabajo de esta magnitud.

Tal como señala Márquez (2005):

Las personas adultas mayores como todas las personas, tienen sentimientos, sufren, tienen sus espacios de felicidad, expresan el amor, tienen necesidad de sentirse amando, de ser acariciados, son una realidad, son una presencia en la sociedad, por lo que es el deber y responsabilidad de los miembros de su familia, conocer ¿Qué piensan?, ¿cómo viven?, ¿qué actividades realizan?, ¿cómo están integrados a la sociedad? y mejorar su integración familiar y social. (p. 8)

Esta investigación tiene intervenciones prácticas y reales, cuyos resultados nos permitirán ampliar nuestros conocimientos, mejorar la calidad de vida de las mujeres adultas mayores, su interrelación con sus familias y con la sociedad, como parte esencial de las soluciones como componentes humanos. Con este trabajo, la sociedad, autoridades locales y según los resultados de la evaluación de depresión en las mujeres adultas mayores, pueden tomar medidas y presentar opciones para mejorar y establecer más programas para la tercera edad.

1.3 Objetivos de Investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar los efectos de un programa para disminuir la depresión en mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir la depresión en el grupo experimental de mujeres adultas mayores del distrito de san Bartolo, antes de aplicar un programa.
- Analizar la depresión en el grupo experimental de mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, después de aplicar un programa.
- Describir la depresión en el grupo control de mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, antes de aplicar un programa.
- Analizar la depresión en el grupo control de mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, después de aplicar un programa.
- Comparar la depresión entre el grupo experimental y grupo control de mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, antes y después de aplicar un programa de intervención.
- Comparar los niveles de depresión entre un grupo control de mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, antes y después de aplicar un programa.

1.4 Limitaciones de la investigación

- Una de las limitaciones que se ha podido verificar es la carencia de investigaciones realizadas a nivel nacional, con diseño experimental sobre depresión, específicamente en adultos mayores.
- Otra de las limitaciones fue la falta de asistencia de las mujeres adultas mayores, y en ocasiones se tuvo que reprogramar las sesiones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de estudios

2.1.1 Antecedentes Internacionales

De los Santos y Valdés (2018) realizaron una investigación en una población constituida por 5275 personas mayores, de ambos sexos, cuyas edades oscilaron entre 60 y 103 años y que vivían en la ciudad de México, con el objetivo de conocer la prevalencia de la depresión. El tipo de investigación fue no experimental, de corte expo facto y transaccional; mediante un modelo estadístico de regresión logística binomial. Los principales resultados señalan que el 74.3% (1734 hombres y 2186 mujeres mayores) de los participantes padecen de depresión. Además, para esta población, los factores estadísticamente relacionados a la depresión son las variables: escolaridad, edad, estado civil, nivel de somatización, ocupación y actividades sociales en personas mayores. De acuerdo a los resultados derivados, la investigación concluye que aspectos de riesgo como la salud, aspectos personales, sociales, económicos y estructurales operan de forma diferente al compararse hombres frente a mujeres.

Rodríguez, Leyva, Castro y García (2017) realizaron un estudio donde su interés fue saber sobre el efecto de un programa de intervención psicológica para reducir la depresión en adultos mayores que viven en la casa de abuelos “Dr. Diego Tamayo Figueredo” de Puerto Padre, desde noviembre del 2013 hasta mayo del 2014. Se tomó una muestra de 12 adultos mayores, a quienes se les aplicó el programa de intervención psicológica. Los instrumentos de medición fueron un programa de intervención psicológica basado en un modelo cognitivo - conductual y la Escala de Depresión Geriátrica para las mediciones pre y pos test correspondientes. Los longevos cuyas edades se encontraron entre 60 y 90 años alcanzaron porcentajes más elevado, el género más frecuente fue el masculino, las enfermedades como asma bronquial, hipertensión arterial y diabetes mellitus conformaron los mayores porcentajes en los antecedentes patológicos personales. Esta investigación concluye afirmando que el programa de intervención psicológica cognitivo – conductual evidenció efectos al lograr disminuir a leve los niveles iniciales de depresión establecida y aquellos considerados con nivel leve a no

depresión; consecuentemente, se afirma que su aplicación modifica el estado emocional de los adultos mayores que participaron de la aplicación.

Morales, Díaz, Caiza, Torre y Analuiza (2016) presentan un estudio anímico del adulto mayor donde buscan demostrar si la realización de determinadas actividades físico – recreativas son aspectos importantes para mejorar su autoestima y disminuir la depresión. Como instrumento de medición se empleó el Cuestionario de Autoestima de Rosenberg. Fueron encuestados 20 adultos mayores en total, que pasaron a conformar la muestra. Entre los resultados posteriores a la aplicación del programa de actividades físico-recreativas se aprecia un aumento de 5,85 puntos porcentuales en la autoestima, lo que corresponde al 14,63% de la mejora de la autoestima en general; este dato se corrobora con los resultados arrojados por la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, observándose una diferencia estadística significativa entre el pre y pos test aplicados ($p = 0.000$). En esta investigación, se concluye que el mantenimiento de la salud física y mental así como una mejor calidad de vida se deben al diseño y aplicación de un programa adecuado de actividades físico – recreativas en los adultos mayores, cuyo efecto es el incremento de la autoestima y prevención de la depresión.

Velasco, Contreras, Amescua, Rodriguez, Cordova y Suarez (2014) analizaron la prevalencia de depresión y factores que se asocian en los adultos mayores de una ciudad de México. Se evaluó a 556 adultos mayores, que pasaron a constituir la población, provenientes de casas de retiro, centros de actividades culturales y centros hospitalarios. Los instrumentos que se administraron fueron: la Escala de Depresión de Yesavage, la Escala de Maltrato, Apgar familiar, Escala de Predicción de caídas, Mini-Examen del Estado Mental (MMSE) de Folstein y SF – 36. Se aplicó las pruebas de Chi-cuadrado y regresión logística para obtener el estadístico Odds Ratio (OR). Se encontró que el 10.07% de los participantes, presentaban un puntaje de depresión mayor a 11 puntos. Entre los factores familiares que se vinculan a la depresión se señalan: Estar solo, posee familia disfuncional, percibir maltrato psicológico, estar en un centro hospitalario. Los factores de salud con mayor predicción fueron: riesgo de caídas, dificultades en

cuidado, ayuda insuficiente, necesitar daptaciones en casa. De los factores económicos se destacan: No tener ingresos o clasificarlos insuficientes. Dentro de los factores sociales se encuentra: Educación primaria o inicia, no concernir a clubs recreativos. Se obtuvo un valor de 0.612 como coeficiente de determinación de las cuatro categorías de componentes asociados. Los factores familiares son los que más peso poseen en la asociación con el trastorno depresivo. Sin embargo, los factores que no se encontraron asociados a la depresión fueron: el género, estado civil, vivir con familiares o amigos, alcohol, tabaco, desarrollar actividades de paga, percibir maltrato físico o social. Además, se encontró una elevada prevalencia de trastorno depresivo.

Guerra (2009) midió la prevalencia de los síntomas que corresponda a un trastorno depresivo en ancianos; en segundo lugar, se buscó analizar la relación entre los síntomas propios de la depresión y diferentes factores que favorecen el surgimiento de un trastorno depresivo; en tercer lugar, proponer mejoras en las políticas de salud mental en México, basado en los resultados que propició el presente trabajo. Esta investigación fue transversal, llevándose a cabo en la ciudad Victoria en Tamaulipas. Fueron en total 1,126 personas mayores (455 hombres y 671 mujeres), quienes conformaron la población, que represente el 5,1% de toda la población mayor de la ciudad Victoria al momento de administrar el estudio. Como instrumento de medición se utilizó la Escala Geriátrica de Depresión. Se obtuvo como resultado lo siguiente: el 29% de los sujetos encuestados evidencia síntomas depresivos y entre los factores que favorecen el surgimiento de la depresión se encuentran el sometimiento a actividades de la vida diaria, el deterioro cognitivo, una falta de apoyo social, la edad, el género, la sociedad, la pobreza, las situaciones estresantes y la percepción subjetiva de salud. En conclusión, si se mejoran las condiciones de vida y de salud de los adultos mayores se estaría reduciendo el riesgo de padecer depresión.

Páez, Jofré, Azpiroz y Bortoli (2009) evaluaron el grado de depresión a 30 pacientes (15 hombres y 15 mujeres), entre 25 y 85 años de edad, que sufrían de insuficiencia renal crónica y que venían recibiendo tratamiento de hemodiálisis en

Argentina. Fue un estudio de tipo descriptivo. Para recolectar los datos emplearon una entrevista semi estructurada dirigida a los pacientes dializados, además del Inventario de Depresión de Beck. Se encontró que el 56,7% de los pacientes presentan algún grado de depresión, y el mayor nivel de depresión lo exhiben las mujeres que no trabajaban y cuya edad era mayor a la media ($X = 53,6$ años).

2.1.2 Antecedentes nacionales

Jara (2018) realizó una investigación donde evaluó a un total de 80 personas adultas mayores, que tenían 60 años a más, considerando ambos sexos, provenientes de una asociación de vivienda en la ciudad de Chiclayo, desde agosto hasta diciembre del 2016, con el fin de precisar los niveles de depresión en general, y según el género y estado civil de los colaboradores. Se decidió trabajar con un diseño no experimental y de tipo descriptivo. El Inventario de Depresión de Beck (BDI) fue el instrumento empleado para conseguir los objetivos planteados. Los datos derivados mostraron que un 20% de los participantes no presentó depresión, el 38.75% presentó depresión leve, el 32.5% logró una depresión moderada y solo el 8.75% obtuvo depresión grave. En lo que respecta al género, las mujeres presentaron un mayor grado de depresión, siendo el 42.86% las que evidencian depresión leve y un 14.29% posee depresión grave. En cuanto a los hombres, el 34.62% supera a las mujeres en el nivel moderado. En relación al estado civil, el 62.5% de los adultos mayores solteros obtuvo el mayor porcentaje en el nivel de depresión leve; por otro lado, el 45.83% de las personas viudas se ubicó en el nivel depresión moderado; y finalmente el 25% de los ancianos conviviente alcanzó el nivel depresión grave.

