



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE POSGRADO



MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN PSICOTERAPIA

**INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR,
MODALIDAD PRESENCIAL**

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN Y

MODIFICAR CREENCIAS LIMITANTES HACIA LA MUERTE EN ADULTOS

MAYORES DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE MONJAS, CIUDAD DE

QUITO, AÑO 2024

Línea de investigación: Salud y bienestar integral.

AUTOR

William Ramiro Criollo Pullupaxi

DIRECTOR(A)

Alexandra Yakeline Meneses Meneses

Ibarra, septiembre 2024

Dedicatoria

Dedico especialmente esta tesis a mi esposa, Sara García, por su apoyo incondicional durante este arduo proceso de aprendizaje. Sus capacidades, aportes y amor infinito han sido fundamentales en mi formación. Te amo.

También dedico este trabajo a mi familia: a mis padres, hermanas, hermanos y sobrinas, quienes, a su manera, me han acompañado, ofreciéndome su interés y ayuda constante.

Además, a mis suegros quienes han sabido recibirme y darme su incentivo a seguir adelante.

Agradecimientos

Quiero expresar mi profundo agradecimiento.

A mi tutora, Msc. Alexandra Meneses, le estoy inmensamente agradecido por compartir su experticia y tiempo, guiándome de manera eficaz y eficiente en la culminación de este estudio.

A mis docentes y autoridades, les reconozco y agradezco por su vocación y dedicación.

A mis amigos de la maestría, Oscar y Cristina, quiero agradecerles por sus valiosos aportes en mi aprendizaje y por crear un ambiente ameno y colaborativo durante todo el proceso.

Su conocimiento y apoyo han sido invaluableles.

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 del 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	1718447392		
APELLIDOS Y NOMBRES	Criollo Pullupaxi William Ramiro		
DIRECCIÓN	Rafael Endara S10-78 y Cipriano Fuentes		
EMAIL	wrcriollop@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO	022661859	TELÉFONO MÓVIL:	0992787562
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN Y MODIFICAR CREENCIAS LIMITANTES HACIA LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE MONJAS, CIUDAD DE QUITO, AÑO 2024.		
AUTOR:	Criollo Pullupaxi William Ramiro		
FECHA: DD/MM/AAAA	26/09/24		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA DE POSGRADO	<input type="checkbox"/> GRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO		
TITULO POR EL QUE OPTA	Magíster en Psicología Clínica Mención Psicoterapia		
TUTOR/ASESOR	MSC. Alexandra Yakeline Meneses Meneses/ MSC. Cristian Guzmán		

2. CONSTANCIAS

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

Ibarra, a los 26 días del mes de septiembre de 2024

EL AUTOR:

Firma _____

William Ramiro Criollo Pullupaxi

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020

26 de Octubre del 2020

FACULTAD DE POSGRADO

Ibarra, 17 de junio 2024

Dra. Lucia Yépez V. Msc

Decano (a) Facultad de Postgrado

ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señor(a) Decano(a):

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN Y MODIFICAR CREENCIAS LIMITANTES HACIA LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE MONJAS, CIUDAD DE QUITO, AÑO 2024 del/de la maestrante William Ramiro Criollo Pullupaxi, de la Maestría de Psicología Clínica mención Psicoterapia, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombre	Firma
Director /a	PHD. ALEXANDRA MENESES	
Asesor/a	MSC. CRISTIAN GUZMÁN	

Certificación director del trabajo de Integración Curricular

Ibarra, 26 de septiembre de 2024

Alexandra Yakeline Meneses Meneses

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe de trabajo de Integración Curricular, mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte; en consecuencia, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.

(f).....

Alexandra Yakeline Meneses Meneses

C.C: 1715155147

Índice de Contenidos

Dedicatoria.....	II
Agradecimientos.....	III
Autorización de uso y publicación a favor de la Universidad Técnica del Norte	IV
Conformidad con el documento final	VI
Certificación director del trabajo de Integración Curricular	VII
RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
CAPÍTULO I.....	1
EL PROBLEMA.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Antecedentes	4
1.3 Objetivos	6
1.4 Justificación	7
CAPÍTULO II.....	8
MARCO REFERENCIAL	8
2. Marco teórico	8
2.1 Depresión.....	8
2.1.1 <i>Neurobiología de la depresión</i>	10
2.1.2 <i>Clasificadores de trastornos psicoemocionales</i>	11
2.1.3 <i>Diagnóstico</i>	12
2.1.4 <i>Depresión en el adulto mayor</i>	12
2.2 Creencias limitantes hacia la muerte.....	13
2.2.1 <i>Actitud hacia la muerte</i>	15
2.3 Adultos mayores	16
2.4 Terapia Cognitivo Conductual.....	17
2.4.1 <i>Terapia Racional Emotivo Conductual</i>	18
2.4.2 <i>Intervención terapéutica</i>	19
2.5 Marco legal	20
2.5.1 <i>Derecho a la salud</i>	20
2.5.2 <i>Lineamientos Operativos para la atención integral del Adulto Mayor</i>	20
2.5.3 <i>Consideraciones bioéticas</i>	21

CAPÍTULO III	22
MARCO METODOLÓGICO	22
3.1 Descripción del área de estudio/Grupo de estudio.....	22
3.2 Enfoque y tipo de investigación.....	23
3.3 Población y muestra.....	23
3.4 Procedimientos.....	24
3.5 Instrumentos.....	26
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	30
4.1 Perfil sociodemográfico de la muestra.....	30
4.2 Análisis de la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual para disminuir niveles de depresión.	32
4.3 Diagnóstico pretest y post sobre creencias limitantes hacia la muerte	33
4.4 Análisis de la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en modificación de creencias limitantes hacia la muerte pruebas pre y post.	34
4.5 Discusión de resultados.....	35
CAPÍTULO V.....	38
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES	39
BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS	50
1. Consentimiento informado	50
2. Encuesta sociodemográfica	54
3. Escala de valoración Sociofamiliar de Gijón	57
4. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	58
5. Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte (WONG, REKER, GESSER, 1988) ..	59

Índice de Tablas

Tabla 1	24
Tabla 2	29
Tabla 3	31
Tabla 4	33
Tabla 5	34
Tabla 6	35

Índice de figuras

Figura 1	22
----------------	----

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN PSICOTERAPIA

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN Y MODIFICAR CREENCIAS LIMITANTES HACIA LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE MONJAS, CIUDAD DE QUITO, AÑO 2024

AUTOR: William Ramiro Criollo Pullupaxi

DIRECTOR: MSC. Alexandra Yakeline Meneses Meneses

AÑO: 2024

RESUMEN

Esta investigación evaluó la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual modalidad grupal en la reducción de los niveles de depresión y la modificación de creencias limitantes sobre la muerte en adultos mayores. El estudio se realizó en el Centro de Salud San José de Monjas en Quito, en el año 2024. Se evaluaron los niveles de depresión y las actitudes hacia la muerte mediante pruebas pre-intervención, incluyendo la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage y el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R). La intervención consistió en 10 sesiones grupales semanales de 60 minutos, dirigidas por un psicoterapeuta. El estudio utilizó un diseño cuantitativo, preexperimental con evaluaciones antes y después de la intervención. La población objetivo fueron adultos mayores del sector Monjas, y se seleccionó una muestra no probabilística de 15 participantes. Los resultados indicaron una reducción significativa en los niveles de depresión y cambios en las creencias limitantes sobre la muerte. Las dimensiones espiritual y religiosa jugaron un papel crucial durante la intervención. Estos hallazgos sugieren que la TCC grupal es eficaz para abordar la depresión y las creencias relacionadas con la muerte en adultos mayores.

Palabras clave: Terapia Cognitivo Conductual, adultos mayores, depresión, actitudes hacia la muerte, terapia grupal, creencias limitantes.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN PSICOTERAPIA

**COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY TO REDUCE DEPRESSION AND
MODIFY LIMITING BELIEFS ABOUT DEATH IN OLDER ADULTS AT THE
SAN JOSÉ DE MONJAS HEALTH CENTER, QUITO, 2024**

AUTHOR: William Ramiro Criollo Pullupaxi

DIRECTOR: MSC. Alexandra Yakeline Meneses Meneses

YEAR: 2024

ABSTRACT

This research evaluated the efficacy of group Cognitive Behavioral Therapy in reducing depression levels and modifying limiting beliefs about death in older adults. The study was conducted at the San José de Monjas Health Center in Quito in 2024. Depression levels and attitudes towards death were assessed using pre-intervention tests, including the Yesavage Geriatric Depression Scale and the Revised Death Attitude Profile (DAP-R). The intervention consisted of 10 weekly group sessions of 60 minutes each, led by a psychotherapist. The study employed a quantitative, pre-experimental design with evaluations before and after the intervention. The target population was older adults from the Monjas area, and a non-probabilistic sample of 15 participants was selected. The results indicated a significant reduction in depression levels and changes in limiting beliefs about death. The spiritual and religious dimensions played a crucial role during the intervention. These findings suggest that group CBT is effective in addressing depression and beliefs related to death in older adults.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, older adults, depression, attitudes towards death, group therapy, limiting beliefs

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Al nacer las personas pasan por varias fases del desarrollo iniciando la confianza y establecimiento de vínculos, primeras impresiones con el mundo exterior y desenvolvimiento escolar o social, búsqueda de la identidad para encontrar la intimidad, en cada fase del desarrollo se plantean objetivos para solventarlas y llegar a una etapa de integridad en la tercera edad, estas metas a menudo se truncan por factores personales como enfermedades crónicas o agudas, presencia de demencias, o ambientales como falta de recursos económicos, desempleo, ausencia de familiares o redes de apoyo. Según Erikson en 1988, en su teoría del desarrollo psicosocial, manifiesta que en el paso por cada una de las ocho fases la persona experimenta una crisis, es decir la persona puede llegar a la última etapa llamada integridad cuando ha vivido una vida plena y responsable, lo que le permite afrontar la vejez y la muerte con dignidad. Al contrario, al interpretar su pasado como una experiencia con ausencia de objetivos o satisfacción cumplida el adulto mayor presenta desesperación y posiblemente una inadecuada manera de afrontar la muerte (Erikson, 1988).

A nivel mundial, han sido prioridad los adultos mayores, ya que en este grupo se presentan diversas afecciones físicas y psicológicas que afectan las tareas diarias. La OMS en 2017, menciona que sufre algún trastorno mental cerca del 15% de los adultos mayores, el 7% de este grupo etario presentan depresión. Asimismo, personas quienes han sido

diagnosticados con hipertensión arterial, patologías pulmonares, diabetes sacarina u otra enfermedad crónica, difieren de las personas de la tercera edad con estado de ánimo deprimido, ya que estos últimos muestran un rendimiento más bajo, ante ello, experimenta depresión cerca del 4% de la población, en estos se incluye el 5,7% de personas con más de 60 años (OMS, 2017; OMS, 2023).

Es crucial tener en cuenta la presencia de depresión en las personas mayores, debido a que, en muchas ocasiones, la persona no tiene los mecanismos de afrontamiento para disminuir la sintomatología, y aún más grave es la falta de sensibilización en la ciudadanía en general y en el personal de salud para identificar estos signos y síntomas depresivos. Según un estudio realizado en un hospital de segundo nivel con población de la tercera edad, cerca del 35% presentó depresión en niveles leves y moderados el 11% (Calderón Masón et al., 2020). De la misma forma en la ciudad de Quito, se descubrió que la incidencia de la depresión era del 25,80%, y que el 15,10% experimentaba episodios depresivos leves. El 24,47% de los individuos deprimidos tenían episodios recurrentes. Por lo que esta población tiene alto riesgo a padecer depresión, tomando en consideración factores ambientales en donde se desarrolle (Lliguisupa Peláez et al., 2020).

