



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES NO  
INSTITUCIONALIZADOS DEL CANTÓN CATAMAYO, PERIODO 2022.**

Trabajo de Integración Curricular Previo  
a la obtención del Título de Licenciada en  
Psicología Clínica

**AUTORA:**

**DEYANNYRA MISHHELL LOJÁN TÚQUERES**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**PSC. CL. CINDY ESTEFANIA CUENCA SANCHEZ MGTR.**

**LOJA – ECUADOR**

**2022**

## ii. CERTIFICACIÓN

12 de septiembre del 2022

DE: PSC. CL. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez Mg. Sc.  
DIRECTOR/A DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

PARA: Dra. Ana Puerta Azanza Mg. Sc.  
DIRECTOR/A DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ASUNTO: **CERTIFICADO DE CULMINACIÓN Y APROBACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

### CERTIFICO:

Que una vez asesorada, monitoreada con pertinencia y rigurosidad científica la ejecución del trabajo de integración curricular del tema: **“Apoyo Social Percibido Y Depresión En Adultos Mayores No Institucionalizados Del Cantón Catamayo, Periodo 2022”** de autoría de la Srta. **Deyannyra Mishell Loján Túqueres**, con C.I. 1150791299, el mismo cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho trabajo de integración curricular se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo continuar con el proceso de titulación.



Firmado e certificado con firma por  
CINDY ESTEFANIA  
CUENCA SANCHEZ

.....  
**FIRMA**

**PSC. CL. CINDY ESTEFANIA CUENCA SANCHEZ Mg.Sc.**

Director/A Del Trabajo De Integración Curricular

### iii. AUTORIA

Yo, Deyannyra Mishell Loján Túqueres, declaro ser la autora del presente trabajo de integración curricular y eximo explícitamente a la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de Salud Humana y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi trabajo de integración curricular en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual, de así considerarlo necesario.

Firma:



Autora: Deyannyra Mishell Loján Túqueres  
Cédula: 115079129 – 9

Correo electrónico: [deyannyra.lojan@unl.edu.ec](mailto:deyannyra.lojan@unl.edu.ec)

Celular: 0967122069

Loja, 14 de septiembre del 2022.

#### iv. CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo **Deyannyra Mishell Loján Túqueres**, declaro ser autora del trabajo de integración curricular titulado: APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS DEL CANTÓN CATAMAYO, PERIODO 2022; como requisito para optar el grado de Licenciada en Psicóloga Clínica, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI):

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de integración curricular que realice un tercero

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los catorce días del mes de septiembre del año dos mil veinte y dos, firma la autora.

**Firma:**

**Autora:** Deyannyra Mishell Loján Túqueres

**Cédula:** 115079129-9

**Dirección:** Catamayo, La Alborada. Av. Isidro Ayora y Circunvalación.

**Correo Electrónico:** [deyannyra.lojan@unl.edu.ec](mailto:deyannyra.lojan@unl.edu.ec)

#### **DATOS COMPLEMENTARIOS:**

**Director del Trabajo de Integración Curricular:**

Psi. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez, Mg.Sc.

#### **Miembros del tribunal**

- Presidenta del tribunal: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.
- Vocal del tribunal: Psc. Cl. María Paula Torrez Pozo, Mg, Sc.
- Vocal del tribunal: Psi. Cl. Marco Vinicio Sánchez Salinas, Mg. Sc.

## v. DEDICATORIA

La presente investigación es dedicada con mucho cariño a mis padres, mi pilar fundamental, que con su apoyo incondicional y sus consejos han sido mi soporte en los momentos más difíciles de la carrera y me ayudaron a no decaer y así poder culminar mi meta. A mi querido hijo quien llena de luz mi vida y enternece mi corazón siendo mi mayor motivación.

A mis abuelitos por su amor, apoyo, consejos y enseñanzas que siempre las tendré presente. A mi hermano y tíos que con sus características peculiares me han dado la fortaleza necesaria para seguir adelante.

A ti, Amor, gracias por tu apoyo constante, por brindarme tu afecto, siendo fuente de motivación y alegría.

*Con cariño  
Deyannyra*

## vi. AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a la Virgen por su infinito amor y por todas las bendiciones recibidas siendo mi fuerza espiritual que me permitió culminar mi trabajo de investigación.

Agradezco a la prestigiosa Universidad Nacional de Loja, por ser una institución de excelencia en la que orgullosamente me formé, a la Facultad de Salud Humana por haberme acogido en sus aulas. A todos y cada uno de los docentes que forman parte de la Carrera de Psicología Clínica, por desempeñar con rectitud, sabiduría y amor, por impartirme todos sus conocimientos, los cuales han sido fundamentales para mi formación como profesional y como persona, siempre serán recordados con mucho aprecio y cariño. De manera muy especial mi agradecimiento y gratitud a mi querida directora del trabajo de Integración Curricular la Psicóloga Clínica Cindy Estefanía Cuenca Sánchez Mgtr. quien me supo guiar con eficacia, gentileza y sabiduría para la culminación y cristalización exitosa del presente trabajo de investigación.

Mi eterno agradecimiento a las autoridades, y sobre todo a mis queridos adultos mayores del Cantón Catamayo, por la apertura, participación y colaboración para el desarrollo de mi trabajo de investigación muy agradecida con ustedes.

A toda mi familia quienes siempre estuvieron presentes en cada paso de la realización de mi proyecto, especialmente a mi madre Diana por ser mi ejemplo de persistencia y superación en la vida impulsándome cada día a seguir adelante, a mi padre Byron por su esfuerzo y sacrificio para que no me falte nada y lograr así cumplir mis objetivos, a mi hermano y tíos por brindarme su apoyo incondicional, quienes siempre serán mi mayor motivación para seguir alcanzando mis metas. A mis amigos que de alguna manera formaron parte de este proceso de lucha, gracias por su apoyo.

*Gracias a todos*

## PÁGINAS PRELIMINARES

ii. CERTIFICACIÓN.....	ii
iii. AUTORIA.....	iii
iv. CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
v. DEDICATORIA.....	v
vi. AGRADECIMIENTO.....	vi
vii. INDICE DE CONTENIDOS.....	vii
viii. INDICE DE TABLAS.....	ix
ix. INDICE DE ANEXOS.....	x

## vii. INDICE DE CONTENIDOS

1.TITULO.....	1
2.RESUMEN.....	2
3.INTRODUCCIÓN.....	4
4.MARCO TEÓRICO.....	7
4.1    Capítulo I. Envejecimiento Y Apoyo Social.....	7
4.1.1    Envejecimiento Activo Con Éxito.....	7
4.1.2    Apoyo Social En El Envejecimiento.....	9
4.1.3    Dimensiones Del Apoyo Social.....	13
4.1.4    Tipos De Apoyo Social.....	14
4.1.5    Mecanismo De Acción Del Apoyo Social.....	15
4.1.6    Modelos De Apoyo Social.....	16
4.1.7    Fuentes De Apoyo Social, Entorno Social, Redes De Apoyo Social.....	16
4.1.8    Instrumentos De Evaluación Del Apoyo Social Percibido.....	18
4.2    Capítulo II. Depresión En El Adulto Mayor.....	20
4.2.1    Cambios Emocionales En El Envejecimiento.....	20
4.2.2    Epidemiología De La Depresión En Adultos Mayores.....	22
4.2.3    Factores De Riesgo De La Depresión En El Adulto Mayor.....	24
4.2.4    Causas Y Síntomas De La Depresión En Adultos Mayores.....	26
4.2.5    Instrumentos De Evaluación De La Depresión.....	33

4.3	Capítulo III. Modelos De Intervención Psicológica En Depresión Y Apoyo Social	
	Dirigido A Adultos Mayores .....	35
4.3.1	Grupos De Autoayuda.....	35
4.3.2	Programas Intergeneracionales .....	35
4.3.3	Psicoeducación.....	36
4.3.4	Farmacológico.....	36
4.3.5	Psicoterapia .....	36
4.3.6	Terapia Cognitivo-Conductual.....	37
4.3.7	Técnica De Relajación Y Respiración.....	38
4.3.8	Terapia Psicomotriz.....	39
4.3.9	Terapia Ocupacional .....	39
5.	METODOLOGÍA .....	41
5.1	Enfoque Y Diseño De La Investigación .....	41
5.2	Tipo De Investigación.....	41
5.3	Área De Estudio.....	41
5.4	Población .....	41
5.5	Muestra .....	41
5.6	Criterios De Inclusión Y Exclusión.....	42
5.6.1	Criterios de inclusión .....	42
5.6.2	Criterios de exclusión.....	42
5.7	Técnicas E Instrumentos Para Recolección De Datos.....	42
5.7.1	Consentimiento informado .....	42
5.7.2	Instrumentos:.....	43
5.8	Consideraciones Éticas .....	46
5.9	Procedimiento Por Objetivos .....	46
6.	RESULTADOS.....	48
7.	DISCUSIÓN.....	74
8.	CONCLUSIONES .....	77
9.	RECOMENDACIONES .....	78
10.	BIBLIOGRAFIA .....	79
11.	ANEXOS .....	87



## viii. INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Diferencia entre depresión y demencia en el adulto mayor.....	27
<b>Tabla 2</b> Diferencia de la depresión y ansiedad en el adulto mayor .....	28
<b>Tabla 3</b> Especificador y episodios en el adulto mayor.....	32
<b>Tabla 4</b> Valores máximo, mínimo y medio del cuestionario MOS .....	44
<b>Tabla 5.</b> Relación entre apoyo social percibido y depresión .....	48
<b>Tabla 6.</b> Niveles de apoyo social.....	49
<b>Tabla 7.</b> Niveles de depresión.....	49
<b>Tabla 8.</b> Género de los Adultos Mayores .....	100
<b>Tabla 9.</b> Prueba de normalidad .....	100
<b>Tabla 10.</b> Medidas simétricas .....	100
<b>Tabla 11.</b> Apoyo Emocional .....	101
<b>Tabla 12.</b> Apoyo Instrumental .....	101
<b>Tabla 13.</b> Interacción Social.....	102
<b>Tabla 14.</b> Apoyo Afectivo.....	102

**ix. INDICE DE ANEXOS**

Anexo 1: Informe De Estructura Y Coherencia Del Proyecto De Integración Curricular ..... 87

Anexo 2: Designación Del Director..... 89

Anexo 3: Consentimiento Informado..... 90

Anexo 4: Cuestionario MOS Apoyo Social Percibido ..... 92

Anexo 5: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage ..... 95

Anexo 6: Autorización Para la Recolección De Datos ..... 97

Anexo 7: Fotografías de trabajo de Campo ..... 98

Anexo 8: Resultados Complementarios..... 100

Anexo 9: Mi Diario de Vida ..... 103

Anexo 10: Registro de Emociones..... 104

Anexo 11: Registro de Pensamientos ..... 105

Anexo 13: Asertividad ..... 107

Anexo 14: Escudo de Protección ..... 108

Anexo 15: Certificado del Abstract ..... 109

## **1. TITULO**

Apoyo Social Percibido Y Depresión En Adultos Mayores No Institucionalizados Del Cantón  
Catamayo, Periodo 2022.

## 2. RESUMEN

En la actualidad, el cambio demográfico supone un aumento de la población geriátrica, lo que demanda a su vez una mayor atención por parte de los sistemas de salud y una mayor necesidad de apoyo tanto de la familia, como de la sociedad en general. El apoyo social en el envejecimiento es un factor importante de protección y tiene grandes repercusiones en la salud de los adultos mayores. El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores no institucionalizados del cantón Catamayo. El estudio fue de tipo exploratorio y descriptivo, con un enfoque cuantitativo, de corte transversal. Participaron 95 adultos mayores, pertenecientes a cuatro centros diurnos situados en el cantón Catamayo; los instrumentos aplicados fueron el Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. El análisis de datos se realizó por medio del programa Startical Product and Service Solutions (SPSS). Los hallazgos obtenidos muestran que la mayor parte de la población de estudio tiene una percepción de apoyo social medio, respecto a la depresión, el nivel predominante fue probable depresión; en cuanto a la relación entre las variables, existió una correlación negativa débil, lo que indica que, a menor apoyo social, el nivel de depresión es mayor. Finalmente, se elaboró un plan psicoterapéutico dirigido a los adultos mayores que presentan algún nivel de depresión, a su familia y al personal de atención de los centros diurnos, orientado a optimizar el estado emocional y mejorar las relaciones familiares e interpersonales.

PALABRAS CLAVE: *Apoyo social; Ajuste emocional; Personas mayores; Apoyo familiar*

## 2.1 ABSTRACT

Currently, demographic change means an increase in the geriatric population, which in turn demands more attention from health systems and a higher need for support from both family and the society in general. Social support in aging is an important protective factor and has a major impact on the health of older adults. The objective of this research was to determine the relationship between perceived social support and depression in non-institutionalized older adults in Catamayo canton. The study was exploratory and descriptive, with a quantitative, cross-sectional approach. Ninety-five older adults from four day centers located in Catamayo canton participated; the instruments applied were the Medical Outcomes Study Questionnaire (MOS) and the Yesavage Geriatric Depression Scale. Data analysis was performed using the Statistical Product and Service Solutions (SPSS) program. The obtained results show that most of the study population has a medium perception of social support; with respect to depression, the predominant level was probable depression. Regarding to the relationship between the variables, there was a weak negative correlation, indicating that a lower the social support, the higher is the level of depression. Finally, a psychotherapeutic plan was elaborated for older adults with some level of depression, their family and day care center staff, aimed at optimizing the emotional state and improving family and interpersonal relationships.

**KEY WORDS:** *Social support; Emotional adjustment; Elderly; Family Support.*

### 3. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso dinámico, complejo, irreversible, progresivo, intrínseco y común que ocurre en todo organismo vivo debido a la interacción entre los genes y su entorno. Al mismo tiempo, se considera que la adultez mayor es un periodo vulnerable al declive de bienestar, calidad de vida y felicidad debido a la mayor probabilidad de aparición de enfermedades y de pérdidas a nivel físico, psicológico y cognitivo (Pacheco et al., 2018).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2021) se calcula que entre el año 2020 y 2030, este grupo aumentará un 34%, es decir, en números absolutos, el aumento previsto es de 1.400 millones a 2.100 millones.

En esta misma línea, resaltando el aporte de Xifra (2020), en el artículo “Perfil sociodemográfico y apoyo social percibido de personas mayores en condiciones de vulnerabilidad”, los autores encontraron que, en América Latina, existe un alto porcentaje de personas mayores que viven en soledad, lo que les produce constantes alteraciones emocionales.

Diversas investigaciones señalan que las personas en condición de riesgo que se sienten apoyadas por sus amigos y familiares, tienen menor probabilidad de presentar consecuencias adversas para su salud y mantienen un mayor ajuste psicológico (Gracia y Herrero, 2006).

En este contexto, el apoyo social es un constructo multidimensional que posee una perspectiva estructural y una perspectiva funcional. Desde la perspectiva estructural, se enfatiza la noción de red social, que corresponde a los vínculos que una persona posee. Por lo tanto, pueden ser identificados y cuantificados. La perspectiva funcional hace referencia a las funciones que desempeña esa red, los apoyos que proporciona y sus efectos en el bienestar del sujeto. Dentro de las funciones de la red se incluye: la compañía social, el apoyo emocional, guía cognitiva y consejos y ayuda económica, de servicios y acceso a nuevos contactos (Lombardo, Enrique, y Soliveres, 2019).

El apoyo social se considera un elemento protector de la salud en los adultos mayores, al moderar los efectos negativos del estrés, y demás alteraciones que pueden presentarse en la adultez mayor. Todos necesitamos conexiones sociales para sobrevivir y prosperar, pero a medida que envejecemos tendemos a pasar más tiempo solos. De tal modo que, la soledad y el aislamiento social están asociados con tasas más altas de depresión (NIH, 2022).

Según una investigación realizada por Sisa y Vega (2021) en el contexto nacional la prevalencia de la depresión es un importante problema de salud pública en el Ecuador, su estudio estimó una prevalencia global de depresión del 35,4 % en la población adulta mayor, por lo que, abordar la depresión y sus factores de riesgo podrían ayudar a mejorar la calidad de vida y los problemas de salud a largo plazo en la creciente población adulta mayor del Ecuador.

La prevalencia de la depresión según Valdez (2021), en su estudio realizado en el cantón Quevedo, menciona que el 30 % de la población adulta mayor tiene la probabilidad de cursar por un cuadro depresivo y el, 50 % representan una depresión establecida. Siendo así, que la sintomatología depresiva supone en el adulto mayor un notable problema de salud debido a su prevalencia e incidencia, a su repercusión sobre la calidad de vida del paciente y sobre la estructura familiar y social, siendo uno de los principales factores de riesgo de suicidio.

Ante lo expuesto, la presente investigación tuvo por objetivo, determinar la relación entre el apoyo social percibido y la depresión, con la finalidad de aportar nuevos conocimientos respecto a estas variables en relación con la población geriátrica no institucionalizada del cantón Catamayo, y de esta forma, beneficiar a las instituciones gerontológicas, a través, de información validada, que servirá para tomar acciones frente a la problemática que se visibiliza en el estudio, además, se plantó una propuesta de intervención psicoterapéutica tendiente a optimizar el estado emocional, el apoyo social percibido y reducir los niveles de depresión detectados en la población adulta mayor, mismo que puede ser implementado por los centros de día y demás instituciones de atención y del cuidado al adulto mayor.

Los resultados de este estudio aportan datos de interés, ya que hasta el momento hay poca evidencia acerca de las variables estudiadas en los adultos mayores. Una de las limitaciones es que sus resultados no pueden ser generalizados al tratarse de una muestra reducida. Por lo que, resulta importante profundizar en este ampliando la muestra, para poder corroborar la consistencia de estos resultados, como también, la posibilidad de realizar estudios longitudinales que puedan explorar como el apoyo social percibido se relaciona con las alteraciones emocionales a largo plazo.

El trabajo de investigación, cuenta con un marco teórico estructurado en tres capítulos en los que se recogen aportaciones de autores y fuentes importantes respecto al tema de estudio. En el Capítulo I se describe información relacionada al apoyo social como teorías, dimensiones, tipos, mecanismos, modelos, fuentes de apoyo social, entorno social, redes de apoyo social. El Capítulo

II aborda información de la depresión, definiciones, epidemiología, prevalencia, factores de riesgo, causas y síntomas, comorbilidad, cuadro clínico de la depresión según el DSM-5 y la CIE-10. Finalmente, el Capítulo III contiene modelos de intervención psicológica tanto para el apoyo social percibido y depresión dirigido a la población adulta mayor.



## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 Capítulo I. Envejecimiento Y Apoyo Social

#### 4.1.1 *Envejecimiento Activo Con Éxito*

El envejecimiento es la última etapa del desarrollo en el ciclo de la vida. En Ecuador, como en otros países del mundo, se considera adulto mayor a la persona que ha alcanzado los 65 años, el envejecimiento es entonces, una respuesta general al tiempo que causa cambios visibles, sin embargo, siempre está inmersa la interrogante ¿Por qué envejecemos? En este marco, existen varias teorías del envejecimiento:

Las teorías del envejecimiento ofrecen explicaciones de las causas y efectos de este proceso, que es similar en los distintos niveles de organización biológica (tisular, celular y molecular) tanto en el hombre como en cualquier otro animal multicelular. Dada la gran complejidad de los cambios que tienen lugar en el envejecimiento, no puede sorprender que se hayan propuesto numerosas teorías para explicar el dónde, el cómo y el porqué de estos cambios entre los que destacan los siguientes: descenso progresivo de los valores máximos de rendimiento fisiológico, disminución del número de células que se encuentran en los epitelios germinales y cambios atróficos o apoptosis de las células diferenciadas, acompañados en el ámbito subcelular por un descenso del número de ribosomas y mitocondrias y una acumulación del pigmento del envejecimiento, la lipofuscina (Miquel, 2019, págs. 55-63).

González (2015) alude que, desde los inicios se ha tenido muchas explicaciones, donde en épocas prehistóricas predominaron algunas teorías del envejecimiento del tipo mágico-religiosas, culturas egipcias, hindú, china, entre otras, empero, es con la cultura griega que aparecen las teorías de tipo social y en una forma primitiva las teorías de tipo biológico, que así lo creía Aristóteles.

Sanabria y Ramírez (2016) en su investigación “Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento” menciona que, el envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. La satisfacción de las necesidades de la especie humana es lo que condiciona la llamada "calidad de vida" y ésta es, a su vez, el fundamento concreto de bienestar social. Por lo que la autora, augura que uno de los conceptos fundamentales para vivir una vida plena es el "bienestar subjetivo", el mismo que es el grado de satisfacción que experimentan las personas cuando hacen una valoración o juicio global sobre sus vidas.

En resumen, “algunas de entre las más de 300 teorías del envejecimiento mencionadas por Medvedev en su revisión de 1990 han sido abandonadas, al no poder ratificarse con los datos obtenidos en las investigaciones en sujetos humanos y animales de laboratorio, mientras que otras teorías encuentran apoyo experimental. Entre estas últimas destacan la teoría de Pearl, que liga el proceso de envejecimiento al desgaste o desorganización (que sería un efecto secundario del metabolismo), así como el concepto de Minot, que define dicho proceso como el precio que pagan los metazoos por la diferenciación celular” (Miquel, 2019).

### ***Envejecimiento Activo Con Éxito***

Havighurst (2016) ha sido reconocido como el primero en utilizar el concepto de envejecimiento activo, que ya en 1961 proporcionó la primera definición de envejecimiento con éxito. En el primer número de la revista *The Gerontologist*, dicho autor describió el envejecimiento exitoso en, términos de felicidad y satisfacción vital. Según este autor, el envejecimiento activo puede ser interpretado como una adhesión continua a las actividades y a las actitudes de las personas de mediana edad, como alternativa a la sustitución de los roles que se han perdido debido a la edad, con el fin de mantener un sentido positivo de uno mismo.

En estas mismas líneas las OMS a finales de los años 90, alude que, el Envejecimiento Activo es “*el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen*”. Reconociendo la igualdad de oportunidades y trato en todos los aspectos de la vida. Por ende, existen razones de peso económicas para promulgar programas que fomenten el envejecimiento activo, pues aumenta la participación durante más tiempo en el mundo laboral y reduce los gastos de asistencia debido a discapacidad y mala salud (Organización Mundial de la Salud, 2002).

De este modo, el término “*activo*” hace referencia a una participación continua en las dimensiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y no sólo a la capacidad para estar físicamente activo. Su objetivo radica en ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida mientras se llega a la adultez mayor. Cabe mencionar, que no sólo implica el cuidado de su propia salud, sino también la inserción participativa en la sociedad. Siendo así, que las actividades que se enmarcan en este paradigma deben fomentar la motivación intrínseca, priorizando elementos singulares y significativos para cada persona. Por esta razón, deben formularse en clave participativa, integral, flexible, de calidad, evaluable, sostenible e innovadora. El envejecimiento activo se enmarca en tres pilares fundamentales, que son los siguientes:

**Salud:** el envejecimiento activo es un recurso fundamental para alcanzar el potencial de calidad de vida y significación en el ciclo vital, por lo que es aplicable a cualquier estado de salud y nivel de autonomía. La Organización Mundial de la Salud señala que “para fomentar el envejecimiento activo, es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración de calidad”.