Vega- Dienstmaier, Coronado – Molina y Guido (2017) investigaron el grado de depresión en pacientes hospitalizados en el área de medicina general, del Hospital de Medicina Naval (Lima – Perú), a quienes se les administró el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Los datos derivados mostraron que ningún paciente con un puntaje en el BDI menor a 7.5 tuvo depresión, mientras que todos los pacientes con puntajes en el BDI mayor a 24.5 la presentaban.

Martina, Ara, Gutiérrez, Nolberto y Piscoya (2016) realizaron una investigación con el fin de tasar el predominio y los factores que se encuentren asociados a la depresión en la población peruana adulta mayor, dicho estudio fue observacional, transversal y analítico, se realizó en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Se contó con una muestra de 11 411 adultos mayores. Los resultados expusieron que el predominio estimado fue de 14%. En cuanto a los factores de riesgo para la depresión, se precisaron el ser mujer [OR 1.92 (1.72 – 2.15)]; poseer de 75 años a más [OR 1.56 (1.40 – 1.74)]; la falta de instrucción educativa [OR 2,63 (2,35 - 2,95)]; no disponer de pareja [OR 1.32 (1.19 – 1.47)]; el morar en un área rural [OR 2.12 (1.91 – 2.36)]; una situación socioeconómica baja [OR 2.30 (2.06 – 2.56)] y el hecho de padecer alguna discapacidad física [OR 2.63 (2.29 -3.02)]. Este estudio concluye que factores de riesgo como ser mujer, tener 75 años a más, la falta de instrucción educativa, no disponer de pareja, morar en un área rural, una situación socioeconómica baja y la discapacidad física favorecen la presencia de depresión en personas mayores.

Juárez, León y Linares (2010) investigaron sobre la incidencia del trastorno depresivo en un total de 112 adultos mayores entre 60 y 82 años de edad que moraban en el Asentamiento Humano de “Viña Alta” en el distrito de La Molina, en el mes de junio del 2010. Fue una investigación de tipo descriptivo, de corte transversal. La herramienta de medición utilizada fue el Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage compuesta por 15 reactivos (GDS-15). Los resultados fueron los siguientes: el 53.3% correspondió al género femenino, el 33.3% fue iletrados, el 70% se encontraba casado, 67.82 años fue la edad promedio y el 51,67% evidenció sufrir de depresión en un determinado grado de acuerdo a las normas del instrumento. Se concluyó que las diferencias halladas en función al género, grado de instrucción, edad y estado civil no eran significativas. Asimismo, se precisó que un 51.67% de los colaboradores presentó una alta prevalencia de padecer trastorno depresivo.

Bello, Medina y Lozano (2005) realizaron un estudio sobre la incidencia de la depresión en personas mayores en el ámbito nacional de 4.5%, con 5.8% en

mujeres y 2.5% en hombres. “La prevalencia de depresión sube conforme la edad avanza y baja con niveles de educación más altos; resulta significativo que los niveles más altos de depresión se presenten entre los hombres que viven en áreas rurales” (p. 8). Márquez (2005) nos habla sobre “frecuencia de síntomas depresivos en los adultos mayores mucho más alta y supone que este resultado está vinculado, probablemente, con los múltiples factores de riesgo presentes en la población estudiada” (p.16) En relación a este estudio e identificando estos factores, se comprobó que la mayor frecuencia de depresión en mujeres, personas jubiladas, sedentarias, con familias disfuncionales y con dependencia económica.

2.2 Bases teórico – científicas

2.2.1 Los adultos mayores

Pérez, Bury, Rodríguez y otros autores (1997) analizaron las principales líneas de las teorías sobre la vejez. Quizá se podría decir que la más esencial de comprender el tema de adultos mayores es percibiéndola como

...un agrupamiento social de individuos en función de la edad, pero actualmente el sentido común nos indica la simplicidad de esta concepción, pues sabemos que las fronteras de edad que marcan la aparición social de la vejez están determinadas por convencionalismos sociales muy diversos que adquieren significado en precisos parámetros sociales, espaciales y temporales. (Pérez, 1997, p. 21)

Para estudiar la situación de las personas mayores de América Latina, es muy importante revisar las principales perspectivas desde las cuales se ha procurado dar cuenta o explicar el fenómeno de la vejez, ya que las “imágenes científicas o populares que la sociedad, políticos, especialistas y personas tienen del anciano en un tiempo y espacio determinado, determinarán muchas dimensiones del significado de vejez y de las acciones destinadas a asegurar y/o incrementar su bienestar” (Muñoz, 2009, p. 21).

En estos lineamientos que utilizan como inicio del criterio de la edad, sobresale la teoría de la modernización, cuyo alegato busca en el pasado, las

claves para explicar el sentido actual del envejecimiento. Sus premisas son bastante conocidas y pueden resumirse en la

...existencia de factores que acompañan al proceso de modernización, como el aumento de la proporción de población anciana sobre el total, el cambio en el tipo de conocimiento dominante, la extensión de la educación, la sustitución del modelo de familia extensa por el modelo nuclear en virtud al proceso de urbanización, etc., producen un efecto combinado cuyo resultado es la disminución de la valoración social de la vejez. (Pérez, 1997, p. 28)

Investigaciones empíricas pusieron en conocimiento

cómo esta teoría identifica la modernización con la occidentalización, aduciendo que sus principios no serían aplicables a culturas orientales, como la japonesa, que si bien ha alcanzado un alto grado de modernización y desarrollo, mantiene pautas sociales que benefician a las personas ancianas. (Pérez, 1997, p. 28)

En la actualidad, existe una controversia sobre la relación de conflicto potencial entre generaciones, y tiende a dar como resultado a favor de los más jóvenes y un daño a las generaciones más viejas, que se ven marginadas a los últimos puestos sociales.

De este punto, surge el problema que algunos autores han llamado “desfase estructural, que nos dice, que el proceso de envejecimiento va, en muchos aspectos, por delante de los cambios estructurales. Esta es una perspectiva privilegiada para explicar la vejez como fenómeno y como problema social” (Pérez, 1997, p. 28).

El enfoque del ciclo de vida introduce la noción de que la vejez es una etapa más en el proceso total del ciclo vital. Es decir, la vejez no implica necesariamente un alejamiento en el tiempo ni el ingreso a una etapa terminal sino que es parte de un proceso (y un proceso en sí mismo) donde el individuo continúa “dialogando” con la sociedad, al igual que como lo hace en etapas anteriores.

Así como en otras etapas del ciclo de vida (niñez, juventud, adultez), la vejez posee, por una parte, su propio conjunto de normas, roles, expectativas y status, y es la sociedad la que pone pautas sociales sobre la edad que corresponde a este ciclo. Por último, no debe olvidarse que el ciclo de vida también está determinado social e históricamente. Principalmente, la perspectiva de ciclo de vida nos permite entender la situación actual de los adultos mayores recurriendo a la evaluación de etapas anteriores de su vida. Sin embargo, su aporte más importante ha sido el establecer que, al ser la vejez una etapa más del ciclo de vida (regida por restricciones y privilegios, al igual que otras etapas de la vida), no tendría, por definición, razón para ser una etapa de exclusión social.

A mediados de la década de 1960, Rosenmayr (1965; 1962) propuso que “la edad –o el agrupamiento por edades típico de las sociedades avanzadas– conduce inevitablemente hacia la formación de una subcultura, que es la que define y dirige la conducta de sus miembros” (Bazo, 1990, p.23).

Bazo (1990) señala que:

Desde este punto de vista, las sociedades estarían obligando a las personas que sobrepasan una determinada edad a constituir una minoría. Si bien el estudio de la subcultura de la vejez es un importante aporte para la comprensión del envejecimiento actual, ya que nos habla de componentes o factores sicosociales, no es difícil que mediante esta tema se confunda subcultura con marginalidad, definiendo a priori a los ancianos como un grupo marcado por la falta de movilidad (física y social), ausencia de competitividad, pobreza, segregación y aislamiento social. De hecho, el gerontólogo norteamericano G. Streib igualó la situación de los ancianos estadounidenses a la de los negros, asiáticos e indios, ya que también eran discriminados a causa de presentar ciertas características biológicas. (p. 23)

Pérez (1997) mencionó:

Las primeras y más relevantes aproximaciones a la vejez como fenómeno social se asemejan con el inicio de la década de 1950, bajo el claro dominio de los paradigmas funcionalistas y conductistas, y en conclusión a una serie de repercusiones sociales que venían emergiendo en el marco del desarrollo de los países industrializados, especialmente los Estados Unidos

(como la jubilación obligatoria, el predominio de la familia nuclear, el impacto de los procesos de industrialización y urbanización, y la creciente movilidad social y geográfica). (p. 17)

La teoría de la actividad “explica que el envejecimiento normal embarca el mantenimiento de las actitudes y actividades habituales de la persona por el máximo tiempo posible y que, por lo tanto, un envejecimiento satisfactorio consiste en permanecer como en la edad adulta” (Bazo, 1990, p. 23).