El INEC presentó datos en 2013 sobre este grupo etario, indicando que la población en pobreza es aproximadamente el 45 % por no satisfacer las necesidades básicas. Además, el 74,3% no cuenta con seguro, el 14% de los hogares en situación de pobreza incluye a un adulto mayor en soledad, y casi el 5% sufre de negligencia y abandono (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2013). Respecto al mismo tema, en una investigación en adultos mayores de zonas urbanas menciona que hay varios factores para tener en cuenta, como un apoyo social reducido, una mayor sensación de soledad, un propósito de vida menos claro y

un sentido de espiritualidad disminuido. Estos factores pueden afectar el desarrollo y el mantenimiento de depresión (Salinas A, 2020). Es decir, este grupo está expuesto a factores sociales y ambientales que comprometen su salud desde el punto de vista biopsicosocial.

La tercera edad opta por encontrar otras soluciones para el sufrimiento emocional por la falta de atención a este problema, como el suicidio, o la espera constante para recibir a la muerte como mecanismo de escape, más no como un acercamiento de aceptación funcional. Es por ello que se habla de actitudes o creencias hacia la muerte en el adulto mayor, una actitud según Allport es un estado psicológico y nervioso que está estructurado por el contexto vivido que afecta a las respuestas que una persona ofrece ante las cosas o situaciones con las que interactúa, es decir, la estructura mental se forma mediante las experiencias, y dependiendo de esa disposición mental se dará una conducta ante los estímulos externos o internos (Allport, 1935).

Frente a esta problemática, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se ha mostrado eficaz en el abordaje de trastornos depresivos, además para modificar ideas irracionales que a su vez dan como consecuencia conductas disfuncionales, emociones no saludables y efectos fisiológicos (Mendoza, 2020). En una investigación con mujeres con edades superiores a los 60 años, se demostró que los signos y síntomas disminuyeron después de comenzar la Terapia Cognitiva Conductual, por lo que no se cronificaron los síntomas y no hubo muchas recaídas (Díaz et al., 2021).

Bajo estos antecedentes, el estudio pretende resolver la siguiente cuestión:

¿La aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual modalidad grupal será eficaz para disminuir niveles de depresión y modificar creencias limitantes hacia la muerte en adultos mayores?

1.2 Antecedentes

Según la OMS (2018), a nivel mundial han sufrido insultos el 14,7% de las personas mayores y el 15,9% han sufrido negligencia (Ministerio de Salud Pública, 2018). Dentro de la Constitución de la República del Ecuador se plantea el derecho a la salud, el cual deberá ser garantizado por el Estado, junto con el cumplimiento de otros derechos a fin de lograr el buen vivir (Constitución de La República Del Ecuador, 2018).

Es por ello que se toma prioritario a los adultos mayores y por eso destina acciones a satisfacer necesidades y acceder a una atención especializada y de calidad. En Ecuador, se ha introducido el “Modelo de Atención Integral de Salud” (MAIS), que incluye una guía para la promoción y prevención de la enfermedad, detecta, trata y monitorea a la población en general, desde un enfoque comunitario. Esta iniciativa busca mejorar el acceso a los servicios de salud (Ministerio de Salud Pública, 2021).

Por otro lado, en Ecuador se muestra que el 35% de este grupo etario tienen una instrucción secundario incompleto, seguido de primaria incompleta con el 27% y ningún nivel de educación con el 20%, siendo este un factor que dificulta el ser consciente de los factores que pueden estar afectando su salud mental (MIES, 2018).

Con el tiempo, las personas mayores han recibido una creciente atención en el campo de la investigación, sobre todo por las enfermedades y alteraciones emocionales esperables con la edad, por ello que en los últimos años se han creado diferentes planes y

estrategias de intervención en el campo médico y psicológico para brindarles calidad de vida. A escala mundial, para el 2050 se estima que el 12% de adultos mayores se incrementará al 22%, es decir se duplicará (OMS, 2022).

Los aspectos socioambientales, como el entorno de atención médica, también pueden influir en los impactos del envejecimiento en la salud mental. Se observa una conexión significativa entre la mayoría de los trastornos mentales graves y el riesgo suicida específicamente en depresión, el riesgo es 21 veces más alto en comparación con la población general (Zurrón & Caminero, 2021).

Es decir, los adultos mayores con trastornos del humor como la depresión pueden mostrar una actitud o creencia hacia la muerte de acercamiento de escape, debido a que toman a la muerte como una salida para la realidad dolorosa que están pasando. En Ecuador se aplicó una encuesta denominada “Salud, Bienestar y Envejecimiento” en donde se muestra un 39,1% de adultos mayores deprimidos, (Calderón, 2018). Por otro lado, en una investigación en la ciudad de Cuenca, proponen un porcentaje mayor, afirmando que el 81.4% presentó depresión (Molina et al., 2013). Por consiguiente, la depresión emerge como uno de los trastornos con mayor incidencia y prevalencia en la etapa de la adultez mayor (Losada & Strauch, 2014).

Bajo la misma línea, en México se realiza una investigación en adultos mayores en donde mencionan que hay una prevalencia de depresión de un 40.17%, la presencia de depresión leve fue el 29.06% y depresión grave con el 11.11%. Este trastorno psicoemocional está presente en los adultos mayores y muchas veces ha sido subdiagnosticado por lo que la búsqueda de este padecimiento es imperativa por parte de profesionales en medicina (Martínez Mendoza et al., 2021).

En relación con esta situación y considerando la realidad de esta población en la localidad de “San José de Monjas”, se estima que el estudio llevado a cabo fue apropiado, factible y necesario para modificar ideas irracionales o creencias limitantes a la muerte, de igual forma para disminuir niveles de depresión, debido a que estos estados pueden verse incrementados por la presencia de factores de riesgo como: recursos económicos limitados, desempleo, enfermedades crónicas, ausencia de familiares, entre otros.

El estudio se llevó a cabo en el “Centro de Salud San José de Monjas” el cual cubre una zona geográfica del sur de la ciudad de Quito, específicamente barrio Monjas Alto y sus alrededores, parte de la población que se encuentra habitando este espacio es de recursos económicos limitados debido a la presencia de desempleo y subempleo. Existe una población importante de adultos mayores con factores de riesgo, entre ellos: los bajos ingresos económicos, ausencia de apoyo psicosocial y familiar, soledad, entre otros. Estos factores provocan un alto índice de depresión.

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar la eficacia que aporta la Terapia Cognitivo Conductual, modalidad grupal en la disminución de los niveles de depresión y en la modificación de creencias limitantes hacia la muerte, en el Club de Adultos Mayores del Centro de Salud San José de Monjas.

Objetivos específicos

- Evaluar los niveles de depresión y creencias hacia la muerte en adultos mayores, mediante la aplicación de pruebas pre-intervención.

- Aplicar sesiones grupales de Terapia Cognitivo Conductual para la disminución de los niveles de depresión y la modificación de creencias limitantes hacia la muerte en adultos mayores.
- Comprobar cambios en los niveles de depresión y las creencias hacia la muerte en adultos mayores, mediante la aplicación de pruebas post-intervención.

1.4 Justificación

La comunidad donde se establecen los adultos mayores a investigar presenta altos niveles de depresión debido a la falta de apoyo, ausencia de familiares que están comprometidos con el cuidado, además de limitados recursos económicos que hacen imposible solventar alternativas de cuidado de los adultos mayores como por ejemplo cuidadores privados. Debido a factores sociales y personales como el estado psicoemocional, se determinó que existe buena respuesta al estudio planteado.

Las etapas del desarrollo psicosocial es otro factor que acredita la investigación, como se mencionó anteriormente según Erik Erikson, la etapa de desesperación, se puede presentar una creencia de falta de cumplimiento de metas del pasado, que hace en el adulto mayor tener una desesperanza sobre su presente y con ello una desmotivación para continuar con la vida (Sarwat & Carre, 2023).

La presente investigación, bajo la línea de salud y bienestar, se realizó con el fin de recuperar la estabilidad emocional de personas consideradas como adultos mayores, por consiguiente a sus familias, además se establecieron características psicoemocionales, como una guía para el personal de salud con el fin de realizar una correcta identificación y así cubrir las necesidades que pueda tener el usuario; finalmente y de manera indirecta, la

posibilidad de lograr una sensibilización en primera instancia a la sociedad para nutrir de información básica sobre la depresión y así, que se provoque una corresponsabilidad con sus familiares.

Con la intervención modalidad grupal, se deja plasmada una posibilidad de tratamiento a ser replicado bajo el derecho a la salud en base a una prevención comunitaria como lo menciona el MAIS (Ministerio de Salud Pública, 2021). “El derecho a la salud, el Buen Vivir y el desarrollo integral de todos los ciudadanos de Ecuador” está protegido por la Constitución Política de Ecuador del 2018 (Art. 3 y 32). Para lograr el desarrollo sostenible, de acuerdo con los “Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3)”, es fundamental asegurar una vida saludable y fomentar el bienestar en todas las etapas de la vida. (CEPAL, 2018). Por otro lado, el artículo 3 de la “Ley Orgánica de Salud” define la salud como “una salud física, mental y social completa, no solo la ausencia de enfermedades o afecciones” (Congreso Nacional, 2006; Constitución de La República Del Ecuador, 2018; Ministerio de Salud Pública, 2021).

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2. Marco teórico

2.1 Depresión

El trastorno del humor más frecuente en el ser humano de diferentes edades es la depresión, se ve con más frecuencia en la adultez mayor y en ocasiones puede pasar desapercibida. Es considerada un trastorno que puede provocar la discapacidad, debido a

los síntomas que lo caracterizan, los cuales lo veremos más adelante, es frecuente que a causa de una enfermedad física se desarrolle un estado deprimido, sin embargo en ocasiones se ignora el hecho de que la depresión por sí sola puede desencadenar enfermedades físicas, esta condición hace que el diagnóstico de la depresión se la debe realizar a tiempo, la depresión en la tercera edad tiene múltiples causas, incluyendo factores genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales (Calderón, 2018).

La plataforma de los modelos cognitivos, establecida por Albert Ellis y Aaron Beck, sostiene que las manifestaciones de los síntomas depresivos no se deben a eventos significativos que puedan cambiar los sentimientos, sino a la interpretación breve que tienen de sí mismos. Beck incluye la triada cognitiva negativa lo cual se produce debido a una concepción sobre uno mismo, los demás y sobre el futuro, por lo general estructurado en experiencias previas (Piox, 2016). En esta misma línea, la terapia cognitiva plantea que las percepciones sobre contextos o eventos activadores influyen sobre emociones y comportamientos, es decir, esas interpretaciones determinan las emociones (Beck, 2000).

La OMS propone que la tristeza, la pérdida de interés, anhedonia, baja autoestima o los sentimientos de culpa, los cambios en el sueño, la debilidad, alteraciones en el apetito y problemas en la concentración, son síntomas de depresión, puede ser grave o recurrente, disminuye significativamente la capacidad para trabajar, estudiar o mantener actividades cotidianas. En sus formas más graves puede llegar a ser incapacitante debido a su amplia gama de síntomas (Organización Mundial de Salud [OMS], 2017).

2.1.1 Neurobiología de la depresión

Es un proceso psicofisiológico, por lo que provoca alteración en diversas áreas del cerebro. Inicialmente se creía que la depresión estaba causada por alteraciones en el sistema límbico, pero actualmente se reconoce que la corteza prefrontal dorsolateral también ejerce influencia sobre las funciones ejecutivas como la planificación, decisión o el razonamiento. Las experiencias emocionales son reguladas por las áreas orbitofrontal y medial del córtex prefrontal, lo que impacta el componente afectivo del síndrome (Hernández et al., 2016).

Las personas con depresión muestran una disfunción en el funcionamiento endocrino, y se han identificado anomalías en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) en pacientes con depresión. La irregularidad en la secreción de cortisol es el hallazgo más común (Silva, 2002).