**Participación:** las personas mayores seguirán contribuyendo de forma productiva a la sociedad en actividades tanto remuneradas como sin remunerar, de acuerdo con sus derechos humanos básicos, capacidades, necesidades y preferencias.

**Seguridad:** es necesario garantizar la protección, dignidad y asistencia en el caso de que ya no puedan mantenerse y protegerse. La seguridad es una conquista tanto social como individual, algo que compete al estado y a la persona (Román , 2018).

#### ***4.1.2 Apoyo Social En El Envejecimiento***

La naturaleza de la vida hace que el ser humano engendre, posterior, crezca, se desarrolle, madure, que haga y realice todas las actividades que el mundo y la realidad de la vida les brinda, para finalmente envejecer. En ese sentido, el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (DRAE, 2022) define al término “vejez” como, “cualidad de viejo”. Por lo que es en este periplo de vida que este grupo de personas necesita más apoyo social que en ninguna otra parte de su ciclo de vida, pues, es fundamental que haya personas cercanas, la ayuda de los Gobiernos locales y nacionales con aras de prestar las condiciones necesarias y adecuadas para hacer percibir el apoyo social a los adultos mayores y así, evitar factores asociativos como la depresión, entre otros (Sánchez y Tovar, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (2021) es la primera en alzar la voz sobre el apoyo social en los adultos mayores, es más, indica que, es un derecho de Estado que se debe apoyar directamente a este grupo de personas que por lo general en edades bien avanzadas son desamparados por sus familiares, por lo que es sustancial darles ese apoyo moral, económico, pero sobre todo psicológico de que cuentan con un apoyo social. El organismo considera que los adultos mayores son aquellos que se encuentran entre los 60 a 74 años, de 75 a 90 viejas y ancianas, y aquellos que sobrepasan los 90 años, personas grandes o longevas. Asimismo, la OMS en su “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud” hace hincapié sobre el apoyo social que este público debe tener, más cuando su vida empieza a deteriorarse tanto física como emocional.

En este compartir, el apoyo social en el envejecimiento, pues está expuesto literalmente a innumerables frentes, tanto social como propenso a ser punto de inflexión para mejorar la calidad de vida del adulto mayor (Lizcano et al. 2020). Por este motivo, los expertos, entidades públicas y privados en todo el mundo han depositado sus ojos y fuerzas en contribuir en el apoyo social, así por ejemplo en Ecuador, a través de la Constitución aprobada en el año 2008, reitera su apoyo incondicional a todos los adultos mayores y sobre todo a quienes padecen de enfermedades graves y en soledad.

El apoyo social en el envejecimiento es una manera interpersonal de aportar a través de diferentes formas y expresiones a personas mayores que por la naturaleza de la vida empiezan a quedarse solos, contribuyendo positivamente a su bienestar, su temperamento personal y más factores que necesitan a determinada edad. En este contexto, Ramos y Salinas (2010) en su estudio “Vejez y apoyo social” explica una de las teorías del apoyo social, pues, considera que, “el apoyo social es fundamental en la vida de las personas mayores. A través, de éste se conforman posibles redes y alternativas de apoyo ante situaciones difíciles que pueden presentarse en esta edad. El apoyo social en la población adulta mayor, lo entendemos como la atención y el diálogo necesarios para mantener una vida de continuidad personal a partir de un grado mínimo de seguridad y confianza sobre el medio en el que se vive. Y es que, dar apoyo es dar seguridad y confianza al otro. En un mundo como el que vivimos, con grandes desigualdades sociales y con una cantidad importante de personas en situación de pobreza y marginación, la psicología requiere poner atención a las circunstancias concretas y particulares de los grupos sociales y a cómo estas circunstancias inciden en la vida cotidiana y en las expectativas de los sujetos, en este caso, las personas que están en situación de riesgo” (pág. 70).

En esta misma línea, Arias, et al. (2019) refieren que, otra de las teorías es conformar una red de apoyo social, ya que es de gran importancia a lo largo de la vida del adulto mayor, dado que, incide sobre el bienestar integral; sin embargo, estudios confirman que esta se puede modificar durante el curso vital y su tamaño tiende a disminuir en la vejez. Por este motivo, se fundamenta la teoría de que las amistades, la pareja y los hermanos son los vínculos más presentes en todas las etapas vitales del envejecimiento, por lo que, el tamaño de la red de apoyo social debe establecerse en los grupos de menos edad, para así impactar en el bienestar integral de la senectud.

Por su parte, Domínguez (2019) manifiesta que, el apoyo familiar, de los amigos, compañeros, e incluso de otros seres significativos, permiten obtener el apoyo social que este

grupo necesita percibir. Sin duda, que todos estos factores coadyuvan para que el adulto mayor se sienta emocional, afectivamente incluido, respetado y aceptado por su entorno cercano.

Finalmente, Morales (2020) en su investigación indica que, la teoría parte de que es vital relacionar el bienestar psicológico conjuntamente con el apoyo social en el envejecimiento, debido a que el factor salud influye en el apoyo social y bienestar psicológico; considerando que, los adultos mayores que viven con la familia tienen una vida saludable y, por tanto, no requieren de apoyo social y la variable que prevalece es el apoyo social.

Por otro lado, según Ramos y Salinas (2010), explican que “el desarrollo social se relaciona con las posibilidades de llevar una vida con las condiciones necesarias para sobrevivir de forma digna; sin embargo, en la actualidad la senectud, enfrenta una serie de problemas y situaciones que lo dificultan, y es que, los ancianos no solamente enfrentan desafíos trágicos como los prejuicios culturales, el maltrato y el repudio, sino también, los problemas de marginación, pensiones y jubilaciones ridículas” (pág. 70).

Por este hecho, las consecuencias del apoyo social en el adulto mayor parte por el desarrollo de cómo el apoyo social ha estado vinculado desde sus comienzos al estudio de sus efectos beneficiosos en la salud y el bienestar. Por ejemplo, desde principios de los años setenta, los investigadores ya estudiaban, sus causas, efectos y consecuencias, determinando que, los sistemas de apoyo social suministran a las personas las provisiones psicosociales necesarias para mantener su salud psicológica y emocional estable y con aras a siempre ir mejorando ese efecto positivo entre el apoyo social y el bienestar físico y psicológico (Yanguas, 2006).

### ***Apoyo Social Percibido***

El apoyo social percibido fortalece la concepción interna del sujeto, generando un grado importante de satisfacción afectiva y emocional, la autora Yupangui (2016) manifiesta que el apoyo percibido, son los lazos que entablamos con los demás y el valor que la persona considera a este vínculo, brindando la sensación de bienestar; esto permite a los sujetos implicados obtener y aceptar soluciones, consejos o aportes cuando se encuentran en situaciones vulnerables. Asimismo, los autores Barra et al., (2018), el apoyo social percibido tiene correlación con la presencia emocional del individuo igualmente en la articulación en el aspecto de su vida.

El autor Mendoza (2015) alude que, el apoyo social percibido puede proporcionar en la contribución de aminorar y disminuir el impacto de situaciones estresantes a las que están

expuestas las personas, al mismo tiempo que contribuye a tener herramienta para afrontar adecuadamente situaciones vulnerables. Existen innumerables estudios sobre el apoyo social percibido en el adulto mayor, sin embargo, en palabras de González (2009) considera que, se debe tomar en cuenta que el apoyo social percibido va más allá de lo que normalmente este grupo de personas perciben en su entorno, es decir, que “el envejecimiento es un proceso multifactorial que involucra mecanismos biológicos, psicológicos y sociales, no obstante, el modelo hegemónico de la salud ha biomedicalizado este proceso, al considerarlo un problema médico y no como un fenómeno de la sociedad actual. Este enfoque propicia un sistema de creencias plasmadas en las políticas públicas, la sociedad, la familia, los amigos y en el propio sujeto que envejece. En este sentido, hay una convicción muy fuerte en que el consumo de servicios y tecnología médica cada vez más costosos les puede solucionar los problemas de esta etapa de la vida, ya que en ocasiones se llega al extremo de considerar a la vejez como sinónimo de enfermedad. Por lo que se debe señalar, que en la última década han surgido otros enfoques que visualizan al proceso de envejecimiento de manera multidimensional y resaltan los aspectos culturales, ambientales, psicológicos y sociales, además de lo biológico, de ahí que los enfoques del envejecimiento exitoso, saludable y activo constituyen paradigmas alternativos al de la biomedicalización (pág. 95).

Asimismo, en el estudio “Percepción de bienestar psicológico y apoyo social percibido en adultos mayores”, los académicos determinaron que, las personas mayores tienden a consagrar relaciones sociales estables y se generan amistades que las denominan relaciones positivas por el transcurso en el que se dieron, que juntándose con el continuo desarrollo en actividades intelectuales y emocionales hacen que estos adultos sigan creciendo y, a esto, lo denominan “crecimiento Personal”, que de mantener este círculo hace que su apoyo social se debilite menos con el pasar del tiempo. Por otro lado, los autores explican que, esto es esencial para que la persona mayor que se mantiene activa acepta sus deficiencias físicas y genera estrategias para afrontarlas, generando la “autoaceptación” con lo cual demuestra que siguen existiendo metas en su vida, aún con el paso de la edad, dando el “propósito en la Vida” para seguir. En síntesis, esto contribuye a su relación del bienestar psicológico, por lo que es conveniente relacionarse a menudo con el hecho de obtener una mejor calidad de vida (Vivaldi et al., 2012).

De ahí que es importante considerar el apoyo social, por lo menos en un primer momento, en cuanto a la situación que enfrentan las personas en esta edad y, en segundo momento, en cuanto a las posibilidades que pueden encontrar en el mundo actual con aras de lograr una vida plena y llenos de motivación (Ramos y Salinas, 2010).

#### ***4.1.3 Dimensiones Del Apoyo Social***

Existen dos dimensiones del apoyo social las cuales son:

**Apoyo estructural o cuantitativo:** conocido como red social. Esta se refiere a la cantidad de relaciones sociales o número de personas a las que puede recurrir el individuo para ayudarle a resolver los problemas planteados (por ejemplo, familia, amigos, situación marital o pertenencia al grupo de pares), y la interconexión entre estas redes. Siendo así, que esta red social tendrá unas características en cuanto al tamaño, frecuencia de contactos, composición, densidad, parentesco, homogeneidad y fuerza.

**Apoyo funcional o cualitativo:** es aquel que tiene un carácter subjetivo y se refiere a las percepciones de disponibilidad de soporte. Por lo que, Cobb (1976) la comprende como la percepción que lleva el individuo a creer que lo cuidan, que es amado, estimado y valorado, que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas. Sus componentes fundamentales son:

**Apoyo emocional:** considerado uno de los tipos de apoyo más valioso y fundamentales, este está, relacionado con el cariño y empatía. Frecuentemente los individuos se sienten realmente apoyadas cuando el mencionado componente está involucrado en la interacción.

**Apoyo informativo:** se refiere a la información que se brinda a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas que están experimentando, permitiendo, a quien la recibe ayudarse a sí mismo.

**Apoyo instrumental:** este es ofrecido cuando se emplean ayudas instrumentales o materiales que implican directamente la necesidad específica de apoyo a quien lo necesita.

**Apoyo afectivo:** se refiere en sí, a las expresiones de afecto y amor que le son ofrecidas a los sujetos por parte de su grupo más cercano y significativo.

**Interacción social positiva:** hace referencia al tiempo de calidad que el sujeto pasa con sus redes de apoyo y disponibilidad de estas para compartir, distraerse, divertirse, entre otras, según (Fachado et al., 2014).

#### ***4.1.4 Tipos De Apoyo Social***

Como se ha venido manifestando en los anteriores apartados el apoyo social es neurálgico en la senectud de las personas, pues, la ley de la naturaleza humana demanda que, el hombre poco a poco irá experimentando diferentes etapas que lo volverán más fuerte, empero, será inevitable luchar contra el tiempo, y cada vez que envejece, éste irá perdiendo el apoyo de los diferentes sectores y frentes que anteriormente no eran esquivos (Rodríguez, 2011).

En vista a esto, expertos relacionan en sus diferentes estudios que existen varios tipos de apoyo social, por ejemplo, Ramos y Salinas (2010) refuerzan la idea de que, existen una serie de aspectos a nivel psicosocial que están implicados en la posibilidad de lograr un envejecimiento óptimo y satisfactorio y que en muchas ocasiones no dependen de forma directa del sujeto en la vejez, sino más bien, de los siguientes tipos de apoyo que proponen y que se exponen a continuación:

**La salud:** desde una perspectiva psicosocial, la salud remite a un estado físico adecuado, pero, además, a escala subjetiva, conforma parte de las expectativas de vida de las personas, define relaciones y sus posibilidades a futuro, también, permite una definición de la persona con respecto a los otros. y es que, la enfermedad y la salud humana no son solo cuestiones biológicas, sino que, además, son cuestiones psicosociales.

**Trabajo, ingreso y pobreza:** en cuanto a este tipo, el apoyo social en la senectud está también íntimamente relacionado al trabajo. Dado que, para algunas personas las dificultades y cambios inherentes a la edad disminuyen las posibilidades de desarrollar un trabajo de la misma manera que en las edades anteriores, en cambio para muchas personas la necesidad de mantenerse activos y de poder desarrollar una actividad laboral y, sobre todo, remunerada, es muy importante, relevante e inspiradora a la vez. Pues, el trabajo no solamente permite desarrollar una actividad, sino el desarrollo o mantenimiento de una identidad propia que define a la naturaleza del hombre.

**Apoyo e inclusión social del adulto mayor:** en este tipo, es elemental la necesidad de mantenerse activo e integrado socialmente, ya que es preponderante para las personas en la vejez. Y es que, la falta de atención y diálogo en el envejecimiento puede ocasionar que las personas se perciban menos integradas en el medio social. a esto se suma, que existen diversas teorías que resaltan la importancia que tiene en esta edad el poder mantener una identidad y mantenerse activos e integrados en diversos espacios y grupos etarios sin importar la religión, partido, etc., así como



señalan las dificultades que representa para los adultos mayores enfrentar un mundo más tecnologizado, industrializado y homogéneo.

#### ***4.1.5 Mecanismo De Acción Del Apoyo Social***

Existen dos teorías que explican la asociación entre la salud y el apoyo social las cuales se describen a continuación:

**Efecto directo.** Según Alonso et al. (2013) establecen que el apoyo social favorece los niveles de salud del individuo independientemente del estrés que tenga. Desde la perspectiva mencionada se proponen dos mecanismos: el primero relacionado con la influencia del apoyo social en procesos psicofisiológicos y el segundo relacionado con la modificación de conductas relacionados con adoptar estilos de vida saludables que traen consigo mejoras en el estado de salud.

El propósito del efecto directo del apoyo social contiene tres mecanismos:

- Las relaciones sociales facilitan a la persona un acervo de identidades.
- Las relaciones sociales contribuyen la apreciación positiva y el incremento de la autoestima.
- El apoyo social aumenta los sentimientos de competencia y de control sobre el ambiente (Fachado et al., 2014).

**Efecto amortiguador.** Plantea que el apoyo social genera un efecto amortiguador porque, reduce los efectos negativos, este apoyo procede en circunstancias de estrés elevado, defendiendo al sujeto de las consecuencias nocivas, favoreciendo las fases de adaptación que se le brinda al individuo vulnerable Castro et al., (1997). De acuerdo con los mismos autores se han desarrollado dos hipótesis que sustentan tal efecto:

- El apoyo social permite al individuo solucionar, enfrentar y redefinir una situación estresante por medios no estresantes.
- El apoyo social otorga al sujeto la sensación de contar con recursos materiales y emocionales que le dan una seguridad previa para poder manejar y definir una situación.

#### **4.1.6 Modelos De Apoyo Social**

**Modelo de "buffer"** plantea que el apoyo social tiene efectos positivos en la salud únicamente en condiciones de estrés, De acuerdo con este modelo, el apoyo opera como una variable mediadora una condición existente (por ejemplo, la percepción de la disponibilidad de apoyo) bajo la cual el estrés ejerce un impacto sustancialmente menor. En ausencia de apoyo social el estrés tendría un efecto perjudicial o incrementaría la probabilidad de aparición de problemas psicológicos. Este efecto se representa estadísticamente por una interacción Estrés X Apoyo. En este sentido, según esta formulación, el apoyo social tendría efectos beneficiosos únicamente durante situaciones estresantes.

**Modelo de los efectos principales del apoyo social** este modelo propone que el apoyo social ejerce un efecto ventajoso, beneficioso en la salud y el bienestar independientemente del nivel de estrés que experimente una persona. Por ejemplo, acorde con este modelo, la salud mental de una persona integrada en un entorno social con niveles altos de apoyo sería óptima que la de una persona que no lo estuviera. Esto es debido a que la evidencia para este modelo se deriva de la demostración estadística de un efecto principal (main-effect) del apoyo, sin interacción Estrés X Apoyo.

Cabe decir que cada modelo se correspondería con conceptualizaciones distintas que representan procesos diferentes por los que el apoyo social puede influir en el bienestar de una persona según (Cohen y House, 2019).

#### **4.1.7 Fuentes De Apoyo Social, Entorno Social, Redes De Apoyo Social**

Las fuentes de apoyo social, entorno social y las redes de apoyo sin duda que ayudan a mejorar el estilo y calidad de vida del adulto mayor, por esa razón, es necesario desarrollar todo este tipo de mecanismos de afrontamiento para contribuir en que este grupo de personas se adapte de mejor manera a los cambios que se producen en su entorno con el pasar de los años. Y es que, todas estas fuentes de apoyo son indispensables para evitar que se produzca una desvinculación entre sociedad-senectud, pero a su vez, de lograrlo, mejorará su apoyo social como psicológica, y como consecuencia provocará social, sobre todo, alejarse de las enfermedades físicas y psicológicas que tanto atañen al envejecimiento. De ahí, la importancia de no perder los vínculos con el entorno y con las personas más cercanas, pues, aquí se suman las redes sociales como el apoyo social para fortalecer la vida social y así cumplir con el papel protector frente a la enfermedad y colaborarán para que el envejecimiento sea una experiencia positiva (Lite, 2016).

Reforzando esta idea, existen estudios que, efectivamente ven a esta fuente como una red de apoyo social que constituye una herramienta primordial para la valoración integral de los adultos mayores, siendo el diseño de intervenciones que contempla sus propios recursos y necesidades en función de la variabilidad en la composición y funcionalidad de las redes en la adultez mayor, evidenciando que, esta determina la suficiencia del apoyo social de un modo inexorable. Además, de que enriquece el conocimiento de esta etapa de la vida y de construir presupuestos fundados en un paradigma deficitario. Ante esta situación, lo que se busca, por un lado, es que evalúe las redes de manera conjunta con la persona de edad y considerar su punto de vista subjetivo acerca de la satisfacción con la misma, por otro lado, priorizar la investigación de redes de diferentes niveles de suficiencia y funcionalidad que aporten a la fuente de apoyo social (Arias C. , 2009).

Se trata, por tanto, que las fuentes de apoyo social, entorno social y las redes de apoyo social contribuyen notablemente a obviar el abandono, maltrato, marginación, rechazo, discriminación, entre más factores que sufren día a día el adulto mayor. Para muchos, la vejez está muy lejos de ser una situación de apoyo, de bienestar personal, de dignidad e integración, y esto no es porque vean la vida de forma negativa, sino porque la vida parece no dar otras opciones o posibilidades a este grupo, por la misma naturaleza de la vida. A pesar de que la realidad muestra que muchas personas están en desventaja y es importante considerar los efectos y fuentes de cómo se puede enfrentar el mundo siendo viejo, estando pobre y también enfermo Ramos y Salinas (2010).

### ***Importancia Del Apoyo Social Familiar***

El apoyo social es fundamental en el adulto mayor, empero, más lo es el apoyo social familiar que este grupo necesita cuando cursa una edad avanzada. En este sentido, innumerables estudios respaldan la teoría de su importancia para ver mejoraría en el estado de ánimo, psicológico, así como su bienestar físico e intuitivo que estos producen cuando se encuentran apoyados y respaldados por sus seres más cercanos (Pérez y Márquez 2018).

Desde luego, se trata de partir desde la naturaleza de la vida, pero sobre todo, de la realidad en la que existe y se percibe al adulto mayor, pues, a día de hoy, la situación de las personas en edad de vejez en cuanto al apoyo y recursos de los que pueden disponer en este momento de la vida es cada vez más complicada, y por ello, cada vez más, su importancia se torna más relevante para mejorar el desarrollo óptimo de la vejez como una expectativa no sólo de las personas que

experimentan esta edad, sino también, de las áreas de conocimientos que están preocupadas por atenderlas, ya que sin esto, es difícil de lograrlo cuando se carece de apoyo social y de recursos necesarios para una vida con bienestar (Ramos y Salinas, 2010).

En vista a esto, la calidad de vida en el envejecimiento dependerá de cuan cercana estén los familiares con el adulto mayor, para así mejorar el tipo de envejecimiento en los próximos años de la persona. Cabe señalar, que el apoyo familiar influye de manera directa en un beneficio total en el envejecimiento, sin embargo, se debe tomar en cuenta que, cada individuo es diferente, por tanto, los factores genéticos interactúan con los factores ambientales produciendo una gran diversidad de formas de envejecimiento y tiempos en los que se produce el envejecimiento. Por este motivo, lo importante es que cada familiar puede influir con su conducta en su calidad de vida tanto física y mental o cognitiva, por lo que, de la familia depende y está en sus manos con mediante acciones y estilo de vida influir y modificar la trayectoria de su envejecimiento. Es recomendable seguir a lo largo de la vida un estilo de vida sana y activa que contribuya a un envejecimiento saludable en este grupo que más lo necesita (Ballesteros, 2016).

De ahí que, en el artículo “Factores que explican el apoyo social del adulto mayor” los académicos encontraron que, efectivamente, los adultos mayores perciben un apoyo social adecuado cuando están acompañados de sus familiares más cercanos, por ejemplo, las dimensiones que más se destacan son: 92% emocional, 93,5% instrumental, 92% interacción social positiva y 93% apoyo afectivo, y 91,9% en el índice global de apoyo. En síntesis, el adulto mayor percibe un buen apoyo social por lo que se sienten felices cuando conviven con al menos dos familiares, asimismo, cuando perciben un adecuado funcionamiento familiar, no reciben malos tratos al interior de su familia, tienen al menos cuatro amigos cercanos, no se sienten discriminados, que están acompañados y tienen alguien que los cuidan permanentemente, es la clave para un envejecimiento pleno e íntegro, por eso su importancia (Lizcano et al., 2020).

