



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA

**EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN
MINDFULNESS EN PERSONAS ADULTAS MAYORES CON
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA**

Trabajo de Fin de Máster para la obtención del Título de Magíster en Psicología
Clínica Mención Psicoterapia

AUTOR: Aida Cecilia Placencia Galeano

DIRECTOR: MSc. Guillermo Ernesto Yáñez Morán

ASESOR: MSc. Patricio Roberto Arias Benavides

IBARRA – ECUADOR

Febrero 2023

DEDICATORIA

El presente proyecto de investigación va dedicado a todas las personas adultas mayores que gentilmente decidieron formar parte de este camino, ya que sin ellas nada de esto sería posible. Este estudio es una forma de retribuir a este grupo etario su colaboración decidida hacia mi persona.

A mi madre quién siempre me enseñó valores sólidos para crecer como persona día a día, sé que desde el cielo ella siempre guiará mi camino y sobre todo se lo dedico a mi familia y amigos ya que ellos son mi regocijo y apoyo incondicional, gracias por ser quienes me han animado para no desfallecer y también por depositar su confianza en cada momento difícil que nos ha tocado vivir este último año, recalcando que lo importante es que cada error ha sido una oportunidad para aprender y empezar de nuevo.

Siempre habrá un lugar importante para mi hijo, quién es mi motor de vida y al que dedico mi trabajo como ejemplo de que si nos proponemos cumplir una meta es posible cristalizarla a base de esfuerzo, dedicación, constancia, perseverancia y trabajo duro. A mi hermano y hermanas quienes nunca me han soltado y han contribuido a lograr mis sueños. En este contexto dedico también este trabajo a mi compañero de vida, a mi esposo por apoyarme y motivarme para cumplir todo lo que me propongo con su paciencia y amor.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a la Universidad Técnica del Norte por haberme permitido ser parte de este proyecto de formación científica y a todos quienes han sido mis docentes en las asignaturas cursadas durante esta maestría.

Agradezco a mi Director de Tesis el MSc. Guillermo Ernesto Yáñez Morán por esos continuos feedbacks en todos estos meses de trabajo de investigación, por haberme brindado la oportunidad de aprender gracias a su acertada guía y facilitarme las tutorías.

Mi eterna gratitud a mi Asesor de Tesis el MSc. Patricio Roberto Arias Benavides del cual aprendí mucho sobre la importancia de realizar trabajos basados en la ciencia y de poder trasladarlos a nuestro contexto ecuatoriano.

Agradezco a todos mis compañeros de clase con los cuales hemos compartido momentos profundos de aprendizaje desde el respeto, las risas y los valores profundos de la ciencia.

Y por último un especial agradecimiento a todos quienes han hecho posible que se lleve a cabo esta investigación, ya que cada paso dado con la muestra objetivo de este estudio me ha brindado la oportunidad de conocer y aprender a este grupo etario que muchas veces está expuesto al olvido y al abandono de la sociedad e inclusive de sus familias y sobre todo gracias por permitirme crecer como persona y como profesional.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE BIBLIOTECA
UNIVERSITARIA**

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento con el Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

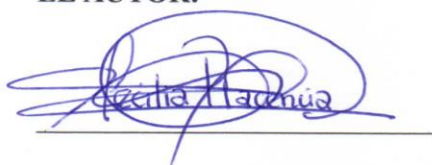
DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD	100253246-1		
APELLIDOS Y NOMBRES	Placencia Galeano Aida Cecilia		
DIRECCIÓN	C/ Hernán González de Saá 25-40 y Princesa Cory-Cory		
EMAIL	cecilia.placenciavivaibarra@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO	065013082	TELÉFONO MÓVIL	0986734922
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	Efectividad de una intervención basada en Mindfulness en personas adultas mayores con sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida.		
AUTOR (ES):	Aida Cecilia Placencia Galeano		
FECHA: DD/MM/AAAA	01/11/2022		
PROGRAMA POSGRADO	DE	Maestría en Psicología Clínica Mención Psicoterapia.	

2. CONSTANCIAS

El Autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 10 días del mes de febrero del año 2023

EL AUTOR:



Aida Cecilia Placencia Galeano

C.6 Conformidad con el documento finalIbarra, 01/11/2022



Dr (a) Lucía Yépez
Director (a)
Instituto de Postgrado

ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señor(a) Director(a):

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado “Efectividad de una intervención basada en Mindfulness en personas adultas mayores con sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida” del/de la maestrante Aida Cecilia Placencia Galeano, de la Maestría en Psicología Clínica mención Psicoterapia, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Director/a	MSc. Guillermo Ernesto Yáñez Morán	
Asesor/a	MSc. Patricio Roberto Arias Benavides	

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	10
ABSTRACT.....	11
CAPITULO I	12
1. PROBLEMÁTICA.....	12
1.1. Planteamiento del problema.....	12
1.2. Antecedentes	15
1.3. Objetivos de la investigación	17
1.3.1 Objetivo general	17
1.3.2. Objetivos específicos	17
1.4. Justificación	18
CAPITULO II.....	20
2. MARCO TEÓRICO.....	20
2.3. Depresión	20
2.3.1 Breve recorrido histórico de la depresión.....	20
2.3.4. Depresión en adultos mayores.....	27
2.4. Satisfacción con la vida	30
2.5. Mindfulness	36
2.6 Marco Legal.....	40
2.7. Análisis estadístico	42
CAPITULO III.....	44
3. METODOLOGÍA	44
3.1 Diseño y tipo de investigación.....	44
3.2 Enfoque de investigación.....	44
3.3. Población y muestra.....	44
3.4. Procedimiento de la investigación cuasi experimental	46

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de información	48
3.6. Análisis de datos	49
CAPITULO III.....	51
4. RESULTADOS.....	51
4.3. Resultados comparación de grupos control y experimental	51
5. Discusión	57
6. Alcance	59
7. Limitaciones	59
CONCLUSIONES	60
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS	73
Anexo 1. Consentimiento Informado	73
Anexo 2. Cuestionario sociodemográfico	74
Anexo 3. Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15).....	76
Anexo 4. Escala de Satisfacción con la Vida (WSLS)	78
Anexo 5. Protocolo de Intervención	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Descripción de los grupos	523
Tabla 2 Prueba de normalidad Shapiro-Wilk	533
Tabla 3 Prueba <i>U</i> de Mann Whitney	54
Tabla 4 Prueba <i>d</i> de Cohen.....	544
Tabla 5 Comparación intragrupo de las variables pre y post test mediante la prueba ANOVA.....	55
Tabla 6 Comparación de resultados.....	56

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tipos de depresión	24
Figura 2. Criterios para establecer los niveles de satisfacción	32
Figura 3. Criterios para establecer los niveles de satisfacción	33
Figura 4. Satisfacción con la vida desde el área social en adultos mayores.....	34
Figura 5. Beneficios del mindfulness en adultos mayores	39
Figura 6. Localización del Centro Diurno el Adulto Mayor de Urucuquí	45
Figura 7. Proceso de investigación.....	46
Figura 8. Proceso de recolección de datos en los grupos de control y experimental	47
Figura 9. Mapa de aleatorización	51

RESUMEN

La depresión geriátrica genera sufrimiento que interfiere en el bienestar de los adultos mayores contribuyendo a la disminución de la calidad de vida. Por ello, el presente trabajo tiene por objetivo determinar la efectividad de la intervención basada en *mindfulness* en personas adultas mayores con sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida. Para ello se tomó una población de 60 adultos mayores pertenecientes al Centro Diurno del Adulto Mayor de Urucuquí, ubicado en la Provincia de Imbabura en el cantón San Miguel de Urucuquí. Posteriormente se los dividió en dos grupos un control (n=30) y un experimental (n=30). Los resultados fueron analizados en el programa IBM SPSS mediante la prueba estadísticas Shapiro-Wilk la cual resultó ser no paramétrica, para lo que para dar cumplimiento a los objetivos del presente estudio se utilizó la prueba *d* de Cohen dándonos como resultado tras medir la GDS-15 se evidenció en el pretest una diferencia de medias intergrupales (0,083) con un tamaño de efecto pequeño y en el post test (0,771) un tamaño de efecto moderado. En tanto a la SWLS existió un tamaño de efecto pequeño (0.547) en el pre test intergrupales, caso contrario en el post test, se evidencio un tamaño de efecto grande (1,261). En lo referente a la prueba U de Mann-Whitney se observó que en el post test existen diferencias de medias significativas en los dos test aplicados. Por lo que se puede inferir que la intervención de *mindfulness* contribuye a la disminución de síntomas de depresión moderados y severos. En cuanto a la satisfacción con la vida, incrementa a tal punto que los adultos mayores evidencian estar muy satisfechos con su vida.

Palabras clave: mindfulness, depresión, satisfacción con la vida, adultos mayores

ABSTRACT

Geriatric depression generates suffering that interferes with the well-being of older adults, contributing to a decrease in quality of life. For this reason, the present work aims to determine the effectiveness of the intervention based on mindfulness in older adults with depressive symptoms and satisfaction with life. For this, a population of sixty older adults belonging to the Day Center for the Elderly of Urcuquí, located in the Province of Imbabura in the canton of San Miguel de Urcuquí, was taken. Subsequently, they were divided into two groups: a control (n=30) and an experimental group (n=30). The results were analyzed in the IMB SPSS program using the Shapiro-Wilk statistical test, which turned out to be non-parametric, for which Cohen's d test was used to fulfill the objectives of this study, giving us as a result after measuring the GDS- 15 showed an intergroup mean difference in the pretest (0.083) with a small effect size and a moderate effect size in the post test (0.771). While in the SWLS there was a small effect size (0.547) in the pre intergroup test, otherwise in the post test, a large effect size (1.261) was evidenced. Regarding the Mann-Whitney U test, it was observed that in the post test there are significant mean differences in the two tests applied. Therefore, it can be inferred that the mindfulness intervention contributes to the reduction of moderate and severe depression symptoms. Regarding satisfaction with life, it increases to the point that older adults show that they are very satisfied with their lives.

Keywords: mindfulness, depression, life satisfaction, older adults

CAPITULO I

1. PROBLEMÁTICA

1.1. Planteamiento del problema

Una de las problemáticas que se evidencia en los pacientes que presentan depresión de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2017) es la normalización de los síntomas. En concordancia con Fernandez-Daza y Martín Carbonell (2019) las cuales mencionan que la normalización de la depresión en personas adultas mayores se confunde como un estado normal del proceso de envejecimiento de este grupo etario, lo cual es un agravante hacia su estilo de vida y además contribuye a una disminución de su salud mental.

Lo anterior influye en el aumento de casos que presentan la patología. En caso de los adultos mayores, Pastorino (2019) indica que la depresión es aceptada por los familiares y los profesionales de salud, puesto que consideran a la patología como una condición inherente.

Según Calderón (2018) la prevalencia de síntomas depresivos en la población adulta mayor en la región Latinoamericana en general, y en Ecuador en particular, es elevada, por lo que se concibe como un problema de salud pública. Para Pintado y Castillo (2016) la depresión es una disfunción mental incapacitante, con un coste económico elevado y sufrimiento preocupante en comparación con cualquier otro padecimiento de salud mental. Por tanto, se infiere que la depresión constituye no solo un problema psicológico, sino económico, debido al costo que implica para el sistema de salud (Ozamiz et al., 2020).

En Ecuador, Aleaga (2018) señala que existe cerca de 987.279 personas de 65 años, en total representan el 7,27% de la población, donde el 50% presenta algún tipo de discapacidad o vive en la pobreza extrema, estas cifras incentivaron a que el estado direccionara políticas públicas para la atención y rehabilitación, no obstante, al comparar las acciones frente a las necesidades del grupo etario resulta escaso, en especial la atención de la salud mental.

Desde la concepción de Arias (2021) ante la insatisfacción de necesidades emocionales las cuales se vinculan con cinco categorías como son pertinencia, autonomía, libertad para la expresión de emociones-deseos, espontaneidad y autocontrol. Al vincular con el entorno de un adulto mayor, se estima la presencia de la frustración que altera la

estabilidad del individuo; en consecuencia, se incrementa la percepción de inseguridad, al igual que las expectativas sobre posibles abusos que genera un estado de desconfianza y aislamiento social.

Bajo este contexto, se identifica el problema de investigación que versa en la falta de programas y políticas que contribuyan a mejorar la salud mental de los adultos mayores, a pesar de que existen indicios de la prevalencia de sintomatología depresiva. De tal manera, que resulta pertinente la investigación debido a que la intervención basada en mindfulness constituye una estrategia para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, dado que se plantea como método para incrementar el bienestar psicológico mejorando la capacidad de regular eventos estresantes, en especial a nivel de significado vital (Cebolla et al., 2017).

Al referir sobre los problemas que afectan la calidad de vida (en adelante la CV) en las personas adultas mayores Besdine (2019) expresa que en gran medida los profesionales sanitarios a cargo del cuidado de este grupo etario no suelen enfatizar la importancia del bienestar integral en la aplicación de tratamiento terapéutico, de manera que, la presencia de síntomas físicos como dolor, cuadros de ansiedad y la alteración de capacidades que se ejecutan en la cotidianidad dan como resultado la disminución del estado funcional. Lo que permite visualizar que la calidad de vida en personas adultas mayores requiere de tiempo y un acercamiento empático a la vez que de larga duración el cual permita recabar información precisa.

Al respecto, Troncoso (2019) sostiene que el fortalecimiento de la calidad de vida es importante, puesto que mientras se incrementa la edad la percepción sobre la vida misma se torna más nociva. Junto a ello, el deterioro cognitivo que se presenta con el envejecimiento sin la intervención de ejercicios prácticos y la aplicación de un lenguaje propositivo no contribuye al bienestar de los adultos mayores; por ende, se precisa la importancia de implementar programas de intervención y asistencia psicológica.

En este sentido Sánchez (2011) señala que los efectos que presenta mindfulness están relacionados con el sentimiento de satisfacción total de la persona, lo cual le sirve de apoyo para conectar con el presente, el aquí y el ahora, y por ende le convierte en una herramienta para considerar y estudiar. A todo ello, Sansó et al. (2018) aplicó la terapia de psicología positiva con base al mindfulness en un grupo de personas mayores, los

resultados demostraron una mejora notable en los niveles de autoconsciencia, autocompasión y la disminución de estrés.

Al respecto, Franco (2017) sostiene que la aplicación de mindfulness reduce la depresión geriátrica, así como las condiciones preocupantes, evidenciando la efectividad de esta técnica de atención o consciencia plena, la cual permite mitigar la exacerbación de sintomatología depresiva en este grupo etario. De igual manera, Yagüe et al. (2016) consideran que la técnica de meditación apoya a las personas de la tercera edad, ofreciendo una alternativa a las técnicas convencionales de tratamiento psicológico en la depresión geriátrica, mejorando la calidad de vida de las personas.

Donoso et al. (2017) expresan que el manejo del estrés se logra con la intervención de mindfulness o atención plena, el cual permite fortalecer aptitudes personales, en este contexto la intervención psicológica se centra en la habilidad para centrarse en la situación actual y enfrentar a pensamientos-situaciones negativas. Para ello, la atención se presenta con una actitud de aceptación sin juzgar el momento como resultado de la práctica formal de meditación o programas de reducción de estrés.

En palabras de Salcido et al. (2021) estiman que la depresión afecta a más de 300 millones de personas alrededor del mundo, en el caso de personas adultas mayores se relaciona con la auto conservación y la percepción de la sensación de abandono con lo que se complica el grado de apatía y la dificultad en la concentración. Entonces, se plantean dos tratamientos el primero denominado *mindfulness-based Stress Reduction* (MBSR) y el segundo como *mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT) en tales condiciones la eficacia responde como un tratamiento habitual, en tanto que la otra implica la prevención de recaídas.

Con base a lo expuesto surge la presente investigación que tiene como objetivo evaluar la eficacia de mindfulness en la disminución de la depresión e incremento de la satisfacción con la vida de adultos mayores, para ello se recurre a una muestra de adultos mayores que asisten al Centro Diurno del Adulto Mayor de Urcuquí, ubicado en la Provincia de Imbabura en el cantón San Miguel de Urcuquí, a quienes se dividió en dos grupos: experimental y control, a los primeros se aplicará la intervención basada en mindfulness; mientras que los segundos solo se aplicarán los instrumentos para efectos de comparación.

Para ello se toma en consideración una intervención basada en mindfulness para llevar a cabo en personas adultas mayores que presentan sintomatología depresiva, de esta manera resulta pertinente una aproximación a diversos programas de intervención que denotan la eficacia de la intervención a favor de la reducción de la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida. Esto hace alusión a las dimensiones que se pueden trabajar en beneficio de la percepción con respecto a la calidad de vida.

Al respecto de la autocompasión como dimensión de intervención en mindfulness, Araya y Moncada (2016) lo define como el sentimiento de conmiseración-lástima que se tiene hacia quienes sufren desgracia, a modo de reflexión interna, responde al trato que se da un individuo sobre el mismo a pesar de fallos-errores. Sin embargo, esta condición no se presenta a nivel de los adultos mayores quienes debido al pasar del tiempo presenta un descenso en la noción sobre sí mismos. De manera que la intervención con la atención plena busca reducir el aislamiento y mejorar el juicio hacia uno mismo con la aceptación de emociones y sensaciones individuales.

1.2. Antecedentes

Para la intervención y conocimiento de la situación en cuanto a salud mental de las personas adultas mayores, se tomó como variable la satisfacción en relación con la vida, para lo cual Dinner et al. (1985) propusieron la *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) que será aplicada en los sujetos mayores. El instrumento se validó en este contexto, según un estudio realizado por la Universidad Católica Santiago de Guayaquil – Ecuador por Schnettler et al. (2017).

Del mismo modo, la escala de satisfacción con la vida Arias y García (2018) validaron estadísticamente las propiedades psicométricas del instrumento anterior con la aplicación en ecuatorianos adultos, la cual consta de cinco ítems que se responden en una escala Likert sobre la satisfacción con la vida donde 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo. El resultado del análisis de los beneficios psicométricos de SWLS determinaron un coeficiente de Mardia de 27.62 y una consistencia interna de la herramienta a través del alfa de Cronbach, así se obtuvo valores adecuados de ($\alpha = 0.81$), el rango de correlación ítem total corregida está entre 0.50 y 0.70

En tal sentido, en Ecuador no se contaba con investigaciones acerca de la validación sobre la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15), que será utilizada para medir las variables a trabajar en el presente análisis, como técnica para recolectar datos.

Los estudios considerados tratan de la investigación realizada por Gómez y Campo (2011) en Colombia; sin embargo, sirven de apoyo para el Ecuador; donde el objetivo fue determinar la consistencia interna y explorar la estructura factorial de constructo de la escala GDS-15, con ello examinar las propiedades básicas en la versión de 5 ítems, con el fin de diferenciar si la depresión es mayor en personas adultas mayores de 60 años de centros de asistencia integral ambulatoria.

