

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**EFFECTIVIDAD DE LA TÉCNICA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL  
EN LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR,  
ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3 CHEJOÑA -  
PUNO - 2014**

**TESIS**

**PRESENTADO POR:**

**LILIA LUDI PARI LARICO  
ELIDA ALEJO NINA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PUNO – PERÚ  
2014**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**EFFECTIVIDAD DE LA TÉCNICA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL EN LA  
DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR, ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3  
CHEJOÑA - PUNO - 2014**

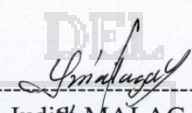
## TESIS

Presentado a la Coordinación de Investigación de la Facultad de Enfermería de la  
Universidad Nacional del Altiplano, como requisito para optar el Título Profesional de:

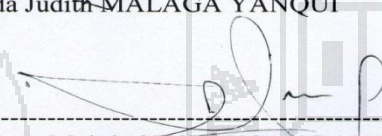
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**APROBADO POR:**

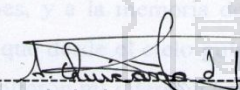
**PRESIDENTE DEL JURADO** :

  
Dra. Frida Judith MALAGA YANQUI

**PRIMER MIEMBRO** :

  
Mstro. Juan Moisés SUCAPUCA ARAUJO

**SEGUNDO MIEMBRO** :

  
Mg. Filomena Lourdes QUICANO DE LÓPEZ

**DIRECTOR Y ASESOR** :

  
Mg. Ángela Rosario ESTEVES VILLANUEVA

**PUNO - PERÚ**

**2014**

**ÁREA** : Adulto

**TEMA** : Técnicas de liberación en la depresión

## DEDICATORIA

A Dios por su guía y protección constante, dándome fortaleza para continuar a quien debo mis éxitos, hoy pido su bendición y me conduzca al desarrollo de mi profesión.

A mis queridos padres, Bonifacio y Aurea, quienes con mucho esfuerzo han convertido mi sueño en realidad, apoyándome de manera incondicional. Mi triunfo es el de ustedes.

Con mucha gratitud a la Srta. Rufina, por recorrer este camino cerca de mí, brindándome su ayuda incondicional, su espíritu alentador, sus consejos y regaños, ahora entiendo que todo fue para formarme y para llegar a cumplir esta y muchas metas.

Con mucho amor a mi abuelito Armando por sus oraciones, y a la memoria de mi abuelita Candelaria que desde el cielo guía mi camino; quienes inspiraron mi interés y empeño en éste grupo de personas que siempre dejarán una huella imborrable en mi corazón.

*Al amor, por ser el primer valor que debe cultivar una persona.*

*Lilia Ludi.*

## DEDICATORIA

A Dios por su protección, por guiar mis pasos y fortalecer mi camino, por darme la vida, a quien le pido su bendición para encaminarme profesionalmente.

A mí querida mamita Livia que desde el cielo me protege, cuida, guía mis pasos; quien siempre está en mi mente y corazón, a quien debo mi triunfo, a mi querida abuelita Gregoria quien junto a su hija iluminan mi camino, dándome muchas razones para seguir adelante.

A mi querido papá Rosario con profundo amor y mucha gratitud por su esfuerzo, sacrificio, apoyo incondicional, por ayudarme a luchar y salir adelante.

A Rufina con un profundo respeto y cariño, quien siempre me recuerda que nunca es tarde para lograr mis objetivos, constante regaño, apoyo moral e incondicional que hicieron posible que cumpla con mis metas.

*Elida.*

## **AGRADECIMIENTO**

*A nuestra Alma Mater, Universidad Nacional del Altiplano – Puno, por darnos la oportunidad de realizarnos como profesionales.*

*A la Facultad de Enfermería, por habernos brindado los conocimientos teórico – práctico para desempeñarnos como futuras profesionales de Enfermería.*

*A nuestra Directora y Asesora de investigación Mg. Ángela Rosario Esteves Villanueva, con profundo cariño y estima, por sus constantes orientaciones, apoyo moral y ayuda incondicional, durante el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación.*

*Al M.Sc. Percy Huata Panca por su asesoramiento estadístico en el desarrollo de nuestro trabajo de investigación.*

*A nuestros miembros jurados revisores de la presente tesis Dra. Frida Judith Málaga Yanqui, Mstro. Juan Moisés Sucapuca Araujo, Mg. Filomena Lourdes Quicaño de López, por sus sugerencias y aportes que nos brindaron a la culminación y fortalecimiento del presente trabajo de investigación.*

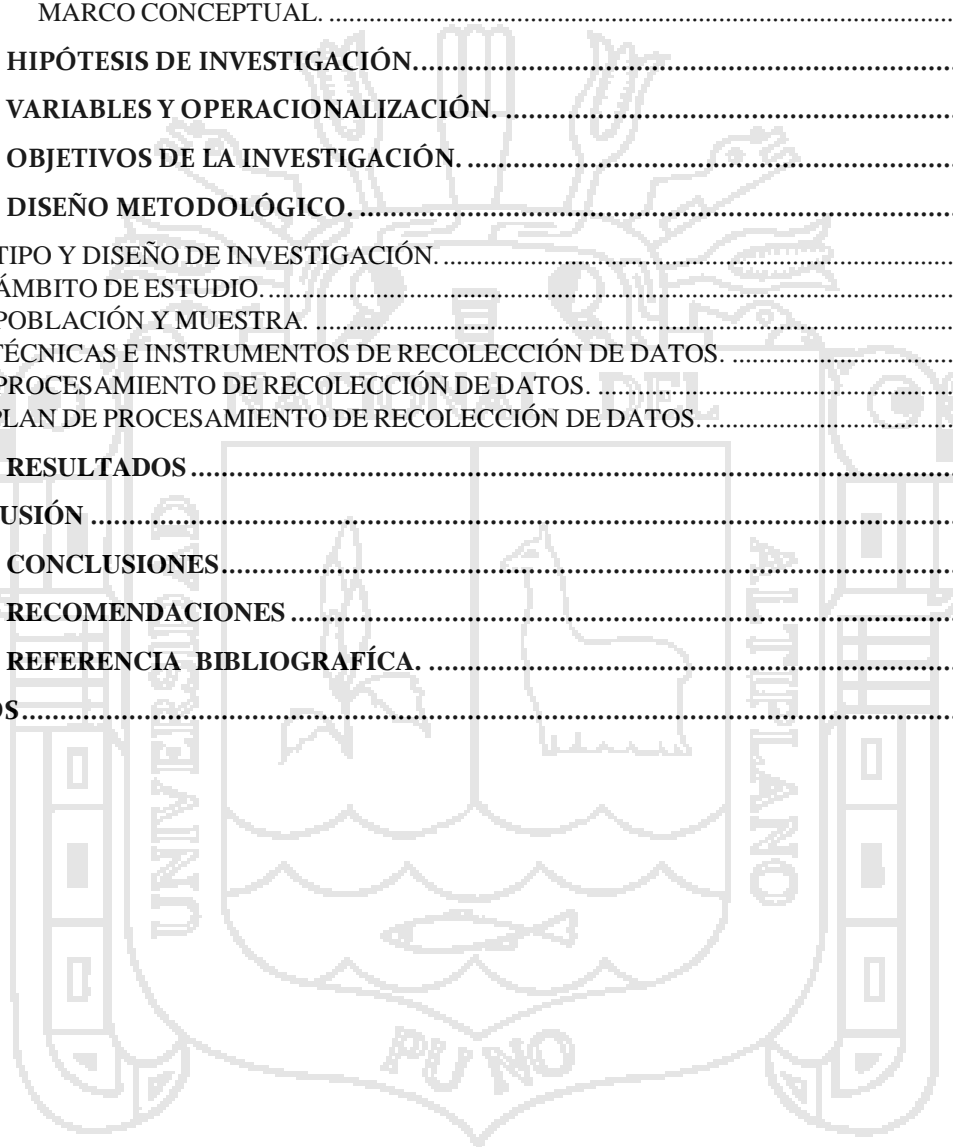
*Establecimiento de Salud I-3 Chejoña – Puno, a todo el personal que labora en dicho lugar, por todas las facilidades brindadas para la ejecución de la presente investigación.*

*A los adultos mayores del Establecimiento de Salud I-3 Chejoña – Puno, por su total participación, colaboración en nuestras sesiones de técnica de liberación emocional.*

*Lilia Ludi y Elida.*

## ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN. ....</b>	<b>1</b>
1.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA. ....	6
1.3. ENUNCIADO DE PROBLEMA.....	10
1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO O JUSTIFICACIÓN.....	11
<b>II. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL. ....</b>	<b>12</b>
2.1. MARCO TEÓRICO: .....	12
2.2. MARCO CONCEPTUAL. ....	46
<b>III. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>47</b>
<b>IV. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN. ....</b>	<b>47</b>
<b>V. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>51</b>
<b>VI. DISEÑO METODOLÓGICO. ....</b>	<b>51</b>
6.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN. ....	51
6.2. ÁMBITO DE ESTUDIO.....	52
6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA. ....	53
6.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	54
6.5. PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS. ....	56
6.6. PLAN DE PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	62
<b>VII. RESULTADOS .....</b>	<b>65</b>
<b>Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>65</b>
<b>VIII. CONCLUSIONES.....</b>	<b>82</b>
<b>IX. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>83</b>
<b>X. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>85</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>92</b>