#### ***4.1.8 Instrumentos De Evaluación Del Apoyo Social Percibido***

##### ***Escala Multidimensional De Apoyo Social Percibido (MSPSSS):***

La escala multidimensional de apoyo social percibido es un instrumento de autorreporte breve y de fácil utilización que ha sido utilizado con jóvenes en diversos contextos geográficos a nivel mundial, pues, su aporte es necesario en las ciencias donde esta vaya ser utilizada, dado que, es un instrumento diseñado por Zimet et al. en 1998, y que ha servido desde entonces para medir la escala de apoyo social percibido tanto en adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores, etc.

cabe acotar que, esta se compone de 12 ítems para medir la variable de tres fuentes diferentes como son: amigos, familia y otras personas allegadas y significativas para la muestra de estudio (Oyarzun y Iriarte, 2020).

### ***Cuestionario De Apoyo Social Percibido (Duke-Unc)***

El objetivo de este cuestionario es evaluar de forma cuantitativa el apoyo social percibido por la persona adulta mayor. Dicho instrumento consta de 11 preguntas calificables, cuyas respuestas son cuantificables mediante una escala tipo Likert. Ocho de estas preguntas tratan sobre situaciones de apoyo social y 3 son dirigidas a situaciones afectivas. La puntuación de las respuestas según la escala tipo Likert tiene un rango de 1 a 5. Esta escala tiene las siguientes opciones de respuesta: mucho menos de lo que deseo, menos de lo que deseo, ni mucho ni poco, casi como deseo y tanto como deseo. El intervalo de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos como máximo. La línea de corte es de 32 puntos; una puntuación igual o menor a 31 indica una percepción baja de apoyo social.

Pautas de aplicación: Persona de 60 años o más.

Pautas de no aplicación: Estado de conciencia alterado (Mena et al., 2012).

### ***Test MOS:***

El cuestionario MOS es un instrumento que mide el apoyo social percibido y fue desarrollado para un estudio de desenlaces de pacientes con enfermedades crónicas en los Estados Unidos. Pues, este cuestionario se lo aplica utilizando la suma del valor correspondiente a: Índice global de apoyo social: Todas las respuestas. Apoyo emocional: tipo de respuestas. Ayuda material: respuestas a las preguntas. Además, se debe mencionar que, en los últimos años el apoyo social percibido se ha considerado como una variable de gran relevancia en los procesos de salud-enfermedad del adulto mayor, dado que, hace referencia a la confianza que tienen los individuos sobre el apoyo social disponible si se necesita (Arredondo et al., 2012).

## **4.2 Capítulo II. Depresión En El Adulto Mayor**

### **4.2.1 Cambios Emocionales En El Envejecimiento**

La naturaleza de la vida hace que el hombre esté destinado a ir evolucionando y sufriendo cambios a lo largo de su vida, en este sentido, la persona que cada vez va haciéndose mayor va teniendo grandes cambios, tanto físicos, experienciales, pero sobre todo emocionales, es decir, aquí es cuando al adulto mayor empieza a necesitar mayor afecto por las circunstancias duras que suele acarrear (Meléndez et al., 2019).

En vista a esto, Fernández (2009) en su libro *PsicoGerontología perspectivas europeas para un mundo que envejece*, refiere que el envejecimiento lleva consigo las emociones que incluyen cuatro componentes distintos tales como: la excitación fisiológica, la experiencia subjetiva de la emoción, la expresión facial y corporal y, el comportamiento. Sin embargo, según un estudio reciente, parece que las personas mayores, cuando se exponen a estímulos que provocan emociones particularmente significativas para ellos, muestran niveles de respuesta autónoma similares a la de los adultos más jóvenes, por lo que es recomendable que este grupo de personas a esa edad se relacionen a menudo con personas que los hagan sentir favorables, útiles y emocionalmente activos.

Teoría de la Selectividad Socioemocional (1992) que postula Laura Carstensen con base en la restricción del tiempo que va ocurriendo a lo largo de la vida y, especialmente, en la adultez mayor. La escritora, menciona que, la percepción del tiempo conlleva motivaciones que dirigen el comportamiento hacia distintas metas, es decir, la selección de metas dependería fundamentalmente de la percepción del tiempo, puesto que, éste influencia específicamente que comportamiento se adopta. Es así, como las metas de los individuos van cambiando a lo largo de la vida de acuerdo con el lugar de la persona en el ciclo vital (Carstensen & Charles, 1994).

De acuerdo con la teoría, los adultos mayores invierten su tiempo estratégicamente en las personas más significativas para ellos. Esta estrategia no es usada solamente por personas mayores, sino también por personas que experimentan transiciones de la vida, que perciben el final de algo, pero debido a que la edad está inexorablemente unida al tiempo, es que se les asocia también a cambios en la emoción (Carstensen y Charles, 2002).

Esta teoría se centra en dos clases de metas psicológicas: una comprende metas expansivas, como adquirir conocimiento o hacer nuevos contactos y la segunda abarca metas relativas a

sentimientos, como el balance de estados emocionales o sentir que uno es necesitado por otros (Carstensen et al., 2003).

A través de la vida, las metas suceden unas a otras. La búsqueda de metas expansivas de la juventud es seguida por la búsqueda de metas relativas a estados emocionales, las que ofrecen potencialmente más significado emocional en la vida. Un mecanismo principal involucrado en la selección de metas es la perspectiva del tiempo. Cuando el tiempo es percibido como abierto, como ocurre típicamente en la juventud, se persiguen metas expansivas. Con esta orientación al futuro, los jóvenes asignan considerables recursos para obtener conocimientos y desarrollar nuevas habilidades. En cambio, cuando se perciben límites en el tiempo, se persiguen metas emocionalmente significativas presumiblemente porque la retribución es el contacto en sí mismo, no una promesa inespecífica en el futuro (Carstensen, Fung, & Charles, 2003). Al llegar a la edad adulta, el individuo se da cuenta que se está “acabando” el tiempo o que queda menos tiempo por vivir, por ende, empieza a focalizarse más en el presente, no en el futuro. En suma, la valoración temporal permite a la persona balancear las necesidades de corto y largo plazo de manera de adaptarse efectivamente a su etapa particular en el ciclo de la vida (Charles, Mather, & Carstensen, 2003).

Según la teoría de selectividad socioemocional, existirían eventos en la vida, especialmente frecuentes en los adultos mayores que les harían tomar conciencia del hecho de que el tiempo pasa inexorablemente, como la muerte de familiares y amigos, la graduación de los nietos, la jubilación, los eventuales problemas de salud, la progresiva conciencia de cercanía de la muerte, etc. Debido a que la mortalidad pone límites al tiempo de la vida, es que hay diferencias dadas por la edad en las perspectivas de tiempo y la consiguiente visión de la vida. Mientras que, para los jóvenes el tiempo que queda en la vida es largo y extenso, para los mayores ese tiempo estaría bastante más limitado. Algo muy importante de resaltar dentro de la teoría de Carstensen, es que, al volcar la atención hacia las metas emocionales, haría que las personas se concentren más en lo positivo de la vida, valorando así el tiempo que les queda por vivir. De modo que, los adultos mayores tienen la conciencia de que gran parte de su vida ha pasado y, por ende, eligen no malgastar lo que les queda, en lo negativo.

Según Ballesteros (2016), señala que, efectivamente, el bienestar social en el envejecimiento es un sentimiento o estado subjetivo que tiene la persona sobre aspectos relevantes de su vida y para con sus seres queridos, dentro de las principales dimensiones del bienestar

emocional se encuentran: estatus significa el sentimiento que tiene la persona de ser independiente, que es tratada con respeto por los demás, que se encuentra autorealizada, que es una persona influyente y tiene buena reputación; afecto que evalúa la medida en que la persona se siente querida, comprendida, que gusta o cae bien a los demás; asertividad evalúa el nivel en que la persona piensa que hace bien las cosas, que es útil, que forma parte de un grupo, y que contribuye a conseguir un objetivo común; confort significa la ausencia de sentimientos de malestar, dolor o estrés; y, por último, se encuentra la estimulación que evalúa el nivel de activación física y mental (Ballesteros, 2016).

En síntesis, el bienestar refleja la medida en que las necesidades de la persona están satisfechas, lo que indica que cumple con los cambios emocionales para bien dentro de esta etapa complicada que, sin duda, el ser humano deberá padecer.

#### ***4.2.2 Epidemiología De La Depresión En Adultos Mayores***

Las investigaciones demuestran que la epidemiología de la depresión en adultos mayores es la primera generación de terapia de conducta que ha planteado interesantes aportaciones para el tratamiento de la misma en este sector, dado que, partiendo de una visión contextual tanto en la explicación del origen del trastorno como en su tratamiento, la depresión da muestras inexplicables de cómo llega a afectar notablemente en el deterioro epidemiológico del adulto mayor (Calderón, 2018).

De ahí que, diversos estudios realizados desde este objetivo y enfoque constatan que, efectivamente, las personas deprimidas presentan un mismo patrón de comportamiento, caracterizado por la existencia de un entorno muy poco reforzante, es decir, donde comprende el bajo nivel de refuerzos positivos en los ámbitos personal y social, muy pocas conductas orientadas a la consecución de objetivos, proyectos o iniciativas y, conductas de queja, lamentación e infravaloración. Bajo este estudio, los autores encontraron que, los familiares y las personas del entorno del adulto mayor inicialmente tienden a reforzar estas conductas o una actitud protectora y bienintencionada, pero de manera progresiva dejan de hacerlo ante la negativa del mismo a participar en actividades propuestas, así como por lo aversivo que resulta para ellos una compañía basada en quejas y lamentaciones constantes. Concluyendo que, el adulto mayor deprimido termina confirmando claramente la certeza de su aislamiento y la falta de refuerzo positivo, sino se deja ayudar, asimismo, generando dentro de su círculo vicioso que mantiene un mal estado que en los próximos años agravaría la situación (Deví, 2015).



Por lo tanto, en palabras de la Organización Mundial de la Salud (2021) hoy en día, la depresión es una enfermedad más frecuente que antes, dado que se calcula que afecta a más de 300 millones de personas y sería la principal causa mundial de discapacidad, y es que, este organismo refiere a través de sus estudios comunitarios sobre “adultos mayores” que se estima que la prevalencia de los trastornos depresivos varía entre 4.8% y 13.7% y, la prevalencia del episodio depresivo mayor varía entre 1% y 5.37%. Estas tasas aumentan en el episodio depresivo menor 8-16% y aún más en pacientes hospitalizados donde la prevalencia del episodio depresivo mayor puede llegar al 37%.

“Una de las patologías más prevalentes son los episodios depresivos mayores (EDM) unipolares, los cuales pueden venir precedidos por otros EDM sufridos durante la adultez temprana, o aparecer por primera vez en edad tardía. Esta última, suele tener una presentación clínica no habitual, destacando los síntomas somáticos por sobre la expresividad emocional, y la presencia de una elevada comorbilidad médica y polifarmacia. La presencia de un episodio depresivo mayor en los adultos mayores provoca un deterioro funcional en múltiples áreas, por lo que es muy importante saber diagnosticarla y tratarla. Si bien, nos topamos con frecuencia con una escasez de estudios dirigidos al manejo de la depresión en los adultos mayores, se han ido extrapolando resultados de población entre 50 y 60 años, que han sido de gran utilidad, observándose que el uso de fármacos antidepresivos y ciertas psicoterapias son fundamentales para la mejoría de esta patología” (Barra y Ravinet, 2018, pág. 80).

### ***Prevalencia De La Depresión En El Adulto Mayor***

Según la Organización Mundial de la Salud, (2021) la prevalencia es mayor en la edad adulta que en la juventud se estima que en todo el mundo el 5% de los adultos padecen depresión. De los cuales un 7,5% en las mujeres de entre 55 y 74 años padecen depresión y un 5,5% de los hombres de la misma franja sufren la dolencia, afectando más a la mujer que al hombre. La mitad de los 322 millones de personas que sufren depresión viven en el Sudeste Asiático y en la región del Pacífico, zonas donde están situados algunos de los países más poblados del mundo como China e India. En Latinoamérica, Brasil es el país que más casos de depresión sufre: un 5,8% de prevalencia; seguido de Cuba 5,5%; Paraguay 5,2%; Chile y Uruguay 5%; Perú 4,8%; Argentina, Colombia, Costa Rica y República Dominicana 4,7%. Les siguen Ecuador 4,6%; Bolivia, El Salvador y Panamá 4,4%; México, Nicaragua y Venezuela 4,2%; Honduras 4% y Guatemala 3,7%.

La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad.

#### ***4.2.3 Factores De Riesgo De La Depresión En El Adulto Mayor***

Entre los factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor se encuentran: factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales; por lo que contar con información sobre los factores de riesgo asociados a la depresión en población de las personas en el envejecimiento, permitirá sentar las bases para el desarrollo de estrategias efectivas en el ámbito de la salud pública (Márquez et al., 2005).

**Factores biológicos:** se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Por ejemplo, se conoce que, las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores, así, la actividad de la serotonina y su unión a ciertos receptores disminuye con el envejecimiento, contribuyendo para la fisiopatología de la depresión (Cuadros, 2013).

**Factores psicológicos:** los factores psicológicos más importantes que desempeñan un papel en el desarrollo de la depresión incluyen las pérdidas inherentes a la vejez, tales como los de la salud o personas significativas, así como la soledad (Thakur y Blazer, 2008). Ante esto, de acuerdo con expertos y sus estudios, se establece que, otro de los temores en esta etapa del desarrollo es la percepción de la misma, ya que depende de la red de apoyo social de que disponga el individuo y de los propios recursos psicológicos que posea (Urrutia y Villarraga, 2010).

Asimismo, se debe tomar en cuenta que, la soledad es una experiencia subjetiva que se percibe como negativa y que va acompañada a su vez por tristeza, malhumor y ansiedad, siendo el peor mal de la vejez (Cornachione, 2006).

**Factores sociales:** dentro de estos se encuentran varios factores como la jubilación, la pérdida de estatus económico, la falta de oportunidades para continuar en un ambiente ligeramente productivo, favorecerán en algunos, situaciones generadoras de frustración y síntomas depresivos, y más cuando de la senectud se (Cerquera y Meléndez, 2010). A esto se suma (Rodríguez - Hernández, 2008) quien coincide que, estos factores también dependen e influyen de la estructura de la sociedad, de las tradiciones culturales y del grado de preparación para aceptar los cambios que implica envejecer, y más ahora que se vive en un mundo totalmente globalizado.

**Factores ambientales:** en cambio los factores ambientales es la parte que le rodea a la persona mayor tales como: el hogar, la ciudad, la naturaleza se convierten, viéndolo desde las diferentes perspectivas en factores que pueden desencadenar una depresión como la estructura vertical de las viviendas en las ciudades y barreras arquitectónicas en el hogar, sin duda que todo esto dificulta el acceso dentro y fuera del hogar, disminuyendo las relaciones sociales y las actividades físicas de las personas con discapacidades funcionales como lo tienen y padecen los adultos mayores, entre estos problemas son escaleras que no están acorde a sus necesidades, falta de iluminación en las casas, falta de seguridades, de predisposición, entre otras que afectan directa e indirectamente a este grupo (Almeida, 2013).

Según el estudio de (Martínez, 2007) las diferencias de la depresión de acuerdo la edad en el envejecimiento parte por dos situaciones o momentos que lo explica determinantemente de la siguiente manera:

1. Los episodios depresivos tienden a ser más prolongados y resistentes al tratamiento cuando se padece de lo siguiente:
  2. Mayor pérdida de apetito.
  3. Mayor riesgo de suicidio.
  4. Pérdida de peso.
  5. Mayor frecuencia de agitación y ansiedad por inhibición.
  6. Más irritabilidad.
  7. Insomnio intenso.
  8. Elementos paranoides más habituales.
  9. Presentan somatizaciones e hipocondría.
  10. Más formas enmascaradas y menor tristeza como tal.
  11. Más constipación y más tendencia a la letargia.
  12. Menos variaciones diurnas del humor.
  13. Disminución de los rendimientos cognoscitivos.

Últimas investigaciones reportan un 1% a 2% de prevalencia de la depresión mayor, y un 2% de distimia entre los ancianos en las ciudades. Desde luego, una frecuencia mucho mayor se ha visto con el subsíndrome depresivo (13% a 27%), pues este se refiere a síntomas de depresión que están asociados a un aumento del riesgo de depresión mayor, discapacidad física, enfermedades médicas y alto uso de los servicios de salud. Cabe señalar que, estos síntomas no

alcanzan a cumplir los criterios de diagnóstico del DSM-IV para la depresión mayor o la distimia. Por lo tanto, en pacientes geriátricos con enfermedades médicas e institucionalizados la prevalencia de tales síntomas es de aproximadamente un 50%, donde el curso del subsíndrome es variable, pero en el contexto de severa discapacidad física, por ejemplo, por accidente cerebrovascular, los síntomas de depresión pueden extenderse por largos periodos. Y es que, básicamente los síntomas de depresión de los más ancianos no son encontrados por los que proveen los cuidados, por lo que los médicos han comenzado a identificar y tratar el subsíndrome depresivo a partir de reconocer el innecesario sufrimiento humano (págs. 517-518).

#### ***4.2.4 Causas Y Síntomas De La Depresión En Adultos Mayores***

Las causas y síntomas de la depresión en adultos mayores cada vez son más evidentes, por lo que existen muchos estudios que determinan estos factores que complican la salud y deterioro del adulto mayor. En este contexto, González et al. (2018) manifiestan que, se debe tomar en cuenta las 4 causas principales que contribuyen a la dificultad del diagnóstico depresivo en la senectud de este grupo, que son las siguientes:

##### ***Comorbilidad Con Enfermedades Somáticas:***

- Así también, existen las enfermedades asociadas a la depresión tales como: cáncer, accidente cerebrovascular, artritis reumatoide, enfermedad coronaria, enfermedad de Parkinson, diabetes mellitus, entre otras.
- Dentro de estas se encuentra la depresión en el adulto mayor que se produce con frecuencia en el contexto de enfermedades somáticas, que en ocasiones las precede y en otras, es consecuencia.
- En cuanto a los síntomas que orientan hacia la depresión están: predominio de síntomas emocionales y cognitivos frente a la sintomatología física, antecedentes depresivos, predominio matutino, llanto espontáneo, falta de respuesta de los síntomas físicos al tratamiento médico, etc.

##### ***Depresión Y Deterioro Cognitivo:***

- Aquí los pacientes con demencia desarrollan depresión con más frecuencia que la población en general, y a su vez, los síntomas depresivos son más frecuentes entre los pacientes efectos de demencia.

- La depresión aumenta en relación con la severidad de la demencia hasta un estadio GDS IV, disminuyendo a partir del mismo. Se trata de que, la depresión es uno de los trastornos de conducta en las demencias que más sobrecarga produce en el cuidador. A continuación, se muestra un cuadro diferenciador de estos dos factores más comunes que se presentan en el anciano.

**Tabla 1** Diferencia entre depresión y demencia en el adulto mayor

	<b>DEPRESIÓN</b>	<b>DEMENCIA</b>
Hª y curso evolutivo	1. Inicio definido. 2. Evolución rápida, corta. 3. Antecedentes de depresión.	1. Inicio insidioso. 2. Evolución lenta y larga (años). 3. No antecedentes.
Cuadro clínico	4. Quejas detalladas y elaboradas de deterioro cognitivo. 5. Poco esfuerzo en responder. 6. Síntomas afectivos presentes. 7. Incongruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo.	4. Quejas escasas. No conciencia de enfermedad. 5. Se esfuerza en responder. 6. Afecto plano, apatía. 7. Congruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo. 8. Empeoramiento vespertino y nocturno. 9. Respuestas intentando disimular el déficit. 10. Patrón de déficit congruente.
Exploración	8. Mejoría vespertina. 9. Respuestas displicentes en la prueba. 10. Patrón de déficit incongruente. 11. Lagunas de memoria específicas.	11. No hay lagunas específicas.

Nota: Adaptado de González et al. (2018).

### ***Síntomas De Ansiedad Intensos:***

- Sin duda que la depresión es el principal problema comórbido de la ansiedad, ambos comparten numerosos síntomas y más en este grupo etario. Por ello, es importante diferenciarlos ya que el pronóstico y el tratamiento son diferentes.
- Asimismo, se debe diferenciar entre la depresión con ansiedad comórbida y los trastornos de ansiedad solos.

**Tabla 2** Diferencia de la depresión y ansiedad en el adulto mayor

	<b>Depresión con ansiedad</b>	<b>Trastornos de ansiedad</b>
Inicio de los síntomas ansiosos	Tardíos en el tiempo Matutinos	Precoz Por la tarde
Empeoramiento	Despertar temprano	Dificultad para conciliar el sueño
Sueño	Acerca del pasado	Acerca del futuro
Ansiedad	Importante, riesgo de suicidio	No incapacitante, bajo riesgo de suicidio
Gravedad		

Nota: Adaptado de González et al. (2018).

Mientras tanto, los síntomas de depresión en adultos mayores, de acuerdo al estudio de Mayo Clinic (2021) se presentan por no ser una parte normal del envejecimiento, y, además, de que esta se recomienda que no se debe tomarse a la ligera. Dado que, lamentablemente, la depresión a menudo no se diagnostica ni se trata en adultos mayores, quienes pueden sentir reticencia a buscar ayuda. Sin embargo, es necesario conocer y estar atento sobre los síntomas que produce, pues, pueden ser diferentes o menos evidentes en el envejecimiento, entre los que se destacan los siguientes:

- Pensamientos o sentimientos suicidas, por lo general en hombres mayores.
- Problemas de memoria o cambios en la personalidad.
- Dolores físicos.
- Problemas del sueño, fatiga, pérdida del apetito, pérdida del interés en el sexo, que no son resultado de una enfermedad ni de un medicamento, sino propio de la misma depresión.

- Mantenerse en casa con frecuencia, en lugar de salir a socializar o hacer cosas nuevas y divertidas que influya en su carácter y sentimientos.

### ***Cuadro Clínico De La Depresión***

#### **Según la CIE-10**

La CIE-10 (68) clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve.
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado.

#### **Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según la CIE-10**

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B. El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas, o trastorno mental orgánico.
- C. Síndromes somáticos. Algunos de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:
  - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar actividades que normalmente era placenteras.
  - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
  - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
  - Empeoramiento matutino del humor depresivo.
  - Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
  - Pérdida marcada del apetito.
  - Pérdida del peso de al menos 5% en el último mes.

- Notable disminución del interés sexual.
- D. Puede haber o no síndrome somático

**Episodio depresivo leve:** están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente esta apta para continuar la mayoría de sus actividades.

**Episodio depresivo moderado:** están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

**Episodio depresivo grave:** deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales con, alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo según (Salud, 2018).

### **Según el DSM-5**

El diagnóstico de la depresión según el DSM-5 parte de los mayores criterios de diagnóstico en cuanto al trastorno que genera este fenómeno y que en palabras de González et al. (2018) esto se define de la siguiente manera y, por tanto, se indican a continuación:

- A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
  2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día o casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
  3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.