En la investigación de Gómez y Campo (2011), participaron 204 adultos mayores, de ellos aplicando la muestra quedaron 105 adultos mayores de 60 años que forman parte de cinco centros comunitarios de asistencia integral ambulatoria de Cartagena, Colombia, sin importar el nivel de alfabetismo. Excluyeron a 93 evaluados por presentar deterioro cognoscitivo determinado por el Examen Mental Abreviado (mini mental) y en 6 casos no fue posible complementar la GDS-15, después de la evaluación inicial.

El instrumento denominado mini mental, se utilizó para los adultos colombianos y tuvieron resultados donde el punto de corte para deterioro cognoscitivo está entre 26 y 22 puntos, según la escolaridad y la edad de la persona evaluada (Rosselli et al., 2000). Además, la GDS consta de 15 ítems con un patrón de respuesta dicotómico, es decir, sí o no; y sirve para investigar síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor sufrido durante los últimos 15 días, este excluye los síntomas depresivos somáticos por altas prevalencias en adultos mayores, que podrían limitar la validez del cuestionario.

Los resultados que se encontraron en la investigación de la escala GDS-15, fueron dos: la desesperanza y estado deprimido, que explicaban el 37.1% de la varianza total. Mostraron consistencia interna de 0.78 de la fórmula 20 de Kuder y Richardson, que equivale al coeficiente alfa de Cronbach. La prueba de esfericidad de Bartlett mostró que $\chi^2 = 390.8$; $gl = 105$; $p < 0.001$. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin tuvo un coeficiente de 0.70. Por lo que la confiabilidad del constructo fue de 0.87.

De forma semejante en nuestro contexto ecuatoriano Erazo et al. (2020) realizan la evaluación de la validez de la consistencia interna de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS Versión de 15 ítems) en Adultos Mayores Ecuatorianos y para referencia del presente trabajo en donde cuyos resultados sobre la consistencia interna y la estructura factorial se evaluaron a través de la fórmula Kuder Richardson 20 y Análisis Factorial Confirmatorio.

Este estudio de corte transversal donde participaron 211 sujetos de entre 65 a 95 años (media = 77,8, DE = 8,2). El porcentaje de hombres en el estudio fue del 53,6% (113). La puntuación media de la escala GDS-15 fue de 6,11 y SD de 3,1. El porcentaje de sujetos con depresión fue el 55,0%. En donde la consistencia interna total de Kuder Richardson fue de 0,73 lo que revela una buena consistencia interna de los ítems, por lo que se valida la presente escala para el tamizaje de depresión en personas adultas mayores en la población Ecuatoriana (Erazo et al., 2020).

Finalmente, la investigación concluye que la escala GDS-15 muestra aceptable consistencia interna, alta confiabilidad de constructo y una solución factorial limitada. Hay que considerar la necesidad de diseñar intervenciones enfocadas a trabajar con el regulamiento emocional de la depresión en personas adultas mayores y los beneficios que aporta la incorporación de técnicas de mindfulness (Cebolla et al., 2017). Mindfulness cuenta con técnicas desde el punto de vista del budismo, como el desarrollo de la compasión y la autocompasión que implica estar en contacto con el sufrimiento, además incorpora la motivación por aliviar el dolor de los demás. Incluye el componente activo de buscar alivio al sufrimiento e incrementar el bienestar, en este contexto la autocompasión debe dirigirse a la misma persona con aspectos concernientes a la compasión (Muñoz et al., 2017).

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la efectividad de una intervención basada en mindfulness en personas adultas mayores con sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida.

1.3.2. Objetivos específicos

- Fundamentar teóricamente un plan de intervención basado en técnicas de mindfulness, dirigido a personas adultas mayores con sintomatología depresiva.
- Evaluar mediante pretest Escala de Depresión Geriátrica GDS-15 el nivel de depresión que presenta la muestra de participantes.
- Aplicar una intervención basada en mindfulness durante 7 semanas a participantes que presenten depresión en el pretest.
- Evaluar el nivel de depresión que presenta la muestra post intervención en mindfulness mediante Escala de Depresión Geriátrica GDS-15.

- Evaluar mediante pre y post intervención el nivel de satisfacción con la vida mediante la Escala Satisfaction with Life Scale (SWLS) para personas adultas mayores validada en nuestro contexto.
- Comparar los resultados de las evaluaciones aplicadas antes y después de la intervención basada en mindfulness.

1.4. Justificación

De acuerdo con Calderón (2018) la depresión es un trastorno neuro-psiquiátrico frecuente en el adulto mayor el cual tiene un impacto negativo sobre la calidad de vida y el bienestar integral de las personas. Implica factores de riesgo como conductas e ideas suicidas, trastornos mentales-adicciones, enfermedades físicas, falta de apoyo vital, eventos vitales estresantes y déficit funcional. Al problema se suman manifestaciones psicológicas por aislamiento social y confinamiento a causa del COVID-19.

Sureima et al. (2020) sostiene que la pandemia fue un hecho inesperado que impactó sobre la salud mental de las personas. Argumenta que el 50,2% de adultos mayores tuvo alteraciones depresivas durante el confinamiento, mientras que el 83,1% mostró síntomas de estrés, ansiedad un 87,6%. Manifiesta que las medidas establecidas por el Gobierno para evitar contagios, repercute en la salud mental de los sujetos de avanzada edad. Por tal razón, es importante investigar la situación actual de la depresión en adultos mayores y posibles formas de prevención.

La investigación se justifica en el marco social, académico y profesional al fomentar mayor atención, conciencia sobre el tema expuesto. En primera instancia, el estudio es importante a nivel social, puesto que contribuye con la propuesta innovadora promoviendo el uso de psicología positiva como estrategia preventiva del trastorno depresivo en ancianos, con ello se busca contribuir con la sociedad en la disminución de las tasas de depresión que se encontraron en el estudio de Aleaga (2018). La depresión influye en la calidad de vida, por ende, el mejoramiento en las medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento tanto para las personas adultas mayores como los familiares es imprescindible. Rawtaer (2015) mencionó que existen cambios psicosociales positivos en las puntuaciones de depresión y ansiedad tras llevar a cabo un programa de intervención basada en las estrategias de mindfulness.

Williams y Teasdale (2015) señalan que mindfulness sirve de apoyo para tratamientos psicológicos, puesto que los resultados revelan mejoras en las habilidades

cognitivas, de forma que se logra manejar mejor el malestar emocional y comportamientos desadaptativos que presentan las personas de la tercera edad. Lee et al. (2019) plantea que los enfoques de intervención basados en mindfulness son útiles para tratar y reducir sintomatología depresiva. Además, la técnica implica el fomento de la conciencia en experiencias estresantes, cambiar la atención y procesos de pensamiento hacia respuestas efectivas. Los resultados reportados por Ivtzan et al. (2016), evidencian la eficacia de la implementación del programa de mindfulness positivo, puesto que después de la evaluación posterior se detectaron mejoras en el bienestar de las personas, para ello se desarrollaron actividades como videos, meditaciones, acciones de gratitud, autocompasión, autoeficacia, significado y autonomía. Con ello queda claro que este proceso es efectivo en el trato de depresión de adultos mayores.

A modo de síntesis, la intervención de mindfulness contribuye a la disminución de síntomas de depresión porque contribuye a que el individuo regule la atención focalizada, donde cambia la percepción y se enfoca en pensamientos positivos que a su vez estimula la autorregulación emocional, con ello evita que la mente divague y se conecte con la realidad que tienen en el presente desde una perspectiva positiva, lo que hace que la satisfacción con la vida incremente (Badenes & Austín Berta, 2021). Con la finalidad de cumplir con los objetivos planteados la investigación se estructura de la siguiente manera en cuatro capítulos, a modo de introducción en el capítulo primero se determina la problemática a analizar, en el segundo se presenta un marco referencial y metodología, en el tercero se presentan los principales resultados que permitieron plantear las conclusiones.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.3. Depresión

2.3.1 Breve recorrido histórico de la depresión

A lo largo de la historia según Jackson (1986) la depresión ha sido uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos que se conoce, inicialmente el término “melancolía” tiene su origen en Hipócrates de la cultura griega clásica, quien la relacionó basado en su teoría humoral para la descripción de los cuatro temperamentos y su relación con la salud-enfermedad, dando a entender que si el miedo y la tristeza se prolongaban era melancolía, este pensamiento continuó usándose hasta los siglos XV y XVII.

En la época medieval la definición de depresión viene del aporte de la religión y la filosofía; en donde para la religión, la melancolía tenía una concepción estrictamente moral que reñía con la experiencia alienada del enfermo, mientras que para la filosofía la melancolía se trataba de alienación mental que nada tenía que ver con el cuerpo, y que incapacitaba a las personas para el ejercicio de las funciones racionales (Benevides E., 2017).

Chinchilla Moreno (2011) menciona que desde los años 60 el estrés es uno de los principales factores que hacen que se desarrollen trastornos en el sistema inmunológico, lo cual se ha probado aunque de manera no concluyente que contribuyen en gran medida a la aparición de enfermedades cardiovasculares, enfermedades infecciosas, enfermedades autoinmunes, diabetes y cáncer; en donde el diagnóstico de diabetes duplica la posibilidad de sufrir depresión, el 70% de pacientes con enfermedades autoinmunes experimentan depresión, entre el 15 y 25% de pacientes con cáncer experimentan depresión, en relación con el 9% en la población en general.

En este sentido Luyten (2007) señala que la depresión se considera como un trastorno complejo, etiológicamente multideterminado y clínicamente heterogéneo, el cual posee manifestaciones psicopatológicas que se relacionan con la personalidad y que depende en gran medida de la interacción entre factores genéticos y ambientales a lo largo del ciclo de vida de una persona.

Actualmente los factores culturales y neurobiológicos contemplan la evolución del concepto depresión, en donde adquieren especial relevancia, puesto que en las últimas

décadas estos factores contribuyen con las evidencias para su comprensión clínica, su sistematización, su clasificación, su prevención y tratamiento (Chinchilla Moreno, 2011).

Es importante diferenciar los trastornos de ánimo como enfermedades de las reacciones vivenciales anormales y de los problemas afectivos de la vida cotidiana en donde dos fenómenos psicopatológicos subyacen en cada una de estas condiciones por un lado el estado de ánimo o humor duradero en el tiempo y por otra los sentimientos (Peralta Martín & Cuesta, 2002).

Tal y como ha evolucionado la patologización de la depresión en la actualidad contamos con manuales clínicos de diagnóstico como lo son el DSM-5 y CIE-10. En este sentido el DSM-5 de la American Psychiatric Association (APA) (2014) lo denomina como desregulación disruptiva del estado de ánimo y los subdivide en trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premestruar, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado.

Sin embargo el CIE-10 lo denomina como episodio depresivo y no trastorno depresivo, por lo cual la incluye dentro de Trastornos del Humor (afectivos) y donde el episodio depresivo puede clasificarse como leve, moderado y grave. Y lo define como estado de ánimo bajo, reducción de energía y disminución de la actividad en donde la capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, sueño alterado, apetito disminuido, autoestima y confianza reducida en donde a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad (World Health Organization, 2000).

2.3.2 Definición

La palabra depresión proviene del latín “depressio”, “depressionis” que refiere al hundimiento, ya sea de la zona de un terreno o al hundimiento en un sentido moral. Está compuesta por el prefijo “De” que indica decaimiento o prohibición y “pressus” que significa apretado, hundido, comprimido, proveniente del verbo “premere”, referente a presionar, oprimir. Se acompaña del sufijo “sio” que convierte la palabra acción y efecto (Ahunchain, 2020).

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida de interés, además incluye una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento. La etiología de la depresión es compleja puesto

que puede tener un origen genético, fisiológico u hormonal o ser provocado por condiciones de estrés, factores psicológicos y sociales (Pérez et al., 2017)

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) menciona que la depresión es una enfermedad común pero grave que genera cambios en la vida diaria de las personas quienes la padecen, puesto que afecta la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida, dicha enfermedad es causada por una combinación de factores psicológicos ambientales, biológicos y genéticos.

Así mismo, Arrarás y Manrique (2019) señala que la depresión se entiende como un síntoma (con el significado en general de presentar un ánimo bajo), una reacción emocional hacia un problema (como la presencia de una enfermedad) o como un grupo de trastorno de diferente gravedad (con diferentes niveles de intensidad en las personas).

Por su parte, Cavieres y López (2021) define a la depresión como un conjunto de manifestaciones que se presentan de manera conjunta y que provocan un malestar o deterioro no permite discriminar respecto de una serie de circunstancias que provocan sufrimiento, pero no parecen requerir atención médica.

La depresión es un conjunto de síntomas observables, entre los cuales el más importante es un humor anormalmente triste, la depresión es un trastorno del humor, es decir, un trastorno del estado emocional, en otras palabras, la depresión es una tristeza anormal provocada por una amarga desilusión (Nasio, 2022).

2.3.3. Modelos teóricos explicativos de la depresión

En el presente apartado se abordan los principales modelos teóricos explicativos de la depresión:

- **Modelo Beck**

El inventario de depresión de Beck es un instrumento específico y más utilizado para medir la depresión el cual consta de 21 ítems que miden dos dimensiones de la depresión en escala de cuatro opciones que va de 0 a 3 puntos, sin embargo, para su aplicación es necesario que los evaluados tengan una edad mínima de 13 años (Sánchez y Farfán, 2019).

Por su parte Díaz y González (2019) menciona que el inventario de depresión de Beck surgió como una propuesta para valorar la gravedad de los síntomas de ansiedad de unas personas y discriminar entre los síntomas de ansiedad y depresión. La estructura

factorial obtenida fue de dos dimensiones: una compuesta por síntomas somáticos y la otra de por los síntomas subjetivos de ansiedad vinculadas con el trastorno de pánico.

- **Modelo cognitivo – conductual**

Uno de los objetivos de modelo cognitivo conductual es que el paciente se vuelva su propio terapeuta después del proceso psicoterapéutico (Habigzang et al., 2019). Así mismo, Puerta y Padilla (2016) menciona que los objetivos de la terapia cognitivo conductual son:

- Disminuir el pensamiento disfuncional
- Incrementar las habilidades de autocontrol
- Optimizar la capacidad de resolución de problemas
- Mejorar las tasas de reforzamiento positivo y aumentar las habilidades sociales/interpersonales

- **Modelo de Spielberger**

Según Martino (2020) el modelo de Spielberger asume una secuencia ordenada de eventos que inicia con la presencia de un estímulo (estrés) externo o interno, el cual es valorado de manera cognitiva como potencialmente peligroso, proceso que depende de las diferencias individuales, como resultado se evoca una reacción conductual a favor de evitar la situación amenazante o bien puede provocar una reacción defensiva con la intención de modificar la valoración cognitiva de la situación.

2.3.3.1. Tipos de depresión

Corea (2021) alude que la depresión es un trastorno con relación al estado de ánimo donde la principal característica está vinculada a una alteración del humor. Esta enfermedad es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Según su temporalidad y origen sistemático tiene una clasificación particular, de esta manera se diferencian tres tipos de depresión como el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos bipolares, como indica la figura 1.

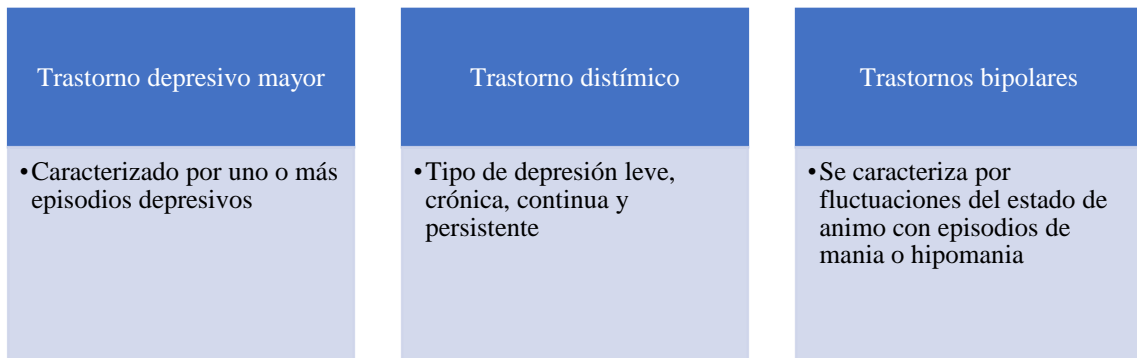


Figura 1. *Tipos de depresión*

Fuente: Adaptado de Corea (2021)

De acuerdo con la figura 1, el trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos, es una de las enfermedades psiquiátricas más comunes de la población donde las personas presentan irregularidades del afecto y estado de ánimo, pero también por anormalidades cognitivas, alteraciones en el apetito, fatiga y sueño, convirtiendo a la enfermedad en sistémica y multifactorial (Restrepo et al., 2017).

De acuerdo con Goena y Molero (2019) el trastorno distímico es un tipo de depresión leve, crónica, continua y persistente, las personas que padecen de esta enfermedad tienen depresión doble, puesto que suelen experimentar altos y bajos dentro de un estado melancólico y apático generalizado, provocado por factores psicológicos y emocionales.

En cuanto a los trastornos bipolares, es una enfermedad psiquiátrica grave que se caracteriza por fluctuaciones del estado de ánimo con episodios depresivos que se alteran con actitudes de manía o hipomanía. Dicha enfermedad tiene repercusiones severas en el funcionamiento académico, laboral, social y familiar (Ramirez et al., 2020).

La depresión puede asociarse con diferentes afecciones médicas de manera especial con patologías graves como una reacción psicológica ante un evento, de igual manera se vinculan con patologías respiratorias, cardiovasculares, neurológicas como demencias, epilepsias, esclerosis múltiple, enfermedad de párkinson, así como también el VIH-SIDA y endocrinológicas como el hipotiroidismo, la enfermedad de Addison, Cushing e hipoglucemia. Por otro lado, la depresión también se ha relacionado con el uso de medicamentos como analgésicos que alteran el estado emocional de las personas (Vergel y Barrera, 2021).

2.3.3.2. Factores de riesgo de la depresión

Entre los factores asociados con los síntomas y/o riesgo de depresión están los problemas psicosociales, relacionados con el estado de salud físico y en las relaciones familiares e interpersonales; otros elementos también influyen en las personas como la poca cohesión familiar, los ingresos suficientes y la poca satisfacción con los logros alcanzados, son factores percibidos como desfavorables en la medida de que aumentan la gravedad de la depresión (Agudelo et al., 2016).