Desde este punto de vista, la separación vendría a ser resultado de la falta de oportunidades para los ancianos y no un proceso que ellos deseen. Este enfoque explora en la pérdida de roles (como consecuencia de la viudez, la jubilación y la emancipación de los hijos, entre otras circunstancias) la fuente principal de inadaptación de los ancianos al sistema. De esta forma, el bienestar del individuo y de la sociedad deberá ser resuelto a través de la intensificación de otros roles ya existentes o con la creación de nuevos roles capaces de proporcionar un suficiente nivel de actividad que permita al individuo ajustarse a su nueva situación sin que ello signifique consecuencias negativas para su conducta. (Bazo, 1990, p. 23)

Además, Bazo (1990) agrega que:

...en la misma recta que la teoría de la actividad, y profundizando el tema de la pérdida de roles en la vejez, la teoría del vaciado de roles, plantea que durante la vejez el individuo pierde sus roles más importantes, lo que genera simultáneamente la pérdida de las normas asociadas a esos roles, es decir pierde la noción acerca de lo correcto o incorrecto en el ámbito de su conducta social. Esta situación no tiene que ser necesariamente negativa para los ancianos, ya que puede introducir una nueva sensación de “libertad” al desligarlos de obligaciones y pautas establecidas; pero, existe la posibilidad de que este mismo fenómeno se traduzca en una situación de total desestructuración del anciano (situación denominada desaparición social del anciano). (p. 23)

Para Bury (1996):

...son muchos los puntos de vista elegidos para aproximarse al fenómeno social de la vejez y también son muchas las ideas que se han generado para llegar a la construcción de un concepto sociológico relativamente adecuado de vejez. Sin embargo, aún nos queda por revisar el esquema teórico, que ha sido dejado en último lugar, pues se trata de una perspectiva que busca situar los problemas de la dependencia y el envejecimiento en relación con la estructura social y no con el individuo. (p. 6)

La Gerontología Crítica, se inicia a fines de la década de 1970, cuando los efectos de la crisis del petróleo pusieron en tela de juicio el mantenimiento del Estado de bienestar en Europa. En la actualidad, este enfoque es compartido, entre otros, por Arber y Ginn (1996); Guillemard (1992; 1994) y Alba (1992; 1997), y goza de cierto prestigio debido tanto a su actualidad como al impulso que dio a muchas investigaciones (sobre todo en Europa), demostrando ser muy productivo, especialmente en los estudios empíricos. (Pérez, 1997)

“En discrepancia con las perspectivas funcionalistas acerca de la categoría social inferior y problemas de ‘adaptación de los ancianos’, la expresión ‘dependencia estructurada’ explica al sistema social en general, y no la dirige a las características de los individuos” (Bury, 1996, p. 6).

2.2.2 La depresión

“La depresión es un trastorno de ánimo, caracterizado por tristeza o irritabilidad, abatimiento e infelicidad y que puede ser transitorio o permanente” (Beck, 2006, citado por Moral de la Rubia, 2013, p. 20).

Alberdi, Taboada, Castro y Vásquez (2006) delimitan a la depresión como la acumulación de “síntomas afectivos, manifestándose como tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias del entorno, bien sea en mayor o menor grado, siempre se encuentran presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo e incluso somático” (p. 1).

La Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales y del Comportamiento CIE- 10 (2009) clasifica

...al trastorno depresivo entre los trastornos de humor (afectivos), donde se explica que, la depresión se caracteriza por la aparición de humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, la disminución de la vitalidad y por ende la reducción de actividad, disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad, ideas de culpa o sentimientos de inutilidad, perspectiva sombría

del futuro, pensamiento y actos suicidas, trastorno del sueño y pérdida del apetito. (pp. 13-14)

También García (2015) dice “...depresión proviene del término latino ‘depressio’ que, a su vez, procede de ‘depressus’. Se infiere como un trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones en el entorno social” (p. 32).

Otras definiciones son las siguientes:

Zung (1965) “determina a la depresión como trastorno mental caracterizada por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundas” (p. 20).

Novoa (2002) menciona:

La depresión es un estado emocional de abatimiento, tristeza, sentimiento de inseguridad y de culpa. La misma que lleva a sentir soledad, pérdida de motivación, retraso motor y fatiga. Ello puede convertirse en trastorno psíquico donde el individuo se queda incapacitado para actuar normalmente. (p. 14)

Claro (2003) afirma que la “depresión es un modo de espíritu de melancolía, tristeza o desesperación. La intensidad y la duración de este estado dependen de la personalidad, de los factores que desencadenan el proceso y de la situación actual de la vida del paciente” (p. 30).

Por otro lado, Cruz (2012) define la depresión como:

...un trastorno depresivo tanto menor como mayor según el número de síntomas y signos que padecen estas personas, para ello, solo su criterio es justificable si se ajusta a la permanencia de este trastorno, es por ello que si se presenta por un mínimo de semanas, es Depresión menor y si este se establece por un par de meses entonces se hablaría de un cuadro depresivo mayor. (p. 56)

Asimismo, el Instituto Nacional de la Salud Mental [INSM] (2009) afirma que:

...todas las personas nos sentimos tristes, pero estos sentimientos de tristeza son pasajeros. Cuando una persona presenta un trastorno depresivo las consecuencias que trae es que su vida no sea la misma y a la vez se vea afectado su desempeño, además de eso causa dolor a quien lo padece, como también a las personas cercanas a esta. La depresión es un mal común pero peligroso y las personas que lo padecen necesitan de un tratamiento. Muchos individuos con un mal depresivo nunca buscan un tratamiento, sin embargo las personas con Depresión grave, pueden mejorar con un tratamiento. Intensas investigaciones sobre la depresión han demostrado que con medicamentos, psicoterapias y otros métodos, estos pacientes han ido mejorando. (p. 45)

Así mismo, Retamal (1999, citado por Padilla, 2011) señala que “la depresión es un tipo de alteración del ánimo, consistente en su disminución, con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades cotidianas y acompañado de diversos síntomas psíquicos y físicos” (p.34).

Chisvert (2009) afirma que

El estado depresivo no es más que un síndrome, salvo tenga una independencia etiológica, una nosología propia y una serie de síntomas clasificados específicos; y confirmando la tesis de Bowlby, la depresión es resultado solo de la carencia de algo en particular y esta es la razón de su existencia en el ser. (p.4)

De la Garza (2006) refiere que

La depresión es como una enfermedad caracterizada por un estado de ánimo triste con pérdida de interés o capacidad para sentir placer por situaciones que antes lo producían; pérdida de confianza en sí mismo y un sentimiento de inutilidad. Para lo cual resulta ser episódica, pudiendo ausentarse y volver entre periodos de total recuperación. (p.10)

Por lo tanto, en palabras de Muriana, Petteño y Verbitz (2007), la depresión aparece por efecto de la reacción que manifiestan los individuos frente a ciertas cosas que lo infringen en su vida personal. El término depresión indicaría entonces

la ruptura de un equilibrio con la consiguiente caída hacia abajo del estado de ánimo.

2.2.3 Teorías de la depresión

2.2.3.1 Teoría cognitiva de la depresión según Beck

Esta teoría se edifica a partir de la observación sistemática de casos clínicos y de una rigurosa investigación experimental. Por ello, Beck (2010) en su teoría cognitiva presenta una amplia gama de estrategias de tipo cognitivas y conductuales. Y cuyo propósito esencial de estas estrategias es someter a validez determinadas creencias falsas y supuestos desadaptativos específicos que evidencie el paciente. Su propuesta consistía en instruir al paciente en las siguientes actividades:

- Examinar los pensamientos automáticos negativos.
- Reconocer las relaciones entre cognición, emoción y conducta.
- Observar la evidencia a favor o en contra de sus pensamientos distorsionados.
- Reemplazar estas cogniciones desviadas por interpretaciones más reales.
- Ejercitarse en la identificación y modificación de las falsas creencias que lo predisponen a distorsionar sus experiencias cotidianas.

“El modelo se resume en la concepción de la triada cognitiva, la cual consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y su experiencia de modo idiosincrático” (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, p. 67).

- **El primer componente de la triada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo.** El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a

un defecto suyo, de tipo psíquico moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos, es inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Finalmente carece de atributos que son esenciales para lograr la alegría y felicidad.

- **En el segundo componente de la triada se centra en la preferencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa.** Los depresivos consideran que las cosas que le piden son realmente inalcanzables para él, no logra sus objetivos. Por ello se menciona si realmente este tipo de pacientes podrá darse cuenta que ha estado tergiversando los hechos para que se ajusten a las conclusiones que se había formado de antemano.
- **El tercer componente de la triada se centra en la visión negativa acerca del futuro.** Un paciente que se proyecte cosas de gran alcance de manera pesimista, está anticipando las dificultades o sufrimientos que van a continuar a lo largo de lo que se proyecte. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso. Razón por la que su condición se suma a la de una persona depresiva.

Este modelo cognitivo explica que los indicios físicos de la depresión como la apatía y la poca predisposición para hacer las cosas, teniendo, así como consecuencia las creencias irracionales de fracasar en todo lo que uno se propone.

2.2.3.2 Teoría conductual como la falta de refuerzo

Se dice que “la depresión es por falta de refuerzo que permite al paciente la padezca y no actué. Por la inactividad, el paciente no encuentra satisfacción con su entorno y por eso hace que la depresión se acentué en su vida” (García, 2010, p.36).

Por ello, en esta teoría se busca generar programas basados en actividades que comienzan a dar refuerzos al paciente en función a sus necesidades. Mientras otros autores la definen como la disminución del refuerzo positivo. Una vez que se inicia se hace la retroalimentación positiva, pero se tendría que lidiar con el pensamiento que el paciente expone, que es el de no tener fuerzas para hacer absolutamente nada y solo esperar sanarse para hacer lo que se quiere. Para ello se explica que el paciente está en función de:

- La cantidad de acontecimientos que son potencialmente reforzados para la persona.
- La cantidad de hechos potencialmente reforzados que tienen lugar.
- El conjunto de habilidades que posee una persona para provocar refuerzo para sus conductas que provienen del entorno.