## RESUMEN

El presente trabajo de investigación, se realizó con el objetivo de **“Determinar la efectividad de la Técnica de Liberación Emocional en la depresión del adulto mayor, Establecimiento de Salud I-3 Chejoña - Puno - 2014”**. La investigación fue de tipo pre – experimental con diseño pre y post test con un solo grupo. La población estuvo constituida por 51 adultos mayores y la muestra por 39 adultos mayores con niveles de depresión moderada y severa. La técnica utilizada fue la entrevista, el instrumento utilizado fue la Escala Geriátrica Abreviada de Yesavage para medir los niveles de depresión. Los resultados fueron: en cuanto a las características personales del adulto mayor con depresión; el 51.3% oscila entre las edades 70-79 años, 79.5% es de sexo femenino, 59.0% son analfabetos, 51.3% tiene como ocupación su casa y 47.7% son viudos. La técnica de liberación emocional es efectiva en la disminución de la depresión del adulto mayor, ya que antes de la intervención predominaba la depresión moderada con 64.1%, seguido de severo con 35.9%. Después de la intervención de técnica de liberación emocional con cinco sesiones (1 teórico, 4 práctico), los resultados fueron: 74.4% pasó a sin depresión, 25.6% presentó depresión moderada y 0.0% depresión severa. Estadísticamente la constatación de hipótesis fue mediante la prueba de “diferencia de dos medias muestrales”; donde  $Z_c = 11,57 > Z_t = 1,96$  por lo tanto se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se Acepta la hipótesis alterna ( $H_1$ ), Esto significa que si existe diferencia significativa entre el nivel de depresión Pre-test y Post-test, confirmándose que las sesiones de técnica de liberación emocional son efectivas frente a la depresión en los adultos mayores del Establecimiento de Salud I-3 Chejoña.

**Palabras Claves:** Depresión, adulto mayor, técnica de liberación emocional.

## ABSTRACT

The following investigation was carried out with the objective to “**determine the effectiveness of the Emotional Freedom Techniques in the Elder Adult Depression Health Establishment I-3 Chejoña - Puno - 2014**”, This investigation was pre experimental type with pre and post test with just one group. The total sample was conformed by 51 adults and the sample was conformed by 39 adults with high and moderate Depression levels. The technique was the interview, the tool was yesavage’s Abbreviated Geriatric Scale to obtain the Depression levels. The results were: about personal characteristic in elder adult with depression: 51.3% between 70-79 years old, and 79.5% women, 59.0% were illiterate, 51.2% were housewives or househusbands, 47.7% were widowed. The Emotional Freedom Techniques is effective to decrease the elder adult depression, seeing that before the intervention the moderate depression was 64.1%, and severe depression with 35.9%. After the intervention of the Emotional Freedom Techniques with 5 sessions (1 theoretic, 4 practices), the results were: 74.4% become without severe depression. statistically the hypothesis verification was by means of “2 arerage samples difference”, where  $Z_c=11,57 > Z_t=1,96$  therefore we reject the null and void hypothesis ( $H_0$ ) and we accept the alern hypothesis ( $H_1$ ), this means there’s a significant difference between the pre-test and post-test depression, so the Emotional Freedom Techniques are effective against the elder adult depression in health Establishments I-3 Chejoña.

**Key words:** Depression, elder adult, Emotional Freedom Techniques.



## I. INTRODUCCIÓN.

### 1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA:

Como seres humanos crecemos, nos desarrollamos y declinamos. Pero, ¿qué pasa cuando cursamos la etapa final de la vida? el ser humano que tenga 60 años a más, la sociedad y la OMS lo considera como un anciano, persona de tercera edad, viejo, adulto mayor y actualmente lo llaman adulto en plenitud.<sup>1</sup> La Organización Panamericana de la Salud (OPS) refiere un crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años a más, constituyéndose por ende uno de los cambios demográficos más importantes del siglo XXI. Se prevé que en el año 2050 los mayores de 65 años representen el 21% de la población mundial.<sup>2</sup> Tan solo en la Región de las Américas en el año 2010 la población de 60 años a más alcanza el 13.1% de la población total, con un índice de envejecimiento de 53 adultos de 60 años a más por cada 100 niños menores de 15 años.<sup>3</sup>

La población adulta mayor en nuestro país también se ha incrementado, según el último censo Encuesta Nacional de Hogares 2013, revelan que la población con 60 a más años de edad, representa el 13.9% del total de población, mientras en el 2012 el porcentaje de adultos mayores es de 13,3% a diferencia del 2011 con 12,8%.<sup>4</sup> Proyecciones oficiales estiman que para el año 2025 y 2050 subirá a 17.4% y 21.3% respectivamente.<sup>5</sup> En el departamento de Puno según el censo nacional de población y vivienda en el período intercensal 1993-2007, se observa que la población femenina en el grupo de edad de 65 años a más ha pasado de 5,9% en 1993 a 7,5% en el 2007; mientras que en la población masculina de 65 a más años de edad, pasó de 5,8% en 1993 a 7,0% en el 2007, esto nos da a entender que hay una creciente feminización. Actualmente la población Adulto Mayor de 60 años a mas representa el 10.06% de la población actual.<sup>6</sup>

Este incremento se acompaña de aspectos no siempre favorables para el adulto mayor, se debe considerar que sus condiciones son distintas ya que atraviesan por diferentes cambios, tanto físico, psicológico y social, los cuales son determinantes en la conducta y estado de ánimo, ocasionando el abandono de sí mismo, llevándolos a la depresión que se ha convertido en una pandemia. Cada año, miles

de personas se deprimen, sin importar su condición social, sexo, edad, procedencia; lo cual se torna particularmente sensible en la tercera edad del ciclo vital, aunque es de hacer notar que debido al acelerado e imparable envejecimiento poblacional, son cada vez más las personas que arriban a la vejez. Lo real es que en la actualidad la depresión es considerado un problema de salud mental a nivel mundial, Incluso, se estima que la cuarta parte de la población mundial puede estar pasando o pasará alguna vez por un cuadro depresivo.<sup>7</sup>

La OMS calcula que el 25% de las personas mayores de 65 años padece algún tipo de desorden psiquiátrico, siendo la depresión la enfermedad más frecuente convirtiéndose en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas, mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar.<sup>8</sup>

En el estudio epidemiológico Metropolitano de Salud Mental realizado en Lima y Callao en el año 2002 por el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi, la prevalencia de depresión en la población adulta mayor fue de 9,8%, superior a la población joven 8,6% y adulta 6,6%; ocupando las mujeres adultas mayores un 12,3%, cifra superior al de los hombres adultos mayores que registraron 7,0%.<sup>9</sup>

Según los informes estadísticos de la DIRESA Puno, en el año 2011 los casos atendidos en el grupo etáreo de 60 a más años con trastorno depresivo fueron de 212 personas, mientras que en el 2012 fue de 370 personas, a diferencia del 2013 con un total de 418 personas.<sup>10</sup>

Cabe mencionar, dentro de los casos atendidos con trastorno depresivo se encuentran aquellas personas que en realidad consultan por otras enfermedades, mas no por la depresión, hecho que enmascara estos casos ya que no todos los adultos mayores asisten a una entidad de salud, y si asisten solo a algunos se les realiza el tamizaje, como indica HOYL (2000) en su investigación sobre el adulto mayor, no existe la rutina de hacer tamizaje para la depresión en atención ambulatoria.<sup>11</sup>

En nuestro medio social ser adulto mayor no solo significa estar impedido físicamente por pérdidas de la capacidad psicomotora, de la sensibilidad auditiva y

visual, sino también en el salario y en las oportunidades de trabajo, agregándose las actitudes negativas de su entorno que causan serios problemas emocionales.<sup>12</sup>

Con frecuencia la depresión en el adulto mayor no es detectada, siendo éste un padecimiento potencialmente tratable, que al no ser diagnosticado ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quién la padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad, así también pasa desapercibida debido a que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no una patología. Por lo tanto, las enfermedades en esta etapa de la vida adquieren una manifestación clínica distinta, debido a su complejidad, latencia prolongada y a los daños irreversibles que afectan la funcionalidad.