Por su parte, Borja et al. (2019) mencionan que los factores de riesgo están vinculados a los familiares, puesto que el contexto familiar en el cual se encuentre una persona juega un papel importante en el desarrollo de la depresión, otros factores de riesgo asociados a la depresión esta las formas de abuso, como el físico, emocional y sexual, así mismo la negligencia en la atención, como eventos negativos en la vida. En cuanto a los factores ambientales, la depresión en los sujetos está vinculado a la existencia de conflictos interpersonales y al rechazo por parte de los diferentes miembros de la sociedad, lo cual incrementa los problemas de relación social.

Los factores individuales también influyen en la depresión de las personas como el sexo, puesto que estos trastornos son más frecuentes en mujeres, por otro lado, los factores psicológicos están asociados al temperamento de las personas que cuenta con una base genética/biológica, aunque la experiencia y el aprendizaje influyen en el desarrollo y expresión de este.

En este sentido, Swaby et al. (2018) señala que los factores biológicos como sociales tienen un rol importante como causantes de la depresión, puesto que están relacionados con un desbalance químico de sustancias denominadas neurotransmisoras, que transmite las señales entre las células nerviosas y el cerebro, donde los medicamentos antidepresivos ayudan a corregir este desbalance. Bajo este contexto las dificultades de la vida también contribuyen a caer en depresión como son la falta de relaciones con los demás, estrés laboral, frustraciones o separación de seres queridos como la muerte o la ausencia. Otros factores que pueden asociarse con la depresión son las enfermedades que presentan dolores crónicos, cáncer ataques, factores genéticos (la depresión puede transmitirse en la familia), medicamentos como esteroides y otros para la hipertensión, por último, el abuso de alcohol y otras sustancias.

2.3.3.3. Signos y síntomas característicos de la depresión

De acuerdo con Piñar et al. (2020) mencionan que entre los principales síntomas que puede padecer una persona que sufre depresión están los siguientes:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
- Disminución del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, tomar decisiones casi todos los días.
- Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado.

Por su parte, Copara et al. (2021) aluden que la depresión se caracteriza por la confluencia de síntomas predominantes afectivos como tristeza, apatía, desesperanza, decaimiento irritabilidad, disminución de energía, pérdida de interés y placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, sensación subjetiva de malestar e impotencias durante las exigencias de la vida, desencadenando este trastorno en el ámbito psíquico y físico. Bajo este contexto, se establece niveles de gravedad en los episodios depresivos:

- Leve, el paciente manifiesta tensión, pero está apto para realizar las actividades habituales.
- Moderado, el individuo tiene dificultades considerables para desarrollar las actividades ordinarias.
- Grave, los síntomas se presentan de forma marcada y en sus expresiones más extremas: como pérdida de autoestima, culpa, ideas suicidas, etc.

Así mismo, el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014) menciona que los síntomas de la depresión pueden variar de una persona a otra pero que entre los síntomas más importantes están:

- Ánimo bajo, tristeza y sentimientos de desesperanza.
- Pérdida de interés por las actividades con las que antes disfrutaba realizar o reducción del placer.
- Irritabilidad, se enfada de manera fácil.
- Ansiedad.
- Ganas de llorar sin motivo aparente.
- Pérdida de energía o cansancio.
- Problemas de sueño.
- Cambios en el apetito, que conducen a un aumento o reducción de peso.
- Dificultad para concentrarse o problemas de memoria.
- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Pensamientos negativos, excesivas críticas hacia uno mismo.
- Deseos de muerte o ideas de suicidio.

2.3.4. Depresión en adultos mayores

Existe una elevada prevalencia de enfermedades mentales en las personas adultas mayores las cuales suponen un importante problema de salud. La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre este grupo etario de personas, dado que el envejecimiento puede afectar de forma variable la cognición, memoria, inteligencia, personalidad y conducta. Bajo este contexto, la depresión de los adultos mayores es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento, con frecuencia no se reconoce y tampoco se brinda un tratamiento (González et al., 2018).

Según Calderón (2018) la depresión en los ancianos tiene características especiales pues las personas mayores de 65 años tienen factores propios como: las enfermedades que padecen, el entorno en el que viven, situación social e incluso algunos factores demográficos como trabajo, lugar de residencia o estado civil. La soledad predispone a depresión en mujeres u hombres.

Así mismo, De los Santos y Carmona (2018) alude que la depresión en la vejez es una enfermedad que tiene como principal causa de sufrimiento en los adultos mayores y con la que se relaciona de manera directa a la disminución de su calidad de vida, en otras palabras, la depresión en la vejez es el cúmulo de pérdidas que enfrentan las personas conforme van envejeciendo, como biológicas, físicas, funcionales, cognitivas, económicas, sociales y emocionales.

La depresión en personas adultas mayores forma parte de un problema importante de salud, dado que se considera como una de las enfermedades psiquiátricas más frecuente y que se vincula al sufrimiento padecido por los ancianos en donde la prevalencia de depresión en ancianos es del 13,5% a nivel mundial (Beekman et al., 2018).

2.3.4.1. Factores que predisponen síntomas depresivos en adultos mayores

Entre los principales factores de riesgos de depresión en adultos mayores está la comorbilidad, trastornos neurológicos, factores psicosociales, apoyo social y estresores de la vida (Molés et al., 2019).

Con relación a los factores de riesgo de la depresión en adultos mayores un estudio de Molés Julio et al. (2019) este predomina más en mujeres que en hombres, así mismo existe un mayor riesgo de depresión en zonas rurales, lo que implica que vivir en el área urbana es un símbolo de protección contra la depresión y los ancianos mayores de 75 años presentan riesgos de depresión esto por causa del estado civil, siendo los viudos quienes presentan mayor índice de depresión que los casados, lo cual influye en el alto nivel de desnutrición y falta de afecto.

Entre los principales factores asociados a la depresión en personas adultas mayores están las condiciones sociodemográficas como el sexo mujer edad avanzada, bajo nivel educativo, ingresos económicos reducidos, por otro lado, los factores psicosociales como el aislamiento, eventos estresantes (viudez, divorcio), inactividad, neurosis e insomnio; por último, los factores biológicos como problemas de salud como infarto al miocardio, diabetes, Alzheimer, Parkinson (Martina et al., 2017).

Por su parte, Calderón et al. (2021) mencionan que la depresión es la alteración multifactorial menor estudiada en el adulto mayor, donde la mayoría de los factores vinculados son modificables como: sexo, institucionalización cuidado de familiares y estado de dependencia, la soledad, reducción en la participación social, dependencia física.

De igual manera, Cardozo et al. (2017) refieren como factores de riesgo de depresión en adultos mayores se diferencia: el divorcio, vivir solo, viudez, ser mujer, nivel socioeconómico bajo, pacientes con enfermedades crónicas, personas que experimentan algún evento estresante en su vida, adultos mayores que no mantienen un contacto cercano y frecuente con sus familiares, personas que presentan abuso de sustancias como el alcohol.

2.3.4.2. Consecuencias de la depresión en adultos mayores

Entre los efectos de la depresión en personas de tercera edad está el deterioro de la calidad de vida, aumento de malestares físicos y reducción de la media de vida, por lo que una de las consecuencias de depresión en los ancianos está el inicio de una crisis negativa del pasado, en otras palabras, empiezan a recordar decisiones erradas del pasado y el deseo de querer dar marcha atrás y mejorar lo vivido, la baja autoestima suele ser un síntoma de las personas que padecen de esta enfermedad por falta de afecto y motivación en el momento (Guevara et al., 2020).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes sacarina. En este sentido, otros factores que pueden contribuir a la depresión es la vulneración en la que se encuentran como: el maltrato físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material, de igual manera sienten temor de ser abandonados, falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto, los datos indican que uno de cada diez ancianos sufre de maltrato.

Entre las consecuencias por depresión en adultos mayores está el suicidio, puesto que existe una mayor tasa de muerte por suicidio en ancianos en casi todos los países, entre las características del suicidio es que suelen visitar al médico antes de llevarlo a cabo, como una forma de mostrar incomodidad con su vida (Morales, 2021). Las consecuencias para los adultos mayores en caso de no ser diagnosticados a tiempo con depresión pueden ser devastadoras, puesto que pueden tener desequilibrios emocionales, mentales, que la mayoría de las veces puede terminar en muerte.

2.3.4.3. Síntomas de depresión en adultos mayores

La depresión en los ancianos se manifiesta como un estado de ánimo bajo, pérdida de interés en casi en todas las áreas y tareas cotidianas, con alteración del apetito y del sueño, agitación o actividad psicomotriz lenta, sentimientos de inutilidad, falta de concentración y en ocasiones con pensamientos suicidas, es decir, los adultos mayores manifiestan desde un ligero abatimiento hasta el estupor; en un nivel leve pueden reportar sentimientos de incapacidad, desaliento, inutilidad; cuando la depresión es profunda existe tensión, temor, preocupación y angustia. Los ancianos pueden presentar dolor corporal, insomnio, fatiga, dolor de cabeza, falta de apetito y a veces pensamientos suicidas (Soria et al., 2018).

Una de las dificultades al abordar la depresión en personas adultas mayores, no es el tratamiento sino el diagnóstico y la dificultad para llegar a él, puesto que diagnosticar la depresión requiere un seguimiento longitudinal para lograr una adecuada caracterización de los síntomas, sin embargo, varias veces solo es posible realizar diagnósticos retrospectivos cuando la depresión se encuentra en un estado avanzado, dicha enfermedad se vincula con la demencia, discapacidad o enfermedades crónicas (Morales, 2021).

Así mismo, National Institute of Mental Health (2017) menciona que la depresión en personas mayores puede pasar sin diagnosticarse o puede ser diagnosticada de manera errónea porque la tristeza no es un síntoma principal, bajo este contexto, la depresión cuenta con varios síntomas, incluso físicos, entre los principales están:

- Estado de ánimo constantemente triste o ansioso
- Sentirse vacío gran parte del tiempo
- Pérdida de interés o de placer en los pasatiempos y actividades
- Pesimismo o falta de esperanza
- Sentimiento de culpa, falta de autoestima e importancia
- Fatiga o tener menos energía, sentir que se mueve o habla de manera lenta
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles o tomar decisiones
- Problemas para dormir, incluyendo despertarse muy temprano o dormir demasiado
- Cambios en el apetito o peso, sin proponérselo
- Sentirse inquieto o irritable
- Dolores y molestias físicas, como dolor de cabeza, calambres o trastornos digestivos

2.4. Satisfacción con la vida

La satisfacción con la vida se vincula con el análisis de las cogniciones y los sentimientos que tienen las personas sobre sus vidas y de la forma en como la llevan, en otras palabras, se relaciona con los deseos de crecimiento y superación personal. Desde el punto de vista psicológico hace referencia al deseo interno de los sujetos por la auto aceptación, crecimiento como individuo, afrontamiento de las dificultades y la superación personal (Moreta et al., 2018).

De acuerdo con Vinaccia et al. (2019) la satisfacción con la vida es definida como un juicio global cognitivo de la propia vida, es la percepción personal del bienestar o felicidad, es decir, es la valoración de la vida en relación con los propios objetivos, expectativas o intereses mediados de manera directa por el contexto cultural en donde se habite.

Por su parte, Marques et al. (2018) la satisfacción con la vida es una evaluación cognitiva y global de la calidad de vida y bienestar de las personas, representa la evaluación que el individuo realiza de su satisfacción y su calidad de vida, para lo cual utiliza sus propios criterios.

El tema del bienestar psicológico y la satisfacción con la vida está vinculado con un campo de investigación más extenso y complejo como es la calidad de vida, en varios casos la satisfacción de la vida se considera un componente de la calidad de vida y en otros como indicador global de salud (Gutiérrez et al., 2019).

Desde la apreciación de Domínguez e Ibarra (2017) el enfoque del bienestar desde las corrientes psicológicas implica la implementación de cualidades positivas como parte del proceso de la preocupación por recuperar las fortalezas personales ante situaciones de conflicto o elementos estresores. Es sabido que este tipo de bienes implica la satisfacción con la vida desde el componente físico, mental y social, por consiguiente, resulta conveniente implementar mecanismos de control de emociones para el desarrollo armónico a nivel individual.

De tal manera que la implementación de estrategias de bienestar psicológico repercute de forma significativa en la forma de vida de las personas, debido a que reduce la prevalencia de los riesgos psicosociales. Dicho de otro modo, un individuo que presente niveles de insatisfacción con la vida, desde la perspectiva psicológica con las técnicas adecuadas tiene la posibilidad de mejorar las experiencias de vida como parte de la potenciación de capacidades personales (Cabrera et al., 2019).

2.3.4.4. Niveles de satisfacción con la vida

La determinación de los niveles de vida se concibe como el juicio individual sobre el proceder cotidiano a partir de diversas perspectivas en correlación con el control de emociones con una tendencia que implica un rango de total insatisfacción, neutro y total satisfacción (Vinaccia et al., 2019). Para ello se toma en consideración los siguientes criterios, expuesto en la figura 2.

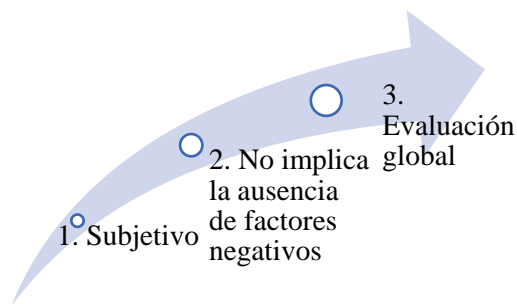


Figura 2. *Criterios para establecer los niveles de satisfacción*

Fuente: Adaptado de Vinaccia et al. (2019).

En virtud de lo expuesto en la figura 2, se plantea que el primer criterio para determinar los niveles de satisfacción implica un proceso subjetivo denominado como la percepción de los hechos que suceden en torno de la vida de una persona. Sin embargo, esta evaluación no conlleva la ausencia de elementos negativos, pues se trata de la capacidad para sobrellevar situaciones complejas. Bajo tales consideraciones, surge la evaluación global de la calidad de vida basados en expectativas propias.

Por consiguiente, es posible que el nivel de satisfacción sea alto con la plenitud de estado integral de la persona (físico, social y mental) que le provee de herramientas que promueven la plenitud personal, es decir que el riesgo de sufrir descomposiciones disminuye con la realización de actividades como el autocuidado y funcionamiento independiente (Meda et al., 2021).

En contraste, Mery et al. (2017) expresan que la presencia de cuadros de ansiedad y el temor a perder el control sobre eventos personales los cuales incrementan la probabilidad de presentar insatisfacción con la vida. De tal manera que la preponderancia de sentimientos-pensamientos negativos sobre aspectos positivos evidencian la necesidad de incorporar cambios para la mejora de la percepción de los hechos cotidianos.

2.3.4.5. Satisfacción con la vida en adultos mayores

La tercera edad se presenta como una etapa de vida en las que las necesidades ante la presencia de enfermedades limitan la satisfacción con la vida de este grupo etario. En el caso de presentar complicaciones de tipo cardiovascular, cáncer diabetes, demencia y condiciones de discapacidad da origen a la vejez patológica incrementando la fragilidad y necesidad de apoyo externo. La preocupación sobre los cuidados es un factor de riesgo que impide una longevidad satisfactoria, razón por la cual se insta a la inclusión de estrategias para mejorar la calidad de vida en adultos mayores (Villafuerte et al., 2017).

En palabras de Mikulic (2019) la satisfacción de la vida en el caso de los Adultos Mayores (AM) se fundamenta en constructos de inteligencia emocional con la valoración de los aspectos que generan satisfacción. A modo de reflexión, se busca establecer el ideal de la vida y contrastarlos con las condiciones de subsistencia actuales. A continuación, se detallan las dimensiones vinculadas con la satisfacción con la vida de los adultos mayores representado en la figura 3.

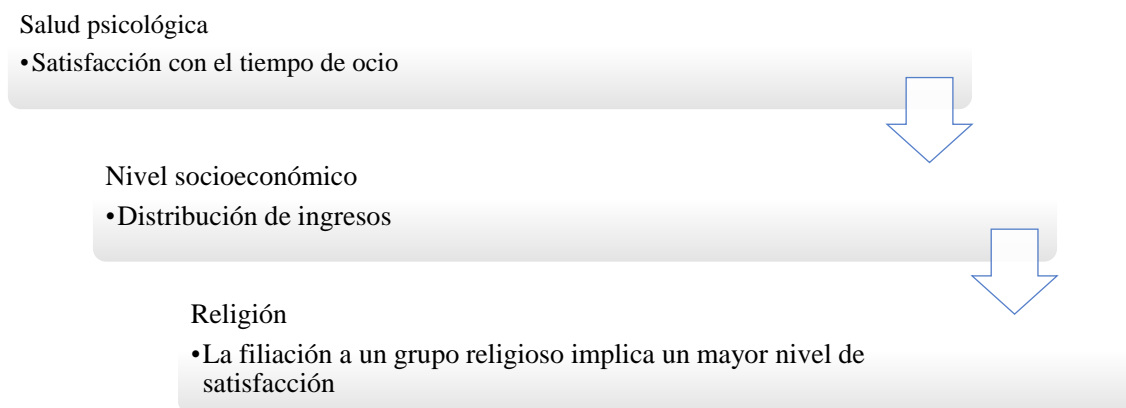


Figura 3. Criterios para establecer los niveles de satisfacción

Fuente: Adaptado de Salazar (2021)

La figura 3 presenta criterios con los cuales se fortalecen los niveles de satisfacción corresponde a la salud psicológica interpretada como la distribución del tiempo disponible de los AM que genera un estado activo y estable. Como segundo punto la generación de ingresos representa la capacidad para organizar ingresos económicos sin preocupaciones, pues la inestabilidad financiera sería un factor estresor en la vida de este segmento poblacional. En algunas ocasiones, la creencia en una religión incrementa la capacidad de respuesta ante la vejez como parte del ciclo de la vida.

2.3.4.5.1. Satisfacción con la vida por áreas en adultos mayores

Desde la percepción de Arévalo et al. (2021) sostiene que la satisfacción con la vida de las personas mayores se replica desde varias aristas, en sí depende de la capacidad de adaptación antes situaciones de conflictos sumadas al afecto del entorno. Por consiguiente, las familias como fuente de apoyo social se manifiestan en el apoyo que los hijos o familiares cercanos brindan a los AM, con ello se fortalece la percepción sobre seguridad y comodidad.

Una de las dimensiones de la Satisfacción con la Vida (SV) corresponde a la valoración positiva de los elementos en la vida personal, según Villafuerte et al. (2017)

en la esfera personal implica el cuidado mismo para ello se tiene una relación directa con los factores biológicos establecidos en patrones de conducta y la presencia de condiciones médicas que a consecuencia de la edad se tornan con mayor complejidad. En caso de identificar inconvenientes resulta pertinente incorporar estrategias que fomenten el desarrollo personal como parte del mejoramiento de capacidades-habilidades individuales.