Estudios vinculan la depresión con la deficiencia de serotonina, sugiriendo que, en casos de depresión, los desequilibrios en la serotonina afectan a individuos con vulnerabilidad. En relación con el sistema de neurotransmisión mediada por la serotonina, se ha identificado una variación en los genes conocida como 5-hidroxi-triptamina (5-HT), influyendo en la transmisión de la serotonina.

La variación del gen SLC6A4 provoca una disminución en la serotonina a nivel cerebral, por lo que la presencia de la depresión es elevada, sin embargo es de importancia tomar en consideración los factores ambientales y psicológicos presentes (Calderón, 2018; Cruz-Tesoro et al., 2021).

Se han propuesto diversas causas anatómicas para explicar la depresión, entre las cuales se incluyen el tamaño del hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal. También

existe una hipótesis neurotrófica, en donde proponen una alteración en las neuronas, lo que supone variación en su metabolismo y por ende en su funcionamiento, afectando directamente la acción de neurotransmisores (Calderón, 2018; Hernández et al., 2016).

2.1.2 Clasificadores de trastornos psicoemocionales

Existen dos manuales que nos permiten determinar los síntomas y signos propios de la depresión, como un estado de ánimo bajo, anergia y una disminución de la actividad, según el CIE-10, incluso después de un esfuerzo mínimo, es común sentirse cansado y la pérdida de placer y alteraciones en la concentración se hacen presentes. La falta de apetito y los cambios en el sueño son comunes, incluso en las formas más leves, la autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están disminuidas, y con frecuencia aparecen ideas de inutilidad y culpa. El estado deprimido fluctúa con frecuencia y no se ajusta a las circunstancias (García & Magariños, 1994).

Actualmente, se introdujo una nueva versión llamada CIE-11, entre sus numerosas modificaciones, en el apartado de trastornos del humor, se establece como dos síntomas nucleares del episodio depresivo al estado de ánimo depresivo y disminución del interés.

Dada la sólida evidencia de su utilidad predictiva en el diagnóstico de trastornos depresivos, la desesperanza se ha incluido como un síntoma cognitivo adicional (Gallego & Gómez, 2021). Por otro lado, el DSM-V en su última versión considera a la depresión bajo una similar definición, haciendo énfasis en los criterios diagnósticos a ser cumplidos (Association American Psychiatric, 2022).

2.1.3 Diagnóstico

Para determinar la depresión según el CIE-10, es necesario que estén presentes al menos dos de los tres síntomas fundamentales: el estado de ánimo deprimido, la pérdida de interés o el placer en actividades, y la disminución de energía. Además, se tienen en cuenta síntomas biológicos, ahora conocidos como somáticos (García & Magariños, 1994).

1. Pérdida de interés o incapacidad de disfrutar en actividades que antes sí lo hacía.
2. Falta de respuestas emocionales ante eventos que usualmente provocan emociones.
3. Despertar dos o más horas antes de la hora habitual.
4. Humor depresivo empeora durante la mañana.
5. Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
6. Pérdida de apetito.
7. Pérdida de peso.
8. Afectación de la libido.

2.1.4 Depresión en el adulto mayor

Este trastorno del humor se presenta en el adulto mayor como una dificultad en la salud pública significativa, dado que tiende a manifestarse con mayor gravedad y encamina a elevar el riesgo de ideas o intentos suicidas. La depresión en el adulto mayor tiene una etiología variada, por ejemplo, cambios neuroquímicos, genéticos y psicosociales, el adulto mayor es más vulnerable y sufre principalmente enfermedades crónicas físicas y mentales que aumentan gradualmente la dependencia (Calderón, 2018).

La manifestación es similar a como lo hace en otras personas de diferentes grupos de edad. Los síntomas típicos de esta condición incluyen tristeza, llanto, aislamiento social,

alteraciones en el sueño y pensamientos suicidas. Sin embargo, existen diferencias de los síntomas con las personas jóvenes que padecen depresión, es común observar que los adultos mayores experimentan con mayor frecuencia alteraciones en la atención, memoria y concentración, tomando en consideración que en la etapa del adulto mayor la pérdida de independencia es uno de los cambios en el cual la persona puede generar un episodio de crisis.

Existe un prejuicio cultural en donde se relaciona la presencia de depresión con la vejez, es por ello por lo que muchos trastornos depresivos en los adultos mayores no sean diagnosticados correctamente, lo que puede llevar a que no reciban el tratamiento adecuado. Esta situación podría complicar la evolución de enfermedades comunes en este rango de edad (Labra & Ruvalcaba, 2019).

2.2 Creencias limitantes hacia la muerte

Es complejo poder definir a la muerte, ya que no se limita a un hecho biológico, sino que incluye contextos sociales, familiares, culturales, religiosos, entre otros. Las creencias de la muerte pueden estar guiada por concepciones sociales, por otro lado, en el contexto de la muerte, las creencias religiosas juegan un papel crucial al proporcionar alivio temporal frente a un contexto que se considera inevitable (Hernández Arellano, 2006).

La percepción de la muerte va cambiando acorde a la región y cultura en donde vive la persona, para Philippe Ariés, quien es uno de los expertos en el estudio de la muerte, afirma que la cultura occidental ha pasado por dos grandes procesos. El primero, llamado "muerte domesticada", ocurrió entre el siglo VI y VIII, cuando la influencia emocional de la familia no era tan fuerte, por lo que consideraron a la muerte como una aparición de

señales corporales y con la creencia Dios la esperaban, es decir, se limitó a un hecho biológico con influencia religiosa. La muerte era aceptada sin manifestaciones emocionales exageradas. En el segundo proceso, denominado "muerte invertida", se esconde la realidad de la muerte y su significado se transforma (Lynch & Oddone, 2017).

Dentro de este contexto, varios autores han definido la muerte desde una perspectiva biológica. Uno de ellos es Jean-Baptiste Lamarck, quien sostiene que un organismo vivo dura limitadamente, está estructurado en sus partes, tiene lo que se conoce como vida y tiene que perderla, por otro lado August Weismann propone causas internas para la muerte, señalando que ciertos cambios en los tejidos ocurren con la edad, lo que puede llevar directamente a lo que se denomina muerte normal, y causas externas o indirectas a la muerte al hacer que el cuerpo sea vulnerable a influencias externas aparentemente menores (Peña et al., 2019).

A mediados del siglo XX se da paso a la segunda etapa, en donde la parte emocional toma importancia para aceptar la muerte, y con ello el intento desesperado de ignorarla, los fenómenos relacionados con la muerte, como el alargamiento de la vida y el proceso de envejecer de la población han resultado en una menor familiaridad de las personas con el tema de la muerte. Por lo tanto, según Blanco Picabia y Antequera Jurado (1998), se busca invisibilizar la muerte y, como respuesta, se establecen dos actitudes hacia ella: una que la rechaza y otra que se preocupa por quien está por morir (Lynch & Oddone, 2017).

La muerte puede interpretarse como la conclusión del ciclo de vida. En el caso de las especies biológicas, para muchos organismos unicelulares, este ciclo culmina con la división celular, creando nuevas células. De esta manera, un organismo de este tipo no se

extingue por completo, puesto que gran parte de los procesos, materiales e información que mantenían su vida se transfieren a los organismos descendientes (Rodríguez, 2002).

2.2.1 Actitud hacia la muerte

Pérez determina que la actitud es una respuesta que surge de una evaluación en relación con un objeto, estas evaluaciones y como se planteó anteriormente determinan consecuencias emocionales, fisiológicas y conductuales, al relacionar estas actitudes con la muerte y si la interpretación no es funcional, generan diferentes sensaciones en el ser humano, y muestran ansiedad, depresión, obsesión e incluso miedo (Pérez Aranda et al., 2021a).

Se encuentran evidentes dificultades para definir a la muerte, debido a que la definición que posee la persona es relativa, ya que depende de factores personales como ambientales, además de las influencias socioculturales, a causa de su gran variedad de conceptos, las personas pueden desarrollar diversas actitudes y por lo tanto variedad de emociones y conductas, funcionales o disfuncionales. El miedo a la muerte suele estar presentes en los adultos mayores, lo que desencadena diversas respuestas influenciadas por una variedad de factores situacionales y sociodemográficos (Bauer Mancilla et al., 2022).

En psicología, según Domènech y Baños, la muerte es un proceso natural inherente a todos los seres vivos, es inmutable y provoca la cesación de las funciones vitales. La percepción de que este evento es irreversible en un adulto mayor causa cambios emocionales que afectan su calidad de vida. Estas emociones ejercen una influencia considerable en la percepción que se tiene sobre la muerte, lo que puede generar

sufrimiento y modificar sus pensamientos, retrasando así la aceptación de la misma (Bauer Mancilla et al., 2022).

2.3 Adultos mayores

Durante su existencia, las personas experimentan diferentes fases, cada una con sus propias características mentales y físicas específicas. La etapa de la adultez mayor es una etapa en la que se le atribuye culturalmente el apareamiento de enfermedades, pérdida de capacidades, poca independencia, con ello el desarrollo de demencias o también de trastornos psicoafectivos como la ansiedad y depresión. La vejez se ha asociado culturalmente con fragilidad y dependencia, lo que crea una imagen negativa del envejecimiento (Agudelo-Cifuentes et al., 2020).

En 1994, la OMS definió al adulto mayor acorde a edad y condiciones del país, determinando que en países aún en desarrollo son desde los 60 años, por otro lado, en países desarrollados de 65 años o más (Carranza Prado et al., 2023).

Cuando se aborda el concepto de ciclos o etapas vitales desde la perspectiva de la “Teoría del Desarrollo Psicosocial” de Erick Erikson, se considera que, el crecimiento del individuo se origina a partir de la forma en que se manejan las disputas sociales en momentos de interacción a lo largo del desarrollo, esto se relaciona con un proceso activo y perpetuo que va desde el nacimiento hasta el fallecimiento. En cada ciclo vital la persona puede desarrollarse producto de las experiencias biopsicosociales (Paredes, 2010; Rodríguez, 2013). Según esta teoría la persona, se enfrenta a una última etapa denominada integridad vs desesperación, es una etapa en la que el ser humano ya no es tan productivo

como era en sus anteriores etapas, la desesperación se desarrolla al verse ante una realidad en la que familiares o amigos van falleciendo.

Desde la teoría de la integración dinámica propuesta por Labouvie-Vief toma en consideración la relación entre cognición y emoción, considera que estas variables son dinámicas, es decir, están en constante cambio dependiendo de las circunstancias que esté experimentando el individuo. Este enfoque, desde la teoría del ciclo vital, considera que las experiencias emocionales y su regulación cambian a medida que el individuo crece, lo que le permite reflexionar más sobre el mundo y desarrollar un sí mismo desarrollado e integrado (Giuliani et al., 2011; Labouvie-Vief, 2015).

2.4 Terapia Cognitivo Conductual

La Psicoterapia es una práctica sistemática que consiste en investigar de forma profunda aspectos esenciales de la persona como por ejemplo la personalidad, síntomas y signos, que permitan elaborar un correcto abordaje para evitar reincidencias y problemas futuros (Gonzalez Tuta et al., 2017).

Dentro de la práctica de la psicoterapia, a través del tiempo se han venido diseñando y transformando diversos modelos, cada uno de ellos con el mismo fin aplicando diversas técnicas acordes a su modelo teórico, el de recuperar la integridad de la persona doliente.

La Terapia Cognitivo Conductual, fundamentada en evidencia científica, afirma que un pensamiento dogmático, rígido e inflexible provoca consecuencias emocionales, conductuales y fisiológicas, el objetivo final es pasar este pensamiento a que sea más flexible, se enfoca en disminuir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas

alterando los procesos cognitivos (Díaz Simón et al., 2016). Los pioneros y personajes de referencia de la TCC fueron Albert Ellis y Aaron T. Beck.