Por otro lado, Ferster (1965, 1973, como se cita en Belloch, Sandín y Ramos, 2009), psicólogo pionero en el estudio del fenómeno depresivo dentro de un contexto clínico y experimental, señala que “la principal característica de la depresión es la reducida frecuencia de conductas reforzadas positivamente que sirven para controlar el medio” (p.13).

Lewinsohn et al. (1985, citados en Vasquez, Muñoz y Becoña, 2000) reformulan sus planteamientos para luego proponer

...un modelo planteando la ocurrencia de la depresión como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales; frente a esto conceptualizan a la Depresión como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones. En esta reformulación se incluyó que cuando surge una situación crítica que un efecto conlleva a la Depresión, este generará patrones de conducta establecidos en la persona haciendo que la técnica de refuerzo positivo reduzca su eficacia. (p. 29)

2.2.3.3 El modelo de Nezu

Nezu et al. (1987 y 1939, citados en Vasquez, Muñoz y Becoña, 2000) realizan una formulación de la Depresión con la función principal que el individuo presenta el déficit de sus habilidades de solución de problemas. Nezu y Román (1985) “sugieren que las habilidades de solución de problemas podrían moderar la relación entre el estrés y la depresión” (p. 425).

Asimismo, dijeron que la resolución de problemas es una condición que podría funcionar como soporte ante los efectos negativos de la vida, refiriéndose a la experiencia: en consecuencia, mencionan que la depresión es el resultado de la carencia o falta de uno de las componentes de estrategia de solución que son los siguientes:

- Orientación del problema
- Definición del problema
- Generación de soluciones alternativas
- Toma de decisiones
- Puesta en práctica de la solución y verificación

Para concluir, Nezu (1987) refiere que: “solo una situación altamente crítica que atraviesa el sujeto puede llevar a generar la Depresión, más aun si esta no es resultado de la manera esperada” (p.425).

2.2.4 Causas de la Depresión

De acuerdo a los estudios llevados a cabo por el Instituto Nacional de la Salud Mental INSM (2009), no hay una evidencia específica sobre la presencia de la depresión, pero si hay un conjunto de factores como genéticos, bioquímicos y psicológicos. Señalando que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Estas personas que sufren esta patología, en esencia están una significativa al observar imágenes del cerebro. Por ello se denomina que las áreas

del cerebro como la regularización del ánimo, pensamiento, apetito y comportamiento parecen no funcionar de manera normal.

Para Claro (2003) menciona que:

...una de las causas de este trastorno es el mismo síntoma depresivo, porque se da por factores externos orgánicos, esto significa que si a uno le afecta no le tenga que afectar al otro. Es por eso que muchas personas lidian con el hecho de afirmar que odian sentir la soledad y entran en un estado de pánico único llegando a sentir abandono e infelicidad. (p. 65)

Además, dice que “la inmadurez psicológica que muestra al sujeto como un ser egoísta, que maquilla la realidad: conllevando a ser exigente, ingrato y rebelde. Y especialmente cuando presentan comportamientos de niños caprichosos, al punto de ser inestables” (Claro, 2003, p. 65).

En cuanto al sentimiento de pérdida, este “es la sensación de la ausencia de un ser significativo y ello surge en la etapa del apego; teniendo como consecuencia sentimientos de posesión, fragilidad humana, dependencia, inseguridad, orgullo y miedo, y que todos estos generarían la infelicidad humana. El simple hecho de sentir perder algo nos conlleva la desesperación, dificultad de adaptación, inseguridad, rabia, trauma; haciendo que nos convirtamos en inseguros y difíciles de poner lidiar con lo que piensan. Además, el resentimiento se suma también a la expresión del propio dolor, esta puede ser ofensa y no pueden olvidar, logran perdonar y no se permiten influenciar. (Claro, 2003, p.65)

2.2.5. Síntomas Depresivos

García-Herrera, Noguerras y Muñoz (2011) afirman que los indicios de la depresión son los siguientes:

- Síntomas emocionales. Se trata de la pérdida y disfrute por las actividades que antes se hacían, sentimientos de culpa, sentir que no sirven y pierden a confianza de sus habilidades en sí mismo.
- Síntomas físicos y conductuales. Manifestándose en personas con demasiado llanto, aislamiento de su entorno, irritabilidad y en muchos casos inquietud y ansiedad por eventos que generan tensión muscular,

produciendo la disminución del sueño y del apetito y es probable también que aumenten según la persona.

- Síntomas cognitivos. Se observa la pérdida de atención a las diversas tareas diarias que desarrollaba la persona, hay una falta de concentración y los pensamientos negativos son más recurrentes. Esto sucede a que las personas son muy exigentes consigo mismo llevándolos a tener pensamientos disfuncionales.

El DSM-V (2013) establece que: “la depresión puede reconocerse por una serie de síntomas. No todas las personas que padecen depresión experimentan todos los síntomas, algunos solo padecen unos pocos” (p.27). Tanto la gravedad, así como la duración de estos varía mucho de un individuo a otro. Siendo los síntomas:

- Ausencia de placer por todas o casi todas las actividades.
- Ausencia de reactividad a estímulos calificados como placenteros (no se siente mucho mejor, ni quisiera temporalmente, cuando sucede algo bueno o agradable).
- Desánimo profundo, desesperación y/o mal humor, o lo que se conoce como estado de ánimo vacío.
- Irritabilidad por las mañanas.
- Por las mañanas se despierta pronto (es decir, al menos dos horas antes de lo habitual).
- Considerable agitación o retraso psicomotor.
- Pérdida de peso importante.
- Sentimiento de culpa excesiva o inapropiada (p.115)

Según el CIE 10 (2009) menciona que: “la depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas característica. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio e individuo” (pp. 13-14).

Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarado por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. (Claro, 2003, p.65)

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser más destacados y adquirir un significado clínico especial. Ejemplos más típicos de estos síntomas “somáticos” son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse dos horas antes de lo habitual, pérdida marcada de apetito, pérdida marcada de la libido. Este síndrome habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más anteriores características estén definitivamente presentes. (Claro, 2003, p.65)

2.2.6 Consecuencias de la depresión

Para Vélez (2013) menciona que:

...esa desilusión, pero también esa falta de autoestima puede hacer que uno se aisle de su entorno social, y posiblemente empeore el sentimiento de soledad que suele ir asociado a la Depresión. Desde perder amigos, parejas o relaciones familiares desastrosas, hasta quedarse sin trabajo y con un montón de problemas económicos, es el abanico de consecuencias que puede dejar la Depresión. (p. 31)

2.2.7 Tipos de Depresión

Según el CIE 10, (2009) clasifica a la depresión de la siguiente manera:

- a) Episodio depresivo leve.
- b) Episodio depresivo moderado.
- c) Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- d) Episodio depresivo grave con episodio psicótico.
- e) Otros episodios depresivos.

Para Cárdenas, Feria, Vásquez, Palacios, de la Peña y Chisveret (2010) el episodio depresivo puede ser:

- A. Leve: los síntomas son pocos o hay ausencia de estos para realizar el diagnóstico clínico, existiendo indicios que inducen solo una ligera incapacidad laboral o en actividades sociales.

- B. Moderado: existencia de síntomas de incapacidad funcional entre “leves” y “graves”.

- C. Grave sin síntomas psicóticos: diversos síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico clínico y síntomas que obstruyen notablemente actividades laborales o sociales comunes, o las relaciones con los demás.

- D. Grave con síntomas psicóticos: presencia de ideas delirantes o alucinaciones. Se debe especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.
 - Congruentes con el estado de ánimo: presencia de ideas delirantes y alucinaciones, cuyo contenido es enteramente consistente con los temas depresivos típicos de inutilidad, sentimiento de culpa, enfermedad, negación, o de ser merecedor de un castigo.
 - No congruentes con el estado de ánimo: presencia de ideas delirantes y alucinaciones, cuyo contenido no consiste en temas depresivos típicos de inutilidad, sentimiento de culpa, enfermedad, negación o de ser merecedor de castigo. Se incluye síntomas como las ideas delirantes de persecución, inserción de pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de control.

- E. En remisión parcial. Hay algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, pero ya no se efectúan totalmente los criterios o después del episodio depresivo mayor no hay un periodo sin síntomas

significativos del episodio depresivo mayor con una extensión de 2 meses.

F. En remisión total. Durante los últimos 2 meses no hay presencia de signos o síntomas significativos de la alteración.

G. No especificado. No se llega a cumplir con los criterios diagnosticados establecidos para el trastorno depresivo mayor (p. 13-14).

2.2.8 Factores asociados a la depresión

2.2.8.1 Edad

Según Vélez (2013) menciona que:

La edad es uno de los factores de riesgo para padecer de depresión. El riesgo de sufrir un primer episodio de cualquier grado de depresión es más elevado en mujeres que tiene entre los 20 y 30 años; y en el caso de los varones el periodo similar es de 40 y 50 años. (p. 31)

En general, en el siglo XX, la depresión aumentó en términos de porcentaje, así también se acrecentó la edad promedio para el primer diagnóstico. Hasta ahora se desconoce las causas específicas del aumento de la depresión en todos los países del mundo, ni porque es probable en sujetos adultos.

Las explicaciones que se dan incluyen un creciente cambio en la estabilidad de los matrimonios y en la estructura familiar, menos oportunidad de empleo y de promoción, efectos de la creciente contaminación y posiblemente cambios en los criterios diagnósticos (Sarason y Sarason, 2006).