En el estudio realizado sobre la prevalencia de depresión y factores asociados en ancianos residentes en la ciudad de Puno en el año 2000, se encontró que el 68.55% de los cuales la más frecuente es la depresión intensa con 39,22%, seguida por depresión leve - moderada con 38,04%, siendo de menor frecuencia la depresión moderada intensa con 22,74%.<sup>13</sup>

En la actualidad se considera un problema de salud pública con serias implicaciones en la calidad de vida, con discapacidad, morbi-mortalidad de los ancianos que la padecen, tomando en cuenta que el adulto mayor con depresión presenta dos a tres veces más probabilidad de muerte.<sup>14</sup>

En cuanto a la terapia antidepresiva, ésta incluye al tratamiento con fármacos antidepresivos siendo estas de elevado costo, de difícil accesibilidad, más aún crean pocos o ningún cambio en el estado de ánimo requiriendo normalmente varias semanas para tener efecto ocasionando en los adultos mayores reacciones adversas tales como sequedad de boca, estreñimiento, mareos, visión borrosa o taquicardia, sueño durante el día, diarrea, mareo, dolor de cabeza, náuseas, problemas sexuales, temblores, problemas para dormir, entre otros, y ello debido a múltiples factores entre los que se destacan: la pluripatología, la polimedicación, automedicación, dependencia, el uso inapropiado de medicamentos, los condicionamientos farmacocinéticos y farmacodinámicos, las dificultades específicas en el manejo de la presentación de los diferentes medicamentos. Por tal

razón no son muy recomendables para este grupo etéreo. Y en cuanto a las psicoterapias tradicionales para la depresión, el principal problema que siempre ha habido, ha sido que son demasiado largas y dolorosas para los pacientes.<sup>15</sup>

Por lo cual, no existe un tratamiento estandarizado para tratar la depresión, sino que es individualizado, ya que el organismo reacciona de diferente forma, esto podría ser debido a factores biológicos, psicológicos y sociales que se dan en nuestro medio.

Bajo este concepto, surge la necesidad de buscar nuevas técnicas y/o terapias alternativas para mejorar la calidad de vida del adulto mayor con depresión, que sea corta, accesible económicamente, que además, no produzca efectos adversos y sea efectiva. Además de la terapia convencional, la psicología energética abriría nuevos caminos que apuesten por el cambio en la solución de la disminución de síntomas depresivos, este elemento bien podría ser una solución complementaria a los tratamientos ya existentes y ser integrada dentro de los cuidados de enfermería.

La psicología energética concebida como una nueva terapia que combina un conjunto de tratamientos psicológicos convencionales que se basan en la relación cuerpo/mente con el sistema energético humano de la terapia gestalt, medicina tradicional china, la kinesiología y los nuevos descubrimientos de la física cuántica. Mediante la indagación gestáltica se facilita centrar el problema de la persona, la medicina tradicional china reequilibra los canales energéticos que han resultado dañados durante el trauma o trastorno aplicando acupresión en determinados lugares del cuerpo, y con la kinesiología podemos saber que canales energéticos han de ser equilibrados.<sup>16</sup> La psicología energética se fundamenta en que los problemas psicológicos pueden ser entendidos como la alteración del campo bioenergético o de las estructuras energéticas del cuerpo y por ello puede ser diagnosticables y susceptibles de ser tratadas fácilmente mediante técnicas que eliminan los problemas emocionales reequilibrando el sistema energético del cuerpo.<sup>17</sup>

Dentro de las terapias psiconérgicas, se encuentra la utilización de la técnica de liberación emocional que aporta beneficios en nuestro cuerpo: físico, mental,

emocional y espiritual, es decir, en la totalidad de nuestro campo energético, llegando a ser un instrumento económicamente accesible y lo mejor sin tener efectos secundarios que nos puedan producir determinados fármacos antidepressivos, no requiere de ningún instrumento material especial para llevarlas a cabo.

La técnica de liberación emocional se basa en el principio fundamental “la causa de todas las emociones negativas es un desequilibrio en el sistema energético del cuerpo”, es un desarrollo que combina elementos de la psicología y de la acupuntura. Se trata de una técnica de "tapping" o golpeteo, en la que se estimula el sistema energético humano para producir equilibrio emocional. Para estimular los puntos de energía se emplean las yemas de los dedos y se articulan afirmaciones positivas. El golpeteo de los puntos del cuerpo y de la cara, produce un reordenamiento del flujo de energía en el organismo, liberando las energías producidas por emociones negativas retenidas en un hemisferio cerebral en el sistema nervioso autónomo y en el campo mental, que crea los trastornos energéticos, neurológicos, orgánicos, emocionales y del comportamiento, produciendo daños neurológicos funcionales y morfológicos en el hipocampo, amígdala cerebral, corteza prefrontal y otras estructuras cerebrales, restaurando así los bloqueos y desequilibrios de tipo emocional, mental, físico y espiritual, por ende esta técnica es una herramienta primordial en la disminución de la depresión.<sup>18</sup>

En el informe realizado por la OMS y el Consejo Internacional de Enfermeras, se recalca que la enfermera puede realizar una variedad más amplia de intervenciones en salud mental que las asignadas actualmente. De hecho se ha demostrado una mayor afectividad del abordaje de la depresión en atención primaria si se incluye la participación sistemática de enfermería dentro del equipo multidisciplinario ya existente.

Si bien se puede apreciar los beneficios de la técnica de liberación emocional, no obstante no hay muchos estudios científicos sobre su aplicación especialmente en el grupo del adulto mayor, probablemente se deba al miedo de los profesionales de introducir herramientas que se salen de los conceptos clásicos, porque no se les ha

dado mucho valor, por considerar la profesión sanitaria con excesiva seriedad o por ser necesaria una calificación específica para su utilización.<sup>19</sup>

Durante la vivencia de nuestras prácticas pre-profesionales en el Establecimiento de Salud I-3 “Chejoña”, se observó que los adultos mayores en su mayoría tenían facies de tristeza, decaimiento, inquietud; al interactuar referían algunos de ellos estar abandonados por sus familiares así mismo que no tenían un ingreso económico estable, se sentían viejos e inútiles limitado por las enfermedades, referían también la muerte de su cónyuge, momentos en los que ya no sentían deseos de comer, ni de salir a ningún lugar, existiendo momentos de llanto, por el mismo hecho que sus hijos se van una vez que forman su familia, dejándolos solos a su suerte a tal punto que algunos descuidaban su aseo personal, vestimenta y otros aspectos de orden biológico, siendo estos factores pre disponentes a deteriorar su estado emocional y su salud físico, psicológico y social. Por otro lado referían también que no asisten al establecimiento de salud en su mayoría a diferencia de los años anteriores ya que el personal encargado casi siempre está ocupado. Además la enfermera manifiesta que la gran mayoría de adultos mayores acuden al establecimiento de salud por otras patologías priorizándose el aspecto biológico, no llegando a evaluar los aspectos psicológicos sociales y espirituales. Es justamente toda esta compleja, difícil y dura realidad de condiciones de vida y de salud como fuente viva de la depresión que nos hace reflexionar para actuar de manera oportuna.

## **1.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.**

### **A NIVEL INTERNACIONAL:**

En EEUU 2012, en un artículo realizado sobre “Técnica de Liberación Emocional (EFT) en la depresión”. Fue aplicado a 238 estudiantes universitarios de primer año, utilizando como instrumento el Inventario de Beck para la Depresión, mediante los criterios de inclusión y exclusión solo 30 cumplían con criterios para el diagnóstico de depresión de moderada a severa. Estos fueron asignados aleatoriamente en dos grupos: un grupo ensayo (tratamiento con técnicas de liberación emocional) y un grupo de control. El primer grupo presentó mayor

depresión al inicio del estudio que el grupo control. El grupo ensayo recibió cuatro sesiones de grupo de 90 minutos con técnica de liberación emocional, mientras que el grupo control no recibió ningún tratamiento. La evaluación final del ensayo clínico se realizó en los sujetos que cumplieron con los requisitos de inclusión en el estudio, luego 3 semanas más tarde en la evaluación final, el grupo de ensayo (tratamiento con técnicas de liberación emocional) tuvo de manera significativa menor depresión que el grupo control.<sup>20</sup>

En EEUU 2010, otro estudio realizado sobre “Técnica de liberación emocional (EFT) en la reducción del síndrome expresión ansiedad (PEAS) en estudiantes universitarios” El estudio tuvo dos objetivos: proporcionar una experiencia activa y participativa en la investigación, disminuir la ansiedad y por lo tanto mejorar su rendimiento. Con una muestra de conveniencia de acuerdo en la participación y dando su consentimiento informado por escrito. Hubo una diferencia estadísticamente significativa en la calificación del registro pre-tratamiento versus post-tratamiento, que indicó que el tratamiento reduce los niveles de ansiedad en ambos grupos. Por consiguiente los resultados muestran la técnica de liberación emocional es una intervención efectiva en la reducción de la ansiedad.<sup>21</sup>

En Ecuador 2011, el estudio realizado sobre “Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón Azuay 2011” El objetivo fue determinar el nivel de depresión y su impacto en el estado nutricional de los adultos mayores de 65 años, el estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal el universo lo constituyeron 212 adultos mayores de 65 años, el instrumento utilizado fue la escala geriátrica de Yesavage aplicado a 64 adultos mayores de 65 años. Dentro de los resultados se deduce que el 6,3% de adultos mayores no presentan depresión, el 64,1% presentan depresión moderada y el 29,6% depresión grave.<sup>22</sup>

#### **A NIVEL NACIONAL:**

TEITELMAN Mirian y VARELA Luis, realizaron un estudio de investigación titulado: Depresión en el adulto mayor, Lima 2000; en el cual sólo se aplicó la

escala de Yesavage a aquellos que presentaran un nivel cognitivo adecuado. Así, se evaluó a 72 personas de los cuales 36,1% presentaba depresión leve y 5,6% depresión establecida. El 56% de las mujeres y el 24,3% de los hombres presentaron algún grado de depresión. No hubo diferencia entre las frecuencias de depresión global en los menores o mayores de 75 años; sin embargo, los mayores tenían depresión establecida que los menores de 75 años (20% y 1.9 % respectivamente).