En similar apreciación, la satisfacción en el ámbito familiar en la etapa de adultez mayor se concibe como el respaldo del núcleo a medida que se deteriora la salud y con ello la capacidad física y mental. Por consiguiente, el sentimiento de pertenencia a un conglomerado de redes involucra el sentimiento de amor, respeto y tolerancia acogido de buena forma por parte del adulto mayor; tales apreciaciones se expresan en el cuidado-protección que se le brinda a los ancianos promoviendo la autonomía e independencia (Fernández et al., 2020).

Con respecto a la satisfacción en la dimensión de interrelación se basa en apoyo social que comprende el manejo de ámbitos emocionales en redes informales de comunicación con el núcleo de personas cercanas que contribuyen a una valoración positiva sobre la Satisfacción con la Vida de las personas adultas mayores, que se distribuye en las siguientes categorías expuestas en la figura 4.

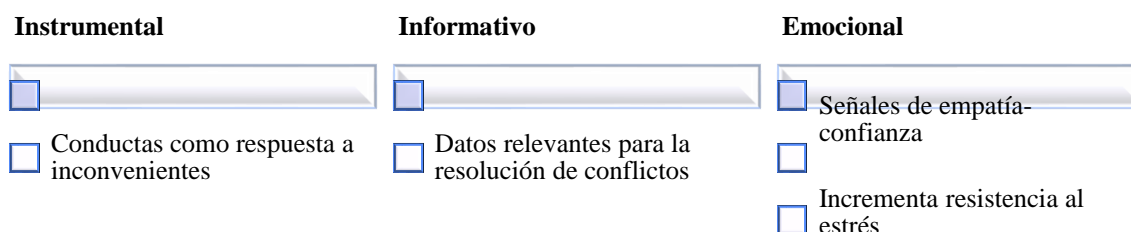


Figura 4. Satisfacción con la vida desde el área social en adultos mayores

Fuente: Adaptado de Chavarría y Barra (2014)

En la figura 4 se plantean los principales aspectos del apoyo social en la dimensión de la interrelación de los AM, en primer lugar, se hace alusión a una valoración personal sobre elementos instrumentales que involucra la búsqueda de conducta o patrones de comportamiento en el caso de incidencia problemas o fenómenos que generen tensión. En segunda apreciación, establecer relaciones sociales implica generar datos relevantes para mitigar el impacto de sucesos complicados, mientras que el aspecto emocional

implica la generación de muestras de afecto como mecanismo de defensa ante cuadros de desesperación o estrés.

Desde la perspectiva de Quinayás (2021) la satisfacción en la interrelación parte del impacto social de la colectividad en torno al cuidado del AM, en caso de exclusión-rechazo mayor será el nivel de insatisfacción. En parte, la concepción sobre la tercera edad el determinado suceso se presenta como una limitación que pone en contracción las habilidades sobre este grupo etario.

Otro de los puntos que conviene mencionar como parte de las áreas es la estabilidad emocional en AM, según Naranjo et al. (2021) sostienen que uno de los síntomas frecuentes en la vejez es la irritabilidad interna-externa, así una persona adulta mayor que no tiene un nivel adecuado de gestión emocional con otra persona corre el riesgo de presentar alteraciones en el estado de ánimo como cuadros de ansiedad, depresión y estrés. En efecto, la angustia de no contactar con otras personas incrementa el desarrollo de sentimientos negativos que sin el tratamiento adecuado interfiere en la satisfacción con la vida.

Por consiguiente, el área social comprende un componente importante en la determinación de la satisfacción con la vida de una persona de la tercera edad, en el caso de la ausencia del soporte se provocan reacciones emocionales adversas. Para Chaparro et al. (2019) el efecto de la soledad en una persona adulta mayor implica un factor de riesgo en la predisposición de enfermedades mentales o depresión. Con énfasis en la soledad social, se presenta que una persona con el paso de los años incrementa sentimientos-creencias que invalidan sus acciones personales, razón por la cual pierde el sentido de pertinencia social.

En virtud de lo señalado, la satisfacción con la vida de las personas adultas mayores depende de varias áreas como el aspecto personal con la capacidad autónoma para responder a los eventos cotidianos, el soporte del núcleo familiar (hijos-parientes) y el apoyo social. En caso de que todos los componentes sean favorables para el desarrollo de las capacidades de una persona mayor el nivel de satisfacción será alto, en contraste se presentan alteraciones a nivel emocional con trastornos de conducta o depresión que requieren de técnicas para mejorar la perspectiva de la calidad de vida.

En este sentido una de las técnicas que ha tenido relevancia en mejorar sintomatología depresiva en personas adultas mayores es mindfulness, el cual muestra un

potencial a través de la atención plena en donde el bajo costo, el bajo riesgo físico y emocional apoyan enormemente este tipo de intervenciones (Wahbeh, 2018)

2.5. Mindfulness

2.5.1 Definición y características

El mindfulness o atención plena es una práctica enfocada en varias tradiciones contemplativas, tanto religiosas como seculares, esta técnica a formado parte del budismo, hinduismo y yoga. Bajo este contexto, el mindfulness es entendido como la práctica de regresar una y otra vez a un estado de completa atención en el presente, tanto de la experiencia externa como interna y acompañado por una actitud no enjuiciadora de dicha experiencia, en otras palabras, es la capacidad de estar en el presente, consciente de cómo se está, qué se está haciendo, o qué está sucediendo, acompañado por una baja tendencia a la reactividad emocional (Krogh et al., 2019).

En esta línea, mindfulness es definido como la autorregulación de la atención, dirigida hacia la experiencia inmediata, adoptando una actitud de curiosidad, apertura y aceptación. Esta técnica también es establecida como un tratamiento para reducir la depresión y la ansiedad tanto en pacientes con trastornos psiquiátricos, como pacientes con condiciones médicas o población sana, dado que regula las emociones de las personas (López et al., 2017).

Por su parte, Dzido (2020) menciona que mindfulness es un instrumento eficaz, económico, atractivo y de sencilla aplicación para incrementar el bienestar de quienes lo ejecuten, es un tratamiento aceptable y beneficioso para la ansiedad, las terapias disminuyen los síntomas de estrés, ansiedad y depresión; desarrollando un incremento del bienestar psicológico y fisiológico, el cual contribuye a disminuir preocupaciones, pensamientos intrusivos, afecciones; aumentando la conciencia y autocontrol de los procesos emocionales y fisiológicos

Según Franco et al. (2017) mindfulness impulsa la meditación como procedimiento para el tratamiento de trastornos psicológicos o psicosomáticos, orientado a reducir los niveles de estrés, depresión, y en general realiza grandes aportes en el ámbito de intervención de la medicina conductual, mediante la práctica del mindfulness los pacientes aprenden a observar y aceptar los pensamientos, las sensaciones y la emociones que se presentan sin tratar de modificarlas, cambiarlas o alterarlas, de esta forma el individuo toma conciencia de los eventos privados y de los automatismos que conlleva,

con la finalidad de que puedan actuar de forma independiente de sus pensamientos y emociones, al no dar por cierto de manera automática lo que piensa y siente.

De acuerdo con lo mencionado en el párrafo anterior, el mindfulness mejora el proceso de regulación emocional que permite al sujeto tener una postura perceptiva habitual, lo que facilita la aceptación de experiencias de diestrés emocional dentro del marco de adaptación a eventos estresantes y depresivos y la posibilidad de encontrar un significado positivo en dicha experiencia (Body et al., 2016).

2.5.2. Programas de intervención que se fundamentan en mindfulness para tratar la depresión

Entre las herramientas utilizadas para la depresión está la terapia cognitiva basada en el mindfulness la cual es un modelo de intervención psicológica, que enfatiza en la prevención de recaídas al tomar en consideración el principio de vulnerabilidad emocional y cognitiva en la experiencia de episodios depresivos. Las intervenciones relacionadas a mindfulness generan un estado de conciencia metacognitiva, el cual posibilita una transformación significativa en la percepción de las experiencias de la vida diaria y de las reacciones emocionales del individuo (Moscoso y Lengacher, 2017).

Para Veytia et al. (2016) la identificación de factores de riesgos individuales sobre depresión que se obtienen a partir de escalas de valoración, por consiguiente, las estrategias de mindfulness se presentan como un factor positivo de la atención plena en la reducción de la sintomatología de la depresión. La relevancia de las técnicas se basa en el fortalecimiento del estado mental ya que permite que los pacientes entren en plena conciencia enfocados en el momento real, con ello se forman reacciones automáticas para erradicar conductas disfuncionales.

En una aproximación sobre la aplicación de programas de mindfulness en la regulación emocional, López et al. (2017) estima que la autorregulación como técnica en la praxis psicológica ha logrado una alta aceptación en el cuidado de la salud mental, de tal manera que se comprueba que la presencia de sintomatología negativa se reduce al aplicar psicología positiva. En concreto, se evidencia la reducción de hostilidad, depresión como los aspectos en la desregulación emocional, pues se plantean que las sesiones que generan un estado de relajación en los pacientes.

Uno de los componentes fundamentales de mindfulness se mantiene en la atención plena que surge con despliegue de emociones por medio de técnicas de respiración. A

partir de ejercicios simples se implanta de manera mental ejercicios que ayudan a calmar el estrés por medio del autoconocimiento para llevar una mejor vida, de tal manera que fortalece el concepto de resiliencia aún en etapas de adaptación ante cambios o situaciones de conflicto.

Para Torrijos (2019) la eficacia de las técnicas de respiración consciente asocia con la mejora sobre la percepción individual de vida en el caso de depresión o ansiedad, luego de la aplicación de varias sesiones se observa una tendencia de disminución del malestar emocional. Pues en situaciones fuera de control, la aplicación de mindfulness reduce el factor de vulnerabilidad generado por el miedo, de tal manera que se con la respiración consciente es posible manejar la situación con mejores pronósticos para la salud mental.

2.5.3 Mindfulness en adultos mayores

Es importante mencionar la clasificación etaria que se da para reconocer a las personas como adultos mayores, que de acuerdo con la Asociación Internacional de Psicogeriatría clasificó de acuerdo con la edad de la siguiente manera:

- Adulto mayor joven de 55 a 64 años
- Adulto mayor maduro de 65 a 74 años
- Adulto mayor de 75 a 84 años
- Anciano mayor de 85 años
- Individuo mayor a 85 años como nonagenarios y centenarios

La aplicación de técnicas de meditación formal comprende una breve meditación diaria que no precisa del uso de fármacos, en el caso de los adultos mayores se centra en manejar situaciones de estrés a través de tres momentos. En primera instancia, busca la toma de conciencia de las emociones, luego determina la atención en la forma de respirar, por último, expande esa sensación por el cuerpo (Vázquez M. , 2019); a pesar de la probabilidad de recaídas es posible la reducción de factores de angustia psicológica.

En la investigación de Sánchez (2021) quien ejecuta un programa de mindfulness y lo relaciona con la estimulación cognitiva en personas adultas mayores, en pleno reconocimiento a los cambios que se suscitan en la vejez se recurre a la intervención de atención plena como la adaptación de una práctica budista que implica prestar atención de forma particular en el momento presente sin juzgar. Por lo que busca la aceptación del

momento en el que se habitan, debido a que tales percepciones son ignoradas en la manera habitual del pensamiento, así los principales beneficios se presentan en la figura 5.

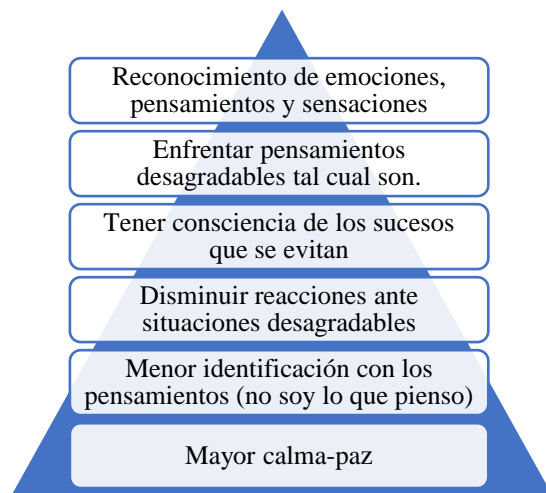


Figura 5. *Beneficios del mindfulness en adultos mayores*

Fuente: Adaptado de Sánchez (2021)

Conforme lo observado en la figura 5, los beneficios de mindfulness se centran en el pleno reconocimiento de aceptar las emociones y sentimientos que son propios de la naturaleza humana, el punto consiste en observar sin juzgar, esta condición fortalece la capacidad de enfrentar los pensamientos desagradables, para estar consciente de las situaciones y disminuir las reacciones negativas. En consecuencia, se instaura de forma mental que los pensamientos son cambiantes por tanto se mejora el aspecto emocional a mayor equilibrio de percepciones mayor sentimiento de tranquilidad.

En el caso del tratamiento de depresión geriátrica, Clemente et al. (2017) quien aplica un programa de entrenamiento en Chile con un grupo experimental de 42 adultos mayores, se aplica un inventario de depresión antes y después de la ejecución del programa, cuyos resultados confirman la reducción de elementos de ansiedad, depresión y meta preocupación. Desde la apreciación de Vázquez (2016) las estructuras de las terapias representan las condiciones de la calidad de vida porque promueve la empatía a nivel personal e interpersonal, el incremento de la autoconciencia que no debe ser vista como un sinónimo de meditación, sino que la incorpora en la atención plena.

La evidencia refiere que la eficacia de intervenciones basadas en mindfulness ha contribuido a aumentar niveles de atención plena y la mayoría de sus dimensiones, así

como la satisfacción con la vida; ya que se evidenció disminución del afecto negativo e incrementó sus fortalezas intelectuales e interpersonales (Pizarro-Ruiz et al., 2021).

2.6 Marco Legal

En una revisión sobre el marco legal se parte sobre el bienestar integral adherente a todo ser humano, tal como se expresa en el art. 25 de la Declaración de los Derechos Humanos (1948) que toda persona debe contar con un nivel de vida adecuado, en función de estándares de salud-bienestar en todas las etapas de la vida. Bajo este contexto, las personas adultas mayores desde el marco de protección internacional deben gozar de un estado pleno de bienestar, por ende, las intervenciones para la reducción del estrés se entienden con un aporte vinculando con la salud y estabilidad mental.

Algo similar se presenta con el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (1966) que en el art. 6 refiere sobre el derecho a la vida y la supervivencia; de manera que la vida de un adulto mayor se enmarca en la implementación de estrategias que propicien condiciones básicas y dignas. En concreto, la intervención en beneficio del bienestar cumple las condiciones de los derechos fundamentales de las personas, inclusive en art. 1 se reconoce la necesidad de involucrar al estado para el respeto de las condiciones de subsistencia estable.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946) establece que la salud se concibe como el estado de bienestar completo bajo los componentes físico, mental y social sin limitarse a la presencia de enfermedades. Por tanto, la salud para todos es una condición que requiere de la cooperación entre colectividad y el Estado, además se enfatiza en la necesidad de aplicar conocimientos de intervención desde la psicología y la asistencia para lograr el desarrollo del bienestar en un grado máximo.

En concreto, desde la OMS (2018) se reconoce que la salud mental es el bienestar individual expresado en capacidades para enfrentar el estrés normal de las acciones cotidianas, razón por la cual la intervención a nivel cognitivo contribuye al fortalecimiento del pensamiento individual-colectivo, la expresión de sentimientos y el disfrute de la vida. Para ello se toma en consideración los siguientes factores:

- Factores sociales que refiere a los cambios en las formas de vida.
- Factores psicológicos o las conductas de adaptación y percepción.
- Factores biológicos que responde a las condiciones genéticas.

En estas condiciones, las Naciones Unidas (2018) señala que un estado de salud deplorable impide el goce efectivo de la calidad de vida de las personas, por lo cual debe ser una preocupación de los gobiernos generar estrategias sin diferencia de edad entre la población. Por ello, se estima la relevancia de asignar fondos para programas de intervención pues se advierte que a lo largo de la vida al menos una de cada cuatro personas será víctima de problemas psicológicos.

En respuesta a la adaptación de los instrumentos internacionales, por medio de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (en adelante ODS) se definen como las pautas que permiten a los países la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida, en efecto en el ODS 3 plantea garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos de forma indistinta de la edad. De hecho, se advierte que los nuevos riesgos sobre enfermedades son latentes, por lo que se pretende que la sociedad se involucre hacia la construcción del bienestar individual y colectivo (Grupo de Acción de Salud y Sostenibilidad, 2020).

La interpretación del bienestar se representa en la normativa nacional, así en la Constitución de la República del Ecuador (CRE) (2008) en el art. 3 reconoce que los deberes fundamentales del estado como la garantía para el goce efectivo de los derechos fundamentales entre ellos la salud. En tanto que en el art. 323 se menciona que las políticas públicas se enfocarán en el bienestar colectivo. Por otra parte, al referir sobre los adultos mayores en el art. 36 se menciona que se trata de un grupo de atención prioritaria tanto por el sector público y privado, para ello se estima que las personas de este conglomerado social son aquellas que superan los sesenta y cinco años.

En la Ley Orgánica de Salud (LOS) (2015) se reconoce la aplicación de principios de integralidad, universalidad, irrenunciabilidad, participación, calidad y eficiencia que versa sobre el derecho a la salud. En el art. 3 se plantea la necesidad de impulsar estilos de vida saludables como parte de la responsabilidad del Estado, de manera que en el art. 14 se plantea la necesidad de brindar protección integral del Sistema Nacional de Salud a favor de la salud mental. Con ello, en el art. 34 describe como problemas de intervención pública aquellas afecciones que interfieran en la integridad física-mental de los ciudadanos.

En virtud de lo expuesto, la legislación ecuatoriana reconoce los principios planteados a favor del derecho a la salud, de tal manera que reconoce que la protección de cuidado del adulto mayor es tema de preocupación social que requiere de la

intervención de políticas públicas y el apoyo del sector privado. En consecuencia, se mantiene en vigencia la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (LOPAM) (2019) que en el art. 4 refiere a los principios de cuidado y enfoque en los centros de cuidado tanto en entidades públicas y privadas en los siguientes ítems:

- Obligatoriedad en la atención pública y privadas en la implementación de medidas de atención en respuesta a las diferentes etapas-necesidades.
- Se debe garantizar el trato justo y sin discriminación en adultos mayores.
- Las actividades se realizarán desde el enfoque de la diversidad humana con el objetivo de respetar los derechos fundamentales.
- En lo que respecta al enfoque intergeneracional, se plantea el potenciamiento de los saberes y los aportes de este grupo.

Conforme a lo descrito, los procedimientos de los centros geriátricos en Ecuador se rigen con las entidades del sector privado que implican una condición de respeto a los derechos de los adultos mayores, es así como la intervención desde la psicología positiva planteado en las estrategias de mindfulness responde a la intención de procurar el bienestar de los adultos mayores como parte del derecho a la salud.