2.2.8.2 Género

Las mujeres son por lo menos dos veces más propensas a experimentar toda clase de estados depresivos que los hombres. Las investigaciones han demostrado que las mujeres presentan una diferencia en términos culturales. En la que la mayoría de las culturas occidentales, en general, se considera más aceptable que las mujeres busquen ayuda por los problemas emocionales que los hombres. Es

más probablemente sus problemas desde un punto de vista psicológico, en lugar de verlos solo en términos de síntomas físicos (Sarason y Sarason, 2006).

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y diseño de investigación

La investigación es de tipo experimental con diseño cuasi experimental en el cual el sujeto o grupo no está asignado aleatoriamente. Estos diseños implican la comparación de los denominados grupos de tratamiento y de control (Rossi y Freeman, 1993).

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

La población estuvo conformada por 80 mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo a partir de 65 años en adelante.

3.2.2 Muestra

La muestra estuvo constituida por 40 mujeres quienes fueron escogidas al azar para el desarrollo del programa de edades a partir de 65 años, que pertenecían al distrito de San Bartolo y a la vez al centro adulto mayor, que mostramos en la tabla 1.

Tabla 1

Muestra de la población por edades

EDADES	"t"	%	%	%
65-75	47	58,8	58,8	58,8
76-86	26	32,5	32,5	91,3
De 87 a más	7	8,8	8,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

3.3 Criterios de selección de la muestra

3.3.1 Criterios de inclusión

- Que se encuentren en el centro adulto mayor de San Bartolo.
- Que se encuentren en edades a partir de 65 años.
- Pertenecientes al sexo femenino.
- Mujeres diagnosticadas con depresión.

3.3.2 Criterios de exclusión

- Personas que no pertenezcan al centro adulto mayor de San Bartolo.
- Personas sin diagnóstico previo.
- Participantes que no estén comprometidos con el estudio.

3.4 Hipótesis

3.4.1 Hipótesis general

H_G: Existen resultados significativos en las mujeres adultas mayores que asistieron al programa para disminuir la depresión del distrito de San Bartolo de las que no asistieron.

H₀: No existen resultados significativos en las mujeres adultas mayores que asistieron al programa para disminuir la depresión del distrito de San Bartolo de las que no asistieron.

3.4.2 Hipótesis específicas

H₁: Existen resultados significativos al comparar la depresión entre el grupo experimental y grupo control de mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, antes de aplicar el programa.

H₀: No existen resultados significativos al comparar la depresión entre el grupo experimental y grupo control de mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, antes de aplicar el programa.

H₂: Existen resultados significativos al comparar la depresión entre el grupo experimental y grupo control de mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, después de aplicar el programa.

H₀: No existen resultados significativos al comparar la depresión entre el grupo experimental y grupo control de mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, después de aplicar el programa.

H₃: Existen resultados significativos al comparar la depresión entre un grupo experimental de mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, antes y después de aplicar el programa.

H₀: No existen resultados significativos al comparar la depresión entre un grupo experimental de mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, antes y después de aplicar el programa.

H₄: Existen resultados significativos al comparar la depresión entre un grupo control de mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, antes y después de aplicar el programa.

H₀: No existen resultados significativos al comparar la depresión entre un grupo control de mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, antes y después de aplicar el programa.

3.5 Variables

3.5.1 Variables de estudio

- Depresión: variable cuantitativa medida a través de los 21 reactivos que componen el Inventario de Beck- I.

3.5.2 Variables sociodemográficas

- Edad: 65 a 88 años
- Género: solo mujeres

3.6 Definición

3.6.1. Definición conceptual

“La depresión es un trastorno de estado de ánimo, caracterizado por tristeza o irritabilidad, abatimiento e infelicidad y que puede ser transitorio o permanente” (Beck, 2006, citado por Montes, 2014, p. 20).

3.6.2. Definición operacional

Puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck-I.

3.7 Método e Instrumentos de medición

3.7.1 Instrumento de recolección de datos

Ficha técnica

Nombre: Inventario de Depresión de Beck

Autor : Aaron T. Beck

Año : 1967

Objetivo: Evaluar las manifestaciones conductuales de la depresión y disponer de una evolución cuantitativa de la intensidad de ésta.

Materiales: Manual cuadernillo y hoja de aplicación.

Administración: Individual y colectiva a individuos mayores de 13 años.

Base teórica: La Terapia Cognitiva de Beck, plantea la existencia de una clara explicación en donde los pensamientos de la persona (lo que se dice a sí mismo sobre las situaciones que vive, sobre los demás, sobre la vida, sobre sí misma y sobre los problemas que presenta), ejercen una influencia determinante sobre las emociones y el comportamiento que manifieste el sujeto (2006, citado por Montes, 2014).

Aplicación: "Para ser administrado de manera individual o grupal. Para ser administrado de forma individual se utiliza una doble copia de protocolo de respuestas, una se le entrega al paciente y la otra es leída en voz alta por el evaluador" (Beck, 2006, citado por Montes, 2014, p.20)

Se pide al evaluado que indique "Cuál de las declaraciones describe mejor sus sentimientos acerca de cómo se siente en ese instante". Bajo ningún motivo debe sugerirse la respuesta y si el evaluado indica que hay dos afirmaciones que corresponden a la manera como se siente, entonces se debe registrar el número más alto. El puntaje de la depresión es la suma de las respuestas que va desde la A hasta la U. El tiempo de aplicación por lo general es de 5 a 10 minutos y no tienen límite de tiempo necesariamente.

Calificación e interpretación

- Cada reactivo se evalúa de 0 -3 puntos en función de la alternativa seleccionada.
- La puntuación total se da de la sumatoria, cuyo rango es de 0 a 63.
- Si puntuara más de una alternativa, se elige la de mayor gravedad.
- Niveles de gravedad:

Tabla 2
Puntajes por niveles

Puntaje	Niveles
0 - 10	No hay Depresión
11 - 20	Depresión leve
21 – 30	Depresión moderada
31 – a más	Depresión severa

3.7.2. Aspectos psicométricos

Validez

Según Be y La (1996) menciona que: “la prueba muestra una correlación positiva con otras escales de Depresión (HDRS, SDS, MADRS). Asimismo, en pacientes psiquiátricos se han encontrado valores que oscilan entre 0,55 y 0,96 (media 0,72); hecho que confirma su validez de criterio” (p. 26).

Confiabilidad

Maldonado (2003) existe una multitud de trabajos que informan de las excelentes propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck. En una reciente revisión de estudios de evaluación de este instrumento a lo largo de sus 25 años de historia (Beck, Steer y Garbin, 1988), los autores informan de una consistencia interna media de 0,86 para pacientes psiquiátricos y de 0,81 para sujetos no psiquiátricos.

3.7.3. Método

Se aplicó un programa con el cual se logró disminuir la depresión en las mujeres adultas mayores del Distrito de San Bartolo. Este programa cuenta con 9 sesiones las cuales se desarrollaron en cuatro meses.

La primera sesión llamada “ACTIVATE” fue repetida en dos semanas. Es fundamental para poder superar una etapa depresiva donde se presenta el desánimo y pérdida de interés realizar actividades como el yoga, terapias de relajación con música clásica, etc., que hagan sentirse algo mejor, es por lo cual con esta sesión se desea lograr que las mujeres adultas mayores vuelvan a tomar interés por actividades que realizaba. Si bien es verdad, que cuando se está deprimido no se tiene ganas de nada, ni se cree que el hacer actividades te sirva para nada; sin embargo, la ejecución de actividades permite incrementar el nivel de energía física y mental, desenfocar la mente de los pensamientos negativos obsesivos y poner a prueba y refutar los pensamientos negativos.

La segunda sesión llamada “piensa positivo”, con el objetivo que las mujeres adultas mayores aprenderán a reconocer los pensamientos negativos, que suelen tener carácter automático y semi-inconsciente. Se orientó en los psicólogos de orientación cognitivo-conductual. Ya que consistió en aprender a que puedan identificar los pensamientos negativos, que se suele tener. Normalmente son breves y muy tóxicos, por ejemplo “soy estúpido”, “jamás conseguiré mejorar”, “todos consiguen lo que yo soy incapaz”, etc.

La tercera sesión llamada “yo sí me quiero”, con el objeto de dar a conocer qué importante es tener buena autoestima y a la vez darse cuenta de lo mucho e importante que son las mujeres adultas mayores. Los psicólogos tenemos claro que la autoestima es a la salud mental lo que un sistema inmunológico resistente al cuerpo físico. Con un buen nivel de autoestima se hace muy difícil que se desarrolle la depresión. La autoestima está sustentada en un buen auto apoyo dónde nos valoramos y toleramos nuestros defectos.

La cuarta sesión “relájate”, incorporó técnicas de respiración siendo una técnica fundamental para que aprendan a aflojar sus músculos y con ello también su mente. Cuando el cuerpo está relajado, su aptitud psicológica es más serena y su manera de pensar se hace menos negativa, aprensiva, obsesiva o rígida.

En la quinta sesión se desarrolló el tema de la “inteligencia emocional” donde ellas aprendieron primero acerca de la inteligencia emocional y cómo pueden desarrollarla. Luego se les pidió que expresen lo que sentían y pensaban, luego se les indicó que nos digan lo que sintieron. (Miedo, nervios, angustia). A partir de Daniel Goleman y la publicación de su libro Inteligencia Emocional donde se ha producido un auténtico despertar en nuestra sociedad, con un nuevo concepto de inteligencia diferente a la inteligencia tradicional, la que viene medida por el coeficiente de inteligencia o CI y que se refiere a la que utilizamos para resolver los problemas de índole puramente lógica y racional (la que sirve para sacar buenas notas en los exámenes). A esta nueva inteligencia que tiene que ver con nuestra capacidad para identificar nuestras emociones y la de los demás, así como nuestra capacidad para saber manejar nuestras emociones le llamamos inteligencia emocional (CE) y ésta a diferencia del CI, sí tiene mucho que ver con nuestra capacidad para alcanzar nuestras metas personales y triunfar en la vida, tanto en nuestras consecuciones materiales como en nuestra realización personal

En diferentes estudios se ha podido demostrar que no hay una correlación entre el coeficiente de inteligencia (CI) y las consecuciones personales tanto en el campo profesional como el social o sentimental, dándose la paradoja que personas con un muy elevado CI, tienen un vida desafortunada tanto en lo profesional como en lo personal.