En el estudio titulado “Efectividad del tratamiento con acupuntura en la depresión en adolescentes -2011”. El objetivo era observar la eficacia de acupuntura en el tratamiento de depresión en adolescentes. El tipo de estudio fue clínico, prospectivo y longitudinal. Para la recolección de datos se utilizó el instrumento de Beck, la población estuvo conformada por 90 adolescentes del sistema penitenciario a los cuales se les aplicó el instrumento para detectar la depresión, 63 (69%) de pacientes resultaron con depresión entre leve a severa, 27 (23%) se encontraron sin depresión. El tratamiento se hizo en diez sesiones, a los que tenían depresión se les dividió en tres grupos; un grupo recibió tratamiento con acupuntura con selección de puntos de acuerdo a su diagnóstico en medicina tradicional china; a otro grupo se manejó con acupuntura en una primera sesión para tratamiento de síntomas inespecíficos y más adelante tratamientos con acupuntura dirigidos hacia sus síntomas depresivos y el tercer grupo en lista de espera sin tratamiento durante 8 semanas antes de recibir tratamiento con acupuntura adaptado hacia sus síntomas. Los resultados evidenciaron que el primer grupo tuvo una mejoría de 64% y más pronta mejoría que al que se le manejaron los síntomas inespecíficos y del grupo en lista de espera por 8 semanas. Concluyeron que la acupuntura es un tratamiento eficaz en el manejo de la depresión en los adolescentes.<sup>23</sup>

#### **A NIVEL LOCAL:**

Solo se ha encontrado trabajos sobre la prevalencia de la depresión en este grupo de edad. Así:

En el estudio titulado “Factores familiares asociados a la depresión del adulto mayor de los asilos Chucuito y Puno - 2010”. El objetivo fue determinar los



factores familiares asociados a la depresión del adulto mayor en los asilos de Chucuito y Puno, el estudio fue de tipo descriptivo con diseño correlacional, el instrumento utilizado fue la guía de entrevista estructurada y el Test de Yesavage aplicado a 22 personas de 60 años a más. Dentro de los resultados se encontró que en ambos asilos el 50% de adultos mayores presentó depresión severa, de los cuales los adultos mayores con apoyo familiar de nivel bajo a medio presentan depresión severa, mientras que los que tuvieron apoyo familiar de nivel medio a alto no presentaron depresión, deduciendo que los factores familiares se asocian a la depresión del adulto mayor.<sup>13</sup>

Otro estudio titulado “Factores socioeconómicos asociados a depresión en pacientes del hospital HRMNB - Puno 2009”. El objetivo fue determinar los factores socioeconómicos que se asocian en la depresión, el estudio fue de tipo descriptivo explicativo, con diseño correlacional. La muestra de estudio estuvo constituida por 132 pacientes hospitalizados de los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia. Para la recolección de datos se utilizó como instrumento el cuestionario clínico para el síndrome depresivo de Calderón. Dentro de los resultados se encontró que el 64.4% de los pacientes en estudio presenta depresión moderada, 18.2% con depresión leve, mientras que el 67.6% presenta depresión severa.<sup>24</sup>

En el estudio titulado “Risoterapia como cuidado de enfermería en la depresión del adulto mayor asistente al centro integral de la municipalidad provincial de Puno - 2011”. El objetivo fue determinar la efectividad de la Risoterapia como cuidado de enfermería en la depresión del adulto mayor, el estudio fue de tipo experimental con diseño pre test y post test con dos grupos de estudio. La población estuvo constituida por 77 adultos mayores con depresión y la muestra por 63 adultos mayores distribuidos en dos grupos de 32 para el grupo experimental y 31 para el grupo control. Para la recolección de datos se utilizó como instrumento la escala Geriátrica abreviada de Yesavage. Dentro de los resultados se encontró que en cuanto a las características personales del adulto mayor con depresión del grupo experimental el 84.38% es de sexo femenino, el 50% oscila entre las edades de 60 a 69 años, un 81.25% tienen grado de instrucción primaria y 46, 88% tienen como ocupación su casa. La Risoterapia, como cuidado de enfermería es efectiva en la disminución de la depresión del adulto mayor; ya que antes de la aplicación de

Risoterapia, predominaba la depresión severa con un 65,63%, seguida de leve con 34, 13%. En la post Risoterapia del nivel severo un 40,63% paso a una condición leve y el 25.0% no presento depresión. En cuanto a la depresión leve el 28.13% paso a una condición normal y sólo el 6,25% se mantuvo dentro de este nivel. De esta manera se comprueba que la Risoterapia es efectiva en la disminución de la depresión del adulto mayor.<sup>25</sup>

En otro estudio titulado “Efecto de la aromaterapia en la disminución de la ansiedad en pacientes post operados del servicio de cirugía del HRMNB Puno-2012”. El objetivo fue determinar el efecto de la aromaterapia en la disminución de la ansiedad en pacientes post operados. Fue de tipo cuasi-experimental, con diseño de pre y post test con grupo control. La población de estudio estuvo conformada por 253 pacientes post operados y la muestra por 30. Se aplicó la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung Simplificado. Los resultados obtenidos son: en el pre test el 53.3% de pacientes post operados del grupo experimental presentaban ansiedad intensa, 33,3% ansiedad moderada y 13,3% ansiedad leve; mientras en el grupo control el 46.7% de pacientes con ansiedad intensa, 33,3% ansiedad moderada y 20% ansiedad leve. A la aplicación de la aromaterapia, en el grupo experimental 53.3% presenta ansiedad leve, 33,3% estuvo no ansioso y el 13.3% ansiedad moderada; mientras en el grupo control el 53.3% de pacientes con ansiedad moderada, 33.3% ansiedad intensa y 13.3% ansiedad leve. De esta manera que se comprueba que la aromaterapia tiene efecto en la disminución de la ansiedad en forma significativa.

### **1.3. ENUNCIADO DE PROBLEMA.**

La problemática descrita se plantea en base a los escasos estudios sobre los efectos que tiene la aplicación de la técnica de liberación emocional en la depresión del adulto mayor, nos motivan a formular la siguiente interrogante:

**¿Es efectiva la técnica de liberación emocional en la depresión del adulto mayor, Establecimiento de Salud I-3 Chejoña - Puno - 2014?**

#### 1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO O JUSTIFICACIÓN.

El presente trabajo de investigación tuvo como propósito determinar la efectividad de la técnica de liberación emocional, que fue evidenciado por la disminución de la depresión en el adulto mayor pasando a un estado no depresivo y así se contribuyó al fortalecimiento de su salud mental y emocional, elevando su propio yo como persona, teniendo confianza en sí mismo, control de sus cambios emocionales y darle un nuevo significado a su vida, desde una perspectiva positiva.

Este estudio de investigación podría estimular a una mayor participación de la enfermera en el campo de la salud mental, fomentando la búsqueda y aplicación de otras terapias complementarias, usadas no solo para tratar sino también para prevenir los estados de depresión. A partir de los resultados de investigación la terapia de liberación emocional tiene sostenibilidad por ser una técnica de fácil accesibilidad, bajo costo, más aún carece de efectos secundarios y no requiere de fármacos ni de materiales y/o equipos sofisticados, pudiendo ser administrada por el profesional de enfermería en la estrategia de adulto mayor, mediante la valoración clínica del Adulto Mayor (VACAM) donde existe la Escala Geriátrica Abreviada de Yesavage para valorar si el adulto mayor tiene algún nivel de depresión y posteriormente pueda ser integrada en el paquete de cuidados esenciales, mediante acciones de promoción, prevención e intervención de salud, con la finalidad de que este grupo de edad y los que lo serán en el futuro logren una vejez saludable. La disciplina de Enfermería es sin duda, el área profesional del equipo de salud que más decidida y profundamente puede impactar en la atención de las personas de edad avanzada.

Finalmente, los resultados del estudio servirán como documento de consulta para fortalecer la línea de investigación y así motivar el interés de los profesionales de salud, siendo un tema nuevo que incursiona en el ámbito de estudio de investigación puesto que en la facultad de enfermería no existen estudios similares que constituyan como antecedente de estudio, por este vacío de información se ha realizado el presente estudio para trabajar en forma holística y multidisciplinaria por la salud del adulto mayor con padecimiento de ciertos niveles de depresión.