4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
  6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  7. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días, (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
  9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Asimismo, González et al. (2018) refieren que, del resto de los criterios que conforman el diagnóstico de trastorno depresivo en el adulto mayor, los principales cambios que suelen tener son:

- Una reacción o proceso de duelo no excluye la existencia de un episodio depresivo mayor, indicando la conveniencia de valorar la presencia de depresión mayor, así como también, de la respuesta normal a una pérdida significativa.
- Otro especificador nuevo hace referencia a los cuadros de depresión mayor que cursan con síntomas ansiosos, en este caso, las presencias de al menos 2

síntomas de ansiedad de un listado de 5 hacen a la persona tributaria del especificador “con ansiedad”.

- A esto se suma que, se introduce el especificador “con características mixtas” que identifica los cuadros en los que coexisten síntomas depresivos con al menos 3 síntomas maníacos/hipomaníacos de un listado de 7. Por tanto, las personas cuyos síntomas reúnan los criterios de manía o hipomanía, tendrán el diagnóstico de trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, respectivamente.
- Asimismo, se cambia la especificación “de inicio en el postparto” por la de “con inicio en el periparto”, ampliándose la posible presencia de un cuadro de depresión mayor a la etapa de embarazo, además de las primeras 4 semanas del postparto contempladas anteriormente.
- Finalmente, se traslada la especificación de “crónico” del trastorno depresivo mayor a los trastornos depresivos persistentes (distimia), de modo que, además de la distimia, se contempla la posibilidad de un trastorno depresivo mayor crónico o con episodios intermitentes, excluyéndose la exigencia que planteaba el DSM-IV-TR de que la persona no hubiese sufrido un episodio depresivo mayor durante los 2 primeros años de la alteración.

Dentro de esto, además, se encuentran los procedimientos de codificación y registro, de acuerdo con el portal American Psychiatric Association (2018) evidencian que, el código diagnóstico del trastorno de depresión mayor se basa en si es un episodio, único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. Y es que, la gravedad actual y las características psicóticas solo están indicadas si se cumplen a día de hoy todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Por lo que, los especificadores de remisión solo están adecuados si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Por tanto, los códigos son los que se exponen en la siguiente tabla:

**Tabla 3** *Especificador y episodios en el adulto mayor*

<b>Especificador de gravedad/curso</b>	<b>Episodio único</b>	<b>Episodio recurrente</b>
Leve	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderado	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)

Grave	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Con características psicóticas	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
En remisión parcial	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
En remisión total	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
No especificado	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

Nota: Adaptado de American Psychiatric Association (2018).

### **Crisis normativas en el adulto mayor:**

Dentro de este grupo etario se considera como un periodo que atraviesan crisis normativas como la jubilación es la primera transición importante a la que se enfrentan las personas mayores teniendo efectos secundarios sobre la salud física. Aproximadamente un tercio de los jubilados tienen dificultades para adaptarse a ciertos aspectos de la jubilación, como la reducción de ingresos y la alteración del rol social y de ciertos privilegios.

El duelo afecta a muchos aspectos de la vida de una persona mayor. Por ejemplo, la interacción social y la compañía disminuyen, el estatus social y las circunstancias económicas pueden cambiar. Las personas mayores pueden experimentar un declive en su propia salud mental después de la muerte de un familiar cercano o un amigo. y, con ello, por lo general da lugar a un cuadro depresivo.

La pérdida gradual de la autonomía personal en este grupo etario, son muchas las causas que pueden llevar a una persona la dependencia de otras personas por estados de falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual. Sin embargo, esto no se trata de infantilizar al adulto mayor y reemplazarlo de plano en sus decisiones, sino ayudarlo a decidir en la medida de su capacidad parcial.

La reubicación es otra crisis normativa ya que pueden tener que vivir varios traslados, por ende, los adultos mayores que reaccionan mal al traslado son, por lo general, los que viven solos y aislados de la sociedad (Kaplan et al., 2019).

#### ***4.2.5 Instrumentos De Evaluación De La Depresión***

##### ***Inventario De Depresión De Beck (BDI-2)***

Este inventario que fue creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 ítems donde

contiene diferentes preguntas de respuesta múltiple. Cabe aludir, que, según los expertos y entendidos, es uno de los instrumentos generalmente utilizados para medir la severidad de una depresión de todo tipo de paciente sea este: adolescente, joven, adulto o adulto mayor, pues, sus resultados permiten conocer de primera mano lo que se busca y necesita dentro de un estudio de medición de variables (Barreda, 2019).

### ***Escala Cornel***

Por su parte, la Escala de Cornel aplica para la depresión en la demencia, y es que, a través de esta se puede detectar síntomas de depresión de una forma eficaz e inmediata en las personas que tienen demencia o están mal psicológicamente. Asimismo, es importante manifestar que, en comparación con otras escalas para medir la depresión, la Escala Cornell tiene en cuenta signos adicionales de depresión que podrían no ser verbalizados claramente por una persona, lo que da más confianza y notoriedad a la escala Barbosa et al., (2019).

### ***Escala De Depresión Geriátrica De Yesavage***

La escala geriátrica de depresión de Yesavage, fue aprobada y utilizada extensamente con la población de personas mayores a nivel mundial. Y es que, es un cuestionario breve en el cual se le pide al individuo responder a 15 preguntas, contestando interrogantes cerradas de sí o no respecto a cómo se sintió durante la semana anterior, tomando en cuenta a la fecha en que se administra dicho cuestionario. Cabe señalar, que la puntuación es de 0 a 5 se considera no depresión, 6 a 9 indica probable depresión y, de 10 a 15 muestra depresión establecida, esto de acuerdo con la ficha emitida por el (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2019).

## **4.3 Capítulo III. Modelos De Intervención Psicológica En Depresión Y Apoyo Social**

### **Dirigido A Adultos Mayores**

#### **4.3.1 Grupos De Autoayuda**

Este tratamiento resulta ser eficaz para la población adulta mayor ya que tiene como finalidad, ayudar a las personas mayores que ven afectada su calidad de vida debido al padecimiento provocado por las dificultades que encuentran para resolver problemas específicos en su salud, en su conducta, emociones o en sus relaciones interpersonales o bien por las limitaciones que experimentan para poder concretar un proyecto personal. Un grupo de autoayuda es un foro en donde los individuos que comparten un problema o situación similar ventilan emociones y sentimientos, intercambian experiencias y se brindan apoyo mutuo. A la persona directamente afectada, le brinda la oportunidad de compartir los sentimientos, problemas, ideas e información con otros individuos que están pasando por la misma experiencia. Por ende, los ayuda a tomar conciencia de su problema, atender sus propias necesidades y comenzar a cuidarse a sí mismos. También les proporciona la satisfacción que resulta de compartir y ayudar a otros, y descubrir que no están solos. Las terapias de apoyo utilizan, en diferentes combinaciones de énfasis, estos tres mecanismos de curación: apoyo, catarsis e identificación. Por medio de intervenciones, observaciones o retroalimentación que realizan unos sobre otros o entre sí mismos, se mantienen en el nivel de la conducta manifiesta. Requieren para tener eficacia y sostener su efecto mantener el vínculo (terapéutico). La fraternidad grupal es un vínculo para la reestructuración de los lazos sociales de los miembros. Las intervenciones sugeridas son: círculo solidario, hablar en segunda persona, evocación del problema, meditación, actividades agradables - dominio, tiempo de reflexión - compartir y proyecto de vida (Mena et al., 2012).

#### **4.3.2 Programas Intergeneracionales**

Los programas intergeneracionales, pueden definirse como *“actividades o programas que incrementan la cooperación, la interacción y el intercambio entre personas de diferentes generaciones. Implican compartir habilidades, conocimientos y experiencias entre jóvenes y mayores”* (Ventura Merkel & Lidoff, 1983). Los programas intergeneracionales para adultos mayores les permite experimentar beneficios como, por ejemplo, cambios positivos en su humor y un aumento de la autonomía, la autoestima y la motivación. Se produce también, una reducción de los síntomas depresivos y del aislamiento y sentimiento de soledad. A nivel cognitivo, se produce un aumento en las capacidades de atención y memoria, además de potenciar las

habilidades sociales y la empatía. Se favorece el mantenimiento de la integración en la vida comunitaria y la oportunidad de seguir aprendiendo. Algunas de las actividades que se pueden desarrollar dentro de en este tipo de programas son: juegos tradicionales, diálogos sobre tradiciones y oficios, huertos intergeneracionales, taller de cocina terapéutica, cuentacuentos, taller de nuevas tecnologías, fiestas intergeneracionales (Alguacil , 2018).

#### ***4.3.3 Psicoeducación***

La psicoeducación es una aproximación terapéutica y una herramienta que busca en los pacientes, familiares y amistades más cercanas que conozcan la naturaleza, importancia y protección que brinda el apoyo social en los adultos mayores. Esta intervención, trata de relacionarse con situaciones cotidianas en la vida de las personas, de tal modo, que este modelo se define como una herramienta de cambio, ya que engloba los procesos cognitivos, biológicos y sociales específicos de cada persona en este caso los adultos mayores para garantizar su autonomía y mejorar su calidad de vida (Deví, 2015).

#### ***4.3.4 Farmacológico***

Dentro del tratamiento de la depresión de acuerdo con Sánchez M. (2005) se debe utilizar, como primera elección, en las siguientes situaciones, que constituyen las indicaciones de tratamiento farmacológico para cualquier grupo de edad, incluyendo el de la persona adulta mayor.

En los adultos mayores tienen mayor sensibilidad a los efectos secundarios y mayor riesgo de interacciones medicamentosas, debido a las alteraciones farmacocinéticas y farmacodinámicas propias del envejecimiento y por la presencia habitual de pluripatología y polimedicación. Por ende, se sugiere iniciar siempre el tratamiento con dosis bajas y aumentarlas de manera más lenta que en los adultos, sin caer en el gran peligro del infratratamiento, que es la principal causa de fracaso terapéutico (Sánchez y Tovar, 2018).

Los tratamientos de primera línea en los adultos mayores son; los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (o duales) (Cortajarena, et al. 2016).

#### ***4.3.5 Psicoterapia***

Conocida como, terapia de diálogo puede ayudar a las personas con depresión. Algunos tratamientos son de corto plazo (10 a 20 semanas) y otros son de largo plazo, según las necesidades del individuo. Siendo así, que la psicoterapia puede ser la mejor opción para tratar la depresión leve a moderada. Estudios han indicado que, el tratamiento de la depresión en adultos mayores

puede ser eficiente en pacientes con el que se descubrió que los pacientes que respondieron al primer tratamiento de medicamentos y terapia interpersonal tenían menos probabilidades de volver a sufrir de depresión si continuaban con su tratamiento combinado durante al menos dos años (Deví, 2015).

**Rapport:** es uno de los elementos más fundamentales de los procesos de psicoterapia, dado que, en ellos, los profesionales de la psicología trabajamos para crear un vínculo terapéutico adecuado. Hace referencia al conjunto de expectativas y dinámicas de comunicación y de apoyo que dejan claro cuál es el propósito de la terapia y la relación que hay entre el paciente y el profesional. Se trata de crear un clima conversacional adecuado que no sea igual que el de las conversaciones con amigos, pero tampoco como los diálogos formales e impersonales típicos del mundo de los negocios y de las empresas. En definitiva, el Rapport, es una interacción en el que ambas partes están sincronizadas; psicológica y emocionalmente en sintonía, necesarias para que pueda existir una comunicación de forma fluida y espontánea (Abad , 2022).

**Encuadre:** implica una serie de pasos en donde se establecen ciertas aclaraciones que permiten al terapeuta establecer el correcto margen para la relación terapéutica bajo las correctas normas éticas del ejercicio de la psicología. De este modo, es posible delimitar los roles de entrevistador/terapeuta y entrevistado/paciente, para la correcta práctica del ejercicio profesional. Es decir, se trata de fijar constantes como el tiempo y el lugar para remarcar los límites de cada sesión a realizar. Por ende, este ámbito es sumamente relevante que las reglas sean comunicadas de forma explícita para que ambas partes estén al tanto de las pautas que se seguirán durante el proceso de cada paciente, siendo posible llevar al mínimo las variables que intervengan en el plan proceso de psicodiagnóstico o plan de tratamiento de una persona que asiste a consulta (Abad , 2022).

#### ***4.3.6 Terapia Cognitivo-Conductual***

Se caracteriza por ser un método activo y directivo, y en ella paciente y terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de sesión. Utilizan técnicas tanto conductuales como cognitivas en combinaciones diferentes según la sintomatología a abordar: relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y diferida, detención del pensamiento, resolución de problemas (Mathis et al., 1970).

Por ende, las terapias cognitivo-conductuales han sido ampliamente empleadas. Por tal motivo, sus protocolos suelen incluir psicoeducación, autorregistros, entrenamiento en relajación,

exposición a pensamientos y situaciones con desensibilización sistemática y reestructuración cognitiva. En ocasiones se han empleado otras técnicas como el entrenamiento en la resolución de problemas. Se ha evidenciado gran efectividad (Fernández y Antequera, 2013).

#### ***Técnica De Detección Del Pensamiento***

Consiste en interrumpir los pensamientos rumiativos a través de una palabra asociada. Según Wolpe, se entrena a la persona para que acabe excluyendo cualquier pensamiento rumiativos (indeseable o improductivo) incluso antes de su formulación. Todo ello conduce a reducir la cadena de pensamientos que se acompañan de emociones negativas; así, las emociones negativas quedan “cortadas” antes de que puedan surgir (Ruíz, 2019).

#### ***Terapia De Solución De Problemas TRS***

De acuerdo con la investigación del autor, este tipo de terapia puede ser muy recomendable como taller preventivo en hogares de jubilados, centros cívicos o centros de día, siempre y cuando el nivel cognitivo y cultural de los pacientes lo permita y lo reciba como se espera y pretende, dado que, sin duda contribuye a mejorar las habilidades de los ancianos para afrontar múltiples dificultades y problemas cotidianos (Deví, 2015).

#### ***Entrenamiento De Habilidades Sociales***

Es una técnica estructurada esencial en el envejecimiento ya que les a potenciar tres clases de conductas: la aserción negativa (implicando conductas que permiten a la persona defender sus derechos y actuar de acuerdo con sus intereses, a la vez que se es considerado con los demás), la aserción positiva (relativa a la expresión de sentimientos positivos hacia otros) y las habilidades conversacionales (desde la iniciación, la realización de preguntas y la revelación apropiada de sí mismo, hasta la terminación de conversaciones), todo ello en los distintos ámbitos de las relaciones sociales (Abad , 2022). Cabe decir, que la participación en las diferentes actividades sociales, fortalecen en los adultos mayores, procesos como la cognición, la salud, la longevidad, la funcionalidad, entre otros, sirviendo como paliativos a situaciones como los problemas de salud, las condiciones físicas y el poco compromiso social.

#### ***4.3.7 Técnica De Relajación Y Respiración***

La técnica de relajación progresiva de Jacobson es una de las más utilizadas en la actualidad para disminuir los efectos de la activación fisiológica derivada de una alta carga de estrés, ansiedad y tensión constante. La técnica consiste en enfocar sobre un grupo muscular particular (suele



empezar por las manos), inspirar y contraer ese grupo de músculos durante un periodo específico de tiempo (breve) para luego, con la exhalación, relajarlos progresivamente hasta que esta relajación se experimente completamente (periodo más largo que el anterior) (Tamayo , 2019).

Durante nuestro diario vivir nos enfrentaremos a situaciones que provoquen estados de cansancio, tensión, preocupación e incluso llegar a generar problemas físicos y mentales; por lo tanto, es esencial practicar la técnica de relajación, sobre todo cuando nuestro cuerpo y mente se encuentren en estados de tensión constante, ya sea por un exceso de actividades.

#### ***4.3.8 Terapia Psicomotriz***

Consiste en emplear el cuerpo y su movimiento con el propósito de mejorar o mantener las capacidades físicas y psicomotrices del adulto mayor, facilitando y potenciando el desarrollo perceptivo, físico, cognitivo, afectivo, social y ambiental del sujeto. Suele ser fácilmente aceptada por las personas mayores ya que tienden a asociar el ejercicio físico con la salud. Por este motivo, la terapia psicomotriz es útil para trabajar la coordinación motora, la orientación espacial, la lateralidad, las gnosias, la atención y la memoria. Esta terapia psicomotriz es fundamental ya que contribuye en una mejor aceptación del cuerpo envejecido, a conocer sus limitaciones y a mejorar la adaptación. Por ello, es conveniente que todos los recursos de atención a personas mayores con trastornos cognitivos y afectivos dispongan de alguna actividad psicomotriz o ejercicio físico programado según menciona (Hidalgo & Agudín, 2018).

#### ***4.3.9 Terapia Ocupacional***

Esta terapia trata de facilitar, en los trastornos depresivos, el desarrollo de la competencia en habilidades de afrontamiento ofreciendo a la persona mayor oportunidades de participación en actividades propositivas y significativas para ella.

Desde la terapia ocupacional pueden trabajarse con el adulto mayor con depresión las siguientes áreas ocupacionales:

Autocuidados, descanso y sueño: expresar las expectativas que la persona tiene para el desempeño de las actividades de la vida diaria, ayudar a al restablecimiento de las rutinas normales: plan estructurado de actividades cotidianas, diseño y seguimiento de listas de tareas sencillas. Instruir en las habilidades necesarias para la vida diaria, como, por ejemplo, manejo del dinero, realización de compras, preparación de comidas, etc.

Actividades instrumentales, domésticas y productivas: facilitar la participación en las tareas domésticas. La familia puede señalar tareas específicas para que la persona las realice. Explorar la posibilidad de participar en actividades de voluntariado o a tiempo parcial.

Ocio: facilitar la exploración de intereses y el desempeño de actividades agradables de ocio y de participación social. Identificar una persona clave que ayude a la persona con depresión a salir de su círculo más íntimo. Buscar recursos para disminuir el aislamiento y la soledad.

Habilidades motoras, prácticas y sensorio perceptivas; incrementar la energía de la persona mediante la participación en actividades. Mantener o incrementar la estimulación sensorial mediante la participación en actividades (Hidalgo y Agudín, 2018).

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1 Enfoque Y Diseño De La Investigación**

El enfoque de esta investigación fue cuantitativo y su diseño no experimental, ya que, no existió la manipulación de ninguna de las dos variables propuestas en el estudio; y es de corte transversal, llevado a cabo en un determinado y único tiempo. Es un estudio de campo, ya que, se realizó en el lugar de origen o natural en el cual se encontró la población de estudio.

### **5.2 Tipo De Investigación**

El trabajo de investigación fue de tipo exploratorio, ya que, no existieron datos significativos de manera local y tampoco estudios recientes sobre el tema, asimismo, es de tipo descriptivo puesto que, especifica las características particulares de las variables en un contexto determinado y es correlacional porque dio a conocer la relación entre el apoyo social percibido y depresión en adultos mayores no institucionalizados.

### **5.3 Área De Estudio**

La investigación se realizó en el cantón Catamayo perteneciente a la provincia de Loja, ubicado al sur del Ecuador. Se trabajó con cuatro centros diurnos situados dentro del cantón Catamayo (el Tambo, la Vega y la Parroquia San José,). La misión que tienen los centros diurnos del cantón Catamayo es promover y mejorar la calidad de vida de todas las personas mayores de 65 años que viven en situaciones precarias, que va en aumento ejercer sus derechos, prosperidad y oportunidades de desarrollo, a través de políticas justas, bien coordinadas y efectivamente aplicadas. En cuanto a su visión como centros diurnos especializados en el campo geriátrico y gerontológico es aumentar el bienestar de los adultos mayores, su familia y la comunidad, suministrando protocolos de calidez y buen trato.

### **5.4 Población**

El universo estuvo conformado por 114 adultos mayores no institucionalizados que acuden a los centros diurnos del cantón Catamayo, en una edad comprendida entre 65 a 95 años. Los centros son: el Centro diurno “San Vicente” donde asisten 24 adultos mayores; el Centro diurno “Providencia” donde acuden 35 adultos mayores; el Centro diurno “El Tambo” donde se presentan 30 adultos mayores y finalmente, el Centro diurno “La Vega”, que acuden 25 adultos mayores.

### **5.5 Muestra**

La muestra estuvo conformada por 95 adultos mayores, usuarios de distintos Centros Diurnos de atención al adulto mayor; con el fin de recopilar datos que fuesen veraces y suficientes

para cumplir con el objetivo propuesto, se utilizó un muestreo no probabilístico por cuotas, mismo que, fue intencional e incidental, se realizó un tamizaje con el instrumento MOS de Apoyo Social Percibido, en 110 participantes, para seleccionar la unidad de análisis que en este caso fueron los adultos mayores que presentaron deficiente apoyo social, luego se procedió a aplicar a 95 adultos mayores el Test de Yesavage, lo que permitió conocer la incidencia de depresión en la misma unidad de análisis.

## **5.6 Criterios De Inclusión Y Exclusión**

### **5.6.1 Criterios de inclusión**

- Adultos mayores de 65 años que no presentaron deterioro cognitivo severo que impidan dar respuesta a la evaluación.
- Adultos mayores que aceptaron participar en las evaluaciones de forma libre y voluntaria. A través del consentimiento informado

### **5.6.2 Criterios de exclusión**

- Adultos mayores gravemente afectados por algún tipo de discapacidad o deterioro neurodegenerativo que les impida dar respuesta a los reactivos.
- Adultos mayores que no quisieron formar parte de la investigación.

## **5.7 Técnicas E Instrumentos Para Recolección De Datos**

### **5.7.1 Consentimiento informado**

Representa un documento de carácter informativo en el que se detalló a cada participante sobre la investigación realizada y su participación voluntaria dentro de la misma. La aceptación y entendimiento por parte del participante en cuanto al estudio fue representada mediante su firma, brindando así, su autorización para dicha investigación (ver Anexo 3).

Este consentimiento informado tuvo presente los siguientes aspectos:

- Información del investigador.
- Datos del participante.
- Participación voluntaria en el estudio, así como retiro del mismo.
- Confidencialidad en participación totalmente anónima.
- Garantía que el manejo de la información recabada es exclusivamente por el investigador y no por personas ajenas al estudio.
- Metodología a usar; especificando los tests a usar y el tiempo necesario para su desarrollo.

- Objetivo y razón por la cual se realizó la investigación y se solicitó la colaboración del participante.

Con el objetivo de recolectar datos que fueron importantes sobre la población de estudio y que a la vez permitieron realizar el análisis profundo de resultados, los instrumentos que se utilizaron fueron el Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) para establecer la variable “apoyo social percibido” y la Escala de Depresión de Yesavage para medir la variable “depresión”.

Para determinar la variable de apoyo social percibido se utilizó el Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS), mismo que permitió recabar la información que se tiene destinado para esta variable y que se describe en el (ver Anexo 4).

Y, para determinar la variable de depresión se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, misma que permitió definir a la población en estudio, por ello, se describe en el (ver Anexo 5).