Damasio (1994) refiere que:

...en las investigaciones sobre el funcionamiento del cerebro, se ha podido comprobar que las personas que han tenido que ser intervenidas y se les ha extirpado zonas del cerebro que tienen que ver con nuestra capacidad de sentir las emociones, han podido conservar intacto sus capacidades cognitivas referidas al razonamiento, el habla, el análisis o la comprensión lógica, es

decir su nivel de inteligencia tradicional (CI) pero han sido incapaces de tomar decisiones, relacionarse adecuadamente con los demás o trazar planes de futuro, en definitiva de tener capacidad para triunfar en la vida. (p. 48)

En la sexta sesión “afrontando situaciones” que tiene como objetivo incrementar la capacidad de afrontar situaciones que generan estrés en las mujeres adultas mayores. Se presentaron diferentes situaciones como el hecho de quedar viuda, de la separación de los hijos, de estar sola en casa, de no ser escuchada. El trabajo de los psicólogos es atender a personas con un alto nivel de evitación. Esto es, el huir de aquellas situaciones que suponen un alto nivel de malestar y entendiendo la evitación como un mecanismo de defensa que “protege” a corto plazo de no experimentar miedo o ansiedad, pero que a mediano plazo arruina las consecuciones en la vida ya que cualquier objetivo que suponga un cierto grado de temor es evitado y con ello frustrado. Es evidente que la depresión se nutre de la evitación.

En la séptima sesión llamada “me propongo objetivos”, tiene como objetivo insertar en las mujeres adultas mayores la conducta de proponerse objetivos para cambios a corto plazo, esto ayudará a que ellas se sientan motivadas al cumplir con este objetivo ya que es una de las características típicas de la depresión la pérdida de interés por alcanzar objetivos. Las personas siempre necesitamos tener metas, mayores o menores, para proseguir en la vida ilusionados y estimulados. El saber establecer objetivos creará estímulos para superar la depresión.

En la octava sesión “mi familia es...”, desarrollaremos el tema de la importancia de la familia en la etapa de vejez. Sabiendo que la familia constituye uno de los recursos más importantes de la población mayor., esta es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de los ancianos que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal.

Para los ancianos parece que lo más importante es el potencial de relación y ayuda, la conciencia de que existe una persona relevante a quien acudir en caso

de necesidad. La familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socio afectivas ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social.

Y en la última sesión llamada “ahora soy yo la que me relajo” con el objetivo de que las mujeres adultas mayores tendrán como objetivo encontrar y mantener el sentido de la existencia, controlar la mente, el auto conocimiento y la contemplación. Primero se introdujo nuevamente la técnica de la respiración y luego la técnica cognitivo conductual siendo sus efectos muy valiosos para el tratamiento de la ansiedad, la obsesividad, las recaídas de tipo depresivo, las enfermedades psicósomáticas, y en general para el desarrollo de la capacidad de aceptación y tolerancia tanto del dolor físico como cualquier tipo de malestar emocional.

3.8. Procedimiento de análisis estadístico de datos

A continuación se hace una descripción del procedimiento de ejecución de la presente investigación:

- La investigación se desarrolló en el Centro donde se llevó a cabo el desarrollo del programa es el “Centro del Adulto Mayor” del distrito de San Bartolo, esta es una institución creada en el 2005 por la misma municipalidad del distrito, que brinda atención a las mujeres adultas mayores del distrito.
- El método que se utilizó fue el estudio experimental con diseño cuasi experimental en los cuales el sujeto o grupo no están asignados aleatoriamente. Estos diseños involucran la comparación de los grupos de tratamiento y control.
- Se trabajó con 80 mujeres adultas mayores de 65 años en adelante del distrito de San Bartolo. Esta población fue dividida aleatoriamente en dos grupos para poder trabajar; el primero fue el grupo experimental, con el cual se desarrolló el programa y el otro fue el grupo control que al finalizar el programa se comparó con el primer grupo para ver las diferencias obtenidas.

- Se aplicó el Inventario de Beck a la población seleccionada este procedimiento se llevó a cabo al inicio y al final del programa tanto para el grupo experimental y para el grupo control.
- Dicho programa tuvo 9 sesiones, distribuidas a lo largo de cuatro meses, cada sesión de 60 minutos aproximadamente.
- Para esta descripción, se utilizó el programa SPSS versión 22 para tener la base de datos, en la cual se llevó a cabo la media, la desviación estándar y el coeficiente de variación. Se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov, la cual fue para la población de 80 personas y permitió conocer si los datos se aproximan a la distribución normal o no.
- Como los datos se distribuyeron de manera normal, se utilizó la prueba paramétrica “t” student para grupos independientes.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS
RESULTADOS

4.1 Los resultados obtenidos son los siguientes

Tabla 3

Descripción de la depresión en el grupo experimental en mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, antes de aplicar el programa

ITEMS	MEDIA	DS	VARIANZA
1	2,20	,405	,164
2	2,30	,464	,215
3	2,18	,385	,148
4	1,83	,958	,917
5	2,20	,405	,164
6	3,00	,000	,000
7	2,25	,927	,859
8	2,88	,335	,112
9	2,75	,439	,192
10	2,25	,439	,192
11	2,57	,549	,302
12	2,50	,506	,256
13	2,53	,506	,256
14	2,67	,526	,276
15	1,73	,905	,820
16	2,53	,506	,256
17	2,68	,474	,225
18	2,68	,526	,276
19	2,67	,474	,225
20	2,50	,555	,308
21	2,70	,516	,267

En la tabla 3, se observa que el ítem 6 presenta una media mayor, que el resto de ítems, lo cual indica que las personas presentan un sentimiento de culpa, sienten que las cosas que les sucede o los errores que cometen es porque están siendo muy castigadas.

Tabla 4

Analizar la depresión del grupo experimental en mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, después de aplicar el programa.

ITEMS	MEDIA	DS	VARIANZA
1	1,15	,533	,285
2	1,08	,572	,328
3	1,10	,545	,297
4	1,28	,751	,563
5	1,20	,648	,421
6	1,20	,608	,369
7	1,30	,648	,421
8	1,15	,770	,592
9	1,20	,608	,369
10	1,05	,783	,613
11	1,20	,723	,523
12	1,20	,723	,523
13	1,13	,648	,420
14	1,08	,656	,430
15	1,25	,543	,295
16	1,15	,622	,387
17	1,05	,714	,510
18	1,30	,516	,267
19	1,10	,672	,451
20	1,10	,672	,451
21	1,15	,662	,438

En la tabla 4, se observa que el ítem 6 disminuyó su puntuación en la media, en cuanto se apreciaba a la tabla 1, lo cual indica que las personas después del programa han disminuido el sentimiento de culpa, están sintiendo que pueden cambiar la forma negativa de pensar.

Tabla 5

Descripción de la depresión del grupo control en mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, antes de aplicar el programa

ITEMS	MEDIA	DS	VARIANZA
1	2,20	,405	,164
2	2,32	,474	,225
3	2,18	,385	,148
4	1,68	,917	,840
5	2,15	,362	,131
6	2,93	,267	,071
7	2,03	1,000	,999
8	2,80	,405	,164
9	2,77	,423	,179
10	2,50	,555	,308
11	2,55	,504	,254
12	2,45	,597	,356
13	2,58	,501	,251
14	2,65	,483	,233
15	1,63	,897	,804
16	2,42	,501	,251
17	2,62	,490	,240
18	2,75	,494	,244
19	2,45	,552	,305
20	2,50	,506	,256
21	2,62	,490	,240

En la tabla 5, se observa que el ítem 4 y el ítem 15 presentan un puntaje menor en referencia a los demás ítems. Lo cual indica que las personas adultas mayores se sienten cómodas y contentas con las clases y trabajos que se realiza con ellas, y que valoran el trabajo que hacen en dicho centro.

Tabla 6

Analizar la depresión en el grupo control en mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, después de aplicar el programa

ITEMS	MEDIA	DS	VARIANZA
1	2,22	,660	,435
2	2,33	,656	,430
3	2,55	,552	,305
4	3,20	,758	,574
5	2,45	,639	,408
6	2,62	,667	,446
7	2,12	,791	,625
8	2,50	,679	,462
9	2,47	,640	,410
10	2,13	,648	,420
11	2,45	,639	,408
12	2,30	,648	,421
13	2,40	,744	,554
14	2,50	,679	,462
15	3,13	,723	,522
16	2,43	,675	,456
17	2,35	,700	,490
18	2,45	,597	,356
19	2,45	,597	,356
20	2,33	,616	,379
21	2,45	,639	,408

En la tabla 6, el ítem 4 y el ítem 15 presentan un puntaje mayor al resto de los ítems, lo cual indica que las mujeres adultas mayores después de aplicar el programa no han tenido cambios significativos en cuanto al sentimiento de sentirse valoradas y cómodas en cuanto a las actividades que se realizan con ellas.

Tabla 7

Niveles de la depresión entre el grupo experimental y control en mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo. Antes de aplicar el programa.

Condición	Media	DS	"t"	p
Experimental	51,58	3,594	,913	,364
Control	50,78	4,221		

En la tabla 7, se observa la media en ambos grupos, lo cual se puede concluir que existe una gran igualdad en los puntajes obtenidos, verificándose en el nivel de significancia, por lo cual podemos decir que no hay diferencias significativas. Esto nos indica que la depresión era igual en ambos grupos antes de aplicar el programa.