2.4.1 Terapia Racional Emotivo Conductual

Ellis propone por primera vez su modelo, el cual le llamaron Terapia Racional (TC), luego se da cuenta que en su modelo debe incluir aspectos emocionales, en 1961 complementa su modelo y lo llama Terapia Racional Emotivo (TRE), que se mantiene con esta base 30 años, se usa en intervenciones individuales y grupales, en diversos contextos, educación, industria, salud, entre otros. Finalmente, Ellis (1993) decide incluir el último elemento conductual para finalmente llamar a su modelo Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) (Gonzalez Tuta et al., 2017).

A breves rasgos a la TREC propone que emociones y conducta es determinado por las interpretaciones de los acontecimientos y no por el acontecimiento en sí. Según el modelo los eventos activadores (A) provocan una inferencia para dar paso al sistema de creencias y evaluaciones (B), y esta interpretación provoca consecuencias emocionales saludables y no saludables, conductuales funcionales y no funcionales, y fisiológicas. Las ideas irracionales son aquellas ideas dogmáticas, rígidas y absolutistas que impiden que las metas se alcancen, estas ideas se convierten en la base de la perturbación psicológica (Chávez, 2015; Díaz Simón et al., 2016).

Entre las técnicas que más se aplica en el modelo, incluyen técnicas cognitivas como los autorregistros, autoinstrucciones, debate de ideas irracionales, biblioterapia o Psicoeducación; conductuales como activación conductual, aproximaciones sucesivas, autorregistros del estado de ánimo con dominio y agrado; y emotivas como ataque a la

vergüenza, uso del sentido del humor, la intervención puede ir dirigida bajo un modelo individual o grupal (Mendoza, 2020).

En el adulto mayor, así como personas de diferente grupo etario, puede mantener ideas irracionales, las cuales pueden dar consecuencias emocionales, fisiológicas y conductuales desadaptativas, las creencias irracionales son pensamientos evaluativos personales y absolutistas, formulados como “reglas del pensamiento”, que se vinculan a emociones inapropiadas como ansiedad y depresión, interfiriendo con el logro de metas, en el adulto mayor, estas ideas pueden tener relación con la pérdida de capacidades, soledad, muerte propia o de allegados (Penachi Pérez, 2017).

2.4.2 Intervención terapéutica

Como se vio antes la TCC ha tenido varios años para desarrollarse y perfeccionarse en diferentes áreas, por la suficiente evidencia científica ha mostrado resultados eficientes para el tratamiento de trastornos de baja, mediana y alta complejidad. Esta terapia y debido a los cambios culturales, se ha venido adaptando en diferentes modalidades hasta llegar a la Terapia Cognitivo Conductual Grupal (TCCG).

Debido a la presencia de estilos de vida agitados y el pensamiento “mágico-inmediatista” de las personas, se ha incrementado la constante exigencia y espera de resultados en el menor tiempo posible, por lo que la TCC se ha visto obligada e implementar estrategias de intervención para lograr este cometido. La Terapia Cognitivo Conductual en su modalidad grupal (TCCG) representa un tratamiento rentable y eficaz, ideal para optimizar los recursos disponibles (Gil-Delgado et al., 2023).

La TCCG permite incluir factores cognitivos, conductuales y emocionales presentes en la modalidad individual, asimismo es posible la aplicación de técnicas desarrolladas de manera individual, pero además la modalidad grupal incluye factores de universalidad y de cohesión grupal. Las personas al tener depresión o ansiedad, se provoca una insatisfacción con la vida, ya que motivaciones o metas se ven truncadas por la condición de incapacidad que tienen estos trastornos, la terapia grupal permite mejorar las redes de apoyo y con ello la cohesión durante el tratamiento mediante la identificación de experiencias o de síntomas entre las participantes (Lacomba-Trejo et al., 2021).

2.5 Marco legal

2.5.1 Derecho a la salud

Dentro de la Constitución de la República del Ecuador se habla acerca del “derecho a la salud”, el cual se plasma en varios artículos, sin embargo de manera más específica se menciona en el artículo 32, en donde se afirma que es el Estado quien debe garantizar el derecho a la salud y su acceso, en base a programas en beneficio de la población, este derecho y otros se darán sin discriminación alguna (Constitución de La República Del Ecuador, 2018).

2.5.2 Lineamientos Operativos para la atención integral del Adulto Mayor

Dentro del reglamento que guía la práctica clínica dentro del “Ministerio de Salud Pública del Ecuador”, el artículo 35 afirma que este grupo etario en conjunto con niños, niñas, adolescentes, ppl, embarazadas y personas con discapacidad, tienen atención prioritaria, sin tomar en cuenta si la institución es pública o privada (Ministerio de Salud Pública, 2018).

2.5.3 Consideraciones bioéticas

El investigador reconoce que la información no se podrá emplear para otros fines que los académicos e investigativos, que empleará el investigador, los evaluadores de la Universidad Técnica del Norte y Coordinación Zonal 9 de Salud.

El investigador se compromete a proteger y mantener la confidencialidad de cualquier información que ponga en peligro la identidad del paciente, como nombres, apellidos, número de historia clínica, etc. Además de emplear el consentimiento informado en donde los participantes fueron informados del proceso investigativo del cual participaron de manera voluntaria.

Durante la investigación y aplicación puede que uno o varios participantes puedan presentar alteraciones o perturbaciones psicoemocionales, el investigador tendrá la capacidad resolutive para dar contención emocional, terapias individuales y, si se complica, deberá referir a instituciones de salud competentes.

Este estudio se hizo sin fines lucrativos, manteniendo como objetivo velar por el bienestar de los participantes. El investigador lo financió exclusivamente, sin recibir ni recibir ninguna contribución económica o material de ninguna otra fuente. Se trabajó en base a la “Declaración de Helsinki”, presentada por la “Asociación Médica Mundial (AMM) en la 64a Asamblea General en Fortaleza, Brasil, en octubre de 2013”, desarrolló principios éticos para estudios médicos en humanos, incluida la investigación de material humano e información identificable (AMM, 2017).

CAPÍTULO III

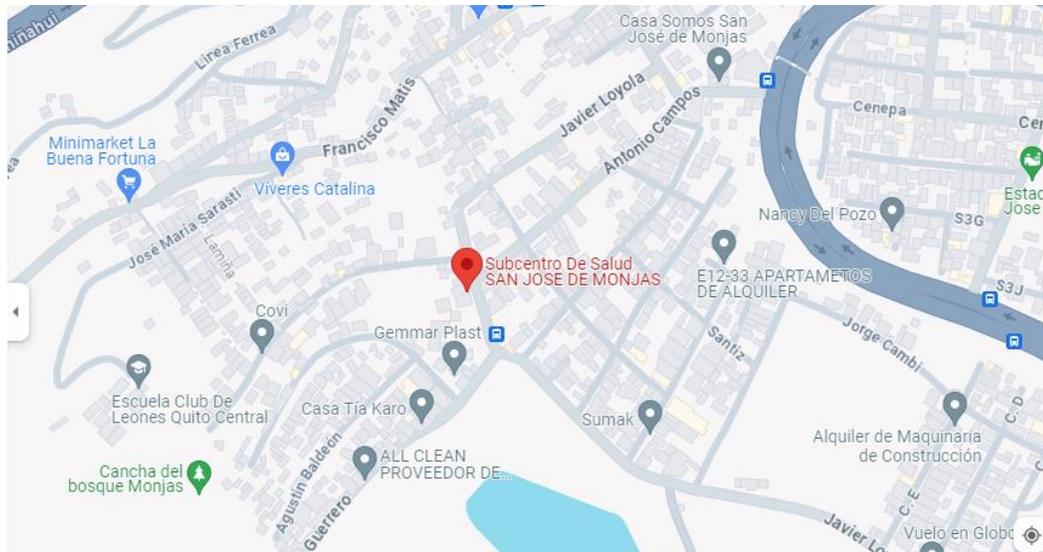
MARCO METODOLÓGICO

3.1 Descripción del área de estudio/Grupo de estudio

La investigación tuvo lugar en el “Centro de Salud San José de Monjas”, ubicado en la ciudad de Quito y perteneciente a la Coordinación zonal 9 – Salud del MSP. Esta institución ha sido líder en la creación de entornos que promueven la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, partiendo de esta iniciativa se crea el “Club del Adulto Mayor”. Los integrantes de este grupo con edades de 65 años o más, fueron las que se acogieron de manera voluntaria al proceso de investigación.

Figura 1

Ubicación geográfica Centro de Salud San José de Monjas



3.2 Enfoque y tipo de investigación

En el desarrollo de esta tesis se adoptó el paradigma positivista, caracterizado por su enfoque en la objetividad, la observación empírica y la cuantificación de los fenómenos, lo cual fue adecuado para evaluar la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual. Se utilizó un diseño preexperimental con pruebas pre y post intervención, lo cual permitió medir los cambios en los participantes antes y después de la intervención.

El estudio tuvo un alcance explicativo, buscando no solo describir los efectos de la intervención, sino también comprender las relaciones causales, en este caso las modificaciones causadas por la intervención sobre las creencias limitantes hacia la muerte y niveles de depresión. A través de métodos cuantitativos, se recogieron y analizaron datos de manera sistemática y controlada, permitiendo un grado significativo de control sobre las variables, esto facilitó la objetividad de los resultados de la intervención psicoterapéutica (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

3.3 Población y muestra

La población correspondió a adultos mayores domiciliados en el sector Monjas, que son parte del club adulto mayor del “Centro de Salud San José de Monjas”. La muestra fue de 15 personas seleccionadas mediante el empleo de un muestreo no probabilístico, en el cual se consideró los adultos mayores que aceptaron participar, quienes durante la fase de reclutamiento en el periodo marzo-abril del año 2024, cumplieron con los siguientes criterios (Tabla 1).

Tabla 1*Criterios de inclusión y exclusión*

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Personas con edad de 65 años o más.	Personas con 64 años 11 meses o menos.
Pertenecientes al “Club del Adulto Mayor”.	Ciudadanos que pertenezcan a otros clubes.
Adscritos al Centro de Salud San José de Monjas.	Ciudadanos cuyo domicilio no corresponda a la comunidad San José de Monjas.
Adultos mayores con o sin enfermedad aguda o crónica.	Personas con reactivos incompletos.
Haber aceptado consentimiento informado.	Personas que no acepten el consentimiento informado. Personas que padezcan de demencia o deterioro cognitivo. Personas que estén recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico. Deterioro cognitivo.

3.4 Procedimientos

Para iniciar el proceso de captación de participantes se solicitó acceso al grupo de adultos mayores con la debida documentación en primera instancia a la Coordinación Zonal

9 de Salud. Los reactivos psicológicos y sociodemográficos se los aplicó de manera presencial, cubriendo necesidades de entendimiento que se presentaron.

Se accedió al “Club del Adulto Mayor” y junto a los participantes se hizo una introducción para determinar objetivos de la investigación, se aplicó el consentimiento informado, un requisito esencial para la participación en la investigación. Posteriormente, se procedió a la fase de pretest, durante la cual los adultos mayores respondieron a los cuestionarios planteados, que incluían una encuesta sociodemográfica y sociofamiliar, la Escala Geriátrica de Depresión Yesavage y el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R).

A partir de este punto, se inició la segunda fase que consistió en el proceso de intervención Cognitivo Conductual. Esta fase comprendió 10 sesiones con una frecuencia de una sesión semanal, cada una con una duración de 60 minutos, con la intervención de un psicoterapeuta. Cada sesión se estructura, iniciando con una técnica de dispersión, calificación de tareas, se inicia con la etapa intermedia de conocimiento en donde se establece el tema a trabajar y se aplican técnicas cognitivo-conductuales, finalmente se cierra con una retroalimentación y se envía la tarea intersesión. Al culminar las sesiones planificadas inició la fase de verificación y postest en donde se aplicó el mismo procedimiento que la fase pretest.

Se utilizaron formularios de Google y Excel, para el análisis de datos se utilizó el estadístico SPSS versión 19 para Windows.