### **5.7.2 Instrumentos:**

#### **5.7.2.1 CUESTIONARIO MEDICAL OUTCOMES STUDY (MOS)**

Nombre: Cuestionario MOS de Apoyo Social.

Autor: Sherbourne y Stewart.

Año: 1991.

Materiales: Cuestionario de 20 preguntas.

Aplicación: Individual o Colectiva.

Duración: 15 a 20 minutos.

Áreas: Apoyo Social estructural y Apoyo Social funcional.

Finalidad: La valoración del apoyo social.

El cuestionario MOS de apoyo social fue elaborado en 1991, tras una investigación de Sherbourne y Stewart, ambos médicos. Quienes consideraron a una muestra de pacientes con enfermedades crónicas con el fin de una valoración psicológica del apoyo social que reciben. Este instrumento puede ser autoadministrado y se constituye por dos áreas: apoyo social estructural (un ítem de respuesta abierta que mide el tamaño de la red social) y apoyo social funcional (19 ítems de respuesta múltiple que miden la percepción del apoyo); de este último se desprenden 4 dimensiones: apoyo emocional/ informacional, tangible o instrumental, interacción positiva y afectivo. Para obtener los resultados, se deberá sumar los valores correspondientes a cada dimensión:

- Apoyo emocional: Expresión de afecto y comprensión empática: 3.4. 8. 9. 13. 16, 17 y 19.
- Ayuda material/ instrumental: Provisión de ayuda material que pueda recibir el consultado: 2, 5, 15 y 12.
- Interacción social: Disponibilidad de personas con quién salir divertirse o distraerse: 7, 11, 14 y 18.
- Apoyo afectivo: Expresiones de amor y afecto: 6, 10 y 20.
- Puntuación global se obtiene sumando los puntos de los 19 ítems del cuestionario:

**Tabla 4** Valores máximo, mínimo y medio del cuestionario MOS

Valores	Máximo	Mínimo	Medio
Emocional	40	8	24
Instrumental	20	4	12
Interacción social positivo	20	4	12
Afectivo	15	3	9
Índice global	95	19	57

Nota: (Revilla & Bailón, 2022)

Examinamos que el apoyo global es escaso cuando el índice es inferior a 57 puntos. Se podrá catalogar como falta de apoyo emocional (confidencial/informacional), instrumental, de interacción social y afectivo cuando las puntuaciones estén por debajo de 24, 12, 12 y 9, respectivamente.

**Confiabilidad:** Sherbourne y Stewart (2016) detectaron, a nivel de la escala general, un coeficiente alfa de Cronbach de .97; y, a nivel de las dimensiones, entre .91 y .96; niveles considerados muy adecuados. Los estudios recopilados determinaron por medio del alfa de Cronbach: a nivel de escala general, de .86 a .97; a nivel de dimensiones, de .74 a .96.

**Validez:** correlaciones entre las dimensiones de .72 a .88, considerados niveles altos de correlación. Los diversos estudios citados determinaron a través del AFE niveles entre 59% y 69% de la varianza explicada (Sherbourne & Stewart, 2016).

El instrumento ha sido validado en diferentes países y al ser un instrumento comprensible, de poco tiempo en su aplicación, y con altos índices de confiabilidad y validez, se considera una herramienta eficaz para evaluar el riesgo psicosocial en diversos ámbitos (Collacso & León, 2019).

#### **5.7.2.2 ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE**

Nombre del instrumento: Geriatric Depression Scale GDS.

Autor: Jerome Yesavage.

La escala geriátrica de depresión de Yesavage, ha sido probada y utilizada extensamente con la población de personas mayores. Es un cuestionario breve en el cual se le pide al individuo responder a 15 preguntas, contestando sí o no respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en que se administra dicho cuestionario. Una puntuación de 0 a 5 se considera normal, 6 a 10 indica depresión leve y 11 a 15 indica depresión severa (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

#### **Población objetivo:**

La Escala de Yesavage puede utilizarse con las personas saludables y se recomienda específicamente cuando hay alguna indicación de alteración afectiva. Por lo que se ha utilizado extensamente en entornos comunitarios y de atención aguda y de largo plazo (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

#### **Validez y confiabilidad:**

Estudios en los Estados Unidos, se ha encontrado que la Escala de Yesavage tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% cuando se evalúa contra criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido apoyadas, tanto mediante la práctica como la investigación clínica (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Asimismo, otra investigación realizada en Colombia en la cual busca estandarizar la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en los adultos mayores no institucionalizados de la ciudad de Cali pertenecientes a Centros Día. Se conforma una muestra de 500 adultos mayores, dentro de los cuales 416 son mujeres y 84 son hombres, entre los 60 y 96 años de edad.

Por tanto, este tipo metodológico forma parte de la modalidad de validación de una prueba. Para la estandarización de la escala se utilizaron las medidas de tendencia central y los coeficientes de correlación punto biserial para cada ítem. El coeficiente de confiabilidad de la escala es del 0.7268 indicando que la escala GDS- 15 es altamente confiable; 14 de los 15 ítems estadísticamente predicen moderadamente el constructor de depresión; sin embargo, desde el

análisis psicológico los 15 ítems son pertinentes para evaluar rasgos depresivos (Bacca et al., 2005).

### **5.8 Consideraciones Éticas**

La presente investigación buscó garantizar el debido respeto, la autonomía y el bienestar del adulto mayor salvaguardando la confidencialidad de la información recibida. Por ello se brindó a los participantes la información concerniente acerca de la naturaleza del estudio, teniendo en cuenta la privacidad de los entrevistados desde el inicio hasta el final de la investigación y que la información obtenida fue exclusivamente para fines de estudio, decidiendo retirarse en cualquier momento sin perjuicio alguno. Por lo tanto, los datos que se recolectaron al aplicar los instrumentos correspondientes se obtuvieron teniendo en cuenta el debido proceso ético que reúne los componentes de información, comprensión y voluntariedad, expresados en el consentimiento informado, explicando claro y detallado los objetivos de la investigación y el beneficio que de ésta se derivó, así como también se contó con los datos de identificación de la investigadora y procedimiento. Teniendo en cuenta, el respeto a la justicia, el cual es un principio que va relacionado con la equidad e igualdad de trato, por lo tanto, la investigadora se responsabilizó de dar un trato por igual a los participantes, eligiéndolos por criterios de inclusión y exclusión sin realizar discriminación por sexo, raza o nivel económico.

### **5.9 Procedimiento Por Objetivos**

#### ***Etapa 1***

Se realizó la aproximación con los cuatro centros diurnos del Adulto Mayor, para tener el contacto pertinente con las autoridades en donde se puntualizaron los objetivos de manera detallada y la razón por la cual se deseó llevar a cabo la investigación, con la finalidad de que se brinde el permiso pertinente para la ejecución de la investigación. Después se socializó a los adultos mayores, el consentimiento informado, dando a conocer el procedimiento y objetivo de la investigación haciendo hincapié en la confidencialidad de los resultados obtenidos, respetando su derecho a la privacidad.

#### ***Etapa 2***

Luego de la obtención del consentimiento informado, se estableció una fecha determinada para llevar a cabo la aplicación de los reactivos a la muestra participante. Se aplicó en primera instancia el test de apoyo social percibido MOS, a partir de los resultados obtenidos, teniendo en cuenta el nivel de apoyo social, se obtuvo la muestra a la cual se aplicó, la escala de depresión



Geriátrica de Yesavage. Durante la aplicación de cada reactivo, se dieron indicaciones de manera clara, concisa y concreta.

### ***Etapas 3***

Después de la aplicación y recopilación de información de los instrumentos psicológicos como el, del Test Mos de a Apoyo Social Percibido y la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, se procedió a la organización, calificación, revisión, tabulación y análisis estadísticos de los resultados obtenidos. El análisis estadístico se llevó a cabo por medio del programa informático IBM SPSS Statistics versión 25.

Para llevar a cabo este proceso se desarrolló de la siguiente manera:

- Agrupamiento de datos en una matriz única y revisión de variables en el programa Excel 2016.
- Traspaso de los datos en una matriz de todos los casos recolectados al programa IBM SPSS Statistics 25.
- Pruebas paramétricas, operaciones de estadística descriptiva como tablas de frecuencias.
- Se realizó la prueba de normalidad, dando como resultados variables no paramétricas, por lo cual, el procedimiento más indicado es el Rho de Spearman.

### ***Etapas 4***

Finalmente se procedió a diseñar una propuesta psicoterapéutica con el fin de optimizar el estado emocional, el apoyo social percibido y reducir los niveles de depresión detectados en el grupo etario y hacer la entrega del programa a los centros diurnos de estudio.

## 6. RESULTADOS

**Objetivo General.** Relación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores no institucionalizados del cantón Catamayo.

Tabla 5.

			Niveles Depresión			Total
			Depresión Establecida	Probable Depresión	No Depresión	
Niveles de Apoyo Social	Apoyo Mínimo	Recuento	10	10	1	21
		% del total	10,5%	10,5%	1,1%	22,1%
	Apoyo Medio	Recuento	16	22	8	46
		% del total	16,8%	23,2%	8,4%	48,4%
	Apoyo Máximo	Recuento	11	11	6	28
		% del total	11,6%	11,6%	6,3%	29,5%
Total	Recuento	37	43	15	95	
	% del total	38,9%	45,3%	15,8%	100,0%	

*Nota:* Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales.

### Análisis e interpretación

Los resultados indican, que del 100 % de los participantes, 22,1 % de adultos mayores presenta un nivel de apoyo social mínimo, de los cuales el 10,5 % presenta depresión establecida, 10,5 % probable depresión y 1,1 % no depresión; el 48,4 % de los adultos mayores presenta un nivel de apoyo social medio, de los cuales 16,8 % tienen depresión establecida, 23,2 % probable depresión y el 8,4 % no depresión, finalmente 29,5 % adultos mayores presentaron un nivel de apoyo social máximo, de los cuales el 11,6 % tienen depresión establecida, el 11,6 % probable depresión y el 6,3 % no presentan depresión. Esta información revela que la mayor cantidad de adultos mayores se concentró en niveles medio de apoyo social y probable depresión.

**Objetivo específico 1.** Apoyo social percibido mediante la aplicación del cuestionario MOS.

*Tabla 6.*

	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo Mínimo	21	22,9
Apoyo Medio	46	47,9
Apoyo Máximo	28	29,2
Total	95	100,0

*Nota:* Datos Obtenidos del Cuestionario MOS de Apoyo Social aplicado a Adultos Mayores de Centros Diurnos del Cantón Catamayo.

### **Análisis e interpretación**

En la tabla 6 se evidencia que, de los 95 adultos mayores, 46 adultos mayores que representan el 47,9 % de la muestra presentaron apoyo social medio, 28 adultos mayores que equivalen al 29,2 % de la muestra presentaron un nivel de apoyo social máximo y 21 adultos mayores que representan el 22,9 % de la muestra presentan apoyo social mínimo.

**Objetivo específico 2.** Niveles de Depresión según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

*Tabla 7.*

	Frecuencia	Porcentaje
No depresión	15	16,7
Probable depresión	43	44,8
Depresión establecida	37	38,5
Total	95	100,0

*Nota:* Datos Obtenidos de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage aplicado a Adultos Mayores de Centros Diurnos del Cantón Catamayo.

### **Análisis e interpretación**

En la tabla 7 se evidencia que, de los 95 adultos mayores, 43 adultos mayores que representan el 44,8 % de la muestra presentaron probable depresión, 37 adultos mayores que equivalen al 38,5 % de la muestra presentaron depresión establecida y 15 adultos mayores que representan al 16,7 % de la muestra presentaron que no existen rasgos de depresión.

**Objetivo específico 3:** Diseñar una propuesta psicoterapeuta para optimizar el estado emocional, el apoyo social percibido y reducir los niveles de depresión detectados en la población adulta mayor.

**“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA PARA REDUCIR LOS NIVELES DE DEPRESIÓN Y OPTIMIZAR EL ESTADO EMOCIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS DEL CANTÓN CATAMAYO.”**

**Presentación:**

El presente Programa de Intervención Psicoterapéutica se sustenta en un enfoque Psicoeducativo y Cognitivo Conductual el cual centra su tratamiento en las creencias irracionales y conductas desadaptativas (emociones, sensaciones físicas) de las personas que presentan depresión. Por lo cual, es preciso el planteamiento de objetivos psicoterapéuticos, estructuración de las sesiones y el establecimiento de las técnicas psicológicas que pretenden concientizar, sensibilizar y por consiguiente reducir los niveles de depresión en dicha población mediante la intervención psicoterapéutica.

**Justificación:**

El presente programa de intervención psicoterapéutica está diseñado a partir de los resultados obtenidos en el cual se evidencia que la población de estudio, en su mayoría, presenta un nivel moderado de depresión, entre los factores asociados, se puede señalar, el apoyo social percibido, mismo que se muestra en un nivel medio de prevalencia en este grupo etario.

Cabe recalcar, que los niveles de depresión son indicadores de que el adulto mayor necesita apoyo oportuno y en la brevedad posible. Las redes de apoyo social son uno de los aspectos fundamentales implicados en el estado de salud físico y mental de las personas mayores, por lo que la falta de apoyo, especialmente de la familia y de amistades más significativas, aumenta el riesgo de enfermedad.

Teniendo en cuenta lo mencionado, la finalidad del presente programa de intervención psicoterapéutica es disminuir el impacto psicológico de los múltiples cambios que se dan en la adultez mayor y ocasionan la presencia de niveles de depresión que se ven influenciados por múltiples factores sociales, individuales entre otros.

**Objetivo general:**

- Reducir la depresión y optimizar el estado emocional en adultos mayores no institucionalizados a través de técnicas psicológicas y fortalecimiento de las redes de apoyo.

**Objetivos terapéuticos:**

- Brindar psicoeducación sobre los aspectos generales de la depresión.
- Detección y modificación de pensamientos, y conductas desadaptativas que mantienen los síntomas depresivos.
- Recuperar y/o potenciar el nivel de funcionamiento psicosocial, a través del desarrollo de la autoestima y habilidades sociales que propicien una mayor integración social del adulto mayor.
- Sensibilizar y fortalecer los vínculos afectivos en el entorno familiar del adulto mayor generando la red de apoyo necesaria para su cuidado y protección.

**Metodología:**

El programa de intervención está diseñado de la siguiente forma: 8 sesiones de terapia individual, 4 sesiones de terapia familiar, 4 sesiones de terapia grupal. Las sesiones están enfocadas en la Psicoeducación y la terapia Cognitivo Conductual. La Psicoeducación hace referencia a la educación y/o información que se ofrece a las personas que sufren de una alteración o trastorno psicológico. La finalidad es informar al paciente y a sus familiares sobre el proceso de sufrir alguna enfermedad mental para que comprenda los síntomas presentes y los pueda manejar. De esta forma, se puede disminuir o eliminar prejuicios, mejorar el cumplimiento del tratamiento, reducir el riesgo de recaídas y aliviar la carga emocional. Así también, se le posibilita al adulto mayor comprender de su sintomatología desde una comprensión integrativa y discernir las estrategias desde esta visión. La terapia Cognitivo-Conductual, resulta ser muy útil para tratar la depresión ya que ayuda al adulto mayor y a su familia a tomar conciencia de pensamientos imprecisos o negativos para que puedan visualizar situaciones exigentes con mayor claridad y responder a ellas de forma más efectiva. Es un método activo y directivo, y en ella paciente y terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada, utilizando técnicas tanto conductuales como cognitivas en combinaciones diferentes, según la sintomatología a abordar: relajación y respiración, reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, resolución de problemas, se ha evidenciado gran efectividad en el empleo de estas técnicas. Es preciso decir, que los adultos mayores son altamente capaces de aprender nuevas técnicas y receptivos a nuevas ideas.

## **FASES DEL PLAN DE INTERVENCION**

El Plan de Intervención Psicoterapéutico consta de 4 fases, las cuales posibilitan desarrollar los objetivos planteados, cada una de las fases está dirigida a promover las habilidades para el manejo de la etapa. Las fases son:

1. Encuadre
2. Diagnóstico
3. Planificación de sesiones
4. Intervención
5. Seguimiento

### **FASE 1: ENCUADRE**

En las primeras sesiones se trabaja la empatía y rapport con el adulto mayor y la familia, para lograr un ambiente armonioso que consiste en una combinación de componentes emocionales e intelectuales. Esto permite al adulto mayor y a la familia percibir la habilidad del terapeuta para crear una atmosfera de simpatía como alguien que sintoniza sus sentimientos y actitudes, que le acepta todos sus defectos y con quien puede comunicarse sin tener que explicar detalladamente lo que siente. Además, el rapport sirve para reforzar aquellas conductas adaptativas del adulto mayor y la familia, es decir, debemos lograr mantenerlos motivados y transmitirles la sensación de que estamos al lado del paciente dispuesto a ayudarlo al máximo y establecer una relación de trabajo en colaboración, son factores que facilitan el cambio. En esta fase del proceso psicoterapéutico se especificará el tipo de terapia, la duración de la misma, número de sesiones, los logros que se pretende alcanzar, el sentido de confidencialidad, además de establecerse los objetivos de las terapias y compromisos por parte del terapeuta y paciente.

### **FASE 2: DIAGNÓSTICO**

A través de la investigación realizada se ha identificado la presencia de los niveles de depresión que experimentan los adultos mayores no institucionalizados de los centros diurnos pertenecientes al cantón Catamayo. Sin embargo, es recomendable aplicar reactivos psicológicos para evaluar al sujeto en su sintomatología actual para brindar un mejor diagnóstico y tratamiento.

### **FASE 3: PLANIFICACIÓN DE SESIONES**

Durante el tratamiento, se aplicarán las técnicas más propicias para cumplir con los objetivos propuestos y alcanzar las demandas expuestas por los adultos mayores, familiares o personas que estén al cuidado de ellos, por ende, emplearemos técnicas que faciliten la

modificación de conductas inapropiadas y también aquellas que retroalimenten las conductas establecidas como metas a conseguir.

La intervención en general cuenta con 16 sesiones estructuradas de la siguiente manera; 8 sesiones individuales, en donde se aplicarán técnicas como: rapport – empatía, entrevista, la aplicación de la Historia de Vida del Adulto Mayor, identificación y expresión de emociones, modificación cognitiva - conductual, técnica de dominio y agrado, detección de pensamiento automáticos, psicoeducación, técnica de retribución, solución de problemas, relajación, y entrenamiento en asertividad. La intervención familiar cuenta con 4 sesiones las actividades a llevar a cabo son: rapport – empatía, acuerdos y compromisos, análisis de la estructura y funcionalidad familiar, psicoeducación, entrenamiento en asertividad, role playing, entrenamiento en comunicación y entrenamiento en solución de problemas. Finalmente, la intervención grupal cuenta con 4 sesiones, en las que se aplicará técnicas como la terapia de apoyo, expresión emocional, risa bailable, psicoeducación, y la terapia ocupacional.

#### **FASE 4: INTERVENCIÓN**

##### **INTERVENCIÓN INDIVIDUAL ADULTO MAYOR**

<b>SESIÓN 1: NUESTRA PRIMERA CITA</b>	
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer rapport y empatía.</li> <li>• Desarrollar la alianza terapéutica.</li> <li>• Establecer metas y compromisos a cumplir.</li> </ul>
<b>Actividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport</li> <li>• Entrevista</li> </ul>
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienvenida y agradecimiento por la asistencia.</li> <li>• Acuerdo de confidencialidad.</li> <li>• Explicación de objetivos terapéuticos metodología y funcionamiento.</li> <li>• Establecimiento de horario, normas y reglas.</li> <li>• Escucha activa - empática de las demandas del paciente.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategias de apoyo (frases motivadoras para obtener confianza, optimismo, seguridad y tranquilidad al inicio del tratamiento).</li> <li>• Estructuración y afianzamiento de la relación terapéutica: establecer acuerdos y compromisos entre las expectativas paciente y terapeuta.</li> </ul>
<b>Duración</b>	45 minutos
<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas de papel boom</li> <li>• Esferos</li> </ul>
<b>Recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulto mayor</li> <li>• Psicólogo</li> </ul>

<b>SESIÓN 2: MI DIARIO DE VIDA</b>	
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquirir datos globales de la historia personal, familiar y social del adulto mayor.</li> <li>• Evaluar la sintomatología actual del adulto mayor.</li> </ul>
<b>Actividad</b>	Aplicación de la Historia de Vida del Adulto Mayor
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saludo y agradecimiento por la asistencia.</li> <li>• Se iniciará siguiendo la estructura del <b>diario de vida</b> para el adulto mayor el cual está conformado siguiendo una línea cronológica vital que consta con cinco apartados.</li> <li>• ¿Quién soy?, hace referencia al momento actual, en este espacio el adulto mayor identificara el diario como propio, escribir el nombre y apellido con letras mayúsculas, colocar una fotografía actual del paciente y anotar debajo la dirección y teléfono actual.</li> <li>• Mi infancia, en este apartado es dedicado a recordar toda información acerca de la infancia del</li> </ul>



	<p>paciente como (fecha de nacimiento, nombre del padre-madre, amistades, la escuela, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mi adolescencia y juventud, en este periodo se incluyen los hechos más importantes del paciente (estudios, noviazgos, trabajo, matrimonio).</li> <li>• Mi madurez, incluimos información que recoge hechos ocurridos (la boda, viajes, hijos, amigos, aficiones etc.).</li> <li>• Mis cosas, este último periodo consiste en anotar las aficiones o intereses actuales del paciente (películas, canciones, deportes, comidas, etc.) (Peña, 2002) (ver anexo 9)</li> </ul>
<b>Duración</b>	45 a 60 minutos
<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja</li> <li>• Lápiz</li> <li>• Esfero</li> </ul>
<b>Recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulto mayor</li> <li>• Psicólogo</li> </ul>

<b>SESIÓN 3: EXPRESANDO DESDE EL FONDO DE MI CORAZÓN</b>	
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar información acerca de los sentimientos y emociones, profundizar en el conocimiento y en la identificación de las emociones que se experimenta durante el diario vivir.</li> <li>• Ofrecer información acerca de la depresión en la adultez mayor.</li> <li>• Inducir al paciente a darse cuenta de cuáles son las actividades que le proporcionan una mejoría, en cuanto a su sintomatología.</li> </ul>
<b>Actividad</b>	Identificación y expresión de emociones