2.7. Análisis estadístico

Como señalan Flores Tapia y Flores Cevallos (2021), resulta útil explorar e interpretar la normalidad de un conjunto de datos, a partir de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. Esta prueba plantea que la hipótesis nula de una muestra proveniente de una distribución normal (paramétrica), en donde el nivel de significancia debe ser menor a 0,05, en caso de que el nivel de significancia se mayor a 0,05 y se tenga una hipótesis alternativa se sostiene que la distribución no es normal (no paramétrica) (Shapiro & Wilk, 1965).

LA U de Mann-Whitney es una prueba no paramétrica que se usa en muestras independientes y en donde se requiere saber si hay una diferencia en la magnitud de la variable de estudio. Para realizar esta prueba se coloca las observaciones de las dos muestras en orden ascendente y asignamos un rango ordinal de manera que 1 corresponde a la observación de menor magnitud, 2 a la observación de magnitud mayor (Dietrichson, 2019). Es decir, que esta prueba se utiliza para comparar dos medias muestrales que provienen de la misma población, así como para probar si dos medias muestrales son iguales o no.

Por lo que siguiendo esta línea de estudio, para medir el tamaño del efecto el coeficiente que sirve para corroborar esta información es el coeficiente d de Cohen (d), el cual, es una medida del tamaño del efecto bastante utilizado para examinar entre dos grupos independientes la diferencia de medias estandarizadas y permite cuantificar el tamaño de la diferencia entre dos grupos; y su reporte es necesario para los análisis estadísticos, ya que reporta que la diferencia entre dos distribuciones si es pequeña ($d < 0.20$), moderado ($d < 0.50$) o grande ($d > 0.80$). Esta informa sobre la diferencia que existe entre las desviaciones típicas y las medias de los resultados de los grupos de estudio (control y experimental) antes y después de la intervención *mindfulness* (Cohen, 1988).

Asimismo, se realiza una prueba de análisis de la Varianza (ANOVA) la cual permite comparar las varianzas entre las medias de nuestro grupo de estudio (control y experimental), descubriendo si los resultados de la prueba son significativos y determinar si es necesario aceptar o rechazar la hipótesis alternativa (Stahle & Wold, 1989).

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño y tipo de investigación

La presente investigación tendrá un diseño experimental debido a que se manipularán variables independientes de forma intencional para identificar el efecto y la relación entre dependientes, lo anterior en una muestra establecida, es decir, los participantes no se seleccionan al azar (Hernández et al., 2014). En este sentido, el estudio determina la efectividad de una intervención de siete semanas basada en mindfulness (ver anexo 5) en personas adultas mayores con sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida en el Centro Diurno del Adulto Mayor de Urququí.

El tipo de investigación que se utilizará es el descriptivo que implica medir o recolectar información sobre un objeto o sujeto de estudio en el entorno natural, luego detallar las particularidades en torno al tema de investigación (Hernández et al., 2014). Es decir, se recolectará información de los adultos mayores en cuanto a los síntomas de depresión y satisfacción de la vida, luego se aplicará la intervención basada en mindfulness, por consiguiente, se analizarán las variables iniciales y se realizará un contraste de los datos.

3.2 Enfoque de investigación

El enfoque de la investigación será cuantitativo, que, de acuerdo con Cadena et al. (2017) mide o estima valores numéricos, considera un orden por etapas, aunque alguna de ellas puede ser omitida dependiendo del tipo de estudio ejecutado, entonces se basa en cálculos y evaluaciones estadísticas. Por tanto, el enfoque permitirá realizar el contraste de los resultados en cuanto a los síntomas de depresión y satisfacción con la vida antes y después de la intervención de siete semanas con la técnica de mindfulness en el grupo experimental.

3.3. Población y muestra

Es importante mencionar que se cuenta con el acceso a un centro geriátrico tras la autorización por parte del Director de Desarrollo Social del Centro Diurno del Adulto Mayor de Urququí, en donde se detalla el objetivo del estudio y el manejo confidencial de datos obtenidos, los que serán utilizados con fines académico-científico, se enfatizó que la participación de las personas adultas mayores será voluntaria, tiene la posibilidad de retirarse del estudio cuando así lo desee, bajo resguardo de los datos personales

conforme la Ley Orgánica de Protección de los Derechos y a la Intimidad y Privacidad sobre los Datos Personales Art. 3 al 6 del Ecuador.

En este sentido, la población de estudio está conformada por los adultos mayores del Centro Diurno del Adulto Mayor de Urcuquí, ubicado en la Provincia de Imbabura en el cantón San Miguel de Urcuquí, en la Calle Guzmán entrada a antigua vía a la hacienda San Eloy, la ubicación geográfica se muestra en la figura 6.



Figura 6. Localización del Centro Diurno el Adulto Mayor de Urcuquí

Fuente: Recuperada de Google Maps

Debido a la importancia de la selección de los participantes por el diseño de investigación cuasi experimental, de la población de estudio se calcula una muestra a través de un método no probabilístico por conveniencia, que de acuerdo con Otzen y Manterola (2017) permite seleccionar casos próximos al investigador. Si bien se permite la selección no aleatoria, es importante considerar ciertos aspectos que se exponen a continuación:

Criterios de inclusión

- Personas de más de 64 años, pero menores a 85
- Adultos mayores que no presenten discapacidad
- Individuos que no tengan enfermedades psicológicas crónicas
- Participantes que marcaron con una X en el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Adultos mayores a 85 años o menores de 64 años.
- Geriátricos con discapacidad
- Personas con un estado mental deteriorado.
- Individuos que no llenaron el consentimiento informado

En total se identificó a 60 adultos mayores que cumplen con los criterios de inclusión, la muestra se dividirá de forma equitativa en dos grupos a los que se denominará experimental y de control, sobre los que se realizará diferentes procedimientos que se detallan en el siguiente apartado.

3.4. Procedimiento de la investigación cuasi experimental

A continuación, se describe los pasos que se llevó a cabo para realizar la investigación, en consideración de que se tendrán dos grupos de análisis, en la siguiente figura se establece las fases del proceso:

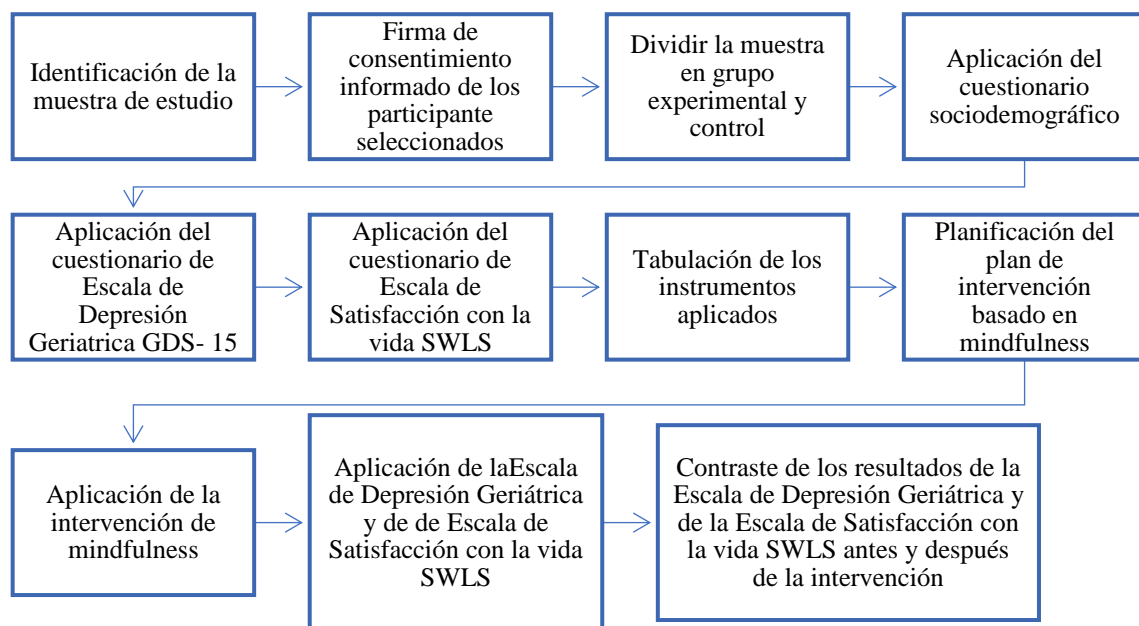


Figura 7. *Proceso de investigación*

Fuente: Adaptado de Hernández et al. (2014)

El primer paso implica identificar la muestra con los criterios de inclusión y exclusión una vez se obtenga acceso a los posibles participantes es importante, que el adulto mayor firme el consentimiento informado, a través del cual consiente la participación de forma voluntaria, en la que se manifiesta la posibilidad de que se puede retirar del estudio cuando lo considere pertinente.

El siguiente paso corresponde a la división de la muestra en dos grupos: experimental y control, que estarán conformados por 30 participantes cada uno, en los que se recolectará la misma información, pero con diferentes características. Cabe mencionar que debido al contexto por la pandemia de COVID-19 se aplicarán a través del utilitario de Google o de forma presencial en función del semáforo que establece el Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias COE Nacional del Ecuador.

A continuación, se presenta el proceso de recolección de datos que se llevó a cabo en cada grupo investigado.

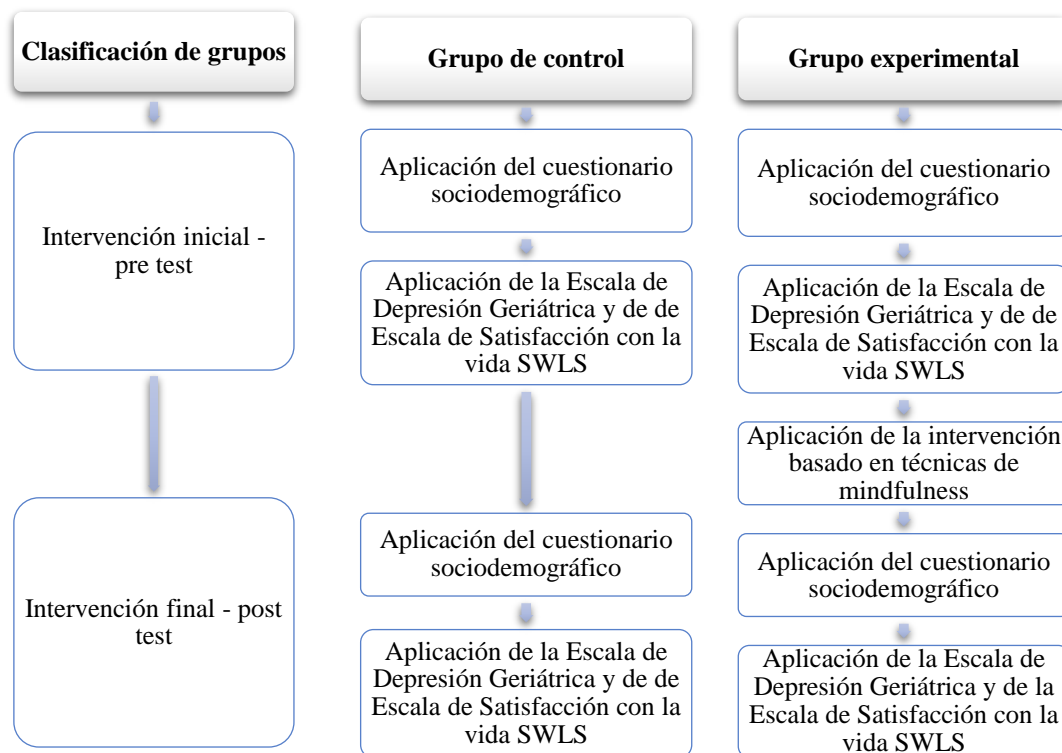


Figura 8. Proceso de recolección de datos en los grupos de control y experimental

Fuente: Adaptado de Hernández et al. (2014)

En la figura 8 se observa que los cuestionarios que se aplican en los dos grupos son los mismos, lo que cambia es el tiempo en el que se realiza el cuestionario, de tal manera que el pretest se aplica en los dos grupos, por consiguiente, en el experimental se aplica la intervención, por último, en el post test se aplica en el mismo momento a los dos grupos. Por lo que, se diferencian porque en el grupo de control no se realizará la intervención de mindfulness, y en el grupo experimental se desarrollará un programa de intervención basado en técnicas de mindfulness de siete semanas de duración, enfocado

a reducir sintomatología depresiva mediante la técnica contemplativa del desarrollo de la autocompasión.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de información

La técnica de recolección de datos que se utilizará en la investigación es el cuestionario, para ello se aplicarán diferentes instrumentos que a continuación se describen:

- **Consentimiento informado**

El consentimiento informado constituye un eslabón crucial en las investigaciones que involucran sujetos de estudio debido a que admite la participación de los sujetos u objetos de estudio, se realiza de forma voluntaria y se detalla la información que proporcionará y el tratamiento que se dará a la información, como consta en el anexo 1.

- **Cuestionario Sociodemográfico**

Se trata de un cuestionario auto aplicado, compuesto por 15 ítems y elaborado por los investigadores a partir de los hallazgos de investigaciones previas (Kahle, Kambara, & Rose, 1996). Una parte del cuestionario recopila información relacionada con características del sujeto (edad, género). El formato de respuesta consiste en preguntas cerradas tal y como consta en el anexo 2.

- **Escala de Depresión Geriátrica GDS-15**

Sheikh & Yesavage (1986) publicaron una versión corta de la escala GDS, la cual ha mostrado su utilidad como instrumento de tamizaje en grandes poblaciones la cual consta de 15 ítems propios de la escala, misma que se aplicará en dos ocasiones a los participantes del grupo de control y el experimental. Con una duración para rellenar dicha escala de entre 20 a 30 minutos.

En nuestro contexto Erazo et al. (2020) han investigado la consistencia interna de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15) en adultos mayores ecuatorianos, este estudio transversal validó la consistencia interna y la estructura factorial a través del estadístico Kuder Richardson 20 y Análisis Factorial Confirmatorio en un total de 211 sujetos mayores de 65 años, en donde el coeficiente Kuder Richardson 20 para la escala total fue de 0,73 y la consistencia interna adecuada, destacando la importancia de esta escala validada para el tamizaje en la depresión de adultos mayores. Cuya interpretación de esta escala va de 0 a 15 en donde una puntuación de 0-5 puntos se considera normal sin síntomas depresivos, de 5-9 puntos indica presencia de

síntomas depresivos leves, 9-11 indica presencia de síntomas depresivos moderados, 12-15 puntos indica presencia de síntomas depresivos graves. Una respuesta de “SI” a las preguntas 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15 o una respuesta de “NO” a las preguntas 1, 5, 7, 11 y 13 son indicativos de síntomas de depresión en una persona adulta mayor (ver anexo 3).

- **Escala de Satisfacción con la Vida SWLS**

Fue desarrollado por Diener en 1985 consta de 5 preguntas que indagan sobre la satisfacción del individuo con la vida, en el que el sujeto de estudio responde en una escala de Likert en un rango de 1 a 7, donde 1 implica que está en desacuerdo con la afirmación y 7 muy de acuerdo (Vinaccia et al., 2019).

En nuestro contexto Arias y García (2018) analizaron las propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) en población adulta en la que contaron con 756 participantes y donde obtuvieron en el análisis de confiabilidad una consistencia interna de ($\alpha = 0.81$) y determinaron que la SWLS es una herramienta de utilidad para el estudio de la satisfacción con la vida en población adulta ecuatoriana; cuya interpretación va de 5-9 muy insatisfecho, 10-14 insatisfecho, 15-19 poco insatisfecho, 20-24 poco satisfecho, 25-29 satisfecho, 30-35 muy satisfecho (ver anexo 4).

3.6. Análisis de datos

Una vez que se obtengan los datos de los cuestionarios se dará a cada participante un código para que al momento de tabular se identifique que el cuestionario pertenece a un mismo individuo. La tabulación de la información se realizará en IBM SPSS V.8.0. Por consiguiente, se realizará el contraste de los datos del pre y post test, se recurrirá a técnicas estadísticas de acuerdo con las características de los datos, es importante referir las variables de estudio:

- Variable dependiente: tipo de grupo (1= experimental, 2 = control)
- Variables independientes: depresión (tiene depresión =1, no tiene depresión=0) y satisfacción con la vida (0= no, 1= sí)

Para corroborar la normalidad de los datos se utilizó el test de Shapiro-Wilk según el p valor permitió determinar si el conjunto de datos es normal (paramétrico) o no normal (no paramétrico) (Shapiro & Wilk, 1965).

U de Mann-Whitney es una prueba no paramétrica que se usa en muestras independientes y en donde se requiere saber si hay una diferencia en la magnitud de la variable de estudiando. Para realizar esta prueba se coloca las observaciones de las dos muestras en orden ascendente y asignamos un rango ordinal de manera que 1 corresponde a la observación de menor magnitud, 2 a la observación de magnitud mayor (Dietrichson, 2019). Es decir, que esta prueba se utiliza para comparar dos medias muestrales que provienen de la misma población, así como para probar si dos medias muestrales son iguales o no.

Una vez habiendo determinado la normalidad de los datos y dando cumplimiento a los objetivos específicos se correlacionó las dos variables de estudio, para lo que se utilizó el coeficiente *d* de Cohen (d) el cual reporta que la diferencia entre dos distribuciones es pequeña ($d < 0.20$), moderado ($d < 0.50$) o grande ($d > 0.80$), esta informa sobre cuantas desviaciones típicas de diferencia hay entre los resultados de los grupos (control y experimental) antes y después de la intervención (Cohen, 1988).

La medición de la varianza entre los grupos experimental y control se lo realizó mediante una prueba de análisis de la Varianza (ANOVA) la cual permite comparar las varianzas entre las medias de nuestro grupo de estudio (control y experimental), descubriendo si los resultados de la prueba son significativos y determinar si es necesario aceptar la hipótesis alternativa o rechazar la hipótesis nula (Stahle & Wold, 1989).

CAPITULO III

4. RESULTADOS

4.3. Resultados comparación de grupos control y experimental

En el presente apartado se presenta el procedimiento realizado para la división de los grupos muestrales y dando cumplimiento a los objetivos específicos de aplicar un post test tanto de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) y de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), se muestran los resultados antes y después de la intervención terapéutica de siete semanas basada en mindfulness en el grupo experimental, y en el caso del grupo control solo se aplicó la escala geriátrica de depresión y la escala de satisfacción con la vida después del tiempo que tomó dicha intervención.