3.5 Instrumentos

Para la presente investigación a cada participante se le entregó un consentimiento informado con la finalidad de proteger información y mantener la confidencialidad, posteriormente se procede a evaluar de manera digital, previamente cada reactivo será digitalizado para que la aplicación de ágil y eficiente, los instrumentos a utilizar fueron:

- Encuesta sociodemográfica y sociofamiliar.
- Escala geriátrica de depresión Yesavage
- Perfil revisado de actitudes hacia la muerte (PAM-R)

3.5.1 Encuesta sociodemográfica y sociofamiliar

Para obtener datos sobre la situación sociodemográfica y familiar, se utilizó primero la “Escala de valoración sociofamiliar de Gijón”, que fue adaptada en Perú en 1999, un país con características socio-culturales y económicas similares a las de Ecuador, lo cual sugiere ser una herramienta adecuada en nuestra región. Esta escala enumera de manera concisa los elementos sociales principales que deben considerarse en la evaluación integral de los adultos mayores, como las condiciones de la vivienda, economía, convivencia, relación social y su apoyo. Cada área puede puntuarse de 0 a 4, esto permite obtener una puntuación global que varía entre 0 (mejor situación social posible) y 20 (mayor precariedad social) (Cabrera González et al., 1999; Jaurrieta, 2023).

Posteriormente, se utilizó encuesta sociodemográfica desarrollada específicamente para esta investigación, con el fin de agregar a la valoración sociofamiliar datos como edad, género, estado civil, nivel socioeconómico, nivel de instrucción y enfermedad crónica o aguda.

3.5.2 Escala geriátrica de depresión Yesavage

El instrumento se creó por Yesavage et al (1982), cuya aplicación dirigida a la población adulta mayor, debido que contiene ítems que son exclusivamente diseñados para encuadrar con el contexto que vive una persona en esa etapa de vida. A nivel regional, tomando en consideración la similitud cultural entre Ecuador y Colombia, ha demostrado alta sensibilidad del 80% y especificidad del 75%, en otros estudios, la escala demostró una consistencia interna más sólida, con coeficientes alfa que oscilaron entre 0.80 y 0.89, debido a ello ha sido utilizado ampliamente en el Ministerio de Salud (Bacca et al., 2005; Méndez-Chacón, 2021; Ministerio de Salud Pública, 2010).

Sheik & Yesavage (1986) elaboran la versión corta que consta de 15 ítems, escala Likert las cuales se responden con respecto a cómo se sintieron la última semana con sí o no, es la escala mayor utilizada en ámbitos de investigación como en la práctica clínica debido a los altos índice de validez y confiabilidad (Gómez & Campo, 2011). Las puntuaciones obtenidas encuadran en cuatro rangos de interpretación siendo estos:

- Ausencia de depresión – 0 a 4 pt.
- Depresión leve – 5 a 8 pt.
- Depresión moderada – 9 a 10 pt
- Depresión grave – 12 a 15 pt.

3.5.3 Perfil revisado de actitudes hacia la muerte (PAM-R)

El PAM-R, desarrollado por Gesser et al. (1988), dedicado a evaluar las actitudes hacia la muerte. Se empleó la versión original, compuesta por 32 ítems que abordan “cinco dimensiones: miedo a la muerte, evitación de la muerte, aceptación del acercamiento,

aceptación del escape y aceptación neutral”. Este reactivo utiliza una escala tipo Likert que va de 1 punto (totalmente en desacuerdo) a 7 puntos (totalmente de acuerdo). Es un reactivo que está validado en España y Cuba con un alfa de Cronbach total de 0,85, de igual forma en Chile se valida tomando en consideración aspectos de idioma y cultura y obtiene un alfa de Cronbach de 0,88, es un reactivo de sencillo entendimiento y permite evaluar una variedad de actitudes hacia la muerte (Castedo, 1988; Espinoza-Venegas et al., 2016; Sáez Álvarez, 2016).

Cada ítem tiene una fuerte carga teórica, por lo que cada factor es puro y tienen consistencia interna llegando a 0,93. Tomadas en conjunto demuestra que el PRAM-R tiene fiabilidad que va de buena a muy buena (Rio-Valle, 2007).

Los 32 ítems se distribuyen en cinco dimensiones antes mencionadas de la siguiente manera:

- Miedo a la muerte (1 – 2 – 7 – 18 – 20 – 21 – 32)
- Evitación a la muerte (3 – 10 – 12 – 19 – 26)
- Aceptación de acercamiento (4 – 8 – 13 – 15 – 16 – 22 – 25 – 27 – 28 – 31)
- Aceptación de escape (5 – 9 – 11 – 23 – 29)
- Aceptación neutral (6 – 14 – 17 – 24 – 30)

3.5.4 Terapia grupal Cognitivo Conductual

El plan de intervención constó de 10 sesiones, con una periodicidad de una sesión semanal de 60min de duración, en lugar de aplicación fue en el “Centro de Salud San José de Monjas”. El proceso se dividió en tres fases diferenciadas entre sí. La primera fase fue de evaluación diagnóstica que corresponde a la aplicación de reactivos pre-test, fase dos de

aplicación e intervención, en donde se plantean estrategias cognitivas y conductuales para así reestructurar ideas irracionales y activar conductualmente, la tercera fase fue de pos-test en donde se verifica disminución de depresión y modificación de creencias hacia la muerte, la Tabla 2:

Tabla 2

Intervención Cognitivo Conductual

FASE	DESCRIPCIÓN	TÉCNICAS	DURACIÓN
FASE 1: EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA- TEST	Aplicación de encuesta	Reactivos estandarizados	60 min
	Sesión 1: Establecer rapport, presentación.	Técnica de presentación y dispersión. Psicoeducación en proceso grupal establecimiento de encuadre.	
	Sesión 2-4: Psicoeducación.	Aplicación de técnica Psicoeducación en tema de emociones, tristeza normal y patológica, ansiedad y miedo, muerte.	
FASE 2: APLICACIÓN O INTERVENCIÓN	Sesión 5-6: Tratamiento conductual.	Se aplica la técnica de autorregistro del estado de ánimo con dominio y agrado, cronograma de actividades. Se utiliza la técnica ABCDE, técnica del semáforo para debate de ideas irracionales, utilización de metáfora y biblioterapia.	60 min / sesión
	Sesión 7-8: Tratamiento cognitivo.	Análisis de situaciones de riesgo, elaborar plan de acción.	
	Sesión 9 y 10: Prevención de recaídas.		
FASE 3: VERIFICACIÓN –	Aplicación de reactivos donde se verifique	Reactivos estandarizados Cierre con técnica de	60 min

RETEST	disminución de depresión y mejora actitudes hacia la muerte.	autoaceptación incondicional.
--------	--	-------------------------------

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1 Perfil sociodemográfico de la muestra

En la fase de evaluación realizada en la presente investigación, se inicia con un análisis sociodemográfico (Tabla 3), en donde se recopila información de 15 personas las cuales participan en el estudio y pertenecen al Club de adultos mayores, en este instrumento se valoran aspectos como: edad, presencia de enfermedad crónica, consumo de fármacos, presencia de dolor, escolaridad, estado civil, personas a cargo, empleo, nivel socioeconómico, cómo se siente en su tiempo libre, finalmente este perfil se complementa con la “Escala de valoración sociofamiliar de Gijón”.

Como edad mínima se obtiene 65 años y máximo 85, la media es de 69 años (D.E 5,35), 15 participantes son de sexo femenino perteneciendo al 100%, del total 8 personas presentan enfermedad crónica (53%), 7 no tiene enfermedad crónica (47%), refiriéndose al consumo de fármacos el porcentaje de personas que tiene enfermedad crónica son las que mantienen consumo de medicación (53%); del total 12 personas presentan algún tipo de dolor (80%), 3 no presentan dolor (20%); con respecto al estado civil 6 de las participantes son casadas, siendo la mayoría con el 40%, 3 divorciadas (20%), 3 viudas (20%), unión libre 2 (13%), finalmente separada 1 persona (7%).

Del total de participantes 10 tienen estudios correspondientes a primaria siendo la mayoría (67%), 5 con secundaria (33%). Por otro lado, 9 personas de las 15 no tienen personas a cargo (60%), sin embargo 6 personas tienen cargas familiares (40%). La

mayoría de las participantes con una frecuencia de 13 no tienen empleo (87%), 2 si tienen empleo (13%). 6 participantes se identifican como un nivel socioeconómico bajo (40%), 5 nivel medio (33%), finalmente nivel medio bajo son 4 personas (27%). 8 personas afirman que en su tiempo libre se sienten tristes (53%), 6 se sienten alegres (40%) y 1 irritable (7%). Por último, 6 personas tienen situación social buena (40%), 5 personas con deterioro social severo (33%) y 4 con situación intermedia (27%) (Tabla 3).

Tabla 3

Perfil sociodemográfico

VARIABLES CUANTITATIVAS	Media	Desviación estándar
Edad	69	5,35
VARIABLES CUALITATIVAS	Frecuencias	porcentajes%
Enfermedad crónica		
Si	8	53%
No	7	47%
Consumo de fármacos		
Si	8	53%
No	7	47%
Presenta dolor		
Si	12	80%
No	3	20%
Estado civil		
Soltero	0	0%
Casado	6	40%
Unión libre	2	13%
Separado/a	1	7%
Divorciado/a	3	20%
Viudo/a	3	20%
Escolaridad		
Primaria	10	67%
Secundaria	5	33%
Universitario	0	0%
Especialidad	0	0%
Ninguno	0	0%
Personas a cargo		
Si	9	60%
No	6	40%

Posee Empleo		
Si	2	13%
No	13	87%
Nivel socioeconómico		
Nivel bajo	6	40%
Nivel medio-bajo	4	27%
Nivel medio	5	33%
Nivel medio-alto	0	0%
Nivel alto	0	0%
Cómo se siente en su tiempo libre		
Irritable	1	7%
Triste	8	53%
Alegre	6	40%
Aburrido/a	0	0%
Indiferente	0	0%
Escala de valoración sociofamiliar de Gijón		
Buena	6	40%
Medio	4	27%
Severo	5	33%

4.2 Análisis de la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual para disminuir niveles de depresión.

Se evidencia que el estudio arranca con una media en niveles de depresión de 6 correspondiente a “probable depresión”, sin embargo, después de la aplicación de la TCC, se logra disminuir la media a 2 lo cual equivale a “no depresión”.

Respecto al análisis de las diferencias entre las evaluaciones pre y post test, medidas por los cambios obtenidos en las respuestas del total de participantes adheridos al tratamiento, la tabla 4 muestra la aplicación de la prueba t student para muestras relacionadas, obtenido un valor ($t=5,076$) y una significancia estadística ($p=<,001$), con un nivel de probabilidad del 95%. Es así como se acepta la hipótesis, por lo que la TCC es eficaz para disminuir niveles de depresión (Tabla 4).

Tabla 4*Cambios obtenidos en la Escala geriátrica de depresión Yesavage*

Variable	Test	Pretest	Postest	T de Student	Valor p	D Cohen
Depresión	Escala	M; D.E	M; D.E	5,076	<,001	1,53
	geriátrica de	6; 3,41	2; 1,41			
	depresión					
	Yesavage					

Nota. M: Media; D.E: Desviación Estándar

4.3 Diagnóstico pretest y post sobre creencias limitantes hacia la muerte

De manera paralela a la “Escala Geriátrica de depresión de Yesavage”, se aplica el “Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte”, el cual, de la misma manera, es evaluado antes de iniciar con la intervención, es así como, de las 5 dimensiones posibles, la dimensión “aceptación de acercamiento” tiene un promedio de 60, seguido de la dimensión de “miedo a la muerte” con un promedio de 33, “aceptación de escape” 30, finalmente con 29 la dimensión “evitación hacia la muerte y aceptación neutral”. Obteniendo así, que gran parte de las participantes mantienen una actitud hacia la muerte disfuncional, ya que se basan en creencias limitantes hacia la muerte (Tabla 5).