	<p>Modificación cognitiva - conductual</p> <p>Técnica de dominio y agrado, programación semanal de actividades (Beck et al., 2010).</p>
<p><b>Procedimiento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se proporciona información y herramientas para el manejo de las emociones y sentimientos en torno al proceso de envejecimiento y como estas, están implicadas en la toma de decisiones y forman parte del razonamiento. Se explica al adulto mayor, información sobre la depresión factores de riesgo síntomas, causas y tratamiento de la misma.</li> <li>• Posteriormente se entregará un registro de emociones para que durante una semana registren aquellas emociones que hayan experimentado a lo largo de cada día, y en qué situaciones han ido surgiendo. De este modo el paciente se va haciendo consciente de las emociones que va viviendo en cada momento, incluso aun siendo contradictorias.</li> <li>• Se explicará al paciente los términos de dominio y agrado, posteriormente se realizará con el paciente una programación de actividades, una vez seleccionada la tarea, se le asigna una hora y se registran las actividades en cuestión. El Dominio y el Agrado pueden evaluarse en una escala de 5 puntos, donde 0 representaría, la ausencia de dominio/agrado y 5, el máximo de dominio/agrado. Al emplear una escala de evaluación, se induce al paciente a identificar éxitos parciales y niveles bajos de agrado</li> <li>• Finalmente, las actividades empleadas, están dirigidas a ayudar a mejorar la capacidad de conocer e identificar sus emociones para saber</li> </ul>

	posteriormente cómo manejarlas. Y proporcionar datos para identificar y corregir las distorsiones cognitivas (ver anexo 10).
<b>Duración</b>	45 a 60 minutos dependerá de la necesidad de cada paciente
<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lápiz</li> <li>• Esfero</li> <li>• Hoja de registro</li> </ul>
<b>Recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulto mayor</li> <li>• Psicólogo</li> </ul>

<b>SESIÓN 4: DETECTANDO MIS PENSAMIENTOS</b>	
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descubrir y eliminar los pensamientos automáticos que puedan inhibir la realización de una conducta positiva y desencadenar las conductas negativas, depresivas.</li> </ul>
<b>Actividad</b>	Detección de pensamientos automáticos (Beck et al., 2010)
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciaremos con la explicación de las definiciones de distorsión cognitiva, sustentando los mismos con ejemplos: “nadie me quiere”, “soy una carga”.</li> <li>• Enseñar a identificar los pensamientos negativos automáticos, por ejemplo: “me siento tan solo”, “para no estorbar, preferible morirme”.</li> <li>• Escribir la situación previa, que hizo desencadenar el pensamiento y la emoción que trajo consigo (ver anexo 11).</li> <li>• Una vez detectado el pensamiento no deseado interrumpido utilizando generalmente la orden “stop” o para, o algún ruido fuerte para interrumpir</li> </ul>

	<p>los ruidos desagradables, además se sustituyen pensamientos negativos por positivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentar video de cierre “motivación para adultos mayores”</li> </ul> <p><a href="https://www.youtube.com/watch?v=o8Ra7uiYDCQ">https://www.youtube.com/watch?v=o8Ra7uiYDCQ</a></p>
<b>Duración</b>	45 a 60 minutos dependerá de las necesidades que presente el paciente.
<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas de papel boom</li> <li>• Lápiz</li> <li>• Esferos</li> <li>• Internet</li> <li>• Computadora</li> </ul>
<b>Recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulto mayor</li> <li>• Psicólogo</li> </ul>

<b>SESIÓN 5: REFORZANDO MI AUTOESTIMA</b>	
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer y potenciar las capacidades y habilidades del adulto mayor.</li> <li>• Emplear la técnica de retribución en el adulto mayor</li> </ul>
<b>Actividad</b>	<p>Psicoeducación</p> <p>Técnica de retribución (Beck et al., 2010)</p>
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizará una breve explicación sobre el tema: Autoestima y la importancia de la autovaloración.</li> <li>• Luego se le pide al adulto mayor que dibuje en una hoja de papel una canasta con globos; en la canasta escribirá su nombre, en cada hilo las habilidades, fuerzas o capacidades que crea poseer y en cada globo sus logros o éxitos. Posteriormente se le puede pedir que realice un comercial publicitario</li> </ul>

	<p>pretendiendo promocionarse, basándose en sus cualidades personales, características físicas y logros alcanzados. Por ejemplo: “Soy una mujer esbelta, de cabello oscuro, tengo ojos color verde, me gusta expresar lo que siento, soy cariñosa, alegre, tengo confianza en mí mismo, he creado mi propio negocio, he logrado obtener mi título universitario”. El terapeuta juega un papel fundamental ya que tendrá que sugerir algunos aspectos que el paciente no esté considerando como logros.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se empleará la técnica de retribución, en donde, el terapeuta y el paciente platicarán sobre los acontecimientos relevantes, con objeto de atribuir la responsabilidad a quien verdaderamente le corresponda, conforme va ganando en objetividad, el paciente no sólo deja de atribuirse el peso de la culpa, sino que además puede buscar caminos para evitar las situaciones adversas e incluso prevenir su ocurrencia futura. Paciente y terapeuta elaboran un listado paso a paso para rectificar los errores anteriores del paciente.</li> </ul>
<b>Duración</b>	45 a 60 minutos
<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja papel boom</li> <li>• Lápiz</li> <li>• Computadora</li> </ul>
<b>Recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulto mayor</li> <li>• Psicólogo</li> </ul>

<b>SESIÓN 6: SOLUCIONANDO MIS PROBLEMAS</b>	
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer los elementos de las situaciones problemáticas vividas por el adulto mayor. Lograr que el paciente conozca y aplique las estrategias de solución de problemas.</li> </ul>
<b>Actividad</b>	Técnica Solución de Problemas
<b>Procedimiento</b>	<p>Entrenamiento en solución de problemas:</p> <p>Etapas-Preguntas/acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterización del problema. ¿Qué es aquello que quiere resolver?</li> <li>• Selección de objetivos. ¿Qué deseo?</li> <li>• Generación de alternativas. Lluvia de ideas ¿Qué puedo realizar?</li> <li>• Consideración de las causas. ¿Qué podría suceder?</li> <li>• Toma de decisiones. ¿Cuál es mi decisión?</li> <li>• Puesta en práctica.</li> <li>• Evaluación. ¿Ha salido bien? (ver anexo 12).</li> <li>• Intentar la solución más aceptable y factible.</li> </ul>
<b>Duración</b>	45 minutos
<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja papel boom</li> <li>• Esfero</li> </ul>
<b>Recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulto mayor</li> <li>• Psicólogo</li> </ul>

<b>SESIÓN 7: VAMOS A RELAJARNOS</b>	
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir la sintomatología ansiosa relacionada a la depresión que experimentan los adultos mayores.</li> </ul>
<b>Actividad</b>	Técnica de relajación
<b>Procedimiento</b>	Primero se realizará una explicación de lo que es la relajación, entrenamiento en respiración y condiciones

	específicas de la técnica, para poder realizar el procedimiento se desarrollará en algunas sesiones, la primera de la fase de concentración y representación (evocar escenas agradables), la segunda la fase de relajación neuromuscular del brazo derecho, la tercera fase que es la de regreso, en las siguientes sesiones se continúan con el relajamiento del resto de partes del cuerpo del adulto mayor (Balarezo, 1995, pág. 112).
<b>Duración</b>	30 a 35 minutos dependerá de las necesidades de cada paciente.
<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Silla</li> <li>• Mesa</li> <li>• Colchoneta</li> <li>• Alfombra</li> </ul>
<b>Recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulto mayor</li> <li>• Psicólogo</li> </ul>

<b>SESIÓN 8: RECORDANDO LO APRENDIDO</b>	
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover las habilidades sociales en el adulto mayor para fortalecer la integración en el entorno.</li> <li>• Reevaluar al paciente para verificar si disminuyó la sintomatología.</li> </ul>
<b>Actividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retroalimentación</li> <li>• Entrenamiento en asertividad</li> <li>• Psicoeducación</li> </ul>
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis retrospectivo de la sintomatología inicial del paciente.</li> <li>• En este ámbito realizaremos un entrenamiento en el asertividad, la cual es una cualidad por la que expresamos nuestras ideas, opiniones y</li> </ul>

	<p>sentimientos de manera afirmativa, adecuada y oportuna respetando los derechos de los demás. Se le explica al adulto mayor, que a la hora de afrontar situaciones podemos adoptar varios estilos como:</p> <p>Pasivo: no hace nada, le es indiferente. Agresivo: se enfada y actúa. Asertivo: comprende la situación y actúa. Se expondrá una situación al adulto mayor, el deberá escoger el estilo que elegiría y escribirá qué haría. Todo esto, con la finalidad de desarrollar en el adulto mayor, la comunicación asertiva, empatía y respeto (Beck et al., 2010) (ver anexo 13).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se acentúa el empleo de las habilidades adquiridas para el afrontamiento de las diversas situaciones problemáticas que puedan ocurrir en el diario vivir.</li> <li>• Realización de preguntas de reflexión: ¿de qué se dieron cuenta? ¿qué aprendieron? ¿que cambiaron? ¿cómo se sintieron?</li> <li>• Actividad de cierre, elaboración de un escudo de protección con pensamientos y frases positivas o imágenes para que cuando se sienta solo o triste pueda recurrir al escudo y recordar todo lo bueno (ver anexo 14).</li> </ul>
<b>Duración</b>	45 minutos
<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computadora</li> <li>• Música</li> </ul>
<b>Recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulto mayor</li> <li>• Psicólogo</li> </ul>



## INTERVENCIÓN FAMILIAR

<b>SESIÓN 1: CONOCIENDONOS JUNTOS</b>	
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer la estructura familiar del adulto mayor.</li> <li>• Establecer metas y objetivos.</li> </ul>
<b>Actividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport</li> <li>• Entrevista</li> </ul>
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienvenida y agradecimiento por la asistencia a la sesión.</li> <li>• Establecimiento de Rapport, Empatía, y Acuerdos (tiempo, duración de la terapia, requisitos del terapeuta y paciente).</li> <li>• Análisis de la estructura y funcionalidad familiar: tipo de relación, comunicación, alianzas, rivalidades.</li> <li>• Fijación de objetivos.</li> </ul>
<b>Duración</b>	45 minutos
<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas papel boom</li> <li>• Esferos</li> <li>• Lápiz</li> </ul>
<b>Recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familia</li> <li>• Psicólogo</li> </ul>

<b>SESIÓN 2: IMPORTANCIA DEL APOYO FAMILIAR</b>	
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducar a la familia sobre la importancia de las redes de apoyo familiar y social durante el envejecimiento.</li> <li>• Mejorar relaciones familiares disfuncionales.</li> <li>• Lograr el desarrollo de habilidades asertivas en los integrantes de la familia.</li> </ul>

<b>Actividad</b>	Psicoeducación Entrenamiento en asertividad y role-playing (Beck et al., 2010)
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar a la familia o parientes más cercanos del paciente, la importancia de la familia en las relaciones socio afectivas en la adultez mayor. Cambio de roles familiares en el envejecimiento. Tipo y fuentes de apoyo social en el adulto mayor y sus consecuencias. Calidad de vida en el adulto mayor.</li> <li>• Establecer un contrato entre la familia y el paciente en el cual se comprometan a mejorar la relación familiar y la comunicación como factor indispensable para la armonía entre los miembros del hogar, además, de comprometer a la familia a ofrecer su apoyo y cuidado hacia el adulto mayor.</li> <li>• Se le explica a la familia, que a la hora de afrontar situaciones podemos adoptar varios estilos como: Pasivo: no hace nada, le es indiferente. Agresivo: se enfada y actúa. Asertivo: comprende la situación y actúa. Se pedirá exponer una situación como ejemplo, la familia escogerá el estilo que elegiría y escribirá qué haría. Todo esto, con la finalidad de desarrollar en la familia, la comunicación asertiva, empatía y respeto.</li> <li>• Se empleará el Role Playing de las habilidades asertivas; iniciando y manteniendo conversaciones (preguntas, abiertas, escuchar la libre información, hacer autorrevelaciones, cambiar de tema, contar historias, etc.). Expresar amor, afecto, expresión de opiniones y petición de cambios.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarea a casa día del cariño, con esta actividad se tratará de instaurar un día por semana durante el cual, pase lo que pase, los miembros de la familia mostrarán expresiones de afecto y se comportarán amablemente entre ellos.</li> </ul>
<b>Duración</b>	30 a 45 minutos
<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computadora</li> <li>• Internet</li> </ul>
<b>Recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familia</li> <li>• Psicólogo</li> </ul>

<b>SESIÓN 3: ENTRENAMIENTO EN COMUNICACIÓN</b>	
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la comunicación ya que está favorece y fortalece la unión familiar y la buena relación entre los miembros del hogar.</li> </ul>
<b>Actividad</b>	Habilidades de la comunicación
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad de inicio colóquese, frente a un espejo y cambie la expresión de su rostro. Haga muecas, sonría. Luego, póngase frente a otra persona que hará las muecas y risas y usted la imitará, cambiando enseguida de roles.</li> <li>• Definir de manera clara el motivo del diálogo o preocupación.</li> <li>• Utilizar la primera persona para referirnos al problema, explicando cómo nos sentimos: “estoy muy angustiada por...”, “me siento agobiado por...”. Alentar a la otra persona a que dé su opinión.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestar, simbolizar que prestamos atención: asistiendo con la cabeza, escuchando, mirando a la cara, etc. Recapitulando de vez en cuando el mensaje de la otra persona para indicar que le escuchamos y confirmar que lo hayamos entendido bien.</li> <li>• Emitir críticas constructivas; esto consiste en decirle a la otra persona las cosas que está haciendo bien en una situación concreta brindando alternativas de cambio cuando no lo está haciendo correctamente.</li> <li>• Después del entrenamiento en comunicación el terapeuta modela las actitudes y respuestas adecuadas.</li> </ul>
<b>Duración</b>	35- 45 minutos dependerá de las necesidades que presenten los pacientes.
<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computadora</li> <li>• Internet</li> </ul>
<b>Recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familia</li> <li>• Psicólogo</li> </ul>

<b>SESIÓN 4: ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS</b>	
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar estrategias de resolución de conflictos dentro del hogar.</li> <li>• Incentivar la expresión emocional entre los familiares, facilitando la comunicación de sentimientos.</li> </ul>
<b>Actividad</b>	Solución de problemas
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámica para fortalecer las habilidades sociales, trabajaremos en la empatía. La finalidad, de esta</li> </ul>

	<p>dinámica es apreciar los sentimientos y emociones de otra persona y buscar puntos en común ante un conflicto que estén atravesando dentro del hogar, reforzar la convivencia, el respeto y la tolerancia. Se elegirá una prenda de ropa o accesorio de la otra persona (collar, bufanda, gorro, jersey, chaqueta, pañuelo, corbata, etc.), con la prenda puesta se pedirá a la persona que describa lo que siente y las sensaciones que tiene siendo la otra persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se identificará el problema que estén atravesando dentro del ambiente familiar, posterior a ello, se generará alternativas al problema, se realizara la elección de la alternativa más adecuada y se empleará dicha alternativa.</li> <li>• Dramatización “Soy libre de expresar mis emociones y sentimientos” este proceso nos permitirá la comprensión emocional de las conductas presentadas en los miembros de la familia y, por ende, reconstruir el sistema de valores internos más positivos.</li> <li>• La celebración; se pide a los miembros de la familia que realicen una celebración por algo significativo para ellos durante este proceso de intervención (normalmente por haber cumplido a los acuerdos que llegaron).</li> </ul>
<b>Duración</b>	45 minutos dependerá de las necesidades que presenten la familia
<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computadora</li> </ul>
<b>Recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familia</li> <li>• Psicólogo</li> </ul>

## INTERVENCIÓN GRUPAL

<b>SESIÓN 1: APOYEMONOS JUNTOS</b>	
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Interactuar con los compañeros del grupo</li></ul>
<b>Actividad</b>	Terapia de apoyo (Mena et al., 2012)
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bienvenida y agradecimiento por la asistencia.</li><li>• Dinámica rompehielos “pásame la flor” esta dinámica es muy sencilla y práctica para los adultos mayores, ya que sólo tendrán que sentarse en sillas y formar un círculo. Después, cuando todos se hayan sentado en círculo, debes entregarle la flor a uno de ellos. Luego, el usuario deberá decir su nombre, edad, fruta y color que le gusta y cuál es su emoción el día de hoy. Al finalizar, deberá pasarle la flor a la persona de al lado, la cual tendrá que repetir lo que hizo su compañero e ir siguiendo estos pasos nuevamente hasta que todos se hayan presentado al resto del grupo.</li><li>• Circulo solidario, el adulto mayor se sienta formando un círculo con los demás compañeros, el psicólogo guiara el tema a tratar, todos deben de participar compartiendo experiencias personales.</li><li>• Hablar en segunda persona, se le pide al adulto mayor que hable de sí mismo, como si hablara de otra persona.</li><li>• Evocación del problema, se le solicita al adulto mayor que hable de su problemática, pidiéndole que analice, desde su origen, para que él o ella haga conciencia del mismo.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le pide al adulto mayor que realice una lista de actividades agradables y que luego las comparta con el grupo.</li> <li>• Seguidamente, se le solicita a la persona mayor que haga una lista de actividades que domine, para que después las muestre al grupo.</li> <li>• Finalmente, todos los participantes del programa ventilan sus emociones y sentimientos, intercambian experiencias y se brindan apoyo mutuo ayudándose a tomar conciencia de su problema</li> </ul>
<b>Duración</b>	60 a 120 minutos, varía de acuerdo con las necesidades del adulto mayor
<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flor</li> <li>• Sillas</li> </ul>
<b>Recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos mayores</li> <li>• Psicólogo</li> <li>• Centro diurno</li> </ul>

<b>SESIÓN 2: CON CARIÑO ES MEJOR</b>	
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer los vínculos de amistad.</li> </ul>
<b>Actividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresión emocional</li> <li>• Risa bailable</li> </ul>
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámica de inicio, el adulto mayor tendrá que elegir una pareja para iniciar el baile, se colocará una música alegre elegida por el psicólogo, mientras ríen y ríen. Van cambiando de pareja sin dejar de reír.</li> <li>• Luego de la actividad el adulto mayor y su compañero se ubicarán cara a cara, y comenzarán a</li> </ul>

	<p>decirse frases positivas con cariño, de esa manera se logrará que ellos conozcan lo significativo y fundamentales que son para cada uno de los compañeros del centro diurno, fortaleciendo los vínculos sociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emplear esta técnica dos veces por semana.</li> <li>• Dialogo abierto, se hará reflexiones sobre la actividad empleada.</li> </ul>
<b>Duración</b>	45 a 60 minutos
<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computadora</li> <li>• Silla</li> </ul>
<b>Recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos mayores</li> <li>• Psicólogo</li> <li>• Centro diurno</li> </ul>

<b>SESIÓN 3: TRABAJANDO EN LA RESILIENCIA</b>	
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr mantener el equilibrio y un adecuado nivel de bienestar.</li> </ul>
<b>Actividad</b>	Psicoeducación
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dramatización “adaptación en los cambios del envejecimiento” se pedirá a los participantes que formen parte de esta actividad, con el fin de obtener una reflexión acerca de que tan resilientes son para ajustarse y adaptarse a lo nuevo.</li> <li>• Escribir problemas que hayan atravesado durante su vida.</li> <li>• Listado de estrategias de afrontamiento para los problemas.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se resalta el empleo de las habilidades adquiridas para el afrontamiento de las diversas situaciones problemáticas que experimento el paciente.</li> <li>• Despedida y cierre, se agradece por la colaboración prestada y se realiza la invitación a la próxima sesión.</li> </ul>
<b>Duración</b>	45 a 60 minutos
<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja papel boom</li> <li>• Lápiz</li> <li>• Esferos</li> <li>• Borrador</li> </ul>
<b>Recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos mayores</li> <li>• Psicólogo</li> <li>• Centro diurno</li> </ul>

<b>SESIÓN 4: PARTICIPEMOS TODOS</b>	
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar oportunidades de participación en actividades para los adultos mayores.</li> <li>• Reforzar el aprendizaje de las habilidades adquiridas.</li> </ul>
<b>Actividad</b>	Terapia Ocupacional
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámica de inicio, a través del juego “tingo tingo tango” se procederá a preguntar sobre las enseñanzas obtenidas del programa.</li> <li>• Ayudar a al restablecimiento de las rutinas normales: plan estructurado de actividades cotidianas, diseño y seguimiento de listas de tareas sencillas. Instruir en las habilidades necesarias para la vida diaria, como, por ejemplo, manejo del</li> </ul>

	<p>dinero, realización de compras, preparación de comidas, etc. Actividades instrumentales, domésticas y productivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Musicoterapia, se utilizarán sonidos de la naturaleza y música positiva, se le pedirá al adulto mayor que tome una posición cómoda, iniciara el sonido de la música y finalmente se le pedirá al paciente que exprese las sensaciones que experimento durante la actividad.</li> <li>• Baile, los adultos mayores formarán un círculo, al compás de la música, seguirán los pasos según el estilo musical empleado.</li> <li>• Arteterapia; realizar un dibujo que represente sus emociones el día de hoy, se le pedirá al adulto mayor que ponga en práctica su creatividad y su concentración.</li> <li>• Ensayar las técnicas propuestas de todo el programa, cierre.</li> </ul>
<b>Duración</b>	60 a 120 minutos
<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sillas</li> <li>• Mesas</li> <li>• Hojas</li> <li>• Lápiz</li> <li>• Pinturas</li> <li>• Parlantes</li> <li>• Computadora/internet</li> </ul>
<b>Recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos mayores</li> <li>• Psicólogo</li> <li>• Centro diurno</li> </ul>

## **FASE 5: SEGUIMIENTO**

Una vez terminada la intervención psicoterapéutica, se sugieren sesiones posteriores de seguimiento, las cuales consisten en contactos esporádicos del terapeuta con el adulto mayor durante determinado tiempo, con la finalidad de comprobar si los resultados del tratamiento se mantienen, han mejorado o existe la presencia de recaídas. Durante este tiempo de seguimiento se analiza si el paciente suele utilizar las técnicas y estrategias aprendidas durante el programa de intervención, para poder evaluar si los resultados del tratamiento se mantienen o incluso mejoran; si esto se cumple, entonces se puede decir que la intervención psicoterapéutica ha culminado con éxito y que se han cubierto los objetivos terapéuticos propuestos. En caso de que el paciente tenga recaídas, se le vuelve a inducir al tratamiento para reafirmar el objetivo terapéutico mediante las técnicas psicológicas empleadas, o para tratar nuevas demandas.

## 7. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como propósito identificar el apoyo social percibido y la relación con la depresión en adultos mayores no institucionalizados con una muestra de 95 participantes.