## II. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL.

### 2.1. MARCO TEÓRICO:

#### 2.1.1. DEPRESIÓN.

La depresión (del latín depressio, que significa opresión, encogimiento o abatimiento) es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. Es una enfermedad grave que trastorna vidas, familias y trabajo, llegando a afectar la salud física; de no tratarse podría incluso ocasionar la muerte.<sup>26</sup>

Según la OMS la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.<sup>27</sup>

#### 2.1.1.1. FISIOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN.

Las Teorías fisiopatológicas de la depresión se desarrollan en base a:

1. Estudios endocrinos
2. Neurotransmisores

Estudios clínicos y pre clínicos señalan que en el tronco encefálico existen cantidades moderadas de neuronas secretoras de norepinefrina, especialmente en el locus ceruleus. Envían fibras hacia arriba, a la mayoría del sistema límbico, el tálamo y la corteza cerebral. También existen numerosas neuronas productoras de serotonina en los núcleos del rafe medio de la parte inferior de la protuberancia y en el bulbo, y proyectan fibras a muchas zonas del sistema límbico y a algunas otras áreas del encéfalo.

Existe la hipótesis de que estos trastornos expresan una patología del sistema límbico, ganglios basales e hipotálamo. Es probable que las personas que presentan lesiones en estas partes (especialmente en el hemisferio no dominante) presentes síntomas depresivos. El sistema límbico y los ganglios basales están íntimamente relacionados, y a este sistema se le atribuye una función en la producción de las emociones. Las alteraciones de sueño apetito, conducta sexual y los cambios biológicos en las medidas endocrinas, inmunológicas y cronobiológicas observadas en los pacientes deprimidos sugieren una disfunción del hipotálamo. La postura inclinada de los pacientes deprimidos, su enlentecimiento motor y las alteraciones cognoscitivas leves son similares a los signos observados en los trastornos de los ganglios basales.

Se sugiere una disfunción hipotálamo - hipófisis en todos los trastornos afectivos, debido a que ninguno de estos hallazgos es específico para algún tipo de enfermedad depresiva o consistente en todas las enfermedades depresivas. Se ha encontrado que los pacientes deprimidos con frecuencia presentan elevación de las concentraciones de los esteroides corticales en la sangre, orina y la mitad no pueden suprimir la secreción de cortisol después de que se les administra dexametasona. La reacción a la hormona estimulante de la tiroides (TSH), con la hormona liberadora de tiotropina también resulta aberrante, aunque la concentración sanguínea de T3 y T4 sea normal. La hormona del crecimiento, prolactina, hormonas gonadales, líquido cefalorraquídeo y melatonina tienen reacciones disminuidas en subgrupos de trastornos afectivos.

Los primeros estudios sobre los mecanismos en los trastornos del estado de ánimo se relacionan con diversos sistemas de neurotransmisores (serotonina, noradrenalina y dopamina) en el sistema nervioso central, hay pruebas de que puede ser causada por un desbalance o alteraciones en ellos. Se presume que el sistema de la norepinefrina y el de la serotonina normalmente impulsan el sistema límbico para aumentar la sensación de bienestar, para proporcionar alegría, satisfacción, buen apetito, impulso sexual apropiado y equilibrio psicomotor; aunque un exceso puede causar manía. Además, los

centros de recompensa y placer del hipotálamo y de las zonas circundantes reciben numerosas terminaciones nerviosas de los sistemas de norepinefrina y de serotonina.<sup>28</sup>

### 2.1.1.2. ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN:

La etiología es multifactorial, incluyendo factores biológicos, psicológicos y sociales. Dentro de ellos tenemos:

#### A. CAUSAS PRIMARIAS:

La depresión es una enfermedad, en muchos casos, causada por cambios fisiológicos. Entre las cuales tenemos:

**Bioquímicos Cerebrales:** La teoría más popular postula cambios en las monoaminas cerebrales tales como:

**Serotonina:** Es una sustancia química que se encuentra en el cuerpo calloso del cerebro, específicamente se genera en el noveno núcleo del rafe, que se localiza encordado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral, desempeñando un papel esencial en el equilibrio entre el tono vital, autoestima y la depresión.<sup>29</sup>

Entre las principales funciones de la serotonina está la de regular el apetito mediante la saciedad, equilibrar el deseo sexual, controlar la temperatura corporal, la actividad motora y las funciones perceptivas y cognitivas. Según la hipótesis planteada por Coppen (1969), una alteración ya sea en la síntesis o en la transmisión en los niveles de Serotonina precipita la aparición de una depresión.<sup>30</sup>

**Noradrenalina:** Es una catecolamina que funciona como hormona y neurotransmisor. Es liberada por las neuronas simpáticas. Los cuerpos celulares que contienen noradrenalina

están ubicados en la protuberancia y la médula, que proyectan neuronas hacia el hipotálamo, el tálamo, el sistema límbico y la corteza cerebral. Actúa sobre las células efectoras al unirse a unos receptores específicos, que pueden ser de dos tipos: receptores adrenérgicos alfa que intervienen en la relajación intestinal, la vasoconstricción y la dilatación de las pupilas. Y los receptores beta que participan en el aumento de la frecuencia y contractilidad cardíacas, la vasodilatación, la broncodilatación y la lipólisis. Se demostró que un alto nivel de secreción de noradrenalina aumenta el estado de vigilia y contrariamente, unos bajos niveles de ésta secreción causan un aumento en la somnolencia. Según la hipótesis planteada por Schildkraut (1965) los bajos niveles de Noradrenalina pueden ser una causa de la depresión debido a una alteración en la síntesis de este neurotransmisor.<sup>31</sup>

**Dopamina:** Es un neurotransmisor cerebral producida en muchas partes del sistema nervioso, especialmente en la sustancia negra, y liberada por el hipotálamo, se relaciona con las funciones motrices, las emociones y los sentimientos de placer; actúa como un agonista directo de los receptores D-1, D-2, b-1 y también actúa indirectamente como agonista estimulando la liberación de norepinefrina endógena. Cuando los niveles de dopamina se agotan en el cerebro, los impulsos nerviosos, o mensajes, no se pueden transmitir correctamente lo cual puede afectar las funciones del cerebro: el estado de ánimo, la cognición, el comportamiento, la memoria, la atención, el aprendizaje, el movimiento y el sueño, por consiguiente una reducción de la función dopaminérgica podría ser uno de los causantes de la depresión.

Cuando un nervio libera dopamina, atraviesa un espacio muy pequeño llamado sinapsis y luego se une a un receptor de dopamina en el nervio siguiente.<sup>32</sup>

**Neuroendocrinos:** Múltiples estudios demuestran anomalías en el eje hipotalámico pituitaria adrenal (HPA) en los trastornos depresivos, se sabe que cerca de la mitad de los pacientes muestran aumento del cortisol. Además existe una relación con la función tiroidea, ya que muchos pacientes con disminución de T3 poseen depresión, sin embargo, muchos pacientes con depresión no tienen ninguna alteración en la función tiroidea.

**Neurofisiológicos:** Uno de los hallazgos más consistentes en el electroencefalograma (EEG) del paciente deprimido es el del acortamiento de la latencia de los movimientos oculares rápidos (MOR) durante el sueño. También se han reportado, disminución de los estadios 3 y 4 del sueño no MOR, aumento de la actividad física MOR.

**Neuroimágenes:** En las depresiones de iniciación de la asimetría normal de la amígdala, disminución del volumen de los ganglios basales, disminución de la corteza prefrontal.

**Genéticos y familiares:** Algunos estudios muestran disminución del volumen de hipocampo, aumento del volumen de la amígdala derecha, así también estudios han revelado una relación entre la depresión y la herencia, los familiares biológicos de primer grado de pacientes deprimidos tienen un riesgo entre el 10 y 15% de padecerla, en comparación con el 1 al 2% en la población general.

**Factores Psicológicos:** Muchos autores postulan que en las depresiones, sobre todo en las de menor intensidad, es de mayor importancia etiológica la presencia de factores psicógenos, ya sean dinámicos y conductuales. Desde el punto de vista psicosocial:

- Según Seligman (2009) postula que la desesperanza aprendida se presenta cuando un individuo es sometido en forma repetida a estímulos desagradables que no pueden ni predecir ni controlar,



la persona se resigna y se deprime, además presenta una tendencia a percibir que las cosas están fuera de su control.

- Lewinsohn (2010) observó que la pérdida de refuerzo (consecuencias agradables) en el ambiente puede crear y mantener un comportamiento depresivo. Posteriormente su inactividad y aislamiento disminuyen la posibilidad de ponerse en contacto con otras fuentes potenciales de reforzamiento y así se crea una espiral descendente que perpetua la condición depresiva.
- Para Beck (2005) el problema psicológico básico de la depresión es un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo sería secundario a estos fenómenos cognoscitivos. Lo más aceptado actualmente es un modelo integrado el cual se considera la depresión como un síndrome (una vía final común), en el cual las depresiones están situadas en un espectro que va desde la tristeza normal, hasta las más severas de origen bioquímico.

#### **B. CAUSAS SECUNDARIAS:**

**Drogas:** Se han descrito más de 200 medicamentos que pueden producir depresión, pero la gran mayoría de ellos solo la produce ocasionalmente.