Posterior a la aplicación de la TCC, los puntajes en cada dimensión se ven modificados, obteniendo una disminución considerable en las creencias limitantes hacia la muerte, en la dimensión “evitación a la muerte” se muestra un cambio en el promedio de 29 a 11, “aceptación de escape” de 30 a 13, “miedo a la muerte” de 33 a 15, sin embargo en la

dimensión “aceptación de acercamiento” mantienen un promedio similar pasando de 60 a 50, en la dimensión “aceptación neutral” existe un incremento en el promedio de 29 a 31 (Tabla 5).

Tabla 5

Pretest y Post sobre creencias limitantes hacia la muerte

Test	Dimensiones	Media Pre	Desviación estándar	Media post	Desviación estándar
Perfil revisado de actitudes hacia la muerte.	Aceptación de acercamiento (10)	60	5,8	50	11,3
	Evitación de la muerte (5)	29	4,7	11	5,9
	Aceptación de escape (5)	30	4,6	13	5,9
	Miedo a la muerte (7)	33	9,4	15	6,7
	Aceptación neutral (5)	29	1,6	31	4,0

4.4 Análisis de la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en modificación de creencias limitantes hacia la muerte pruebas pre y post.

La media obtenida en el PAM-R antes de la intervención es de 181, posterior al proceso psicoterapéutico se obtiene una media de 119, indicando una baja considerable en dicha variable.

Respecto al análisis entre los cambios de las evaluaciones pre y post test, medidas por los cambios obtenidos en las respuestas del total de participantes adheridos al tratamiento, la tabla 6 muestra la aplicación de la prueba t student para muestras relacionadas, obtenido un valor de $(t= 10,211)$ y una significancia estadística $(p=<,001)$, con un nivel de probabilidad del 95%. Es decir, la hipótesis se acepta, en donde la TCC es eficaz para modificar creencias limitantes hacia la muerte en adultos mayores.

Tabla 6*Cambios pre-post de la variable actitudes hacia la muerte*

Variable	Test	Pretest	Posttest	T de Student	Valor p	D Cohen
Actitudes hacia la muerte	Perfil revisado de actitudes hacia la muerte	M; D.E 181; 17,7	M; D.E 119; 23,3	10,211	<,001	3

Nota. M: Media; DE: Desviación Estándar.

4.5 Discusión de resultados

La presente investigación tuvo como finalidad conocer en primera instancia niveles de depresión y creencias limitantes hacia la muerte en adultos mayores, para después aplicar un proceso psicoterapéutico grupal, se pretendió que después de dicho tratamiento, los niveles de depresión disminuyan y además que exista una reestructuración en las creencias o actitudes hacia la muerte.

Al aplicar los reactivos antes de iniciar con el proceso de intervención, se obtiene que un total de 7 personas se encuentran entre los parámetros de “Probable depresión” y “Depresión establecida” siendo esto el 46%, por otro el 54% puntúa “No depresión”. Similares resultados se muestran en una investigación llamada “Depresión en los adultos mayores residentes en el Centro Geriátrico Guillermina Loor”, en donde la mitad de los participantes (50%) presentan depresión, y de estos aproximadamente el 36% con una probable depresión y depresión establecida en un 13%, la otra mitad no presentó depresión

(Sosa-Arteaga et al., 2022). Asimismo, en un estudio llevado a cabo en un hospital de segundo nivel, se encontró que el 35% de los adultos mayores presentaban depresión leve, mientras que el 11% tenía depresión establecida, sumando en total 46%, la otra mitad no presentaron rasgo depresivo (Lliguisupa Peláez et al., 2020). Esto nos da a entender que la depresión en la tercera edad es una condición presente a pesar de las diferencias culturales, y que en muchas ocasiones ha sido ignorado, se estima que en Ecuador el 39,1% de adultos mayores están deprimidos, aumentando 21 veces el riesgo de suicidio (Calderón, 2018; Zurrón & Caminero, 2021).

Con respecto a las creencias hacia la muerte, previo a la intervención, las participantes muestran niveles elevados en creencias limitantes, como “evitación hacia la muerte, aceptación de escape y miedo hacia la muerte”, que provocan una mirada hacia la muerte como escape al dolor terrenal o biopsicológico, en una investigación similar muestra que se incrementa signos y síntomas ansiosos hacia la muerte cuando la persona identifica presencia de enfermedad o dolor y tiene conciencia del paso del tiempo (Domínguez Alonso et al., 2017). En la investigación “Percepción del concepto de muerte en personas mayores, de la región de los Lagos”, hablan sobre el impacto emocional que su enfermedad o dolor puede tener en sus seres queridos, más que en su propio sufrimiento. También se presenta miedo y tristeza, al ser consiente que la muerte los hará perder de momentos importantes con su familia y no poder sumar más experiencias juntas (Bauer Mancilla et al., 2022). Según vivencias y contexto de donde se encuentra la persona, el surgimiento de creencias limitantes hacia la muerte es imprescindible, especialmente en la adultez mayor, ya que se enfrentan a una pérdida progresiva de capacidades, aparición de enfermedades, muerte de seres queridos o amistades, y como fin de la vida, provocando

malestar emocional en quién mantiene esa estructura cognitiva. La soledad es un aspecto fundamental que considerar al tratar la aceptación de la muerte. Contar con una red de apoyo promueve actitudes saludables hacia este proceso (Pérez Aranda et al., 2021b).

En diversas investigaciones muestran que la terapia individual es efectiva para trabajar trastornos del humor como la ansiedad y depresión, sin embargo con el pasar el tiempo se ha dado más importancia a la terapia con metodología grupal, tomando en cuenta que se considera más práctico al disminuir considerablemente el número de sesiones para lograr recuperar la salud mental, ante ello Lacomba et al, determinan que después de un proceso de intervención grupal en personas diagnosticadas con diabetes y depresión, la mitad de los participantes mostraron mejora, la otra parte continuaron con la intervención individual, en la misma línea y con resultados similares se muestra en un estudio piloto llamado “Terapia metacognitiva grupal y depresión en mujeres con cáncer de mama: un ensayo controlado aleatorizado”, realizado por Zahedian et al, en donde mencionan que también al finalizar la intervención grupal desde la metacognición, casi el 90% de los participantes tuvieron una disminución de síntomas ansioso depresivos. (Lacomba-Trejo et al., 2021; Zahedian et al., 2021). En este sentido, se obtienen los mismos resultados al aplicar la Terapia Cognitiva Conductual, en donde casi el 100% muestra mejoría en los niveles de depresión y casi en el total las participantes se logra una reestructuración de creencias limitantes hacia la muerte. La Terapia Cognitivo Conductual se muestra eficiente y eficaz al momento de tratar diferentes trastornos, incluido los relacionados al humor, mostrando resultados satisfactorios en diferentes rangos de edad, género, incluso en sus modalidades individual y grupal.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- Del total de las participantes la mitad de las participantes muestran niveles de depresión entre probable depresión y depresión establecida, por otro lado, las participantes muestran alta puntuación en dimensiones correspondientes a creencias limitantes hacia la muerte, que son: evitación hacia la muerte, aceptación de escape y miedo hacia la muerte.
- Las participantes muestran entendimiento y desenvolvimiento ante las técnicas cognitivas y conductuales utilizadas, además que el área espiritual, religiosa y cohesión grupal fue muy importante durante la intervención.
- La Terapia Cognitivo Conductual modalidad grupal, se mostró eficaz para disminuir niveles de depresión y modificar creencias limitantes hacia la muerte en adultos mayores comprobado mediante pruebas pre y post.

RECOMENDACIONES

- Es crucial mejorar la evaluación clínica en varios centros de salud que atienden a adultos mayores, para realizar un triaje inicial que oriente la atención del profesional y así prevenir el aumento de trastornos del estado de ánimo.
- Es recomendable fomentar y supervisar que las intervenciones realizadas en diferentes grupos de edad estén respaldadas por evidencia científica y sean confiables para la práctica psicológica clínica.
- Se deja un precedente que incentive la continuidad de investigaciones con este grupo etario, con el propósito de explorar la influencia de variables sociodemográficas para desarrollar trastornos del humor y en la percepción de la vejez y la muerte.

BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo-Cifuentes, M. C., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á., & Restrepo-Ochoa, D. A. (2020). Maltrato al adulto mayor, un problema silencioso. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 38(2), 1–11. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e331289>
- Allport, G. (1935). Actitudes. En Un manual de psicología social. In *Actitudes. En Un manual de psicología social* (pp. 798–844). Prensa de la Universidad de Clark.
- AMM. (2017). *DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL*. 1–4.
- Association American Psychiatric. (2022). Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos. In *Pediatría Integral* (Vol. 26, Issue 1).
- Bacca, A., González, A., & Uribe, A. (2005). Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 1(4), 53–63. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80112046006>
- Bauer Mancilla, M. F., Mancilla Muñoz, E. A., & González Sepúlveda, M. A. (2022). Percepción del concepto de muerte en personas mayores, de la región de los lagos. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 2675–2704. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3721
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización* (p. 398). gedisa.
- Cabrera González, D., Menéndez Caicoya, A., Fernández Sánchez, A., Acebal García, V., García González, J. V., Díaz Palacios, E., & Salamea García, A. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención*

Primaria: Publicación Oficial de La Sociedad Española de Familia y Comunitaria, ISSN 0212-6567, Vol. 23, N.º. 7, 1999, Págs. 434-440, 23(7), 434–440.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7528058&info=resumen&idioma=ENG>
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7528058&info=resumen&idioma=SPA>
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7528058>

Calderón, D. (2018). *Epidemiología de la depresión en el adulto*. 182–191.

Calderón Masón, D. F., Calderón Suasnavas, G. F., Calderon Suasnavas, V. A., & Checa

Villamar, J. C. (2020). Prevalencia de depresión en adultos mayores de la consulta externa de un hospital público. *Cambios*, 853, 6–13.

<https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/445/332>
<https://doi.org/10.36015/cambios.v19.n1.2020.445>

Carranza Prado, L. D., González-Villegas, G., Picazo-Carranza, A. R., De Jesús Ruiz, M.

R., González-Villegas, A. L., & Lozano-Zúñiga, M. M. (2023). Calidad de vida en adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(1), 2802–2812.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4627

Castedo, L. (1988). MULTIDIMENSIONALIDAD DE LAS ACTITUDES HACIA LA MUERTE (PAM - R) EN SUJETOS CON VIH/SIDA. *UNIVERSIDAD DE VIGO*, 2573–2582.

CEPAL. (2018). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina. In *Publicación de las Naciones Unidas*.

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf

- Chávez, L. (2015). Albert Ellis (1913-2007): La Vida Y Obra De Un Terapeuta Cognitivo Life and Work of a Cognitive Therapist. *Rev. Psicol*, 5, 137–146.
- Congreso Nacional. (2006). Ley Órgánica de Salud. *Plataforma Profesional de Investigacion Jurídica, Registro O*, 46. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORGÁNICA-DE-SALUD4.pdf>
- Constitución de la República del Ecuador, Registro oficial 449 de 20 Oct. 2008 1 (2018). https://www.inocar.mil.ec/web/images/lotaip/2015/literal_a/base_legal/A._Constitucion_republica_ecuador_2008constitucion.pdf%0Awww.lexis.com.ec
- Cruz-Tesoro, E., Rojas-Osornio, S., & Bekker-Méndez, V. (2021). Serotonina, depresión y suicidio. *Revista Ciencia*, 72(2), 4–9. <https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/index.php/vol-72-numero-2>
- Díaz, C., Carrete, Z., Hernández, L., & Barrios, A. (2021). Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo. *Rev Ciencias Médicas*, 25(6), 5311.
- Díaz Simón, N., Soto Hernández, H., & Ortega Castillo, G. (2016). Terapias Cognitivas y Psicología Basada en la Evidencia. Su especificidad en el mundo infantil. *Wimb Lu*, 11(1), 19–38. <https://doi.org/10.15517/wl.v1i1.24074>
- Domínguez Alonso, J., Lopez Castedo, A., & Blanco López, A. (2017). Evaluación de la ansiedad ante la muerte en adultos mayores ourensanos. *Revista de Estudios e Investigación En Psicología y Educación*, 14, 087–090. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.2471>
- Erikson, E. (1988). *El Ciclo Vital Completado* (p. 141). Electrocomp.