Los resultados obtenidos de la investigación, a través de la aplicación del Test MOS de Apoyo Social Percibido se determinó que, el nivel de apoyo social medio fue el prevalente con un 47,9 %, seguido de un nivel de apoyo social máximo un 29,2 %, mientras que, el 22,9 % de la muestra obtuvo apoyo social mínimo; datos que coinciden con el estudio son los registrados en Lima, por Meza (2019) en la cual, la población estuvo conformada por 100 adultos mayores de ambos sexos pertenecientes al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor Santa Anita, se evidenció la prevalencia del apoyo social medio 58 %, seguido de apoyo social mínimo 34 %, finalmente un apoyo social máximo con un 8 %. Resultados similares se identificaron en un estudio realizado en México, por Trujano et al., (2020) se evaluaron a 300 adultos mayores no institucionalizados, en donde el nivel más prevalente de apoyo social percibido destacó el medio con un 55,3 %. Arias et al., (2017) realizaron un estudio con 200 adultos mayores pertenecientes a centros de día, club de día, centros de jubilados, talleres para adultos mayores, así como en domicilios particulares y en espacios públicos de la ciudad Mar de Plata (Argentina), en donde se identificó que el 48,0 % de los casos presentaron apoyo social medio, seguido de un apoyo social bajo 47,0 %, mientras que sólo un 5 % presentó apoyo social alto; estos estudios evidencian la condición actual de los adultos mayores. Hoy en día, las nuevas estructuras y sistemas familiares no satisfacen a cabalidad las necesidades de apoyo y cuidado que amerita el adulto mayor, sin embargo, los centros diurnos o centros de participación pueden brindar en cierta medida el apoyo social que requiere, formándose redes de apoyo que integren al adulto mayor, estableciendo vínculos solidarios y de comunicación para hacer frente a diversas necesidades y de esta forma contribuir a su bienestar físico, emocional y social. La literatura refiere que, el apoyo social en la población adulta mayor es fundamental ya que, a través de éste se conforman posibles redes y alternativas de apoyo ante situaciones difíciles que pueden presentarse en esta edad. Y es que, dar apoyo es dar seguridad y confianza al otro (Ramos y Salinas, 2010).

En lo concerniente a los datos obtenidos a través de la escala de depresión Geriátrica de Yesavage, el 44,8 % de los adultos mayores presentaron probable depresión, en comparación al 38,5 % depresión establecida y el 16,7 % de la muestra no presentaron rasgo depresivo. Un estudio

similar realizado, en la ciudad de Cuenca (Ecuador) por Peláez et al., (2020) con una muestra constituida por 82 adultos mayores de ambos sexos pertenecientes a un centro diurno, evidenciaron que el 53,7 % de los adultos mayores presentó probable depresión, el 35.3 % depresión establecida y el 11 % no presentó rasgo depresivo; estos autores concluyen que, la manifestación de los niveles de depresión presentes, es un factor importante a considerar en el adulto mayor, ya que, condiciona la calidad de vida y actúa como comorbilidad importante al incrementar la mortalidad. Otro estudio realizado en el contexto nacional por Romero (2019), de un total de 20 adultos mayores no institucionalizados pertenecientes al Centro Diurno “Casa del día San José”, los resultados que se obtuvieron en cuanto al nivel de depresión el 55 % reportó probable depresión, el 40 % depresión establecida y el 5 % depresión leve. De forma similar otro estudio realizado a 42 adultos mayores residentes del centro geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez” de la ciudad de Loja por Tenesaca (2021) al aplicar la escala de depresión Geriátrica de Yesavage, se comprobó la prevalencia de probable depresión 55,5 %, y depresión establecida 44,5 %; deduciendo que la depresión en el adulto mayor constituye un problema considerable de salud mental.

Respecto a la relación entre variables de apoyo social percibido y depresión, el presente estudio señala una correlación negativa débil, es decir, que a menor apoyo social percibido, mayor depresión. Resultados similares se muestran en una investigación realizada en Chile por Riffo (2021) de una muestra conformada por 550 adultos mayores pertenecientes a Centros de Atención Primaria de Salud, con respecto a las variables de apoyo social percibido y depresión se identificó una correlación positiva débil; considerando que la presencia de sintomatología depresiva en el adulto mayor aparece como uno de los factores que generan mayor sufrimiento y deterioro, con efectos negativos sobre el bienestar integral.

En Colombia, se identificaron resultados similares en un estudio realizado por Quintero et al., (2019) quienes reportaron que de un total de 200 adultos mayores en un rango de 55 años en adelante que pertenecen al Centro Vida de Piedecuesta se determinó la correlación entre el apoyo social percibido y depresión, existiendo una correlación significativa a la inversa, es decir que se evidenció que a mayor apoyo social percibido por parte de los adultos mayores, menor es el riesgo de cursar por un cuadro depresivo. Cabe mencionar, que los resultados muestran, en la presente investigación, evidencian que, si bien el apoyo social incide en los cambios del estado de ánimo de los adultos mayores, considerando que, el trabajo no estuvo libre de limitantes, presentándose un sesgo de selección de muestra, ya que esta fue reducida, por lo que, los datos obtenidos no

pueden generalizarse, siendo necesarias nuevas investigaciones que corroboren la consistencia de los resultados.

Resulta relevante tener en cuenta; los resultados obtenidos en esta población, ya que, pone en evidencia la necesidad de la puesta en marcha de programas de prevención e intervención en el adulto mayor con el fin de mejorar su salud mental y calidad de vida.

## 8. CONCLUSIONES

- El análisis de relación entre las variables de estudio, a través de los datos obtenidos del Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) para medir el apoyo social percibido y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, indican una correlación negativa débil; por lo tanto, a mayor apoyo social, menor nivel de depresión; sin embargo, al ser la correlación débil se puede inferir que el apoyo social no es determinante en la sintomatología depresiva, existiendo otras variables que podrían incidir en la problemática
- En relación a los datos obtenidos de la evaluación del apoyo social percibido, 95 adultos mayores presentan un nivel de apoyo social medio con un 47,9 %, seguido del apoyo social máximo en un 29,2 % y el apoyo social mínimo 22,9 %. Respecto a los niveles de las dimensiones de apoyo social, se evidenció que: el apoyo emocional, instrumental, de interacción social y apoyo afectivo, son bajos; resaltando la importancia y la necesidad de poner en marcha estrategias y planes de intervención tendientes a cubrir estas necesidades en la población adulta mayor del estudio y extrapolarlo a otros grupos en el ámbito gerontológico.
- Respecto a los niveles de depresión, el nivel predominante fue probable depresión con un 44,8 % seguido de depresión establecida 38,5 %; revelando la necesidad de dar atención temprana a los participantes del estudio, para reducir la sintomatología y prevenir mayores complicaciones asociadas al cuadro depresivo.
- Se diseñó un plan de intervención psicoterapéutica dirigida a los adultos mayores que formaron parte del grupo de estudio, y que puede ser replicado en otras instituciones de asistencia geriátrica. El objetivo del plan es optimizar el estado emocional, el apoyo social percibido y reducir los niveles de depresión detectados en la población adulta mayor, beneficiará a este grupo etario brindando técnicas psicológicas, estrategias y habilidades sociales para hacer frente a esta problemática existente.

## 9. RECOMENDACIONES

- El presente estudio pretende ser un punto de partida para la realización de investigaciones posteriores relacionados con el apoyo social percibido en relación con la depresión en los adultos mayores, considerando la escasa investigación en relación a estas variables tanto a nivel nacional y local, que tengan en cuenta además, una muestra más ampliada que permita obtener resultados eficaces y fiables que evidencien esta problemática, con la finalidad de propiciar un mayor apoyo social, proveyendo recursos que permitan al adulto mayor mantener una buena salud mental y consecuentemente una mejor calidad de vida.
- Sugerir la implementación de programas y proyectos en Centros Diurnos o Centros gerontológicos en general, dirigidos a promover las buenas prácticas respecto al cuidado y atención al adulto mayor, con la finalidad de proveer recursos de afrontamiento ante problemáticas de salud mental como la depresión, crisis vitales propias de la edad adulta y las formas de relación interpersonal que provean mayores redes de apoyo y soporte importantes para el bienestar del adulto mayor; políticas públicas encaminadas a mejorar las condiciones del Adulto Mayor, la familia, el entorno social y laboral que le proporcione actividades, roles sociales, teniendo en cuenta las limitaciones y habilidades de los adultos mayores posibilitando una autopercepción de utilidad y producción.
- Se recomienda, fomentar la inclusión y la participación de los adultos mayores en diferentes programas intergeneracionales, eventos y actividades recreativas; proporcionados por las autoridades del cantón Catamayo, lo cual les permitirá fortalecer las fuentes de apoyo social propiciar el envejecimiento activo, así como, la salud mental.
- Aplicar la propuesta psicoterapéutica planteada en la presente investigación, destinada a la optimización del estado emocional y reducción de los niveles de depresión, proporcionando estrategias efectivas para mejorar la calidad de vida, fortaleciendo la salud mental y los vínculos socio-familiares. La propuesta está destinada a los adultos mayores de los centros diurnos que participaron en la investigación, sin embargo, pueden ser aplicados en otras instituciones de atención gerontológica.



## 10. BIBLIOGRAFIA

- Abad , S. I. (2022). Depresión Y Ansiedad En Personas Adultas Mayores. *Scielo* , 28-35.
- Alguacil , R. (2018). Los Programas Intergeneracionales favorecen el envejecimiento activo . *Geriatricarea* , 4-10.
- Almeida, M. (2013). Análisis de los factores asociados a la depresión de los adultos mayores del hogar de ancianos santa catalina laboure.
- Alonso , A., Menéndez, M., & González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. . *Cadernos*, 118-123.
- American Psychiatric Association. (2018). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. 5ta edición.
- Aragón, S., Rivera, D., & Manrique, A. (2020). Percepción del apoyo social en adultos mayores pertenecientes a las instituciones denominadas centros de vida. *Diversitas: Perspectivas En Psicología*, 16(1), 55-64.
- Arias, C. (2009). La Red De Apoyo Social En La Vejez. Aportes Para Su Evaluación. *Dialnet*, 147-158.
- Arias, C., Favro, N., & Soliveréz, C. (2017). Tamaño, composición y funcionalidad de la red de apoyo social en la vejez avanzada. *Amazonas*, 648-650.
- Arias, C., Sabatini, M., Scolni, M., & Tauler, T. (2019). Composición y tamaño de la red de apoyo social en distintas etapas vitales. *Avances En Psicología Latinoamericana. Urosario*, 1-15.
- Arredondo, N., Rogers, H., Tang, J., Gómez, S., Arizal, N., Pérez, M., & Aguirre-Acevedo, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*. 142-150.
- Bacca, A., González, A., & Uribe, A. (2005). Validación de la escala de depresión Geriátrica de Yesavage.
- Ballesteros, S. (2016). Factores protectores del envejecimiento cognitivo. *U. N. Distancia*.
- Barbosa, M., Duarte, M., Bastos, V., & Andrade, L. (2019). radução e adaptação transcultural da escala cornell assessment of pediatric delirium para língua portuguesa. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 195-200.

- Barra, Almagia, & Enrrique. (2018). nfluencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos . *Redalyc* , 30-38.
- Barra, B., & Ravinet, J. (2018). Psicogeriatría. una mirada hacia el futuro. *Sociedad Chilena de Salud Mental*.
- Barreda, D. (2019). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista De Investigación En Psicología*, 39-52.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: DESCLEÉ DE BROWER.
- Bustamante, N., Salazar, R., Zamorano, C., Peña, M., & Salazar, A. (2021). Prevalencia de Síntomas Depresivos en pacientes Adultos Mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(3), 197-203.
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 182-191.
- Carstensen, L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. . *Library*, 331-338.
- Carstensen, L., & Charles, S. (1994). The salience of emotion across the adult life. *Psychology and Aging*, 259-264.
- Carstensen, L., & Charles, S. (2002). Teorías Gerontologicas de la emoción . *Library*.
- Carstensen, L., Fung, H., & Charles, S. (2003). Socioemotional selectivity heory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation y Emoción*, 103-123.
- Cartensen, L. (1993). *La Teoría de la selectividad socioemocional*.
- Castro , R., Campero, L., & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. . *Revista de Saúde Pública Journal of Public Health*, 425-35.
- Cerquera, A., & Meléndez, C. (2010). Factores culturales asociados a las características diferenciales de la depresión a través del envejecimiento. *Pensamiento Psicológico*, 63-71.
- Charles, S., Mather, M., & Carstensen, L. (2003). Teorías gerontologicas de la emoción . *American Psychological Association*, 310-324.

- Cid, P., Merino, J., & Stieповich, J. (2008). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista Médica de Chile*, 1491-1499.
- Cobb. (1976). Antecedentes sobre el apoyo social. *Revista Psicodebate*, 1-11.
- Cohen, & House. (2019). Modelo de Buffer del apoyo social . *Dialnet*.
- Collacso, H., & León, L. (2019). Adaptación del cuestionario MOS de apoyo social en pacientes oncológicos del instituto nacional de enfermedades neoplásicas.
- Constitución del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador* . Obtenido de [https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_ecu\\_const.pdf](https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf)
- Cornachione, L. (2006). *Psicología de la vejez*. Argentina: Ed Brujas.
- Cortajarena, M., Ron, M., Vicario, M., & Vergara, E. (2016). *Medicina de familia*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-antidepressivos-tercera-edad-S1138359315002993>
- Crisoles Pillpe, C., & Lizarme Lizarme, R. (2018). Abandono Familiar Que Influye En La Salud Mental En Los Adultos Mayores Del Puesto De Salud Choccepuquio-Apurimac. *Facultad de Ciencias de la Salud*.
- Cuadros, A. (2013). Aproximación desde el trabajo social: Depresión y bienestar subjetivo en mayores institucionalizados vs no institucionalizados. Documentos De Trabajo Social:. *Revista De Trabajo Y Acción Social*, 109-132. Obtenido de <https://dialnet.uni>
- Deví, J. (2015). *Manual de intervención clínica en psicogerontología*. Herder .
- Domínguez, Y. (25 de Mayo de 2019). *Apoyo social percibido en adultos mayores de la casa del adulto mayor de la Municipalidad de San Martin de Porres, periodo 2019. San Martin de Porres*.
- Domínguez, Y. (2019). Apoyo social percibido en adultos mayores de la casa del adulto mayor de la municipalidad de San Matin de Porres. 48-59.
- DRAE. (2022). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de <https://www.rae.es/>
- Durá, E., & Gárces, J. (2015). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos . *Dialnet*, 258-262.
- Espinoza, G. L. (2004). Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana De Estomatología*.
- Fachado, A., Rodríguez, M., & Castro, L. (2014). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia. *Para saber de*, 118-123.

- Fernández, F., & Antequera, J. (2013). Trastornos de ansiedad en el adulto mayor .  
*Psicogeriatría*.
- Fernández, R. (2009). *PsicoGerontología: Perspectivas europeas para un mundo que envejece*.  
Madrid: Pirámide.
- González, C. (2009). EVALUACIÓN EN PSICOGERONTOLOGÍA. *El Manual Moderno* .
- González, C. (2015). Teorías del envejecimiento. La Vejez En Movimiento. *Un Enfoque Integral*.
- González, J., García, M., Váldez, A., & González, D. (2018). *La depresión en el anciano* .  
Obtenido de <https://doi.org/https://orcid.org/0000-0002-5408-6263>
- Gracia, F., & Herrero. (2006). Antecedentes sobre el apoyo social. *Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad*, 52-54.
- Havighurst. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 230-232.
- Hidalgo, P., & Agudín, N. (2018). *Obtenido de Tratamiento de la depresión en el anciano*.  
Obtenido de NPunto.
- Kaplan, Daniel B; Berkman, Barbara J. (2019). Efectos de los periodos de transición en las personas mayores. *MANUAL MSD*. Obtenido de Efectos de los periodos de transición en las personas mayores .
- Lite, E. (Marzo de 2016). Obtenido de ¿Qué es el apoyo social y cómo protege a las personas mayores?: Geriatriaera: <https://www.geriaticarea.com/2016/03/04/que-es-el-apoyo-social-y-como-protege-a-las-personas-mayores/>
- Lizcano, D., Cardona, D., Segura , A., Segura, A., Agudelo, M., & Muñoz, D. (2020). Factores que explican el apoyo social del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. *CES Psicología*, 144-165.
- Lombardo, Enrique, & Soliveréz, C. (2019). Valoración del apoyo social durante el curso vital. *Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad*, 19(1), 52-58.  
doi:<http://dx.doi.org/10.18682/pd.v1i1.859>
- López, M., Milagro, I., & Hernández, R. (1999). Propuesta de intervención para ancianos deprimidos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19-23.
- Márquez, E., Soriano, S., García, A., & Falcon, M. (2005). Depresión en el adulto mayor: Frecuencia y factores de riesgo asociados. *Atención Primaria*, 345-346.

- Martínez, O. (2007). Depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*, 514-525.
- Mathis, W., Smith, E. A., & Schoof, H. F. (1970). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. *Journal of Economic Entomology*, 29-31.
- Mayo Clinic. (2021). *Depresión, trastorno depresivo mayor*.
- Meléndez, J., Delhom, I., & Satorres, E. (2019). El poder de la inteligencia emocional sobre la resiliencia en adultos mayores. *Ansiedad y Estrés*, 14-19.
- Mena, R., Lozano, E., Arévalo, A., Archundia, R., Olivares, A. M., Chaparro, T. É., & Esperón, I. R. (2012). *Principios del abordaje gerontológico en la persona adulta mayor e intervenciones básicas*. México: Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.
- Mendoza, J. L. (2015). El apoyo social percibido de la red de amigos y el ajuste de los adultos mayores. *Pedagogía Nacional*, 38-43.
- Meza, R. (2019). Apoyo social percibido por los ancianos del centro integral de atención al adulto mayor Santa Anita Lima. 12-14.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2019). *Ficha de depresión geriátrica de yesavage*. . Obtenido de <https://bit.ly/38Q3cLR>
- Miquel, J. (2019). Integración de teorías del envejecimiento. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55-63.
- Morales, D. (2020). *Bienestar psicológico y apoyo social en adultos mayores: Una revisión sistemática*.
- NIH. (20 de Enero de 2022). Obtenido de Las Personas Mayores y la Depresión. Los Institutos Nacionales de Salud: <https://www.nia.nih.gov/espanol/personas-mayores-depresion>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Obtenido de Envejecimiento activo y saludable.
- Organización Mundial de la Salud. (04 de octubre de 2021). Obtenido de Envejecimiento y Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (13 de Septiembre de 2021). *Depresión*. Obtenido de <https://bit.ly/3OmMxj6>
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). Obtenido de Módulos de valoración clínica.
- Oyarzun, D., & Iriarte, I. (2020). Escala multidimensional de apoyo social percibido en adolescentes chilenos. *Revista Liminal. Escritos Sobre Psicología Y Sociedad*, 39-58.

- Pacheco, H., Milushka, N., Urquiola, A., & Alhena, L. (2018). Influencia del apoyo social percibido, factores sociodemográficos y socioeconómicos sobre la depresión de personas adultas mayores del área urbana de la ciudad de La Paz. *Fides et Ratio. Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 15(15), 15-28. Obtenido de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2071-081X2018000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-081X2018000100003&lng=es&tlng=es)
- Peláez, V., Ochoa, R., Cayamcela, D., Castro, A., & Estrada, J. (2020). Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. 16-21.
- Peña, J. (2002). *El libro de la memoria (Historia de vida)*. Barcelona: Fundación de la Caixa.
- Pérez, J., & Márquez, A. (2018). Sobrecarga familiar, apoyo social y salud comunitaria en cuidadores de personas con trastorno mental grave. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 52.
- Psikepedia. (29 de agosto de 2019). Obtenido de <https://psikipedia.com/libro/comunitaria/4360-apoyo-social-salud-y-bienestar-modelos-explicativos>
- Quintero, A., Díaz, D., & Gómez, D. (2019). Relación entre depresión y Apoyo Social en el Adulto Mayor del Centro de Vida de Piedecuesta. 35-54.
- Quirantes, M. A., López-Ramírez, M., Hernández - Meléndez, E., & Pérez - Sánchez, A. (2009). Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. *Revista Cubana De Salud Pública*, 35.
- Quizhpe, C. (2018). Factores asociados a la depresión del adulto mayor no institucionalizado en el hospital general Isidro Ayora de la ciudad de Loja. 31-35.
- Ramos, J., & Salinas, R. (2010). Vejez y apoyo social. *Revista de educación y desarrollo*, 69-76.
- Revilla, L., & Bailón, E. (2022). El cuestionario medical outcomes study (MOS), un instrumento para evaluar el apoyo social.
- Riffo, Á. (2021). Bienestar, apoyo social, contar con pareja, y sintomatología depresiva en adultos mayores de Concepción. 46-100.
- Rodríguez - Hernández, M. (2008). La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual. *Pensamiento actual*, 10-16. *Pensamiento actual*, 10-16.
- Rodríguez, M. (2011). La naturaleza humana en Aristóteles. *Fragmentos De Filosofía*.
- Román, C. S. (junio de 2018). *Geriatricarea*. Obtenido de *Enevejecimiento activo: concepto y terminología*.

- Romero, A. (2019). Depresión de los adultos mayores de la casa de día San José de la ciudad de Loja. 20-24.
- Ruíz, L. M. (2019). Técnica de detención del pensamiento: características y uso en terapia. *Psicología y Mente*.
- Salud. (2018). *Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de [https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-infancia-diagnostico/#:~:text=La%20CIE%2D10%20\(68\),0%20Episodio%20depresivo%20leve](https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-infancia-diagnostico/#:~:text=La%20CIE%2D10%20(68),0%20Episodio%20depresivo%20leve)
- Sanabria, A., & Ramírez, N. (2016). Factores biológicos y psicológicos del envejecimiento. 48-55.
- Sánchez, I., & Tovar, J. (2018). El apoyo social en la vejez: diferencias por sexo en una muestra del norte de México. . *Revista de avances en psicología* , 191-198.
- Sánchez, M. (2005). Tratamiento farmacológico de la depresión en el adulto mayor. *Cómo elegir*.
- Sánchez, R., & Sánchez, J. (2020). El aislamiento del adulto mayor por el COVID-19: Consecuencias e intervenciones psicosociales durante la cuarentena. *Studia Zamorensia*, 33-41.
- Sherbourne, C., & Stewart, A. (2016). The MOS Social Support Survey. *Psicología Final*, 177 - 190.
- Sisa, I., & Vega, R. (2021). Prevalencia de depresión en adultos mayores residentes en Ecuador y factores contribuyentes: un estudio poblacional. *Revista de Salud Pública*, 23(2), 1-10. doi:<https://doi.org/10.15446/rsap.v23n2.85965>
- Tamayo , T. M. (2019). Relajación de jacobson para disminuir la ansiedad originada por evaluaciones e incremento del rendimiento académico en estudiantes de psicología de una universidad privada de Lima Metropolitana. . *Avances en Psicología* , 167-189.
- Tenesaca, K. (2021). Depresión y ANsiedad en el adulto mayor del centro geriátrico Daniel Álvarez de la ciudad de Loja. 37-42.
- Thakur, M., & Blazer, D. (2008). Depression in long-term care. . *Journal of the American Medical Directors Association*, 82-87.
- Trujano, R., Flores, M., Lara, J., & Aguilar, A. (2020). Apoyo social percibido de adultos mayores. *Alternativas Psicológicas*, 151-153.