**Enfermedades orgánicas:** Cualquier enfermedad, en especial las graves, puede causar una depresión como reacción psicológica, por ejemplo. Siendo especial cierto en el sida, cáncer, enfermedades respiratorias, y cardiovasculares.

**Trastornos neurológicos:** Los más importantes son los que producen degeneración neuronal tanto en la corteza como de las estructuras subcorticales (Alzheimer, Huntington, parkinson), y lesiones focales que comprometen el sistema límbico y sus proyecciones corticales.

**Trastornos endocrinos:** De estos los más importantes son los trastornos tiroideos, especialmente el hipotiroidismo.

**Trastornos Metabólicos:** Se describen depresiones en la anemia perniciosa, la enfermedad de Wilson, la porfiria intermitente aguda (en esta son más frecuentes los trastornos psicóticos, fóbicos o confuncionales).<sup>33</sup>

### 2.1.1.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN.

No todas las personas que están en fases depresivas padecen todos los síntomas. Algunas padecen de unos pocos síntomas, otras tienen muchos. La gravedad de los síntomas varía según la persona y también puede variar con el tiempo, tenemos:

**Tristeza patológica:** Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda, arrasadora. Tanto, que el paciente se siente "en baja", tal como si hubiera perdido el sabor, el placer de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa.

**Desgano y anhedonia:** El sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le procura placer.

**Ansiedad:** Es una respuesta emocional que engloban aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero caracterizado por sentimiento de miedo desasosiego, nerviosismo, preocupación o temores. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.

**Insomnio:** Al paciente le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano y de mal talante. En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño).

**Alteraciones del pensamiento:** Imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.

**Alteraciones somáticas:** Por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.

**Alteraciones del comportamiento:** El paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

**Modificaciones del apetito y del peso:** La mayoría de los pacientes pierde el apetito y en consecuencia, provoca la disminución de peso.

**Pérdida del placer sexual:** Se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el contento en el trabajo, en el deporte y en los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.

**Culpa excesiva:** Siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.

**Pensamiento suicida:** Los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.

**Disminución de la energía:** Se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

**Inutilidad:** Se siente inservible que no produce provecho o beneficio.

**Pérdida de interés en las actividades:** Hay falta de interés o placer marcadamente disminuidos en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.

**Dificultad para concentrarse, tomar decisiones:** Se refiere a la capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días.

**Duelo:** El duelo no complicado puede manifestarse con síntomas similares a los de la depresión, pero los deprimidos se centran más en sí mismos y en el duelo más en el objeto perdido.<sup>34</sup>

#### 2.1.1.4. ADULTO MAYOR:

Como seres humanos crecemos, nos desarrollamos y declinamos. Pero, ¿qué pasa cuando cursamos la etapa final de la vida? el ser humano que tenga 60 años a más, la sociedad y la OMS lo considera como un anciano, persona de tercera edad, viejo, adulto mayor y actualmente lo llaman adulto en plenitud.<sup>1</sup>

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. En su teoría de las etapas psicosociales del desarrollo de la personalidad; Erickson consideraba la integración de la personalidad como la etapa última del desarrollo. Para este autor la vida gira en torno a la persona y el medio, así cada etapa es un avance, un estancamiento o una regresión.

La etapa del adulto mayor no es proceso homogéneo ya que es el resultado de múltiples factores conductuales, socioeconómicos y físicos a los que se ve expuesto cada individuo; y como proceso podemos decir que es universal, lo que significa que le sucede a todos los seres vivos. Es progresivo porque acompaña al ciclo de vida y avanza diariamente. Es irreversible porque no es posible revertir el proceso y es deletéreo porque está marcado por el deterioro de las estructuras y funciones biológicas. Así, los adultos mayores comparten algunas características; sin embargo, la forma de actuar de cada persona después de los 60 años es en gran parte reflejo de sus tradiciones y educación, pero también de su proyecto de vida, de una forma muy particular de ver su entorno y de cómo se nutre de éste.<sup>35</sup>

Las células del sistema nervioso central, al igual que otras células del organismo, presentan cambios en sus componentes en relación al envejecimiento.<sup>36</sup> Fisiológicamente desde el embrión hasta el organismo adulto sano, millones de células mueren sin dejar cicatrices ni activar células inflamatorias. Este fenómeno no tiene lugar de una forma aleatoria, sino que se trata de un proceso activo, bien definido genéticamente, en el que las células están destinadas a morir en un tiempo fijado. Así, los episodios que rodean a la muerte celular programada entran a formar parte de los procesos fisiológicos que resultan necesarios para el funcionamiento normal de un organismo. Así tenemos a dos terminologías que se relacionan en este proceso de envejecimiento:

**APOPTOSIS:** Llamada también muerte celular programada es considerada como una muerte natural fisiológica, en este proceso las células se autodestruyen sin desencadenar reacciones de inflamación ni dejar cicatrices en los tejidos, resultando un mecanismo de eliminación de células no deseadas, dañadas o desconocidas y que desempeña un papel protector frente a posibles enfermedades, confiere ventajas al conjunto del organismo durante su ciclo normal de vida. Un exceso de proliferación celular o falta de muerte programada provocaría una hiperplasia y a veces una neoplasia, por el contrario un exceso de apoptosis está asociada con enfermedades degenerativas. Las células de

un organismo multicelular necesitan saber que el conjunto se mantiene en homeostasis de esta manera pueden dividirse o eliminarse según las necesidades del organismo, lográndose mediante un balance de señales positivas y negativas como factores de crecimiento, hormonas, etc.<sup>37</sup>

**NECROSIS:** Es una forma de muerte celular patológica, resultante de un daño agudo a los tejidos. Una célula necrótica se hincha, explota y libera su contenido citoplásmico, lo que produce una respuesta inflamatoria al atraer células del sistema inmune. Originalmente se pensaba que todas las muertes celulares, o al menos una gran mayoría, presentaban esta morfología. Sin embargo, esta muerte está restringida a situaciones "accidentales" o agudas: heridas, infecciones, el daño inicial en infartos, etc.<sup>38</sup>

#### Diferencias entre apoptosis – necrosis<sup>39</sup>

Apoptosis	Necrosis
- Muerte de células individuales	- Muerte de grupos celulares
- Por estímulos fisiológicos	- Por daño celular
- Sin liberación de enzimas	- Liberación de enzimas
- lisosomales.	- lisosomales.
- Sin ruptura membrana	- Ruptura membrana
- Sin respuesta inflamatoria	- Respuesta inflamatoria
- Requiere energía.	- No requiere energía.

#### 2.1.1.5. ADULTO MAYOR EN PLENITUD.

Un adulto en plenitud es una persona que ha alcanzado la etapa de la vida que de acuerdo con diversos ordenamientos, se inicia entre los 60 y 65 años. Siendo una etapa de tiempo y experiencia vivida, lo que con su lucha construyeron los cimientos de la familia y la protegieron brindando seguridad. Quien sino ellos conocen la historia de su familia, la mayoría son personas con muchas potencialidades por desarrollar, a los cuales nuestra

sociedad tiende a desestimar por el solo hecho de haber llegado a cierta edad cronológica.

De hecho, se sabe que de todos los adultos mayores, el 60 - 70% son personas independientes, el 30% se clasifica como frágiles o en riesgo, y sólo un 3% son adultos mayores postrados o inválidos. Hoy debido al desgaste de energías y al paso del tiempo, necesitan sentirse seguros y protegidos, no tener falsas ideas de que por llegar a esta fase sus derechos se han terminado o debilitado. Al contrario, ahora necesita de una mayor protección, lo que le hace merecedor de un trato preferente y de una atención especial con calidad de vida y el respeto a sus derechos como ciudadano: Ser tratado con respeto y dignidad, defendido de toda clase de explotación y maltrato físico y mental, recibir apoyo y cuidados de su familia, recibir atención médica, integrarse a los programas de educación, etc.

#### **2.1.1.6. DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR:**

Los problemas de salud mental adquieren una importancia especial, en especial en el adulto mayor. La depresión es uno de los tres problemas prioritarios en esta área. La presencia de sintomatología depresiva, tiene un impacto negativo en la calidad de vida de quien la sufre, así como en aspectos relacionados con la morbi y mortalidad.

La depresión no es algo normal en el adulto mayor y la mayoría de ellos, se sienten satisfechos con sus vidas, a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en adultos mayores, puede pasarse por alto porque en esta edad se muestran síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer, sentimientos de pena o tristeza. Otro de los aspectos que contribuye a la no detección de este trastorno afectivo en el adulto mayor es el viejismo, el cual es entendido como una serie de prejuicios negativos relacionados con la vejez y el envejecimiento, que presupone que el envejecer es sinónimo de: depresión,

deterioro, desnutrición, aislamiento, inmovilidad. etc. Negando al adulto mayor la oportunidad de una vejez saludable.<sup>40</sup>

La depresión constituye uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes de la población adulto mayor, siendo su frecuencia variable según el contexto, si bien en todos ellos constituye un importante problema de salud. Se ha establecido que los trastornos depresivos afectan a alrededor del 10% de los adultos mayores que viven en la comunidad, y entre el 15 y el 35% de los que viven en residencias.<sup>22</sup>

#### 2.1.1.7. FACTORES DE RIESGO EN EL ADULTO MAYOR.

a) **EDAD:** La depresión es más probable que ocurra en los primeros momentos de la vejez, cuando la persona empieza a experimentar el descenso de sus funciones como la visión o la audición, a la vez que nota como lo separan de las actividades que ha mantenido siempre; de ahí que los cambios a esta edad sean mayores que en un sujeto de más de 80 años, que al haber pasado ya por ellos hace pensar de entrada que está adaptado a la condición de la vejez. Es erróneo creer que es normal que los adultos mayores se depriman. Cuando una persona mayor se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez.