A continuación, se presenta el procedimiento realizado para la división de los grupos muestrales mediante mapa de aleatorización:

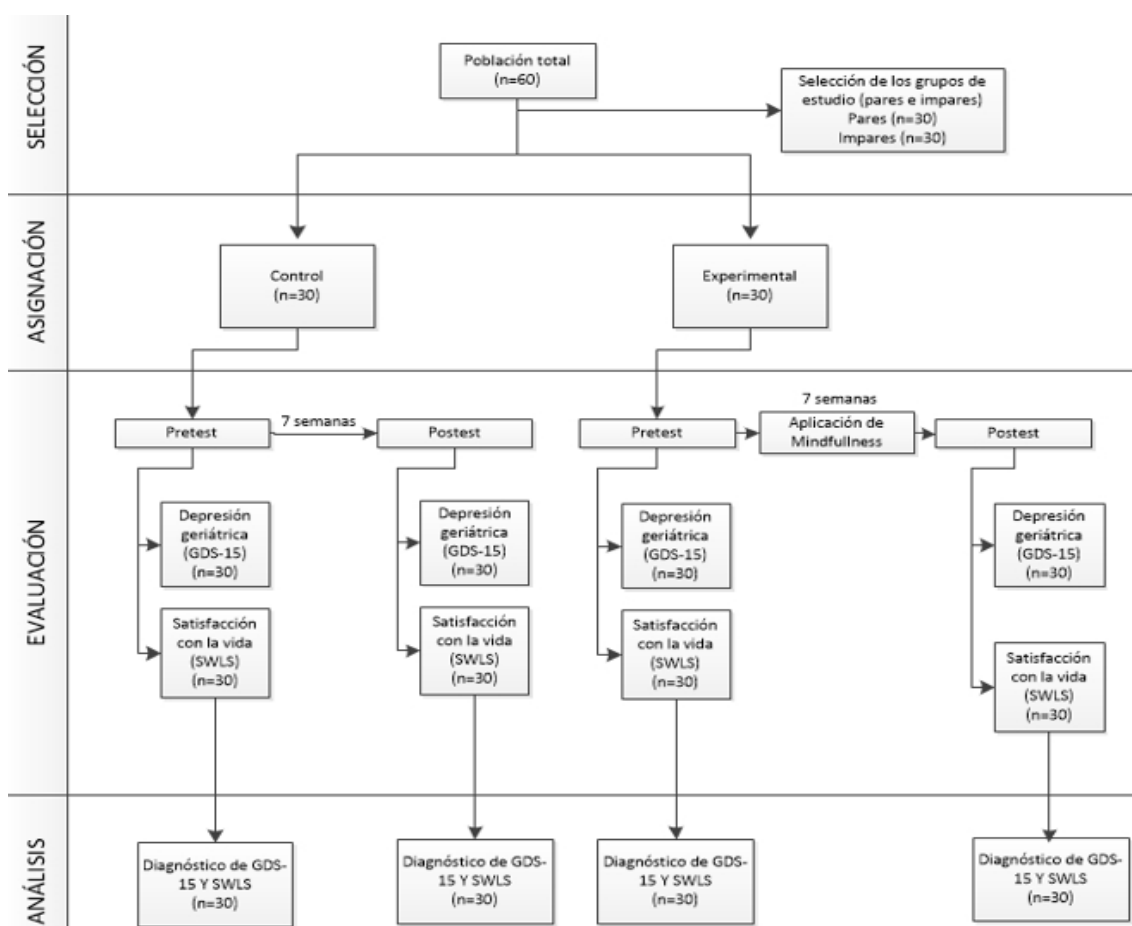


Figura 9. Mapa de aleatorización

Fuente: Adaptado de Arias et al. (2020)

En la Figura 9 se puede evidenciar que de un listado de 60 usuarios que decidieron participar en el presente estudio, la asignación de la muestra en grupo experimental y grupo control se distribuyó n=30 pares y n=30 impares. En donde entre el pre test y el post test hay una diferencia de siete semanas entre la aplicación de los test psicológicos en el caso del grupo control y con relación al grupo experimental existió una diferencia entre el pre test y el post test de siete semanas de la intervención propuesta de mindfulness.

En la siguiente tabla se presenta la descripción de los grupos concerniente a la aplicación del cuestionario sociodemográfico (ver anexo 2) el cual evidenció los siguientes resultados:

Tabla 1
Descripción de los grupos

	Tipo Grupo			
	Control		Experimental	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Edad 64-74	4	20%	12	75%
Edad 75-85	28	63,63%	16	36,36%
Hombre	16	50%	10	35,71%
Mujer	16	50%	18	64,29%
Casado/a	7	21,88%	12	42,86%
Divorciado/a	6	18,75%	5	17,86%
Soltero/a	3	9,38%	3	10,71%
Viudo/a	16	50%	8	28,57%
Sin escolaridad	7	27,88%	4	14,29%
Escolaridad primaria	23	71,88%	21	75,00%
Escolaridad secundaria	2	6,25%	3	10,71%
Domicilio Rural	18	56%	4	14,30%
Domicilio Urbano	14	43,80%	24	85,70%
Situación económica muy buena	12	37,50%	10	35,70%
Situación económica buena	2	6,30%	5	17,90%
Situación económica regular	11	34,40%	10	35,70%
Situación económica mala	7	21,90%	3	10,70%
Vive con el cónyuge	4	12,50%	1	3,60%
Vive con la cónyuge	3	9,40%	8	28,60%
Vive con un hermano/a	2	6,30%	0	0,00%
Vive con hija	0	0,00%	3	10,70%
Vive con hijo	2	6,30%	0	0,00%

Vive con nietos	2	6,30%	1	3,60%
Vive solo	19	59,40%	15	53,60%
Lesión Esguince	2	6,30%	0	0,00%
Lesión Luxación	2	6,30%	2	7,10%
Fractura	2	6,30%	0	0,00%
Osteomielitis	7	27,90%	3	10,70%
Otra Lesión	9	28,10%	10	35,70%
Ninguna Lesión	10	31,30%	12	46,40%
Si recibe rehabilitación	14	43,80%	6	21,40%
No recibe rehabilitación	18	56,30%	22	78,60%
Actualmente frente a su situación su estado de ánimo es muy bueno	22	68,80%	12	42,90%
Actualmente frente a su situación su estado de ánimo es bueno	0	0,00%	2	7,10%
Actualmente frente a su situación su estado de ánimo es regular	5	15,60%	10	35,70%
Actualmente frente a su situación su estado de ánimo es malo	4	12,50%	3	10,70%
Actualmente frente a su situación su estado de ánimo es muy malo	1	3,10%	1	3,60%

En la tabla 1 se evidencia las características de la población que participó en el presente estudio como edad, sexo, escolaridad, domicilio, situación económica, situación de convivencia, lesiones y estado de ánimo.

Para la interpretación de las puntuaciones se ha tomado en cuenta los valores en bruto de cada grupo (control y experimental) en base a los test aplicados con sus respectivas baremaciones e interpretaciones que posee cada uno de ellos.

Por lo que en el presente estudio se empezó realizando el test de normalidad de los grupos el cual arrojó los siguientes resultados:

Tabla 2.

Prueba de Normalidad Shapiro-Wilk

TEST	GRUPOS	SHAPIRO-WILK		
		Estadístico	gl	SIG.
GDS-15	Control Pretest	0,808	30	<0,001
	Control Postest	0,715	30	<0,001
	Experimental Pretest	0,830	30	<0,001
	Experimental Postest	0,577	30	<0,001
SWLS	Control Pretest	0,696	30	<0,001
	Control Postest	0,719	30	<0,001
	Experimental Pretest	0,766	30	<0,001
	Experimental Postest	0,632	30	<0,001

La Tabla 2 muestra las pruebas de normalidad de cada grupo de estudio y al ser una muestra menor a 50 elementos se utilizó el estadístico de Shapiro-Wilk e indican que los datos no son normales (no paramétricos) ya que tienen un p -valor $\geq 0,05$.

Puesto que los datos de normalidad reflejaron que son datos no normales o no paramétricos se procedió a realizar la prueba U de Mann Whitney la cual permitió comparar si las dos medidas muestrales que provienen de la misma población son iguales o no. A continuación, se presenta dichos resultados en la siguiente tabla:

Tabla 3

Prueba U de Mann Whitney

TEST	GRUPO	N	RANGO PROMEDIO	U	VALOR P
GDS-15	Control Pretest	30	30.83	440,000	0,882
	Experimental Pretest	30	30.17		
	Control Post Test	30	20.98	735,500	<0,001
	Experimental Post Test	30	40.02		
SWLS	Control Pretest	30	30,83	440,000	0,882
	Experimental Pretest	30	30,17		
	Control Post Test	30	20,98	735,500	<0,001
	Experimental Post Test	30	40,02		

En la tabla 3 se muestra que en los posts test tanto de la Escala Geriátrica de Depresión (GDS-15) como en la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) se evidencian un **Valor p $\leq 0,05$** lo que significa que la diferencia entre las medias es estadísticamente significativa. En relación con los pretest, que por lo contrario tienen un nivel de significancia **Valor p $\geq 0,05$** lo que indica que los grupos no tienen una diferencia de medias significativa.

Para identificar el tamaño de efecto de los grupos de estudio de utilizó coeficiente d de Cohen (d), antes y después de la intervención *mindfulness*, los cuales se presentan a continuación en la siguiente tabla:

Tabla 4

Prueba d de Cohen

Variable	Período	Experimental		Control		ES Cohen's D	Valor t	Valor p
		Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar			
Depresión (GDS-15)	Pretest	7,330	2,952	7,600	3,440	0,083	0,322	0,362
	Post test	3,800	1,243	6,070	3,965	0,771	2,988	<0,001
Satisfacción con la vida (SWLS)	Pretest	26,70	3,142	22,470	10,477	0,547	2,120	<0,001
	Post test	31,600	3,558	22,070	10,590	1,261	4,885	<0,001

En la tabla 4 se puede observar que mediante la *d* de Cohen tras medir los datos de la Escala Geriátrica de Depresión (GDS-15) se evidenció que, en el pretest una diferencia de media intergrupala entre el grupo control y grupo experimental (0,083) con un tamaño de efecto pequeño y en el post test (0,771) un tamaño de efecto moderado y un p-valor <0,001, siendo el grupo experimental el que disminuye el nivel de depresión sobre el grupo control, comprobando la eficiencia de la intervención de mindfulness realizada durante siete semanas.

En relación con la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS) existió un tamaño de efecto mediano (0.547) en el pretest intergrupala del grupo control y grupo experimental, en caso del post test se evidenció un tamaño de efecto grande (1,261) y un p-valor <0,001. Además, según las medias observadas se verifica que el nivel de satisfacción con la vida aumenta en el grupo experimental (pretest = 26,70; post test = 31,600). Por otro lado, en el caso del grupo control existe una mínima varianza de medias (pretest = 22,470; post test = 22,070). Finalmente, se interpreta que el nivel de satisfacción con la vida aumenta luego de la intervención basada en mindfulness.

En el análisis de la varianza (ANOVA), permitió comparar las varianzas entre las medias del grupo del presente estudio (control y experimental), y descubrir si los resultados de la prueba son significativos y permitió determinar si es necesario aceptar la hipótesis alternativa o rechazar la hipótesis nula según se puede visualizar en la siguiente tabla:

Tabla 5

Comparación intragrupo de las variables pre y post test mediante la prueba ANOVA

Variable	Período	Experimental		Control		Valor F	Valor p
		Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar		
Depresión (GDS-15)	Pretest	2,367	0,999	2,400	1,102	8,439	0,000
	Post test	1,300	0,466	1,900	1,155		0,000
Satisfacción con la vida (SWLS)	Pretest	4,133	1,697	4,200	2,007	6,091	0,000
	Post test	5,567	0,504	3,800	2,203		0,000

En la tabla 5 se pudo apreciar que tanto en la Escala Geriátrica de Depresión (GDS-15) se evidenció en el pretest que existen niveles de depresión similares entre el grupo experimental ($\bar{x}=2,367$; $\sigma=0,999$) y grupo control ($\bar{x}=2,4$; $\sigma=1,102$); sin embargo, en lo que se refiere al post test se mostró una disminución significativa de los niveles de depresión en el grupo experimental ($\bar{x}=1,3$; $\sigma=0,466$).

Con respecto a la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) se evidenció en el pretest niveles de depresión similares entre el grupo experimental ($\bar{x}=4,133$; $\sigma=1,697$) y control ($\bar{x}=4,2$; $\sigma=2,007$); sin embargo, en el grupo del post test se mostró un aumento de satisfacción con la vida el grupo experimental ($\bar{x}=5,567$; $\sigma=0,504$) en relación con el grupo control ($\bar{x}=3,800$; $\sigma=2,203$).

Dando cumplimiento al último objetivo específico el cual consiste en comparar los resultados de las evaluaciones aplicadas antes y después de la intervención basada en mindfulness, se presenta los siguientes resultados mediante tabla de frecuencias:

Tabla 6
Comparación de resultados

Variable	Nivel	Recuento	CONTROL		EXPERIMENTAL		
			PRE TEST	POST TEST	PRE TEST	POST TEST	
Escala de depresión geriátrica (GDS15)	<i>Normal</i>	# Casos	6	15	5	21	
		Porcentaje	20%	50%	16,6%	70%	
	<i>Leve</i>	# Casos	14	9	15	9	
		Porcentaje	46,6%	30%	50%	30%	
	<i>Moderado</i>	# Casos	2	0	4	0	
		Porcentaje	6,6%	0%	13,3%	0%	
	<i>Severo</i>	# Casos	8	6	6	0	
		Porcentaje	26,6%	20%	20%	0%	
	Satisfacción con la vida (SWLS)	<i>Muy insatisfecho</i>	# Casos	8	11	5	0
			Porcentaje	26,6%	36,6%	16,6%	0%
<i>Insatisfecho</i>		# Casos	0	0	1	0	
		Porcentaje	0%	0%	3,3%	0%	
<i>Poco insatisfecho</i>		# Casos	0	0	3	0	
		Porcentaje	0%	0%	10%	0%	
<i>Poco satisfecho</i>		# Casos	0	0	1	0	
		Porcentaje	0%	0%	3,3%	0%	
<i>Satisfecho</i>		# Casos	14	11	16	13	
		Porcentaje	46,66%	36,66%	53,33%	43,33%	
<i>Muy satisfecho</i>	# Casos	8	8	4	17		
	Porcentaje	26,66%	26,66%	13,33%	56,66%		

En la tabla 6, se observa el recuento del número de casos totales en los diagnósticos de cada test y el porcentaje que representan tomando como referencia que $n=30$ es el 100%. Los resultados de la comparación entre grupos de la Escala Geriátrica de Depresión (GDS-15) se evidenció que en el grupo control entre el pretest y el post test hubo mayor diferencia significativa intragrupo fue en el nivel severo de depresión, en

donde el grupo control obtuvo en el pre test un 26,6% (n = 8) y en el post test 20% (n = 6), mientras que en el grupo experimental se visualiza que en el pre test existieron 20% (n = 6), en tanto que en el post test presentaron después de la intervención de siete semanas basada en mindfulness un 0% (n = 0).

Con respecto a la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) se encontró la relevancia en el nivel muy satisfecho y satisfecho, en donde el grupo control en el pretest un 26,66% (n = 8) y en el post test un 26,66% (n = 8) de los participantes manifiestan estar muy satisfechos con la vida, mientras que un 46,66% (n = 14) y en el post test un 36,66% (n = 11) dicen estar satisfechos con la vida; con respecto con la insatisfacción con la vida un 26,6% (n = 8) señalaron estar muy insatisfechos con la vida; en el grupo control en el post test un 36,6% (n = 11). En esta línea de estudio se visualiza que en el grupo experimental en el pretest un 16,66% (n = 5) se encontraron muy insatisfechos con la vida y después de la aplicación del programa de intervención mediante mindfulness de siete semanas en el post test un 0% (n = 0) se encuentran muy insatisfechos; en este sentido luego de la intervención mindfulness en la aplicación del post test se reflejó que un 56,66% (n = 17) están muy satisfechos con su vida, ya que en relación con el pre test un 13,33% (n = 4) mencionaron estar muy satisfechos con la vida.

Por lo que se puede apreciar en el grupo experimental en el post test tanto en la Escala de Depresión (GDS-15) los participantes reducen el nivel severo y moderado en un 0% (n = 0); mientras que en la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS) en este mismo grupo post test se reduce muy insatisfecho, insatisfecho, poco insatisfecho, poco satisfecho a 0% (n = 0), e incrementa satisfecho a 43,33% (n = 13) y muy satisfecho a 56,66% (n = 17) de la muestra de (n = 30).

5. Discusión

Según estudios realizados en los cuales se identificaron que, las personas adultas mayores que presentan síntomas normales de depresión, son capaz de realizar las actividades de la vida diaria aunque se encuentre tenso, mientras que los pacientes con una depresión moderada tienen dificultades para realizar estas actividades y los que padecen depresión severa enfrentan problemas de autoestima, ideas de inutilidad y culpa; lo que en muchos casos da lugar a pensamientos suicidas (Pereira Sánchez & Molero Santos, 2019). En esta misma línea un estudio realizado por Sisa y Vega (2021),

informaron que la depresión de personas adultas mayores que viven en Ecuador están relacionados con factores clave como los sociodemográficos y los relacionados con la salud.

En tanto a los resultados reflejados en el presente estudio, corroboran que los factores influyentes en la depresión de las personas adultas mayores afectan a su estado de ánimo, al desarrollo normal de sus actividades diarias y también a lo que se refiere a la satisfacción con la vida. A su vez, la aplicación de programas interventivos basados en mindfulness en personas adultas mayores se aprecia que dichos programas pueden contribuir a aumentar enormemente su satisfacción con la vida. En lo referente a la intervención centrada en la aplicación de técnicas de mindfulness se aprecia en base a la literatura de Moscoso y Lengacher (2017) mindfulness contribuye a mejorar su estado de ánimo y a reducir niveles de depresión severo, mismo que se ha podido evidenciar en este estudio.

La Escala Geriátrica de Depresión (GDS-15) se utilizó en un estudio similar para evaluar el estado de depresión de 211 adultos mayores, de los cuales un 29,2% presentaron una prealencia de depresión, siendo este test una valiosa herramienta para realizar el tamisaje de depresión en personas adultas mayores (Erazo et al., 2020). Esta misma herramienta fue usada en el presente estudio, para evaluar los distintos niveles de depresión en los adultos mayores y a la vez hacer una comparativa de la evolución de este estado, entre un grupo control y un grupo experimental al cual se le aplicó una intervención basada en mindfulness.

En cuanto a la satisfacción con la vida un estudio de Molina-Blanco et al. (2018) en el cual, emplearon la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) encontraron que las variables que mejor predicen la satisfacción con la vida fueron la red de apoyo social, el apoyo social afectivo y la percepción de la salud. Por lo que en el presente estudio se pudo apreciar que a menor nivel de depresión, se incrementa el nivel de satisfacción con la vida.