- Urrutia, N., & Villarraga, C. (2010). Una vejez emocionalmente inteligente: Retos y desafíos. *Contribuciones de las ciencias*. Obtenido de <http://www.eumed.net/rev/cccss/07/uavg.pdf>
- Váldez, M., González, A., & Salisu. (2017). Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores.
- Valdez, N. (2021). Depresión y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor del barrio 15 de noviembre del cantón Quevedo.
- Ventura Merkel, & Lidoff. (1983). Programas intergeneracionales . *Geriatricarea*.
- Vivaldi, Flabia, Barra, & Enrique. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. . *Terapia psicológica* , 23-29.
- Xifra, M. (2020). Perfil sociodemográfico y apoyo social percibido de personas mayores en condiciones de vulnerabilidad. *Revista Ocupación Humana*, 20(2), 10-24.
- Yanguas, J. (2006). Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensiona. *Imsero*.
- Yupangui , M. (2016). “PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE ZIMET EN UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA DE UNCENRO DE ADULTO MAYOR EN TRUJILLO. *Geriatría* , 17-20.



## 11. ANEXOS

### Anexo 1: Informe De Estructura Y Coherencia Del Proyecto De Integración Curricular



**unl**

Universidad  
Nacional  
de Loja

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Facultad  
de la Salud  
Humana

Oficio. No. -296- C.PS.CL- FSH-UNL  
Loja, 06 de junio de 2022

Señorita.  
Deyannyra Mishell Loján Túqueres  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL**  
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente me permito hacer conocer que se adjunta la respuesta del informe de **ESTRUCTURA Y COHERENCIA** del Proyecto de Tesis denominado: **"APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS DEL CANTÓN CATAMAYO, PERIODO 2022"**, de su autoría; el mismo fue emitido por la Psic. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez Mgs. docente responsable.

Particular que comunico a usted para los fines correspondientes.

Atentamente,



ANA CATALINA  
PUERTAS  
AZANZA

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

C/c. Expediente Estudiantil  
Archivo



Loja, 30 de mayo de 2022

Dra. Ana C. Puertas A. Mg.  
**GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA - UNL.**  
En su despacho. -

De mi consideración:

Extiendo un saludo atento, cordial y respetuoso.

En respuesta al Oficio Nro.-259 C.PS.CL- FSH-UNL, de fecha 20 de mayo de 2022, en el que se solicita analizar y emitir el informe de estructura y coherencia del proyecto denominado **“APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS DEL CANTÓN CATAMAYO, PERIODO 2022”**, de autoría de la señorita Deyannyra Mishell Loján Túqueres CI.1150791299, estudiante del octavo ciclo de la carrera de Psicología Clínica, menciono que:

Una vez que se ha realizado la revisión del Proyecto de Tesis, informo a Usted que el mismo **tiene estructura y coherencia**, por lo que se considera podrá continuar realizando su trabajo de tesis según el cronograma planteado.

Atentamente,



firmado electrónicamente por  
**CINDY ESTEFANIA**  
**CUENCA SANCHEZ**

---

**Psc. CI. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez. Mg.**  
**Docente**

## Anexo 2: Designación Del Director



UNL

Universidad  
Nacional  
de Loja

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Facultad  
de la Salud  
Humana

Oficio. No.346- C.PS.CL- FSH-UNL  
Loja, 27 de junio del 2022

Psicóloga Clínica  
Cindy Estefanía Cuenca Sánchez Mgs  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL**  
Ciudad. -

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo, y acogiendo lo establecido en el Art. 228 del Reglamento de Régimen Académico 2021 de la Universidad Nacional de Loja, una vez emitido el informe favorable de pertinencia del Proyecto de Tesis titulado: **"APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS DEL CANTÓN CATAMAYO, PERIODO 2022"**, de autoría de la Srta. Deyannyra Mishell Loján Túqueres estudiante del VIII ciclo, me permito designarle **DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR** y autorizo su ejecución.

Art. 228 en su parte pertinente dice: El director del trabajo de integración curricular o de titulación será responsable de asesorar y monitorear con pertinencia y rigurosidad científico-técnica la ejecución del proyecto y de revisar oportunamente los informes de avance, los cuales serán devueltos al aspirante con las observaciones, sugerencias y recomendaciones necesarias para asegurar la calidad de la investigación. Cuando sea necesario, visitará y monitoreará el escenario donde se desarrolle el trabajo de integración curricular o de titulación

Particular que me permito informar, para los fines consiguientes y agradecerle su atención.

Atentamente,



ANA CATALINA  
PUERTAS  
AZANZA

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mgs  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL**

C/c. Deyannyra Mishell Loján Túqueres.  
Expediente estudiantil  
Archivo

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**AUTORA:** Deyannyra Mishell Loján Túqueres

Yo, Deyannyra Mishell Loján Túqueres con número de identificación 1150791299 me encuentro ejecutando la presente investigación con fines investigativos previo a obtener el título de Licenciada en Psicóloga Clínica de la Universidad Nacional de Loja, el cual tiene como finalidad conocer el apoyo social percibido y depresión en adultos mayores no institucionalizados.

Se aplicará el Test Mos que ayudará a evidenciar como la población adulta mayor percibe el apoyo social y la Escala de depresión geriátrica Yesavage para medir el nivel de depresión que existe en los participantes.

El resultado de los mismos valdrá para la elaboración de un plan psicoterapéutico dirigido a los profesionales con el objetivo de fortalecer y optimizar el estado emocional y el apoyo social percibido, previniendo así la aparición de trastornos depresivos en los adultos mayores.

### **ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Catamayo...de.....del 2022

Yo \_\_\_\_\_;

identificado(a) con número de cédula \_\_\_\_\_ declaro haber sido informado/a de manera clara, precisa y oportuna de los fines que busca el presente proyecto con el título:

**APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS DEL CANTÓN CATAMAYO, PERIODO 2022.**

Acepto que la información que yo provea en la presente investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi

consentimiento. He sido informado/a de que puede realizar preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

<b>Huella/firma.</b>	
<b>Cedula de identidad.</b>	

Anexo 4: Cuestionario MOS Apoyo Social Percibido

**Cuestionario MOS**

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que usted dispone.

1. Aproximadamente ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tienen usted? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre).

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos .....; .....

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda.

¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

<b>Marque con un círculo uno de los números de cada fila.</b>	<b>Nunca</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>La mayoría de veces</b>	<b>Siempre</b>
2. Alguien que le ayude cuando tiene que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseja cuando tiene problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que te lleva al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestra amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien que quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5

8. Alguien que le informa y le ayuda a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5

17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Nota: Adaptado de Revilla y Bailón (2022).



Anexo 5: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

**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 usted durante la última semana.

1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	si	<b>NO</b>
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	<b>SI</b>	no
3. ¿Siente que su vida está vacía?	<b>SI</b>	no
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?	<b>SI</b>	no
5. ¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	Si	<b>NO</b>
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le vaya a pasar?	<b>SI</b>	no
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	<b>NO</b>
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?	<b>SI</b>	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	<b>SI</b>	No
10. ¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	<b>SI</b>	No

11. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	<b>NO</b>
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	<b>SI</b>	No
13. ¿Se siente lleno de energía?	si	<b>NO</b>
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	<b>SI</b>	No
15. ¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	<b>SI</b>	No
Las respuestas que indican depresión están en <b>NEGRITA Y MAYÚSCULAS</b> .  Cada una de estas respuestas cuentan <b>1 PUNTO</b> .	<b>Total:</b>	

Nota: Adaptado de Ministerio de Inclusión Económica y Social (2019)

## INSTRUCTIVO

Puntuación total: 15 puntos.

Puntos de corte

No depresión	0 – 5
Probable depresión	6 – 9
Depresión establecida	10 - 15

Tiempo de administración: 10-15 minutos.

Normas de aplicación: El evaluador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser muy meditada. La respuesta debe ser “sí” o “no” y debe referirse a cómo se ha sentido el paciente la semana anterior

Anexo 6: Autorización Para la Recolección De Datos

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DE CATAMAYO / Teléfono(s): 072565  
Documento No.: GADMC-SG-2022-0926-OF-EX  
Fecha: 2022-04-07 12:46:55 GMT -05  
Recibido por: Ginger Mariuxi Gonzaga Azanza  
Para verificar el estado de su documento ingrese a: <https://quipux.catamayo.gob.ec/quipux>  
con el usuario: 9999997679

Facultad  
de la Salud  
Humana

Abogado  
Armando Figueroa Augurto  
ALCALDE DEL CANTÓN CATAMAYO  
Catamayo

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO  
MUNICIPAL DE CATAMAYO  
Recibido por: 010004  
Fecha: 07-04-22  
Hora: 11:38  
SECRETARÍA RECEPCIONISTA

De mi consideración:

Por medio del presente reciba un cordial y atento saludo, de quienes conformamos la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja el motivo es **solicitarle** comedidamente la autorización para que la Srta. **Deyannyra Mishell Loján Túqueres CI 1150791299** estudiante del VIII ciclo de la carrera de Psicología Clínica pueda desarrollar su Trabajo de Integración Curricular en la Institución que acertadamente dirige; con el tema **"APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS DEL CANTÓN DE CATAMAYO, PERIODO 2022."**. Previo a obtener el Título de Licenciada en Psicología Clínica

Aprovecho la ocasión para expresarle a usted mis sentimientos de consideración.

  
Firmado electrónicamente por  
ANA CATALINA  
PUERTAS  
AZANZA  
Dra. Ana Puertas Azanza Mgs  
DIRECTORA DE LA CARRERA DE  
PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL

Archivo  
APA/tsc

Anexo 7: Fotografías de trabajo de Campo





## Anexo 8: Resultados Complementarios

**Tabla 8. Género de los Adultos Mayores**

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	48	50,0
Femenino	47	49,0
Total	95	100,0

*Nota:* Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales.

En la tabla 8 se evidencian los datos sociodemográficos de los 95 adultos mayores que conforman la muestra de estudio, se encontró una distribución de 50,0% hombres y 49,0 mujeres.

**Tabla 9. Prueba de normalidad**

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Niveles de Apoyo Social	0,246	95	0,000	0,807	95	0,000
Niveles de Depresión	0,251	95	0,000	0,790	95	0,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

*Nota:* Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales.

**Tabla 10. Medidas simétricas**

		Niveles_Depresión	
Rho de Spearman	Niveles de Apoyo Social	Coefficiente de correlación	-0,212
		Sig. (bilateral)	0,015
		N	95

*Nota:* Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales.

### Análisis e interpretación

En la tabla 10, se evidencia una correlación negativa débil entre el apoyo social percibido y la depresión en donde se obtuvo que el coeficiente Rho de Spearman es de -0,212 y sus valores

de significancia son menores a 0,05 lo que evidencia que no existe una estrecha relación significativa entre las variables de estudio.

**Tabla 11.** *Apoyo Emocional*

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	45	46,9
Medio	20	20,8
Alto	30	31,3
Total	95	100,0

*Nota:* Cuestionario MOS de Apoyo Social aplicado a Adultos Mayores de Centros Diurnos del Cantón Catamayo.

### **Análisis e interpretación**

En la tabla 11 se muestran los niveles de la dimensión de apoyo social emocional de los 95 adultos mayores, en los que, 20 adultos mayores que representa el 20,8% presentaron apoyo emocional bajo, 30 adultos mayores que equivalen al 31,3% mostraron apoyo social alto y 45 adultos mayores que representan el 46,9% presentaron apoyo emocional bajo.

**Tabla 12.** *Apoyo Instrumental*

	Frecuencia	Porcentaje
No hay	6	6,3
Bajo	76	79,2
Medio	13	13,5
Total	95	100,0

*Nota:* Cuestionario MOS de Apoyo Social aplicado a Adultos Mayores de Centros Diurnos del Cantón Catamayo.

### **Análisis e interpretación**

En la tabla 12 se presentan los niveles de la dimensión de apoyo social instrumental de los 96 adultos mayores, obteniendo que, 6 adultos mayores que corresponden a 6,3% no existe apoyo instrumental, 13 adultos mayores que representan al 13,5% apoyo instrumental medio y 76 adultos mayores que equivalen al 79,2% presentaron un apoyo instrumental bajo.

**Tabla 13. Interacción Social**

	Frecuencia	Porcentaje
No hay	2	2,1
Bajo	84	87,5
Medio	9	9,4
Total	95	100,0

*Nota:* Cuestionario MOS de Apoyo Social aplicado a Adultos Mayores de Centros Diurnos del Cantón Catamayo.

### **Análisis e interpretación**

En la tabla 13 se evidencia los niveles de la dimensión de interacción social de los 95 adultos mayores, en los que, 2 adultos mayores que equivalen al 2,1% no existe interacción social, 9 adultos mayores que representan al 9,4% muestran media interacción social y 84 adultos mayores que representan al 87,5% presentan interacción social baja.

**Tabla 14. Apoyo Afectivo**

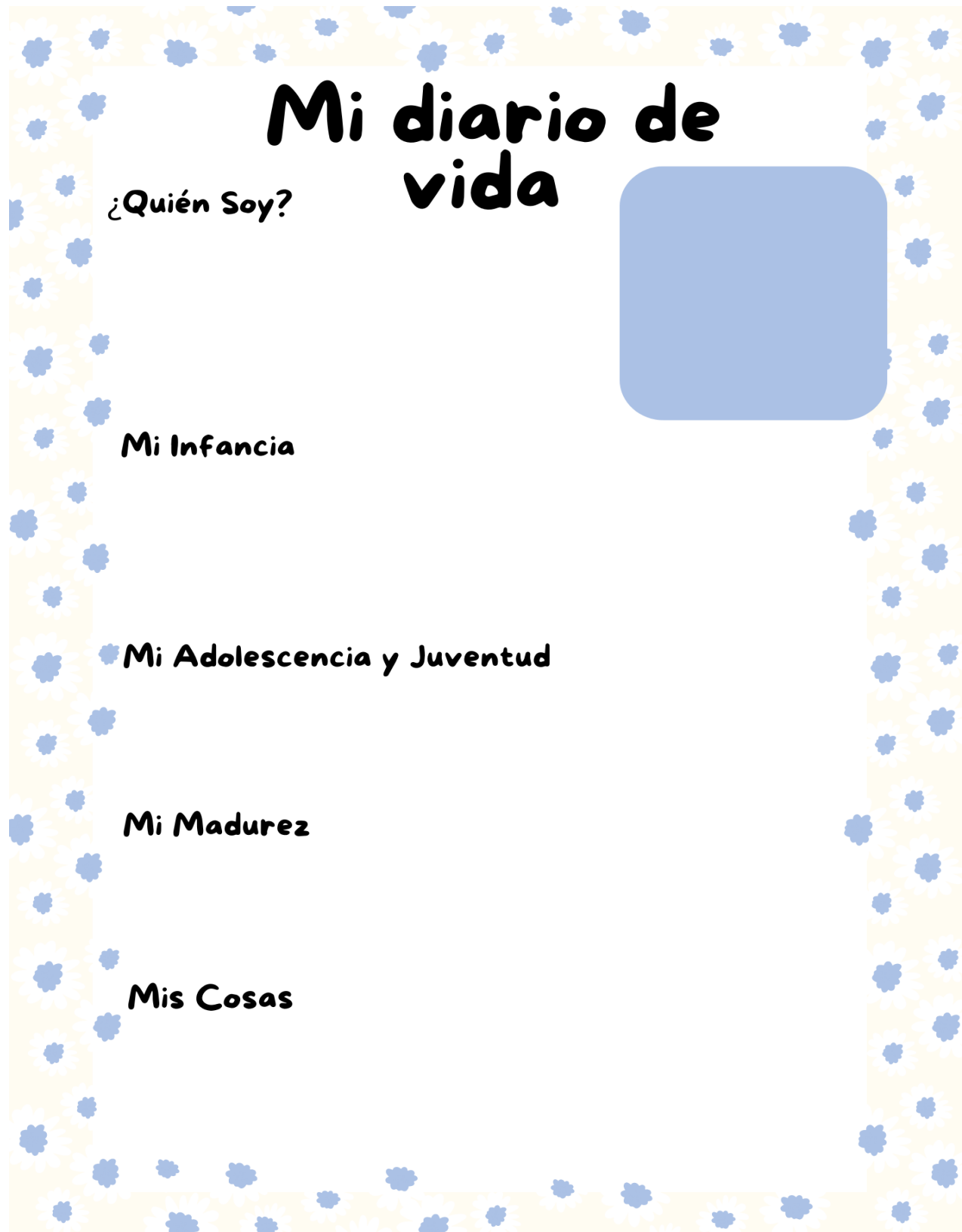
	Frecuencia	Porcentaje
No hay	8	8,3
Bajo	87	90,6
Total	95	100,0

*Nota:* Cuestionario MOS de Apoyo Social aplicado a Adultos Mayores de Centros Diurnos del Cantón Catamayo.

### **Análisis e interpretación**

En la tabla 14 se presentan los niveles de la dimensión de apoyo afectivo de los 95 adultos mayores, obteniendo que, 8 adultos mayores que equivalen al 8,3% no existe apoyo afectivo y 87 adultos mayores que representan el 90,6% de la muestra presentaron bajo apoyo afectivo.





# Mi diario de vida


¿Quién Soy?

Mi Infancia

Mi Adolescencia y Juventud

Mi Madurez

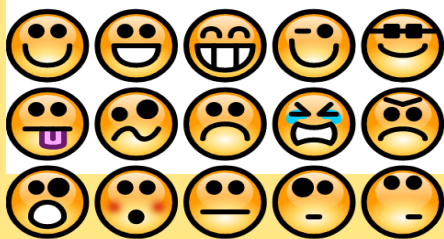
Mis Cosas



# Registro de Emociones

Nombre:

Día						
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						



# REGISTRO DE PENSAMIENTOS



SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN

**NOMBRE:** -----

Anexo 12: Solución de Problemas

¿Cuál es el problema?
<b>DEFINICIÓN DEL PROBLEMA</b>
Antecedente
Problema
<b>PLANTEAMIENTO DE ALTERNATIVAS</b> 1. . 2. . 3. .
<b>TOMA DE DECISIONES</b>
<b>DECISIÓN TOMADA APLICARLA Y VERIFICACIÓN DE RESULTADOS</b>

# Asertividad

SITUACIÓN

.....

.....

.....



PASIVA

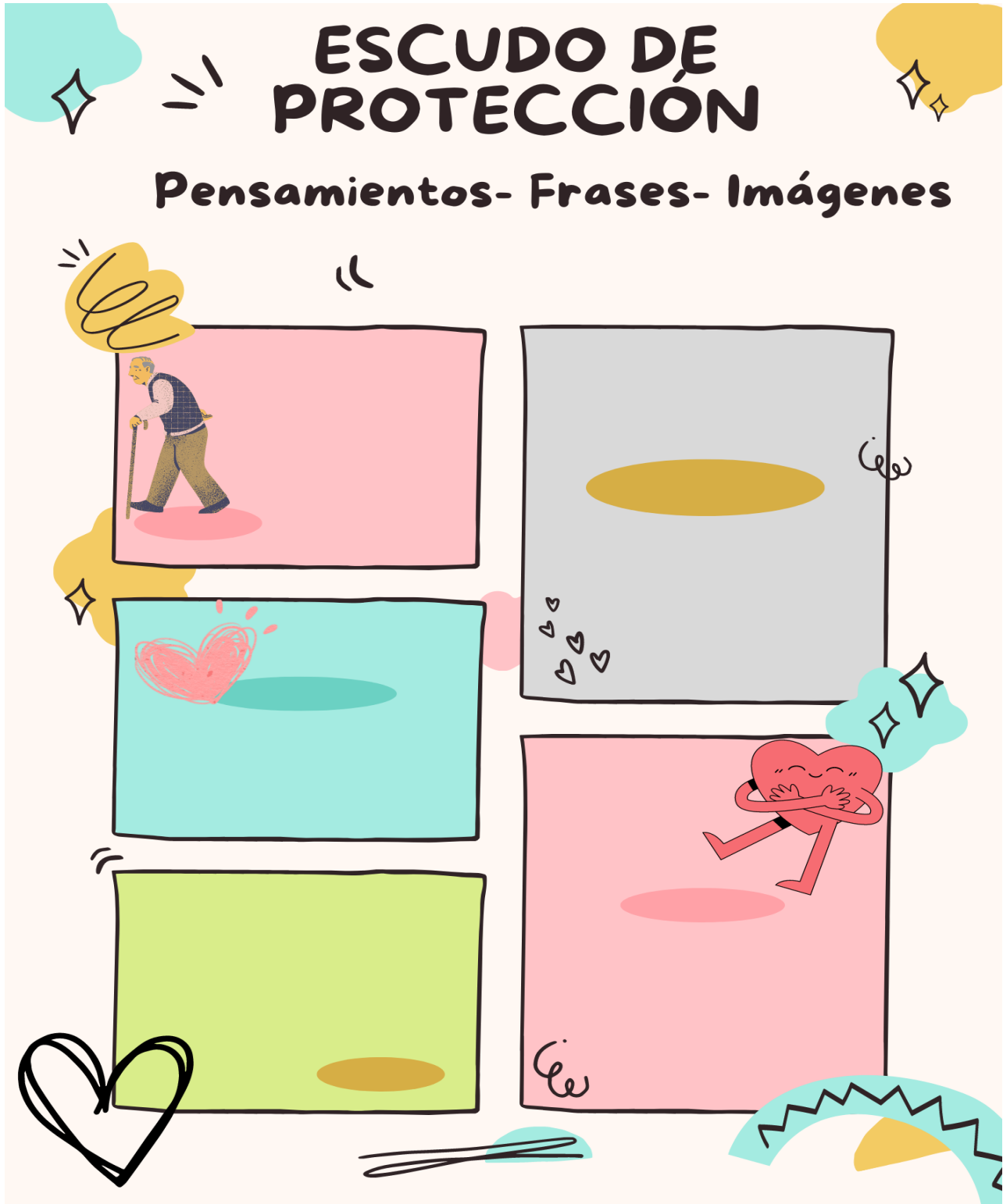


AGRESIVA



ASERTIVA

**NOMBRE:** .....





## FINE-TUNED ENGLISH LANGUAGE INSTITUTE

*Líderes en la Enseñanza del Inglés*

Ing. María Belén Novillo Sánchez.

**ENGLISH TEACHER - FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.**

### **CERTIFICA:**

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del trabajo de titulación **“Apoyo Social Percibido Y Depresión En Adultos Mayores No Institucionalizados Del Cantón Catamayo, Periodo 2022”**, autoría de **Deyannyra Mishell Loján Túqueres** con número de cédula **1150791299**, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 05 de septiembre del 2022

Ing. María Belén Novillo Sánchez.

**ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.**



*Líderes en la Enseñanza del Inglés*

Matriz - Loja: Macará 205-51 entre Rocafuerte y Miguel Riofrío - Teléfono: 072578899  
Zamora: García Moreno y Pasaje 12 de Febrero - Teléfono: 072608169  
Yantzaza: Jorge Mosquera y Luis Bastidas - Edificio Sindicato de Choferes - Teléfono: 072301329

**www.fte.edu.ec**