Tabla 8

Niveles de la depresión entre el grupo experimental y control de mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, después de aplicar el programa

Condición	Media	DS	"t"	p
Experimental	24,40	8,776	-12,013	,000
Control	49,83	10,107		

En la tabla 8, se observa la media en ambos grupos, lo cual se puede concluir que existe una diferencia en los puntajes obtenidos, verificándose en el nivel de significancia, por lo cual podemos decir que hubo cambios después de aplicar el programa. Esto nos indica que la depresión disminuyó en el grupo experimental.

Tabla 9

Efectos del programa en el grupo experimental en mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, antes y después de aplicar el programa

Condición	Media	DS	"t"	p
Antes	51,58	3,594		
Después	24,40	8,776	18,403	,000

En la Tabla 9, en el grupo experimental, al observar las medias, se ve una gran diferencia entre el antes y después de aplicar el programa, esto nos indica que sí hubo cambios significativos, comprobándolo con el nivel de significancia. Por lo cual se concluye diciendo que la depresión en el grupo experimental disminuyó después de haber aplicado el programa.

Tabla 10

Niveles de la depresión en el grupo control en mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, antes y después de aplicar el programa

Condición	Media	DS	"t"	p
Antes	50,78	4,221		
Después	49,83	10,107	,535	,595

En la tabla 10, en grupo control, al observar las medias, se ve que no hubo diferencias entre el antes y después de aplicar el programa, esto nos indica que no hubo cambios significativos, comprobándolo con el nivel de significancia. Por lo cual se concluye diciendo que la depresión en el grupo control antes y después de aplicar el programa se mantuvo.

4.2. Contrastación de resultados

- La prueba de la hipótesis 1 para verificar si hubo efectos significativos en depresión en mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo, se afirma positivamente, demostrando en la Tabla 1 a la Tabla 8, que dicho programa sí tuvo éxito después de haberlo realizado. Por ende, su respectiva hipótesis nula se niega.
- La prueba de hipótesis 2 para verificar si existen resultados significativos al comparar la depresión entre el grupo experimental y grupo control antes de aplicar el programa, se verifica en la Tabla 5, donde el promedio de la media del grupo experimental es de 51,58 y del grupo control es de 50,78. por ende,

no hubo diferencias significativas, siendo comprobadas por el nivel de significancia. Por lo tanto, se niega la respectiva hipótesis.

- La prueba de hipótesis 3 para verificar si existen resultados significativos al comparar la depresión entre el grupo experimental y grupo control después de aplicar el programa, se verifica con la Tabla 6, donde el promedio de la media en el grupo experimental es 24,40 y del grupo control es de 49,83 lo cual indica que sí hay diferencias significativas, siendo comprobada por su nivel de significancia. Por lo cual se niega la respectiva hipótesis.
- La prueba de hipótesis 4 para verificar si existen resultados significativos al comparar la depresión entre un grupo experimental antes y después de aplicar el programa, se verifica con la Tabla 7, donde el promedio de media antes de aplicar el programa es de 51,58 y luego es de 24,40. indicando que si hubo resultados significativo. Por ende, se afirma la hipótesis.
- La prueba de hipótesis 5 para verificar si existe resultados significativos al comparar la depresión entre un grupo control antes y después de aplicar el programa, se verifica con la Tabla 8, donde al observar las medias se ve que no hubo diferencias entre el antes y después de aplicar el programa, esto nos indica que no hubo cambios significativos, comprobándolo con el nivel de significancia, lo cual indica que no hubo resultados significativos. Por ende, se niega la respectiva hipótesis.

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

5.1 Discusión

Seguidamente, se analizaron las conclusiones halladas en cuanto se presenta los datos del grupo experimental antes de aplicar el programa, nos muestra que el ítem 6 describe que las mujeres adultas mayores presentan un sentimiento de culpa, sienten que las cosas que les sucede o los errores que cometen es porque están siendo muy castigadas y presenciando el estado depresivo en ellas. Al analizar el mismo grupo después de aplicar el programa, se observa diferencias de media en dicho ítem, por lo cual, se observa la disminución en su puntuación, esto indica que después del programa los sentimientos ya mencionados han disminuido y por ende la depresión también.

Al analizar los resultados del grupo control antes de aplicar el programa, se observó que el ítem 4 indica que se encuentran descontentas y en el ítem 15 sienten que no valoran su trabajo, por lo cual presentan una media menor, esto indicó que las mujeres adultas mayores por las cosas que se les enseña o aprenden, se sienten contentas y que si se valora el trabajo que ellas realizan en el centro adulto mayor. Pero después de aplicar el programa al mismo grupo, en los ítems 4 y 15, presentan una media mucha mayor. Lo cual indica que comparando con la tabla 3 las mujeres adultas mayores han aumentado el sentimiento de sentirse valoradas y contentas con lo que realizaban.

Al comparar la depresión entre el grupo experimental y control antes de aplicar el programa, y observar la media de ambos grupos, los puntajes indicaron que no hay diferencias significativas, lo cual quiere decir que la depresión era igual en ambos grupos. Al igual que Velasco, Contreras, Amescua, Rodriguez, Cordova y Suarez (2014) encontraron que el grupo experimental y control de personas mayores con depresión presentaba el mismo porcentaje al iniciar su investigación. Al analizar los mismos grupos, pero después de aplicar el programa, se encontró que la media del grupo experimental había disminuido, por lo cual sí hubo cambios significativos en las mujeres adulto mayor, lo cual indica que la depresión disminuyó.

Al comparar los resultados antes y después de aplicar el programa en el grupo experimental, se obtuvo como resultado que hubo cambios significativos porque la depresión disminuyó. Y al comparar el grupo control los resultados antes y después nos indican que no hubo cambios significativos ya que la depresión se mantuvo. Finalmente podemos decir que efectivamente existen diferencias significativas antes de la aplicación del programa y después de la aplicación del programa, donde el valor $p = ,000$ ($p < 0,01$), lo cual quiere decir que el programa para disminuir la depresión en mujeres adultas mayores tuvo significancia. Tal y como explica Pichardo (2009) quien describe a la depresión como un “trastorno del estado de ánimo de presentación temprana en la vida, pero con mayor incidencia en la vejez, quizá porque es cuando se diagnostica con mayor frecuencia, y muchas veces no se reconoce como una enfermedad, pues se piensa que es por el proceso del envejecimiento, pero a través de programas conductuales se puede liberar a la persona de este estado” (s.p.).

Respecto a los resultados al compararlos antes y después de la aplicación del programa, se obtuvo una diferencia significativa entre los promedios. Por lo tanto, podemos decir que los resultados son coincidentes con los resultados en la presente investigación.

Se ha discutido mucho sobre los factores que ocasionan la depresión en los adultos mayores, se concluye que llegar a la vejez, no es fácil de sobrellevar, ya que muchos de ellos, en esta etapa, pasan por diferentes cambios que muchas veces no pueden afrontar solos. También les afecta el aislamiento social, viudez y otro aspecto principal en ellos, que no pasa desapercibido, son las enfermedades, pues en su mayoría suelen ser crónicas o degenerativas, lo que causa en ellos niveles de depresión en algún grado. Por todo lo expuesto, se necesita crear programas de prevención en cuanto a salud mental y que puedan mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores y por ende mejorar la longevidad de vida en el Perú. Establecer redes de apoyo a través de estrategias acordes con esta etapa, ya que muchos de ellos no cuentan con un seguro social.

5.2 Conclusiones

1. La característica principal de la depresión en el grupo experimenta de mujeres adultas mayores antes de aplicar el programa de intervención fue presentar sentimientos de culpa, y que todo lo que hacen es porque están siendo castigadas.
2. Al analizar la depresión del grupo experimental después de aplicar el programa de intervención se concluye que hubo cambios significativos ($p < 0,05$) y esto demuestra que el programa tuvo éxito.
3. Al analizar la depresión del grupo control de mujeres adultas mayores antes y después se concluye que no hubo cambios significativos que su depresión se mantuvo, lo cual nos ayudó a verificar los resultados y poder concluir que el programa para disminuir la depresión tuvo éxito.
4. Al comparar los niveles de depresión antes y después de aplicar el programa de intervención, como resultado se obtuvo que hubieron diferencias significativas ($p < 0,05$) después de aplicar el programa, esto quiere decir que la depresión en las mujeres adultas mayores disminuyó y el programa tuvo éxito.

5.3 Recomendaciones

De los resultados obtenidos en la presente investigación, así como de lo observado durante el desarrollo de la misma, se puede derivar las siguientes recomendaciones:

1. Considerar en futuras investigaciones muestras de diferentes estratos socioeconómicos, edades y géneros.
2. Difundir la importancia de la aplicación y efectividad del programa para disminuir la depresión en cuanto el nivel de significancia que alcanzo este programa.
3. Crear más programas para trabajar con el adulto mayor y permitirles mejorar su calidad de vida.
4. Realizar estudios correlacionales a fin de conocer la manera en que la depresión se relaciona con las variables como la ansiedad, la inteligencia emocional, la resiliencia, la personalidad entre otro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, M. (2018). Depresión: cuando vivir se convierte en una tarea insoportable. Lima. *El Comercio*. Recuperado de <http://www.elcomercio.pe/lima/sucesos/vivir>
- Alba, V. (1992). *Historia social de la vejez*. Barcelona: McMillan.
- Alba, V. (1997). Paro, jubilación y envejecimiento prematuro. En José Buendía (ed.): *Gerontología y Salud: perspectivas actuales*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. y Vásquez, C. (2006). *Depresión Guías Clínicas*, 6(11), 1-6. Recuperado de <http://www.scamfye.org/documentod/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Arber, S., Ginn, J. y Evandrou, M. (1993). Class, caring and the life course. En S. Arber (Ed.). *Ageing, independence and the life course*. London: Jessica Kingsley.
- Arber, S. y Ginn, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Madrid: Colección Mujeres.
- Bazo, M. (1990). *La sociedad anciana* (2ª ed.). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Be, R. y La, K. (1996). Concurrent validity of the Beck Depression Inventory as a measure of depression. *Revista Psychological Repri*, 929-930.
- Beck, A. (2010). *Terapia cognitiva de la Depresión* (19ª ed.). Recuperado de <http://www.psicothema.com/Aaron/pdf/3271.pdf>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. (19ª ed.). Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Steer, A. y Garbin, G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100.
- Beck, A., Steer, R., y Brown. G. (2006). *Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (2011). *Manual BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (adaptación española: J. Sanz y C. Vázquez)*. Madrid: Pearson.
- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología Volumen II*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Benarás, E. Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I. y De las Cuevas, C. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de Psicología*, 29, 131-140.