- Espinoza-Venegas, M., Luengo-Machuca, L., & Sanhueza-Alvarado, O. (2016). Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado final de la vida. Análisis multivariado. *Aquichan*, 16(4), 430–446. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.3>
- Gallego, J., & Gómez, E. (2021). Principales cambios diagnósticos de la CIE - 11 en los trastornos afectivos. *Psiquiatría.Com*, 25(1853).
- García, P., & Magariños, M. (1994). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. CIE-10*.
- Gil-Delgado, I., Zaragoza, L., Pelayo, P., GarcíaFernández, L., Cabedo, E., Roncero, M., & GarcíaSoriano, G. (2023). Terapia cognitivo-conductual grupal por videoconferencia para el trastorno obsesivo-compulsivo: Estudio piloto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 28(1), 1–11. <https://doi.org/10.5944/rppc.33872>
- Giuliani, M., Botas, N., Faedda, L., Pavon, A., Polizzi, L., & Zariello, M. (2011). Experiencia emocional en la vejez. Antecedentes teóricos. *MERCOSUR*, 150–153. <https://www.aacademica.org>.
- Gómez, C., & Campo, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735–743. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672011000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-92672011000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Gonzalez Tuta, D. F., Barreto Porez, A. P., & Salamanca Camargo, Y. (2017). Terapia

cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(2), 201–207.

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN : LAS RUTAS CUANTITATIVA, CUALITATIVA Y MIXTA*.

Hernández Arellano, F. (2006). El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria*, 7(8), 1–7.

Hernández, H. C., Coronel, P. L., Aguilar, J. C., & Rodríguez, E. C. (2016). Neurobiology of major depression and its pharmacological treatment. *Salud Mental*, 39(1), 47–58.
<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.067>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2013). *Compendio Estadístico 2013*.

Jaurrieta, J. J. S. (2023). La Escala Socio-Familiar de Gijón. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 1, 1–12.

Labouvie-Vief, G. (2015). Integrating emotions and cognition throughout the lifespan. In *Integrating Emotions and Cognition Throughout the Lifespan*.
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-09822-7>

Labra, L., & Ruvalcaba, J. (2019). Indicadores de Depresión en Adultos Mayores de 60 a 75 años en Ixmiquilpan Hidalgo. *JONNPR*, 4, 976–987.
<https://doi.org/10.19230/jonnpr.3056>

Lacomba-Trejo, L., García-Cuenca, I. M., & Sanz-Cruces, J. M. (2021). Intervención cognitivo conductual para mujeres con trastorno depresivo persistente: sintomatología ansiosa, depresiva y satisfacción vital. *Clínica Contemporánea*, 12(1), 1–16.

<https://doi.org/10.5093/cc2021a1>

Lliguisupa Peláez, V., Álvarez-Ochoa, R., Bermejo Cayamcela, D., Ulloa Castro, A., & Estrada Cherres, J. (2020). Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. *Revista Ciencias Pedagógicas E Innovación*, 8(1), 16–21. <https://doi.org/10.26423/rcpi.v8i1.310>

Losada, A. V., & Strauch, M. A. (2014). Síntomas-Depresivos-Adultos-Mayores. *Neurama Revista Electrónica de Psicogerontología*, 1, 15.

Lynch, G., & Oddone, M. J. (2017). La percepción de la muerte en el curso de la vida Un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos. *Revista de Ciencias Sociales, DS-FCS*, 30, 129–150.

Martínez Mendoza, M. del C., Gutiérrez Mendía, A., Bonaparte Caballero, E., Gómez Alons, C., & Lajud, N. (2021). Prevalencia de depresión en adultos mayores en una unidad de medicina familiar de Michoacán, México. *Atención Familiar*, 28(2), 125. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.2.78803>

Méndez-Chacón, E. (2021). Evaluación psicométrica de la escala de depresión de Yesavage en adultos mayores latinoamericanos. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 38(2), 103–115. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.7>

Mendoza, I. M. (2020). TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL: ACTUALIDAD, TECNOLOGÍA. *Universidad Peruana Cayetano Heredia*, 161.

MIES. (2018). *Caracterización De La Población Adulta Mayor*. 593 2. <https://info.inclusion.gob.ec/index.php/informes-pamusrext/2018-inf-pamusrint?download=194:informe-adulto-mayor-enero>

Ministerio de Salud Pública. (2010). *Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores*.

Ministerio de Salud Pública. (2018). LINEAMIENTOS OPERATIVOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR. *Ministerio de Salud Pública*.

Ministerio de Salud Pública. (2021). *Modelo de Atención de Salud Mental , en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural*. 593(2), 1–105.

https://www.proteccionderechosquito.gob.ec/adjuntos/grupos/altaVulnerabilidad/ConsumoDrogas/8_Modelo_integral_de_atencion_drogas.pdf

Molina, J. C., Mogrovejo, J. F., Morocho, I., Orellana, A., & Delgado, N. (2013).

Prevalencia de depresión, diabetes e hipertensión en pacientes geriátricos. In *Rev Méd HJCA* (Vol. 5, Issue 2, pp. 145–149).

Organización Mundial de Salud [OMS]. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. *Organización Panamericana de La Salud*, 1–24.

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2023). Depresión. Recuperado de:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Envejecimiento y salud. Recuperado de :

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Mundial de la Salud. (2017). La salud mental y los adultos mayores.

Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental->

y-los-adultos-mayores

Paredes, S. (2010). *Bienestar psicológico del adulto mayor*. 1–57.

Peña, J., Bustos, R., & Verdín, O. (2019). Fenomenos cadavéricos y el tanatocronodiagnóstico. *Gaceta Internacional de Ciencia Forense*, 31, 10–37.
https://www.uv.es/gicf/3R1_Peña_GICF_31.pdf

Penachi Pérez, L. E. (2017). Ideas irracionales y soledad en adultos mayores de Chiclayo, 2016. *Universidad Señor de Sipán*, 73.
http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/3069/TEISIS_COMPLETA..pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pérez Aranda, G. I., Ramírez Benítez, D., & Estrada Carmona, S. (2021a). Actitudes ante la muerte y su relación con las redes de apoyo social en adultos mayores de Campeche, México. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 409–418.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2090>

Pérez Aranda, G. I., Ramírez Benítez, D., & Estrada Carmona, S. (2021b). Actitudes ante la muerte y su relación con las redes de apoyo social en adultos mayores de Campeche, México. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 409–418.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2090>

Piox, J. (2016). *TERAPIA RACIONAL EMOTIVA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS*. 4(1), 64–75.

Rio-Valle, J. S. (2007). Validación de la versión española de la Escala de Bungen de

Afrontamiento de la Muerte y del Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte: estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención. *Universidad de Granada*, 12(S1), 129–134.

<http://hdl.handle.net/10481/1563>http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1041610200006906

Rodríguez, K. (2013). Vejez y envejecimiento. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Rodríguez, V. (2002). El morir y la muerte en la sociedad contemporánea problemas médicos y bioéticos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 1, 66–80.

Sáez Álvarez, E. J. (2016). Actitudes hacia la muerte y su relación con el bienestar en estudiantes de primer curso de grado en enfermería. *Tesis Doctoral*.

<https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=jn8J2MHm2so%3D%0Ahttps://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=98948>

Salinas A. (2020). Depresión en adultos mayores: prevalencia y factores de riesgo psicosocial en entornos rurales y urbano de la provincia de Misiones, Argentina. *Apuntes Universitarios*, 10(4), 15. <https://orcid.org/0000-0002-6486-9982>

Sarwat, W., & Carre, H. (2023). *Erik Erikson y el desarrollo psicosocial deficiente como camino a las conductas antisociales y criminales*. 108–137.

Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40, 9–20. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272002000500002>

Sosa-Arteaga, F. J., Terán-Espinoza, J. D., & Sánchez-Rogel, L. H. (2022). Depresión en

los adultos mayores que viven en el centro geriátrico Guillermina Loor. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones de La Salud GESTAR*, 5(9 Edición especial marzo), 91–103. <https://doi.org/10.46296/gt.v5i9edespmar.0056>

Zahedian, E., Bahreini, M., Ghasemi, N., & Mirzaei, K. (2021). Group meta-cognitive therapy and depression in women with breast cancer: a randomized controlled trial. *BMC Women's Health*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01258-9>

Zurrón, P., & Caminero, P. (2021). DEPRESIÓN Y SUICIDIO. In *Depresión y suicidio. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental*. https://fepsm.org/files/publicaciones/220217_Libro_Depresion_y_Suicidio_Edicion_Congreso.pdf

ANEXOS

1. Consentimiento informado

Consentimiento informado amplio para el uso de datos personales y/o muestras biológicas humanas en investigaciones observacionales o de intervención en seres humanos

El investigador y patrocinador William Ramiro Criollo Pullupaxi, está realizando un estudio de investigación con el título TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN Y MODIFICAR CREENCIAS LIMITANTES HACIA LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE MONJAS, CIUDAD DE QUITO, AÑO 2024, cuyo principal objetivo es la aplicación de un programa Cognitivo Conductual, con el fin de disminuir niveles de depresión y modificar creencias limitantes hacia la muerte en adultos mayores.

La presencia de varios factores como la ausencia de familiares, pérdida de capacidades, estilo de vida monótono, entre otros, provoca el surgimiento de alteraciones emocionales como la depresión, con ello creencias hacia la muerte que provocan el incremento de frustración o desesperación, perjudicando la calidad de vida de quién lo padece.

Para la aplicación de la intervención grupal, es necesario emplear tres reactivos psicológicos, el primero es una encuesta sociodemográfica con una duración de 5 minutos, segundo será la Escala geriátrica de depresión Yesavage con duración de 5 minutos, finalmente el Perfil revisado de actitudes hacia la muerte (PAM-R) con una duración de 15 minutos. El plan de intervención consta de 10 sesiones, con una periodicidad de una sesión semanal de 60min de duración, en lugar de aplicación es en el Centro de Salud San José de Monjas.

En virtud de lo cual, entiendo que se solicita mi autorización para acceder a mis datos personales y/o muestras biológicas humanas o los de mi representado/a, los cuales que servirán para desarrollar futuras investigaciones.

RIESGOS Y BENEFICIOS: Entiendo que los investigadores tomarán las medidas necesarias para precautelar la confidencialidad de mis datos personales y muestras biológicas. Además, entiendo que los beneficios generados con el uso de mis datos personales y/o muestras biológicas humanas o los de mi representado/a, serán para que futuras generaciones puedan beneficiarse de los resultados de este estudio.

Durante el proceso de investigación y aplicación es posible que uno o varios participantes puedan presentar alteraciones o perturbaciones psicoemocionales, el investigador tendrá la capacidad resolutive para según la situación, brindar contención emocional, terapias individuales y en caso de complicarse deberá referir a instituciones de salud competentes.