Cuando la persona de edad avanzada acude con el médico, puede describir únicamente síntomas físicos. Esto ocurre porque el anciano puede mostrarse reacio a hablar de su desesperanza y tristeza.

b) **SEXO:** El sexo influye en la depresión del adulto mayor como consecuencia de los diferentes condicionantes socioculturales atribuidos a los distintos papeles sociales de estos. Si tenemos en cuenta que los trastornos en el estado de ánimo son uno de los términos que más ha cambiado en los últimos años, y que la enfermedad depresiva es un estado característico por humor depresivo, pérdida de interés y placer en relación con las actividades habituales, sentimientos de inutilidad, culpa y tristeza, podemos



pensar que la mujer es más proclive a padecerla por las situaciones socioculturales en las que se encuentra, si bien en la menopausia hay una relación entre los estrógenos y la serotonina, necesaria para combatir la depresión, no obstante los estudios científicos no demuestran un aumento de depresión en las mujeres de la tercera edad.<sup>41</sup>

c) **ESTADO CIVIL:** Es una situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indispensable, indisponible e imprescriptible ya que su asignación corresponde a la ley. Nuestro estado establece, que una persona tiene cierto estado civil y esta situación jurídica se relaciona con el lugar en el que se encuentra en la familia o en la sociedad, es decir el estado civil se adquiere por el hecho de ser persona natural, siendo una virtud de su soberanía lo atiende a esa situación jurídica particular y concreta de cada persona en relación con la sociedad y la familia.

El estado civil influye en la depresión del adulto mayor por ser un factor importante ya que va relacionado a la interacción social y lo más importante, es la de pertenecer a un núcleo familiar, interactuar con su entorno, pertenecer a un grupo poblacional ejerciendo derechos, compartir pensamientos y sentimientos.

A la que existen distintos criterios para clasificar los estados civiles como: soltero, casado, conviviente, viudo y divorciado.<sup>42</sup>

d) **OCUPACIÓN:** El empleo es una fuente de poder, posición social, prestigio, así como un medio que provee para vivir. Algunos lo ven como un simple medio de supervivencia, pero para otros, es una oportunidad de ser creativo, de obtener autoestima o ganarse respeto de los demás.

El adulto mayor que se encuentra laborando en forma activa tiene considerables razones para sentirse socialmente satisfecho en el núcleo familiar al poder sostener a la familia.

El desarrollo de las actividades productivas por parte de los adultos mayores se ve limitada debido a la falta de facilidades para desarrollar una actividad acorde a su posibilidad en el campo laboral. Además de acuerdo a nuestras reglas culturales socialmente establecidas estos se encuentran en un proceso de exclusión del mercado laboral.

En nuestro medios los adultos mayores tienen como actividades principales:

**Ama de casa:** Es una actividad no remunerada, que generalmente lo realizan las mujeres adultos mayores que tiene como ocupación principal el trabajo en el hogar con quehaceres domésticos.

**Trabajador ambulante:** Es el trabajador de la economía informal que comercia distintos bienes de consumo. Generalmente, se instala en pequeños kioscos (aunque a veces le basta con una simple mesa donde exponer la mercancía) en las aceras de las calles más transitadas de distintas partes de una ciudad.

**Agricultor/ganadero:** Son las actividades principales del adulto mayor, cuya producción se orienta principalmente para el autoconsumo, dejando los excedentes para la comercialización.

**Construcción:** Son actividades realizadas por el adulto mayor de manera libre, eventual o temporal.

- e) **GRADO DE INSTRUCCIÓN:** El componente educativo es uno de los que tienen mayor influencia en el bienestar y enriquecimiento de la calidad de vida social de los adultos mayores, por ello los adultos mayores con mayor nivel educativo se mantienen vigentes mentalmente, promueven su participación, son activos en la sociedad a diferencia de aquellos que no poseen educación.

La educación, nos permite desarrollar aprendizajes en un contexto pertinente donde los participantes reciben de forma sistemática, coherente y secuencial, para intervenir en su yo y modificar su conducta, con miras a transformarlo en un ser reflexivo, crítico y participativo. La educación como característica personal mantiene una estrecha relación con diversos fenómenos socioeconómicos en especial con las condiciones sociales de existencia, influyen en una serie de hábitos y actitudes que se reflejan en una sucesión de conductas y comportamientos.

En nuestro medio las personas que ahora tienen 60 y más años de edad, todavía pertenecen a una generación donde el analfabetismo y baja escolaridad influyen en su vida, lo cual no solo les impide alcanzar objetivos relacionados a su autocuidado. Elevando su bienestar y calidad de vida. El no obtener estudios dificulta la interrelación familiar, amigos y participar en actividades sociales generalmente en este grupo etéreo.<sup>43</sup>

#### **2.1.1.8. EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN.**

Los instrumentos para evaluar la depresión son considerados como un elemento de ayuda para el diagnóstico y también como un medio para valorar en forma sencilla la evolución de un cuadro depresivo en una situación determinada.

El uso amplio de cuestionarios y escalas corresponde pues, al campo de la investigación psico - social (determinación de la frecuencia del problema en población general o en grupo de riesgo) y clínica (valoración del efecto terapéutico de un nuevo antidepresivo).

Algunas escalas están diseñadas para ser utilizadas por expertos y otras por personas sin entrenamiento especial. Algunas deben ser aplicadas por el mismo enfermo o por la persona que hace la entrevista. Las escalas de auto aplicación ahorran tiempo, pero tiene algunas limitaciones ya que el

paciente debe tener la capacidad de entender y resolver la prueba, lo que no siempre sucede cuando está deprimido. En ocasiones no entiende las preguntas o en lugar de seleccionar algunas opciones que se le ofrecen, escribe lo que él considera pertinente.

Cuando el personal entrenado realiza la entrevista, el rendimiento mejora y se evitan errores. El resultado es óptimo cuando el mismo personal aplica la prueba, y es breve el tiempo que emplea en los cuestionarios o escalas.

Actualmente hay un gran número de escalas para medir la depresión, la mayoría se basan en la observación externa, denominándose en este caso “heteroaplicadas”. La más utilizada de todas es la escala de Hamilton aunque existen otras como la de Montgomery y Asberg. Asimismo, también hay otras escalas llamadas “autoaplicadas” que se basan en la autovaloración realizada por el propio enfermo, como las de Zung, Beck y Yesavage. Pero algunos tienen ventajas e inconvenientes para su aplicación en nuestro medio, algunas por ser muy antiguas, otras por ser muy complicadas y la mayoría porque no fueron elaboradas para su aplicación en nuestro país.

Tomando en cuenta lo anterior, desde hace varios años se diseñó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage o (Geriatric Depression Scale, GDS) fue diseñada por Brink y Yesavage en 1982 en su versión original de 30 preguntas, fue especialmente concebida para valorar la depresión en adultos mayores con o sin alteración cognoscitiva; su contenido se centra en aspectos cognitivo - conductuales, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico.<sup>44</sup>

En 1986 Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas de respuestas dicotómicas (Si – No) para evitar en lo posible la disminución de la concentración y el cansancio del paciente, leyendo las preguntas al paciente debemos comentarle que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones

sobre ninguno de las preguntas, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido. El marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa.

En Estados Unidos Aguado C. y Cols (2000) han presentado un primer avance de su estudio de adaptación y validación. Encontrando que la Escala de Yesavage tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% lo cual han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el cribado general del paciente geriátrico. En nuestro medio la validez y confiabilidad se refleja en la Estrategia de Adulto Mayor, mediante la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM) donde existe la Escala Geriátrica Abreviada de Yesavage para valorar si el adulto mayor tiene algún nivel de depresión, así también han sido apoyadas en la práctica como en diversas investigaciones.<sup>45</sup>

La calificación es sencilla, de acuerdo con la experiencia clínica, los resultados deben valorarse en los siguientes niveles:

#### **NIVELES DE DEPRESIÓN:**

- Sin depresión 0-5 puntos
- Depresión moderado 6-9 puntos
- Depresión severa > 10 puntos

##### **a) Sin depresión.**

De acuerdo al cuestionario se obtiene de 0 a 5 puntos que corresponden a personas normales, que no presentan los síntomas depresivos.

##### **b) Depresión Moderada.**

De acuerdo al cuestionario se obtiene de 6 a 9 puntos.