Estudios relacionados con el afrontamiento adaptativo al trauma, resiliencia y crecimiento postraumático, en adultos mayores con depresión, destaca la psicología positiva, que intenta desarrollar fortalezas y recursos personales para alcanzar un buen estilo de vida del paciente (González, Piza, & Sanchez, 2021). La literatura científica actual evidencia que las emociones positivas contrarrestan los efectos negativos de la

desregulación emocional de la depresión a través de intervenciones basadas en mindfulness (Moscoso & Langacher, 2017). Al igual que en el presente estudio, se evidenció un evidente avance en la mejoría de sintomatología depresiva y emocional en el grupo experimental al cual se aplicó la intervención basada en mindfulness.

Acotando a los estudios ya mencionados, se señala que las personas adultas mayores son propensas a desarrollar o empeorar su estado de depresión al igual que a sentir insatisfacción con la vida, estas variables se encuentran interrelacionadas entre sí. También, es importante recalcar que es necesario dar la atención psicológica necesaria a las personas adultas mayores, mediante la implementación de técnicas tales como mindfulness, para ayudar a estas personas a mejorar o desaparecer la sintomatología depresiva y aumentar la satisfacción con la vida.

6. Alcance

El estudio que se presenta corresponde a un programa basado en mindfulness con el fin de determinar la eficacia de la intervención basada en mindfulness en personas adultas mayores con sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida. El programa está diseñado para una duración de siete semanas, de dos a tres horas por semana y requiere de la participación grupal de personas adultas mayores que presentan síntomas depresivos. El plan tiene el propósito de analizar los efectos de la depresión en una muestra de personas adultas mayores, mediante mindfulness. El enfoque de la intervención es mejorar el bienestar y calidad de vida de estas personas, en relación con la salud mental y vitalidad con el uso de terapias cognitivas, además, reducir los niveles de depresión mejorando el estado de ánimo y su satisfacción con la vida.

7. Limitaciones

En investigaciones futuras se puede ampliar la cantidad de aspectos evaluados, con ello se obtiene más información con relación a la depresión en personas adultas mayores, lo cual permite ampliar el campo de estudio, obtener características específicas, y a su vez validar datos.

Una de las limitaciones apreciadas está en relación a la Escala Geriátrica de Depresión (GDS-15) ya que se pudo evidenciar la inexistencia de una validación psicométrica de dicho instrumento en nuestro contexto ecuatoriano, por lo que se tomó como referencia para el presente estudio una validación en un contexto similar como lo es el colombiano.

Por otro lado, las limitaciones identificadas son la dificultad para acceder a información primaria, puesto que a causa de la propagación del virus COVID-19, es complicado acceder a personas adultas mayores porque son un grupo etario vulnerable, razón por la cual, para precautelar la salud integral tanto de los sujetos de estudio como de los profesionales, se sugiere la utilización de estrictas medidas de bioseguridad como lo es el uso de mascarillas, entre otras herramientas para facilitar este proceso investigativo.

CONCLUSIONES

Una vez finalizado el presente estudio se concluya que:

- De acuerdo con el primer objetivo se evidencia que desde una perspectiva teórica los aportes de autores refieren que el mindfulness es efectivo en el tratamiento de sintomatología depresiva en personas adultas mayores, si bien no se encontraron muchos aportes en la satisfacción con la vida en el grupo etario analizado, existen indicios de la influencia en el incremento.
- Al aplicar la Escala de Depresión Geriátrica GDS-15 en los participantes se evidencia que la mayoría presenta síntomas entre normales y leves de depresión, mientras que, en la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), los resultados reportan que gran parte de los participantes están satisfechos o muy satisfechos.
- Al comparar los resultados se evidencia que, en el grupo experimental, quienes recibieron siete semanas de intervención a través de la técnica de mindfulness y actividades de refuerzo en el Centro Diurno de Adultos Mayores de Urcuquí, se visualiza que los síntomas moderados y severos de depresión se redujeron en su totalidad, dado que todos los participantes del grupo experimental sintieron síntomas entre leves y normales. Con ello se evidencia la eficacia del uso de herramientas como mindfulness la cual contribuye a disminuir sintomatología depresiva e incrementa la satisfacción con la vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahunchain, C. (30 de octubre de 2020). Un abordaje crítico al desarrollo de la noción de depresión. Universidad de la República de Uruguay.
- Aleaga, A. (2018). *Análisis de la situación del adulto mayor en Quito*. Quito: Creative Commons.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2014). En A. A. Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) 5a Ed* (págs. 155-188). España: Editorial Médica Panamericana.
- Araya, C., & Moncada, L. (2016). Auto-compasión: origen, concepto y evidencias preliminares. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*(1). doi:2819/281946989008.pdf
- Arévalo, D., Game, C., & Padilla, C. (2021). Calidad. *Revista Venezolana de Gerencia*, 26(93). Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/290/29066223027/29066223027.pdf>
- Arias , P., & García, F. (2018). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en población ecuatoriana adulta. *Pensamiento Psicológico*, Vol 16, No 2, 21-29.
- Arias, P. (2021). Terapia contextual de esquemas. Obtenido de <https://ebg.ec/wp-content/uploads/2021/05/TERAPIA-CONTEXTUAL-DE-ESQUEMAS-2021.pdf>
- Arias, P., & García, F. (2018). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en población Ecuatoriana adulta. *Pensamiento Psicológico*, 21-29.
- Arias, P., Aravena, V., García, F., & Téllez, A. (2020). Hypnotic intervention in people with fibromyalgia: A randomized controlled trial. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 52.
- Arrarás, J., & Manrique, E. (2019). La percepción de la depresión y de su tratamiento. *An. Sist. Sanit. Nava*, 5-8. doi:<https://doi.org/10.23938/ASSN.0591>
- Asamblea Nacional. (2008). Constitución de la República del Ecuador. *Registro Oficial* 449. Obtenido de https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf

- Asamblea Nacional. (2015). Ley Orgánica de Salud. *Registro Oficial Suplemento 423*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Asamblea Nacional. (2019). Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores. *Suplemento del Registro Oficial No. 484*. Obtenido de https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf
- Badenes, A., & Austín Berta. (2021). Eficacia de las intervenciones basadas en el entrenamiento en mindfulness para mejorar el bienestar psicológico en las personas mayores con una enfermedad crónica. *Universidad Complutense de Madrid*, 17-23.
- Beekman, A., Copenland, J., & Prince, M. (2018). Review of community prevalence of depression in later life. *BJ Psychiatry*, 307 .
- Benevides E., P. (2017). LA DEPRESIÓN EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DESDE LA MELANCOLÍA HASTA LA DEPRESIÓN COMO ENFERMEDAD FÍSICA. *REVISTA PUCE. ISSN: 2528-8156. NÚM.105*, 171-188.
- Besdine, R. (2019). Calidad de vida en los ancianos. *Manual MSD*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/geriatr%C3%ADa/envejecimiento-y-calidad-de-vida/calidad-de-vida-en-los-ancianos>
- Body, L., Ramos, N., Rcondo, O., & Pelegrina, M. (2016). Desarrollo de la Inteligencia Emocional a través del programa mindfulness para regular emociones (PINEP) en el profesorado. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, vol. 30, num. 3, *Universidad de Zaragoza*, 47-59.
- Borja, C., Ruilova, E., Garcia, D., Sanchez, S., Guevara, K., & Morales, A. (2019). Factores que inciden en la presencia de la depresión en adolescentes. *Polo del conocimiento*, 165-180.
- Cabrera, C., Caldas, J., & Carrillo, S. (2019). Diseño del programa de bienestar psicológico de educación en salud online "Florece". *Archivos Venezolanos de*

- Farmacología y Terapéutica*, 38(5). Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/559/55962867026/55962867026.pdf>
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered.*, 182-191.
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 182-191.
- Calderon, D., Calderon, G., & Calderón, V. (2021). Depresión asociada a condiciones sociales, familiares y dependencia física en un hospital de Quito. *Cambios. rev. méd*, 44-52.
- Cardozo, O., Aguilera, E., Ferreira, M., & Díaz, C. (2017). Depresión y factores de riesgo asociados en pacientes geriátricos hospitalizados. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, 48-57.
- Cavieres, A., & López, P. (2021). La depresión como enfermedad: en defensa del modelo biomédico en psiquiatría. *Perpectiva*, 274-280.
- Chaparro, L., Carreño, S., & Arias, M. (2019). Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. *Cuidarte*, 10(2). doi:<https://www.redalyc.org/journal/3595/359562695005/html/>
- Chavarría, M., & Barra, E. (2014). Satisfacción Vital en Adolescentes : Relación con la Autoeficacia y el Apoyo Social Percibido. *psicoterapia*, 32(1). Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Chinchilla Moreno, A. (2011). Aspectos conceptuales e históricos de la depresión: En la depresión y sus máscaras. *Médica Panamericana*, 7-35.
- Clemente, F., Amutio, A., Mañas, I., Gázquez, J., & Pérez, M. (2017). Terapia psicológica. *Reducción de la ansiedad, la depresión geriátrica y la preocupación en una muestra de adultos mayores a través de un programa de entrenamiento en mindfulness*, 35(1). Obtenido de <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v35n1/art07.pdf>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Routledge.

- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Copara, O., Cumbicus, E., Morales, J., Caibe, M., & Ríos, L. (2021). Reflexiones sobre la intervención de enfermería en adultos con episodio depresivo. *Revista Eugenio Espejo*, 87-93.
- Corea, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Méd Hondur*, 46-52. doi:<https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
- De los Santos, P., & Carmona, S. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 1-24.
- Díaz, C., & González, A. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*, 5-16.
- Dietrichson, A. (2019). *Métodos Cuantitativos*. Buenos Aires, Argentina: Escuela de Humanidades de la Universidad Nacional San Martín.
- Dinner, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 71-75.
- Domínguez, R., & Ibarra, E. (2017). La psicología positiva: un nuevo enfoque para el estudio de la facilidad. *Razón y palabra*, 21(96). Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1995/199551160035.pdf>
- Donoso, L., García, C., Moreno, B., de la Pinta, M., & Moraleda, A. (2017). Intervención breve basada en ACT y mindfulness: estudio piloto con profesionales de enfermería. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. doi:560/56049624004.pdf
- Dzido, V. (2020). Mindfulness ante la ansiedad y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática. *Tesis de maestría en intervención Psicológica*. Universidad César Vallejo. Obtenido de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/50153/Dzido_MV-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Erazo, M., Fors, M., Mullo, S., González, P., & Viada, C. (2020). Consistencia interna de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS Versión de 15 ítems) en Adultos Mayores Ecuatorianos. *The Journal of Health Care Volumen 57*, 1-6.

- Erazo, M., Fors, M., Mullo, S., González, P., & Viada, C. (2020). Consistencia Interna de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS Versión de 15 ítems) en Adultos Mayores Ecuatoriano. *The journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* Vol. 57, 1-6.
- Fernández, S., Cáceres, D., & Manrique, Y. (2020). Percepción del apoyo social en adultos mayores pertenecientes a instituciones denominadas Centros de Vida. *Perspectivas en Psicología*, 16(1). Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/679/67963183004/html/>
- Fernandez-Daza, M., & Martín Carbonell, M. (06 de Agosto de 2019). MANUAL BÁSICO PARA LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y SUS FAMILIAS. *Manual básico para la evaluación psicológica de adultos mayores institucionalizados y sus familias*. Santa Marta, Bogotá, Colombia: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia.
- Flores Tapia, C., & Flores Cevallos, K. (2021). Pruebas para comprobar la normalidad de datos en procesos productivos: Anderson Darling, Ryan-Joiner, Shapiro-Wilk y Kolmogorórov-Smirnov. *Societas*, 83-97.
- Franco, C., Amutio, A., Mañas, I., Gázquez, J., & Carmen, P. (2017). Reducing anxiety, geriatric depression and worry in a sample of older adults through a mindfulness training program. *Terapia psicológica*.
- Franco, C., Mañas, I., & Justo, E. (2017). Reducción de los niveles de estrés, ansiedad y depresión en docentes de educación especial a través de un programa de mindfulness. *Revista educación inclusiva*, 11-22.
- Goena, J., & Molero, P. (2019). Distimia. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.011>
- Gómez-Angulo, C., & Campo-Arias Adalberto. (2011). Escala Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial*. *Universitas Psychologica*, 735-743.
- González, J., Valdés, M., Iglesias, S., García, M., & González, D. (2018). La depresión en el anciano. *NPunto*.

- González, M., Piza, N., & Sanchez, P. (2021). LA PSICOLOGÍA POSITIVA COMO RECURSO EN LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR. *Revista pedagógica de la Universidad de Cienfuegos*, 109-114 .
- Grupo de Acción de Salud y Sostenibilidad. (2020). ODS 3. La salud, clave en la Agenda 2030. Obtenido de https://foretica.org/wp-content/uploads/2020/05/Informe_Salud_y_Bienestar_2030_Integracion_en_la-Estrategia_Empresarial_Mayo_2020.pdf
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la depresión en el Adulto. (2014). *La depresión, información para pacientes, familiares y allegados*. Galicia: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.
- Guevara, F., Díaz, A., & Caro, P. (2020). Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Poliantea*, 1-7.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F: Mc Graw Hill Education.
- Ivtzan, I., Niemiec, R., & Briscoe, C. (2016). A study investigating the effects of Mindfulness-Based Strengths Practice (MBSP) on wellbeing. *International Journal of Wellbeing*.
- Jackson, S. (1986). *Historia de la Melancolía y la Depresión*. London: Yale University.
- Kahle, L. R., Kambara, K. M., & Rose, G. M. (1996). A Funtional Model of Fan Attendance Motivations for College Football. *Fan Motivation*, 51-60.
- Krogh, E., Medeiros, S., Bitran, M., & Langer, A. (2019). Mindfulness y la relación clínica: pasos hacia una resiliencia en medicina. *Rev Med Chile*, 618-627.
- Lee, K., Tang, W., & Bressington, D. (2019). The experience of mindful yoga for older adults with depression. *Journal of psychiatric and mental health nursing*.
- López, D., Puddington, M., Jaramillo, M., & Moisef, C. (2017). Evaluación de un programa de mindfulness. Efectos preliminares sobre regulación emocional y sintomatología. *PSCIENCIA*, 9(3), 1-16. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333153776001.pdf>
- López, D., Puddington, M., Jaramillo, M., Moiseff, C., Gagliesi, P., & Stoewsand, C. (2017). Evaluación de un programa de mindfulness. Efectos preliminares sobre

- regulación emocional y sintomatología. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1-16.
- Luyten , P. (2007). Looking Back Towards the Future: Is It Time to Chage the DSM Approach to Psychiatric Disorders? The Case of Depression. *Psychiatry*, 85-99.
- Marques, C., Céu, M., Ceinos, C., Silva, A., & Noguiera, M. (2018). Satisfacción con la vida en estduaintes universitarios: papel predictor de los valores. *Psicología Desde el Caribe*, 171-183.
- Martino, F. (2020). Ansiedad ragos y esquemas maladaptativos tempranos . *Tesis de grado*. Lima: Universidad de San Martin de Porres.
- Meda, R., Juárez, P., Santos, F., Solís, P., & Palomera, A. (2021). Validación del índice de calidad de vida, versión español. *Behavioral Psycholog*, 29(1). doi:<https://doi.org/10.51668/bp.8321109s>
- Mery, P., Córdoba, P., & García, A. (2017). Caracterización del Bienestar Subjetivo mediante la aplicación de la Escala de Satisfacción. *Encuentros*, 15(2). Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4766/476655856008.pdf>
- Mikulic, I., Crespi, M., & Caballero, R. (2019). Escala de satisfacción con la vidad (SWLS): estudio de las propiedades psicométricas en adultos de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/3691/369163433043/html/>
- Molés Julio, M., Esteve Clavero, A., Lucas Millares, V., & Floch Ayora, A. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en área urbana. *SciELO*, 71-80.
- Molés, M., Clavero, A., Lucas, M., & Folch, A. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermeria Global*, 58-70.
- Molina-Blanco, M., Jiménez-Martí, M., Pinazo-Hernándis, S., Sánchez-Sánchez, F., & Torregosa-Ruíz, M. (2018). Indicadores de la satisfacción con la vida en personas adultas mayores en Costa Rica y España. *Anales en Gerontología* , 1-35.
- Morales, S. (2021). Una visión holística de la depresión en adultos mayores colombianos. *Univ. Med*, 1-11.

- Moscoso, M., & Langacher, C. (2017). El rol de mindfulness en la regulación emocional de la depresión . *El Sevier*, 64-68.
- Moscoso, M., & Lengacher, C. (2017). El rol de mindfulness en la regulación emocional de la depresión. *Mindfulness & Compassion*, 65-69.
- Naciones Unidas. (1948). Declaración de los Derechos Humanos. Obtenido de https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
- Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos. Obtenido de <https://www.coe.int/es/web/compass/the-international-covenant-on-civil-and-political-rights#:~:text=El%20pacto%20desarrolla%20los%20derechos,autodeterminaci%C3%B3n%20y%20a%20respetar%20ese%20derecho.>
- Naciones Unidas. (2018). La salud mental es un derecho humano. Obtenido de <https://www.ohchr.org/es/stories/2018/05/mental-health-human-right>
- Naranjo, Y., Mayor, S., & Rivera, O. (2021). Estados emocionales de adultos mayores en aislamiento social durante la COVID-19. *Revista Información Científica*, 100(2). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332021000200004
- Nasio, J. (2022). *La depresión es la pérdida de una ilusión*. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF.
- National Institute of Mental Health. (2017). *Las personas mayores y la depresión*. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos.
- OMS. (12 de diciembre de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- OPS. (junio de 2019). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Organización Mundial de la Salud. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

- Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#:~:text=La%20salud%20mental%20es%20un%20estado%20de%20bienestar%20en%20el,de%20contribuir%20a%20su%20comunidad.>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes*.
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol.*, 227-232.
- Pastorino, M. (2019). Género y depresión: contribuciones a la investigación y la atención en el campo de la salud . En M. Orozco, M. Ibarra, & A. Feriua, *Investigación en ciencias de la salud en Centroamérica: estado del arte, redes internacionales y perspectivas* (págs. 115-133). Associação Brasileira Rede UNIDA: Rio de Janeiro.
- Pembury, M., & Ruxton, G. (2020). Uso eficaz de la prueba de McNemar. *Springer*, 1-9.
- Peralta Martín, V., & Cuesta, M. (2002). Psicopatología y clasificación de los trastornos depresivos. *ANELES Sls San Navarra*, 7-20.
- Pereira Sánchez, V., & Molero Santos, P. (2019). PROTOCOLO DE PRÁCTICA ASISTENCIAL Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión. *Science Direct*, 5070-5074.
- Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., & Salgado , H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Rev Biomed*, 73-98.
- Pintado, S., & Castillo, M. (2016). Propuesta de un programa de intervención piloto basado en la Psicología Positiva para la. *Universidad de las Américas Puebla de México*.
- Piñar, G., Suárez, G., & Dela Cruz, N. (2020). Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Médica Sinergia*.
- Pizarro-Ruiz, J., Ordoñez-Cambolor, N., Del-Líbano , M., & Escolar-Llamazares, M.-C. (2021). Influence on forgiveness, Character Strengths and Satisfaction with Life of a Short Mindfulness Intervention via a Spanish Smartphone Application. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 2-14.