DERECHOS Y OPCIONES DEL PACIENTE: Al aceptar que de mis datos personales y/o muestras biológicas humanas o los de mi representado/a sean utilizada con fines de investigación, no renuncio a ninguno de los derechos que por ley me pertenecen o le pertenecen a mi representado/a. Estoy consciente de que la información contenida en mis datos personales o la información que se genere del análisis de mis muestras biológicas humanas o los de mi representado/a serán utilizadas únicamente para este fin y nunca se colocarán o publicarán datos que permitan revelar mi identidad o la de mi representado/a, debido a que los investigadores me garantizan que anonimizarán (codificarán) los datos con la finalidad de respetar mi confidencialidad o la de mi representado/a. Entiendo que soy libre de retirar mi consentimiento en cualquier momento, para lo cual deberé informar al personal a cargo de custodiar los datos de

mis datos personales y/o muestras biológicas humanas o los de mi representado/a en el establecimiento, institución pública y/o privada denominado Coordinación Zonal 9 de Salud, quienes se comunicarán con los investigadores que se encuentren utilizando mis datos personales y/o muestras biológicas humanas o los de mi representado/a en la realización de investigaciones para que en ese momento los datos obtenidos de mis datos personales y/o muestras biológicas humanas o los de mi representado/a sean eliminados y no puedan ser utilizados para ningún fin. Esto no me causará ninguna penalidad ni tendrá impacto alguno en la atención en salud que por ley me corresponde o le corresponde a mi representado/a.

COSTOS Y COMPENSACIÓN: Entiendo que al autorizar el uso de mis datos personales y/o muestras biológicas humanas o los de mi representado/a no recibiré ninguna compensación.

La presente investigación será sin fines de lucro, su propósito es contribuir a las personas participantes y sociedad, será financiada únicamente por el investigador, no se recibe ni recibirá ningún aporte económico o material a la misma.

CONFIDENCIALIDAD DE DATOS: Entiendo que, mis datos personales y/o muestras biológicas humanas o los de mi representado/a serán anonimizados (codificados) con el objetivo de precautelar la confidencialidad de mi información o la de mi representado/a. Además, he sido informado que, tanto mis datos y/o muestras biológicas humanas o los de mi representado/a, serán utilizados exclusivamente para la investigación científica propuesta, y solo eventualmente para investigaciones científicas posteriores relacionadas a la misma línea de investigación, para lo cual deberán pasar por la evaluación y aprobación de un Comité de Ética de Investigación en seres humanos avalado por el Ministerio de Salud Pública, con la finalidad de asegurar que se respeten en todo momento los principios bioéticos y se me informe sobre el uso futuro de los datos personales y/o muestras biológicas humanas.

El investigador reconoce que la información no se podrá emplear con otros fines más que los académicos e investigativos, mismos que serán empleados por el investigador, los organismos evaluadores de la Universidad Técnica del Norte y Coordinación Zonal 9 de Salud.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial.

INFORMACIÓN DE CONTACTO: Entiendo que en cualquier momento puedo comunicarme con el establecimiento de salud, institución pública y/o privada donde reposan o almacenan mis datos personales y/o muestras biológicas humanas o los de mi representado/a, para que a su vez sirva como canal de comunicación con los investigadores que hagan uso de mi información de salud o la de mi representado/a en sus investigaciones. Para lo cual, puedo comunicarme a los siguientes teléfonos 099278752 y correos electrónicos ramirocriollo@gmail.com.

DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo _____ (nombres completos del sujeto/representante legal de _____ (colocar los nombres completos del representado/a): _____), comprendo que mis datos personales y/o muestras biológicas humanas o los de mi representado/a serán utilizados con fines de investigación científica cuyo objetivo previamente me fue explicado. Me han explicado los riesgos y beneficios de la utilización de los datos de mis datos personales y/o muestras biológicas humanas o los de mi representado/a en un lenguaje claro y sencillo. Han respondido a todas las preguntas que he realizado y me entregaron una copia de este documento. Entiendo que en todo momento los

investigadores tomarán las medidas necesarias para precautelar la confidencialidad de mis datos personales y/o muestras biológicas humanas o los de mi representado/a. Entiendo que los datos confidenciales serán utilizados exclusivamente para la investigación científica propuesta, y solo eventualmente para investigaciones científicas posteriores relacionadas con la misma línea de investigación, para las que se otorgue explícitamente y en su momento, un nuevo consentimiento informado escrito previo a la aprobación del protocolo respectivo por un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos reconocido por el Ministerio de Salud Pública. En virtud de lo cual, voluntariamente (Marque con una X):

ACEPTO

NO ACEPTO

Nombres completos del sujeto /representante legal _____

Cédula de ciudadanía/ pasaporte del sujeto/representante legal _____

Firma/huella digital del sujeto/representante legal _____

Fecha y lugar _____

Nombres completos del testigo _____

Cédula de ciudadanía del testigo _____

Firma del testigo _____ Fecha y lugar _____

Nombres completos del responsable de tomar este documento _____

Cédula de ciudadanía del responsable de tomar este documento _____

Firma del responsable de tomar este documento _____

Fecha y lugar _____

DECLARATORIA DE REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo _____ (nombres completos del sujeto/representante legal de _____ (colocar los nombres completos del representado/a): _____), a pesar de haber aceptado inicialmente que mis datos personales y/o muestras biológicas humanas o los de mi representado/a sean utilizados en investigaciones REVOCO lo antes mencionado, y solicito que mis datos personales y/o muestras biológicas humanas o las de mi representado/a, así como la información obtenida de los mismo sean eliminados y no se utilicen para ningún fin. Con esta declaratoria no renuncio a los derechos que por ley me corresponden o a los derechos de mi representado/a.

Nombres completos del sujeto /representante legal _____

Cédula de ciudadanía/ pasaporte del sujeto /representante legal _____

Firma/huella digital del sujeto /representante legal _____

Fecha y lugar _____

Nombres completos del testigo _____

Cédula de ciudadanía del testigo _____

Firma del testigo _____ Fecha y lugar _____

Nombres completos del responsable de tomar este documento _____

Cédula de ciudadanía del responsable de tomar este documento _____

Firma del responsable de tomar este documento _____

Fecha y lugar _____

Nombres y apellidos patrocinador
(obligatoria)

Firma física o electrónica del patrocinador

Cédula de ciudadanía o pasaporte Patrocinador (obligatoria)

2. Encuesta sociodemográfica

"Mediante esta herramienta de diagnóstico se permitirá identificar y valorar los datos sociodemográficos relevantes con respecto a su modo de vida actual que puedan generar problemas en su salud mental. Conteste de la manera más honesta posible.

1. DATOS GENERALES

1. EDAD	
---------	--

2. SEXO	1. Hombre	
	2. Mujer	

3. ENFERMEDAD CRÓNICA	1. SI	
	2. NO	

4. CONSUME FÁRMACOS	1. Si	
	2. No	

5. PRESENTA ALGÚN TIPO DE DOLOR	1. Si	
	2. No	

3. ESTADO CIVIL	1. Soltero	
	2. Casado	
	3. Unión libre	
	4. Separado	
	5. Divorciado	
	6. Viudo	

7. NIVEL DE ESCOLARIDAD	1. Primaria	
	2. Secundaria	
	3. Universitario	
	4. Especialidad	
	5. Ninguna	

8. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO	1. Ninguna	
	2. 1 – 3 personas	
	3. 4 – 6 personas	
	4. Más de 6	

9. CON QUIÉN VIVE ACTUALMENTE	1. Familia (completa)	
	2. Amigos	
	3. Pareja	
	4. Hijos	
	5. Solo (a)	

10. POSEE EMPLEO ACTUALMENTE	1. Si	
	2. No ¿Por qué?: _____ _____ _____	

11. PROMEDIO DE INGRESOS MENSUAL	1. Menos de 100 dólares	
	2. Entre 100 y 200 dólares	
	3. Entre 200 y 350 dólares	
	4. Entre 350 y 700 dólares	
	5. Más de 700 dólares	

12. ¿EN QUÉ NIVEL SOCIOECONÓMICO SE UBICA?	1. Nivel bajo	
	2. Nivel medio-bajo	
	3. Nivel medio	
	4. Nivel medio-alto	

	5. Nivel alto	
--	---------------	--

13. USO DEL TIEMPO LIBRE	1. Labores domésticas	
	2. Recreación y deporte	
	3. Estudio	
	4. Hobbies varios	
	5. Ninguno	

14. CÓMO SE SIENTE EN SU TIEMPO LIBRE	1. Irritable	
	2. Triste	
	3. Alegre	
	4. Aburrido	
	5. Indiferente	

3. Escala de valoración Sociofamiliar de Gijón

SITUACIÓN FAMILIAR	1. Vive con pareja y/o familia sin conflicto.	
	2. Vive con pareja de similar edad.	
	3. Vive con pareja y/o familia y/o otros, pero no pueden o no quieren atenderlo.	
	4. Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades.	
	5. Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia.	

RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES	1. Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio.	
	2. Sólo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa.	
	3. Sólo se relaciona con familia, sale de casa.	
	4. No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (más de 1 por semana).	
	5. No sale del domicilio, ni recibe visitas (menos de 1 por semana).	

APOYOS RED SOCIAL	1. No necesita ningún apoyo.	
	2. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.	
	3. Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.).	
	4. Tiene soporte social, pero es insuficiente.	
	5. No tiene ningún soporte social y lo necesita.	

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

4. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Escala de Yesavage (Screening de Depresión)				
Nombre del Usuario:		Zona:		Distrito: Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad:	Años	Meses	Fecha de aplicación:	Aplicado por:

INSTRUCCIONES: Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA.

1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	si	NO
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	no
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	NO
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	no
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	si	NO
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	SI	no
13.	¿Se siente lleno de energía?	si	NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	SI	no
Las respuestas que indican depresión están en NEGRITA Y MAYÚSCULAS . Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO .			Total:

5. Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte (WONG, REKER, GESSER, 1988)

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

Este cuestionario contiene varias afirmaciones relacionadas con diferentes actitudes hacia la muerte.

Lee cada afirmación y rodea con un círculo una de las siguientes posibilidades:

- (1) TD: totalmente en desacuerdo
- (2) D: desacuerdo
- (3) MD: medianamente en desacuerdo
- (4) I: indeciso
- (5) MA: medianamente de acuerdo
- (6) A: de acuerdo
- (7) TA: totalmente de acuerdo

Intenta usar lo menos posible el 4 de indeciso.

CRITERIOS	TD	D	MD	I	MA	A	TA
1-La muerte es, sin duda, una experiencia horrible.	1	2	3	4	5	6	7
2-La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad.	1	2	3	4	5	6	7
3-Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
4-Creo que iré al cielo cuando muera.	1	2	3	4	5	6	7
5-La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones.	1	2	3	4	5	6	7
6-La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable.	1	2	3	4	5	6	7
7-Me trastorna la finalidad de la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
8-La muerte es la entrada en un lugar de satisfacción definitiva.	1	2	3	4	5	6	7
9-La muerte proporciona un escape de este mundo terrible.	1	2	3	4	5	6	7
10-Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo	1	2	3	4	5	6	7
11-La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento.	1	2	3	4	5	6	7
12-Siempre intento no pensar en la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
13-Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo.	1	2	3	4	5	6	7
14-La muerte es un aspecto natural de la vida.	1	2	3	4	5	6	7
15-La muerte es la unión con Dios y la gloria eterna.	1	2	3	4	5	6	7
16-La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa.	1	2	3	4	5	6	7
17-No temería a la muerte ni le daría la bienvenida.	1	2	3	4	5	6	7
18-Tengo un miedo intenso a la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
19-Evito totalmente pensar en la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
20-El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho.	1	2	3	4	5	6	7
21-Me asusta el hecho de que la muerte signifique el final de todo tal como lo conozco.	1	2	3	4	5	6	7
22-Tengo ganas de reunirme con mis seres queridos después de morir.	1	2	3	4	5	6	7
23-Veo la muerte como un alivio de sufrimiento terrenal.	1	2	3	4	5	6	7
24-La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida.	1	2	3	4	5	6	7
25-Veo la muerte como el pasaje a un lugar eterno y bendito.	1	2	3	4	5	6	7
26-Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
27-La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma.	1	2	3	4	5	6	7
28-Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma.	1	2	3	4	5	6	7
29-Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida.	1	2	3	4	5	6	7
30-La muerte no es buena ni mala.	1	2	3	4	5	6	7
31-Me ilusiona pensar en una vida después de la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
32-Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte.	1	2	3	4	5	6	7