- Bello, E., Medina, A., y Lozano, C. (2005). *Depresión en adultos mayores: Frecuencia y factores de riesgo asociados*. Madrid, España: Morata.
- Bury, M. (1996). *Envejecimiento, género y teoría sociológica. Relación entre género y envejecimiento* (2ª ed.). Madrid: Narcea Ediciones.
- Calero, S., Diaz, T., Caiza, M., Rodríguez, A. y Analuiza, E. (2016). Influencia de las actividades físico-recreativas en autoestima del adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 35(4), 366-374. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/14809>
- Cárdena, E., Feria, M., Vazquez, J., Palacios, L., de la Peña, F. y Chisvert, C. (2010). *Guía clínica para los trastornos afectivos (Depresión y distimia) en niños y adolescentes*. Recuperado de http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastornos_afectivos.pdf
- Claro, I. (2003). *Depresión: causas, consecuencias y tratamiento*. Recuperado de <http://www.espiritismo.es/Descargas/libros/depresion.pdf>
- Chisvert, L. (2009). *Depresión*. Recuperado de <http://psicologos-barcelona.blogspot.pe/2009/09/la-depresion-definicion-13html>
- Cruz, G. (2012). De la tristeza a la depresión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(4), 1310-1325. Recuperado de [shttp://www.google.com/search?q=autores/revista/psicologia/iztacala](http://www.google.com/search?q=autores/revista/psicologia/iztacala)
- Damasio, A. (1994). *Sentimientos: encuentro entre la neurobiología y la ética* (Tesis de maestría). Universidad San Buenaventura, México.
- De la Garza, F. (2006). *Depresión, angustia y Bipolaridad*. México, D.F: Trillas.
- De los Santos, P. y Valdés, S. (2018). Prevalencia de Depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(5), 2018.
- DSM V (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Recuperado de <http://es.slideshare.net/francisco monterorivera/dsm-5-en-español>
- Jara, Y. (2018). *Depresión en adultos mayores de Lima* (Tesis de pregrado). Universidad Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- Garay, K. (2018). *La depresión es el trastorno mental más común en el Perú*. *Revista El Comercio*, Lima, Perú.

- García, A. (2009). La depresión en adultos mayores. *Revista de Estudios del Envejecimiento*, (84), 85-104. Recuperado de <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>
- García, J. (2010). *La Depresión*. Recuperado de <http://www.cop.es/colegiados/M-00451/depre.htm>
- García, R. (2015). *Prevalencia de la depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna en un hospital nacional febrero 2015* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- García, M. y Giménez, S. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. *Espiral. Cuadernos del Profesorado*. 3(6), 43-52. Recuperado de http://www.cepcuevasolula.es/espinal/articulos/ESPIRAL_VOL_3_N_6_ART.pdf
- García-Herrera, B., Nogueras, E., y Muñoz, F. (2011). *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la depresión en atención primaria*. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_488_Depresion_AP_resum.pdf
- Gómez, L. & Ruiz, G. (2007). Factores en la depresión en los mayores. Implicaciones metodológicas. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias*, 7(26), 128-143.
- Guerra, A. (2009). Trastorno depresivo. *Revista de Medicina del Perú*, 1(34), 234-245.
- Guillemard, A. (1992). *Análisis de las políticas de vejez en Europa*. Madrid, España: Inersio.
- Guillemard, A. (1994). Estilos de vida y políticas sociales sobre envejecimiento en Europa. *Revista El Voluntariado de las Personas Mayores, Fundación Caja de Madrid*, 12, 123-130.
- Instituto de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". (2002). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental 2002: Informe Resumen*. Lima, Perú: INSM.
- Instituto de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (2015). *Estado de la salud mental - Perú 2015: Informe*. Lima, Perú: Ministerio de Salud.
- Instituto Nacional de la Salud Mental INSM (2009). *Depresión*, Lima, Perú: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2009). *Población de San Bartolo*. Recuperado de <http://www.INEI.pe/sanbartolo/estadísticas>

- Juárez, J., León, A. y Alata, V. (2010). Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH Viña Alta – La Molina, Lima, Perú. *Horizonte Medico*, 12(2), 26-29.
- Maldonado, M. (2003). *Escalas Hrs - Mhrsd y Depresion de Beck*. Recuperado de <http://es.secribd.com/doc/27638667/Escalas-Hrs-Mhrsd-y-Depresion-Beck/iscribd>
- Márquez, C. (2005). *Depresión en el adulto mayor: factores influyentes*. Madrid, España: Herder.
- Martina, M., Ava, M., Gutiérrez, C., Norberto, V., y Piscoya, J. (2016). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor. *Anales de la Facultad de Medicina - Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 78(4), 393-397. doi <https://doi.org/10.15381/anales.v78i4.14259>
- Montes, H. (2014). *Depresión en adolescentes en aumento*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/carrusel/depresion-en-adolescentes/14043658>
- Moral de la Rubia, J. (2013). *Validación de un formato simplificado del Inventario de Depresion de Beck (BDI-2)* (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Morat, I. (2013). *Guía de la práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Muriana, E. Petteno, L., y Verbitz, T. (2007). *Las caras de la depresión*. Barcelona: Editorial Herder.
- Nezu, J., y Román, A. (1985). Prevalencia de la depresión y factores asociados en hombres. Santafé, Colombia: Manual Moderno.
- Novoa, P. (2002). Estudio exploratorio de nivel de depresión en niños y adolescentes de 8 a 16 años con maltrato infantil en Lima Sur. *Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón*, 7, 115-144.
- OMS. (2016). *La depresión*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE10)*. Madrid: Editorial Técnicas Graficas. Forma S.A.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *La depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

- Organización Mundial de la Salud (2012). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Recuperado de: http://www.who.int.whoses/shostat/ES_WHS09_table5.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2014). *La OMS pide que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Pichardo, F. (2009). *Geriatría*. México, D.F.: McGraw-Hill.
- Padilla, C. (2011). *Ansiedad, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin adherencia al tratamiento*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Páez M., y Castaño, J. (2015). Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Psicología desde el Caribe*, 32(2), 268-285.
- Páez, A., Jofre, M., Azpiroz, C. y Bortoli, M. (2009). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Revista de Psicología Pontificia Universidad Javeriana*, 8(1), 117-124.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2009). *Desarrollo humano*. México, D.F.: McGraw-Hill.
- Pérez, L. (1991). *Teoría de la acción humana en las organizaciones: la acción personal*. Madrid: Rialp.
- Pérez, O. (1997). *Las necesidades de las personas mayores. Vejez, economía y sociedad*. Madrid, España: Inersso.
- Pérez, L. (2001). *Depresión y ansiedad en el siglo XX. La acción personal*. Madrid, España: Inersso.
- Rodríguez, M., Leyva, D., Castro, K., y García, K. (2017). Intervención psicológica en adultos mayores con Depresión. *Revista de Humanidades Médicas*, 17(2). 302-322.
- Rosas, M., Yampufé, M., López, M., Carlos, G. y Sotil, A. (2011). Niveles de depresión en estudiantes de Tecnología Médica. *Anales de la Facultad de Medicina*, 72(3), 183–186. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1065/881>
- Rosenmayr, L. (1981). *Objective and subjective perspectives of life span research*. USA: Ageing and Society.
- Rossi, P. y Freeman, H. (1993). *Evaluación, un enfoque sistemático para programas sociales*. México, D.F.: Trillas.

- Sarason, I., y Sarason, B. (2006). *Psicopatología: Psicopatología anormal el problema de la conducta inadaptada* (11ª ed.). México: Editorial Pearson Education.
- Vasquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo xx. *Revista Psicología Conductual*, 8(3), 426-436. Recuperado de www.funveca.org/revista/PDFespañol/2000/art02.3.08.pdf
- Vega – Dienstmaier, J., Coronado – Molina, O., y Mazzotti, G. (2017). Actualización del estudio de Depresión en pacientes de medicina general. *Revista Neuropsiquiatría*, 77(2), 95-103.
- Velasco, V., Contreras, C., Alemán, J., Rodríguez, C., Córdova, S. y nb Suarez, G. (2014). Depresión en el adulto mayor y factores relacionados. *Interpsiquis*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/62/38/54/6238547443165865989105993544673060015>
- Vélez, L. (2013). *Consecuencias de la depresión, evita los riesgos y aprende de ello*. Recuperado de <http://www.diariofemenino.com/articulos/psicologia/depresion/consecuencias-de-la-depresion-evita-los-riesgos/>
- Villa, M. y Rivadeneira, L. (1999). El proceso de envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica. *En Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad*. Seminario técnico realizado por la CEPAL en Santiago de Chile del 8 al 10 de setiembre de 1999. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/34671/INT-1997v1_es.pdf?sequence=1
- Zung, W. (1965). Escala de Autorreporte de depresión. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63-70. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225770010.pdf>