- Puerta, J., & Padilla, D. (2016). Terapia Cognitiva Conductual como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 251-257.
- Quinayás, G. (2021). Personas Adultas mayores frente a la Inclusión social en América Latina: un estudio en red. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/316/31669754010/html/>
- Ramírez Ríos, A., & Polack Peña, A. (2020). Estadística inferencial. Elección de una prueba estadística no paramétrica en investigación científica. *HORIZONTE DE LA CIENCIA*, 200.
- Ramirez, X., Arias, M., & Madrigal, S. (2020). Actualización del trastorno afectivo bipolar. *Revista Médica Sinergia*.
- Rawtaer, I. M. (2015). Psychosocial interventions with art, music, Tai Chi and mindfulness for subsyndromal depression and anxiety in older adults: A naturalistic study in Singapore. *Asia-Pacific Psychiatry*.
- Restrepo, M., Sánchez, E., Vélez, M., Marin, J., Martínez, L., & Gallego, D. (2017). Trastorno depresivo mayor: una mirada genética. *Divers.: Perspect. Psicol*, 279-294.
- Salazar, J., Arenas, L., & Gil, A. (2021). Determinantes e la satisfacción con la vida en adultos mayores en México. *Cuadernos del CIMBAGE*(23), 62-76. Obtenido de <https://ojs.econ.uba.ar/index.php/CIMBAGE/article/view/2174/2926>
- Salcido, L., Jiménez, Ó., Ramos, N., & Sánchez, M. (2021). Intervención en duelo y mindfulness. *Diversitas*, 17(21). doi:679/67968181012/html/
- Sánchez, E. (2021). *Programa combinado de mindfulness y estimulación cognitiva computerizada*. [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=303364>
- Sánchez, G. (2011). MEDITACIÓN, MINDFULNESS Y SUS EFECTOS BIOPSIICOSOCIALES. REVISIÓN DE LITERATURA. *Revista Electrónica de Psicología Iztacal*, 223-250.
- Sansó, N. G., Oliver, A., Cuesta, P., Sánchez, C., & Benito, E. (2018). Evaluación de una intervención mindfulness en equipos de cuidados paliativos. *Psychosocial Intervention*. doi:<http://dx.doi.org/10.5093/pi2018a7>

- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2015). *Terapia cognocitiva basada en mindfulness*. Barcelona: Keiros.
- Shapiro, S., & Wilk, M. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*, Volume 52, Issue 3-4, December 1965 <https://doi.org/10.1093/biomet/52.3-4.591>, 591-611.
- Sheikh, J., & Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*.
- Sisa, I., & Vega, R. (2021). Prevalencia de depresión en adultos mayores que viven en Ecuador y factores contribuyentes: un estudio basado en la población. *Revista Salud Pública*, 1-8.
- Soria, R., Soriano, M., Lara, N., & Mayen, A. (2018). Depresión en adultos mayores. Diferencias entre sexos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 682-697.
- Stahle, L., & Wold, S. (1989). Analysis of variance (ANOVA). *ELVESIER*, 259-272.
- Sureima, C., Omara, G., Virgen, C., & Ada, D. (2020). Manifestaciones psicológicas en adultos mayores en aislamiento social durante la pandemia COVID-19. *In Primera Jornada Virtual de Psiquiatría 2020*.
- Swaby, E., Ramírez, M., Rodríguez, R., López, P., Fajardo, B., & Romero, R. (2018). Algunos aspectos actuales acerca de la depresión. Revisión bibliografica. *Hospital Psiquiatrico Docente Provincial "Luis Ramires Lopez"*, 1-9.
- Torrijos, M. (2019). *Eficacia de un programa de mindfulness y compasión para la mejora de la calidad de vida, compasión, autocuidado y malestar emocional del paciente con dolor crónico: Ensayo clínico aleatorizado*. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de Madrid]. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=221210>
- Troncoso, C., Muñoz, M., Amaya, J., Díaz, F., Sotomayor, M., & Jerez, A. (2019). Mejorando la calidad de vida en adultos mayores a través de la experiencia universitaria. *Gerokomos*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000300113

- Vázquez, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1). Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006
- Vázquez, M. (2019). *Mindfulness como terapia no farmacológica aplicada a nuestros mayores*. Obtenido de <https://www.geriatricarea.com/2019/12/18/mindfulness-como-terapia-no-farmacologica-aplicada-a-nuestros-mayores/>
- Vergel, J., & Barrera, M. (2021). Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? *Rev. Méd. Risaralda*, 85-97. doi:<https://doi.org/10.22517/25395203.24637>
- Veytia, M., Guadrrama, R., Márquez, O., & Fajardo, R. (2016). Mindfulness y síntomas de depresión. *Actualidades en Psicología*, 30(31). Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1332/133248870006.pdf>
- Villafuerte, J., Alonso, Y., Vila, Y., Alcaide, Y., Betancourth, Y., & Arteaga, Y. (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *MediSur*, 15(1). doi:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100012
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Munévar, F., & Vera, L. (2019). Escala de satisfacción con la vida (SWLS): análisis de validez, confiabilidad y baremos para estudiantes universitarios de Bogotá. *Psicogente*, 1-20.
- Wahbeh, H. (2018). Internet Mindfulness Meditation Intervention (IMMI) Improves Depression Symptoms in Older Adults. *Medicines*, 2-12.
- World Health Organization. (2000). En *Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders* (págs. 96-104). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Yagüe, L. S.-R. (2016). Reducción de los síntomas de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

Por medio de la presente quisiera obtener su autorización para incluirlo como participante en la investigación en donde el objetivo general de esta investigación es: evaluar la efectividad de un programa de intervención. En esta carta solicitamos a usted su consentimiento para su participación en esta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. En el caso de su aceptación, tendrá que llenar una ficha de evaluación sociodemográfica e instrumentos de medición. La colaboración en este estudio no le quitara mucho de su tiempo. *Su participación será anónima*, es decir, que su nombre no aparecerá de ningún modo ni en los instrumentos, ni en los informes del proyecto que se redactarán. Los instrumentos de evaluación llevarán un código desde el inicio que reemplazarán los nombres. Luego, los datos producidos por los instrumentos serán trasladados a una base de datos. Esta base de datos será usada para realizar diversos análisis que faciliten el proceso del proyecto. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Así mismo, si usted lo estima pertinente usted recurrirá a la investigadora Aida Cecilia Placencia para resguardar sus derechos si usted percibiese que estos han sido vulnerados en algún sentido.

Por último, si usted acepta participar, llene esta carta de consentimiento, marque con una X y devuelva la copia a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude en realizarla al momento o dirigirla al director de esta investigación a su correo electrónico cecilia.placenciavivaibarra@hotmail.com de ante mano le agradezco por su participación.

Autorizo la participación.

Anexo 2. Cuestionario sociodemográfico

Instrucciones: Lea con detenimiento cada una de las indicaciones proporcionadas y marque con una (X) los datos que corresponda a su realidad, y en los lugares correspondientes llenar con la información necesaria.

1. Sexo	Hombre () Mujer ()
2. Edad	Entre 65 a 74 años () Entre 75 a 85 años () Mayor a 85 años () Edad exacta:
3. Estado civil:	Soltero/a () Casado/a () Divorciado/a () Separado/a () Viudo/a () Unión de hecho ()
4. Estado de Escolaridad	Ninguno () Primaria () Secundaria () Tercer nivel () Cuarto nivel ()
5. Ocupación:	
6. Sector del domicilio	Urbano () Rural ()
7. Situación socioeconómica familiar	Muy buena () Buena () Regular () Mala ()
8. ¿Con quién vive actualmente?	
9. Siente que sus familiares le apoyan en su estado de salud actual	Si () No ()

10. ¿Quién está a cargo de sus cuidados?	
11. Tiempo de hospitalización:	
12. ¿Presenta algún tipo de lesión?	<ul style="list-style-type: none"> • Fractura () • Luxación (debida a la descolocación de las articulaciones que unen a los huesos, dicha lesión deforma e inmoviliza a la parte afecta) () • Amputaciones () • Esguince (es una lesión ligamentosa que va desde una distensión hasta una ruptura parcial o total) () • Osteomielitis (es una infección que ataca al hueso) () • Otra () ¿Cuál?.....
13. Actualmente frente a esta situación siente que su estado del ánimo es	Muy Bue Reg M buen no() ular () alo () o ()
14. Actualmente asiste a rehabilitación	Si () No ()
En caso de ser afirmativa cuanto tiempo	1-2 veces por semana () 3-4 veces por semana () 5-6 veces por semana () 7 veces por semana ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 3. Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Escoja la respuesta adecuada según cómo se sintió usted la semana pasada

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida?

SI / NO

2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?

SI / NO

3. ¿Siente usted que su vida está vacía?

SI / NO

4. ¿Se aburre usted a menudo?

SI / NO

5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?

SI / NO

6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?

SI / NO

7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?

SI / NO

8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?

SI / NO

9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?

SI / NO

10. Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?

SI / NO

11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?

SI / NO

12. De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil?

SI / NO

13. ¿Se siente usted con mucha energía?

SI / NO

14. ¿Siente usted que su situación es irremediable?

SI / NO

15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?

SI/ NO

Anexo 4. Escala de Satisfacción con la Vida (WSLS)

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (solo uno por afirmación). Por favor, se sincero con tu respuesta.

Pregunta	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea							
Las circunstancias de mi vida son muy buenas							
Estoy satisfecho con mi vida							
Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes							
Si supiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada							

Anexo 5. Protocolo de Intervención

Sesión 1 del plan de intervención para adultos mayores del Centro Diurno del Adulto Mayor de Urcuquí

Sesión 1	Sesión informativa	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar a los participantes del grupo experimental las características que tendrá el plan de intervención que se realizará. 	
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diapositivas ▪ Proyector ▪ Computadora ▪ Memory ▪ Psicólogo ▪ Cuestionarios impresos ▪ Esferos 	
	División	Tiempo
Actividades	Inicio: realizar una dinámica que permita la presentación del psicólogo y la socialización con los participantes.	25 minutos
	Desarrollo: presentación de las diapositivas en las que se explique de forma breve en que consiste el plan de intervención.	30 minutos
	Fin: realizar la evaluación inicial de los participantes mediante la escala de depresión geriátrica y de satisfacción con la vida.	45 minutos.

Sesión 2 del plan de intervención para adultos mayores del Centro Diurno del Adulto Mayor de Urcuquí

Sesión 2	Practica de “Mindfulness” o conciencia plena	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar a conocer lo que implica el mindfulness ▪ Poner en práctica el fundamento del mindfulness mediante el ejercicio de la uva pasa para activar la conciencia plena de las acciones y obtener calma. 	
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Computadora ▪ Proyector ▪ Parlantes ▪ 90 uvas pasas para los participantes ▪ Video del ejercicio de la pasa 	
	División	Tiempo
Actividades	Inicio: presentación de las diapositivas para explicar que es el mindfulness, los beneficios y recomendaciones. Presentar un video sobre el ejercicio de la pasa que se realizará.	30 min

Desarrollo: realizar la práctica del mindfulness con las pasas, dar 3 pasas a cada participante:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La primera se debe comer tal como desearían comerse ▪ Con la segunda, el participante debe concentrarse en la respiración y a la vez percibir las características organolépticas de la pasa (color, sabor, olor, textura). ▪ Con la tercera pasa el participante debe tomarse el tiempo en comerla, en la que perciba como mastica y seguir todo el proceso desde la boca hasta que pase al estómago. 	15 min
Fin: explicación sobre las actividades de refuerzo que realizará	10 min
Actividades de refuerzo: analizar una actividad cotidiana como el ejercicio de la uva pasa.	30 min todos los días hasta la siguiente sesión.

Sesión 3 del plan de intervención para adultos mayores del Centro Diurno del Adulto Mayor de Urcuquí

Sesión 3	Aplicación de la conciencia plena en el manejo de pensamientos	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aprender a desplazar la atención de pensamientos negativos pasados para estar conscientes del momento presente. 	
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Computadora ▪ Proyector ▪ Parlantes ▪ Colchonetas para que los adultos mayores practiquen el ejercicio de body scan ▪ Audio – video para realizar body scan en la actividad de refuerzo 	

	División	Tiempo
Actividades	Inicio: realizar una retroalimentación de la sesión anterior, los participantes deben contar sobre la aplicación de la atención plena en las actividades, con ello socializar las experiencias.	25 min
	Desarrollo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar el ejercicio de conciencia plena con la respiración ▪ Presentar un video sobre el ejercicio de conciencia plena en el manejo de pensamientos ▪ Realizar el ejercicio de “body scan” 	40 min
	Fin: explicación sobre las actividades de refuerzo que realizará	10 min
	Actividades de refuerzo: analizar una actividad cotidiana con conciencia plena. Realizar “body scan” con los audios proporcionados.	30 min todos los días hasta la siguiente sesión.

Sesión 4 del plan de intervención para adultos mayores del Centro Diurno del Adulto Mayor de Urcuquí

Sesión 4	Satisfacción con la vida mediante el auto – compasión en consideración de conciencia plena	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular el ser consiente con enfoque en incrementar la satisfacción con la vida 	
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Computadora ▪ Proyector ▪ Parlantes ▪ Diapositivas 	
	División	Tiempo
Actividades	<p>Inicio: realizar retroalimentación de la sesión anterior, los participantes socializar experiencias con la aplicación de conciencia plena en actividades cotidianas y el body scan,</p> <p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar el ejercicio de conciencia plena con la respiración ▪ Presentar el tema de la sesión ▪ Ejercicio de meditación mediante la exploración corporal con enfoque en el auto cuidado <p>Fin: explicación sobre las actividades de refuerzo que realizará</p> <p>Actividades de refuerzo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar ejercicios de autocompasión mediante la escritura de una carta a uno mismo ▪ Analizar una actividad cotidiana con conciencia plena. ▪ Realizar “body scan” con los audios proporcionados. 	<p>25 minutos</p> <p>30 min todos los días hasta la siguiente sesión.</p> <p>40 min todos los días hasta la siguiente sesión.</p>

Sesión 5 del plan de intervención para adultos mayores del Centro Diurno del Adulto Mayor de Urcuquí

Sesión 5	Satisfacción con la vida basado en el concepto de aceptación de pensamientos negativos.	
Objetivo	Estimular la respuesta emocional ligado al concepto de aceptación por medio del refuerzo ante pensamientos negativos	
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Computadora ▪ Proyector ▪ Parlantes ▪ Diapositivas ▪ Psicólogo 	
	División	Tiempo
Actividades	Inicio: realizar retroalimentación de la sesión anterior, los participantes socializar	15 minutos

	<p>experiencias con la aplicación de las actividades de refuerzo.</p> <p>Desarrollo</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar el ejercicio de conciencia plena con la respiración basada en la meditación vipassana con efecto relajante. ▪ Explicar la relación entre los pensamientos negativos y las sensaciones corporales en situaciones de tensión ▪ Explicación del ejercicio navegado olas con alusión a los pensamientos negativos. <p>Fin: explicación sobre las actividades de refuerzo formuladas en esta sesión</p> <p>Actividades de refuerzo</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar ejercicios de meditación vipassana de 3 minutos ▪ En caso de pensamientos negativos, identificar las sensaciones corporales. ▪ Replicar el ejercicio de navegando olas con los pensamientos-sensaciones identificados. 	<p>45 minutos</p> <p>15 min todos los días hasta la siguiente sesión</p> <p>25 minutos diarios hasta la siguiente sesión</p>
--	--	--

Sesión 6 del plan de intervención para adultos mayores del Centro Diurno del Adulto Mayor de Urcuquí

Sesión 6	Sesión de recuerdo para la implementación de mecanismo de respiración para la satisfacción con la vida de adultos mayores.	
Objetivo	Recordar a los participantes los ejercicios de respiración desarrollados en el programa de mindfulness	
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicólogo ▪ Cuestionarios impresos ▪ Proyector ▪ Diapositivas ▪ Parlantes ▪ Pista de audio relajante 	
	División	Tiempo
Actividades	Inicio: realizar un ejercicio corto de atención a la respiración para tomar contacto con el momento presente.	15 minutos
	Desarrollo: Realizar una exposición corto a modo de síntesis sobre las técnicas de respiración desarrolladas en el curso. Una vez finalizada la presentación se genera un espacio para expresar la experiencia de los participantes con los ejercicios planteados en las sesiones anteriores.	45 minutos
	Fin: se brinda indicaciones generales para la aplicación práctica de los ejercicios de respiración.	15 min todos los días
	Actividades de refuerzo Se motiva a los participantes a mantener los efectos del entrenamiento de atención plena, para enfrentar futuras situaciones de cambio o temor para la satisfacción con la vida.	5 minutos durante un espacio convivencia social en las mañanas

Sesión 7 del plan de intervención para adultos mayores del Centro Diurno del Adulto Mayor de Urcuquí,

Sesión 7	Sesión de recuerdo para la implementación de mecanismo de respiración para la satisfacción con la vida de adultos mayores.	
Objetivo	Recordar a los participantes los ejercicios de respiración desarrollados en el programa de mindfulness	
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicólogo ▪ Cuestionarios impresos post intervención ▪ Proyector ▪ Diapositivas ▪ Parlantes ▪ Pista de audio relajante 	
	División	Tiempo
Actividades	Inicio: realizar un ejercicio corto de atención a la respiración para tomar contacto con el momento presente desarrollando la autocompasión.	15 minutos
	Desarrollo: Realizar una exposición corto a modo de síntesis sobre las técnicas de respiración desarrolladas durante la presente intervención. Una vez finalizada la presentación se genera un espacio para expresar la experiencia de los participantes con los ejercicios planteados en las sesiones anteriores y se procede a aplicar los post test entregando a la muestra de participantes los cuestionarios impresos.	45 minutos
	Fin: se brinda indicaciones generales para la aplicación práctica de los ejercicios de respiración.	15 min todos los días
	Actividades de refuerzo Se motiva a los participantes a mantener los efectos del entrenamiento de atención plena, para enfrentar futuras situaciones de cambio o temor para la satisfacción con la vida y desarrollar la autocompasión.	5 minutos durante un espacio convivencia social en las mañanas