Este tipo de depresión representa una alteración más problemática. Los síntomas incluyen: sentimientos de tristeza, rechazo, impotencia,

desesperanza, perspectiva desalentadora y pesimista; baja autoestima, dificultad para experimentar placer en actividades, movimientos físicos lentos (por ejemplo retardo psicomotor), postura decaída, posible uso de sustancias, tal vez comportamiento autodestructivo; menor interés en la higiene y arreglo personal, alteraciones del sueño, disminución de libido; dolor de cabeza, dolor de espalda, dolor de pecho, dolor abdominal, fatiga y apatía, procesos de pensamiento retardado, verbalizaciones limitadas, tal vez recriminaciones por fracasos o excusas, dificultad para concentrarse o dirigir la atención, pensamientos obsesivos, repetitivos y negativos, aislamiento social con enfoque en él mismo; los sentimientos mejoran por la mañana y van empeorando conforme el día avanza, esto puede relacionarse con la variación diurna en la concentración de neurotransmisores que afectan el ánimo y el grado de actividad.

**c) Depresión Severa.**

De acuerdo al cuestionario se obtiene > de 10 puntos. Con este nivel de depresión los síntomas incluyen: sentimientos de desesperación total, desesperanza y minusvalía; afecto indiferente (sin cambios) en apariencia carente de tono afectivo; sentimientos prevalentes de vacío, soledad, tristeza, no hay higiene ni arreglo personal; el aislamiento social es común; sin inclinaciones a interactuar con los demás, ideas delirantes planes o actos suicidas, produciendo un deterioro significativo del paciente a nivel laboral, familiar y en cuanto al disfrute de su vida, con respecto a su funcionamiento habitual.<sup>46</sup>

El nivel significativo cualitativo en general es intenso, así como la cantidad de síntomas en la mayor parte del tiempo. Aquí el tratamiento farmacológico es imperativo. En general el grado de intromisión en la vida del paciente del trastorno es muy alto, lo mismo que en la enfermedad y el tratamiento, si no hay riesgo suicida el paciente puede ser manejado en casa siempre que se garantice el cumplimiento del tratamiento. La psicoterapia se intensifica cuando el funcionamiento

social esta trastornado o prácticamente suprimido y presenta marcada incapacidad funcional.<sup>47</sup>

### **2.1.1.9. TRATAMIENTOS PARA LA DEPRESIÓN.**

La depresión es, hasta en los casos más graves, un trastorno tratable. Una vez diagnosticada adecuadamente, la persona con depresión puede ser tratada con varios métodos. Los tratamientos más comunes son la medicación y la psicoterapia. Si la depresión es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, cuando es de carácter moderado se puede tratar con o sin la necesidad de medicamentos intensificando psicoterapia alternativa, pero cuando es grave se necesita medicamentos.

#### **A. FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS.**

En cuanto a la terapia antidepresiva, ésta incluye al tratamiento con fármacos antidepresivos en general actúan aumentando la disponibilidad de neurotransmisores (noradrenalina y la serotonina) en el cerebro para restaurar el equilibrio químico. Dentro de los principales fármacos se tiene los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los antidepresivos tricíclicos (ATC), los inhibidores de monoaminoxidasa (IMAO), inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), así como antidepresivos serotoninérgicos específicos y noradrenérgicos (NaASE). Todos estos actúan bien en casos de depresión moderada o grave, pero tienen diferentes efectos secundarios. Se sabe también que son de elevado costo, de difícil accesibilidad, más aún crean pocos o ningún cambio en el estado de ánimo requiriendo normalmente varias semanas para tener efecto.<sup>48</sup>

#### **Reacciones adversa de los antidepresivos.**

Tales como sequedad de boca, estreñimiento, mareos, visión borrosa o taquicardia, sueño durante el día, diarrea, mareo, dolor de cabeza,

náuseas, problemas sexuales, temblores, problemas para dormir, entre otros, y ello debido a múltiples factores entre los que se destacan:

**Pluripatología:** Conforme la población envejece así también aumenta la prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas: diabetes, insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, hipertensión arterial, osteoporosis, colelitiasis, demencia, depresión. Los síntomas o medicamentos de una patología crónica ocultan o retrasan la aparición de la enfermedad nueva.

**Polimedicación:** Según la OMS los adultos mayores toman tres veces más medicamentos que los jóvenes. Aproximadamente dos tercios de la población de edad avanzada utiliza uno o más medicamentos al día. Los estudios han demostrado que los pacientes mayores de 65 años usan un promedio de 2 a 6 fármacos prescritos y 1 a 3 sustancias no prescritas por médicos (de compra libre) o de uso herbolario.

**Automedicación:** Es la medicación sin receta médica. Crea diversos problemas si no se tienen suficientes conocimientos. Algunas de estas complicaciones son la intoxicación e interacciones.

**Farmacodependencia:** Se manifiesta en el adulto mayor un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces, para evitar el malestar producido por la abstinencia o de privación.

**Uso inapropiado de medicamentos:** Según estudios, el mal uso, abuso y dependencia de medicamentos legales e ilegales, se relaciona mundialmente con el 12.4 % de los fallecimientos y el 8.9% del total de años perdidos.

**Condicionamientos farmacocinéticos y farmacodinámicos:** El envejecimiento está asociado a una declinación progresiva del



funcionamiento de múltiples órganos a nivel fisiológico la edad influye en la farmacocinética y la farmacodinamia. En la farmacocinética (procesos de absorción, distribución, metabolismo y excreción de los medicamentos) la distribución y la eliminación, son los dos parámetros más comprometidos. Sin embargo desde el punto de vista clínico, la presencia de comorbilidades y las interacciones entre fármacos son los hechos de mayor relevancia clínica. Independientemente de las variaciones en la farmacocinética, la respuesta farmacológica se ve modificada en el paciente mayor. Las evidencias muestran una reducción del número de receptores, la alteración de las estructuras de reconocimiento receptor - ligando y también de la transmisión de señales a la interna celular.

#### **Dificultades específicas en el manejo de diferentes presentaciones**

**farmacéuticas:** La selección de una u otra forma farmacéutica responde en primer lugar a una valoración de las posibilidades de administración en un paciente determinado, a la evaluación, en segundo lugar, de la acción del fármaco y por último, depende de la existencia en el mercado sanitario de una presentación adecuada para la indicación.<sup>15</sup>

#### **B. PSICOTERAPIA.**

Es un tratamiento eficaz para depresiones menos graves. Es un recurso útil que ha de formar parte del tratamiento integral en la depresión del adulto mayor, como en cualquier otro grupo de edad, lo mismo que la inclusión de la familia dentro del equipo terapéutico.

A menudo se niega la psicoterapia individual al adulto mayor, fundándose en la premisa falsa de que es demasiado inflexible para cambiar y que la intervención psicoterapéutica exige demasiado tiempo y no es eficaz. Estudios recientes han comprobado que el adulto mayor se beneficia

grandemente con la psicoterapia, a menudo, basta una relación terapéutica franca con el profesional de la salud que le asiste.<sup>49</sup>

Existe una amplia disponibilidad de intervenciones psicológicas que pueden ser utilizadas en adultos mayores con depresión dentro de ellas tenemos a la Psicología energética considerada como un conjunto de diversos tratamientos psicológicos que se basan en la relación cuerpo/mente y utilizan el sistema energético humano.

La psicología energética es una rama de la medicina energética de alguna manera análoga a la forma en la que la psiquiatría es una rama de la medicina convencional. La psiquiatría aplica principios y procedimientos médicos para mejorar la salud mental; la psicología energética aplica principios y procedimientos de la medicina energética hacia el mismo objetivo. La Association for Comprehensive Energy Psychology identifica tres sistemas energéticos a los que pueden dirigirse las intervenciones con psicología energética: (a) caminos energéticos, tales como los “meridianos”; (b) centros energéticos, tales como los “chakras”, y (c) el campo energético que rodea el cuerpo, conocido científicamente como el “biocampo” o en las tradiciones espirituales y de sanación, conocido como “aura”. Las tres formas de energía sutil – meridianos, chakras y biocampos – han sido descubiertas independientemente y han sido trabajadas por los sanadores a través del mundo por siglos.

Técnicas energéticas como el Chi kung, shiatsu, acupuntura o reflexología se distinguen de la psicología energética porque en ellas no hay ningún tipo de intervención psicológica.

Se considera exclusivamente aquellas técnicas que combinan de una forma integrada intervenciones psicológicas y energéticas en un único formato terapéutico dentro de ellos tenemos: EFT (técnica de liberación emocional), TFT (terapia del campo de pensamiento), TAT (técnica de acupresura de Tapas) EDTM (diagnóstico energético y métodos de tratamiento).<sup>50</sup>

### **2.1.2. TÉCNICA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL.**

EFT o Emotional Freedom Techniques es un desarrollo que combina elementos de la psicología y de la acupuntura. Se trata de una técnica de "tapping" o golpeteo, en la que se estimula el sistema energético humano para producir equilibrio emocional. En lugar de estimular los meridianos (canales por donde discurre la energía) con agujas, se emplean las yemas de los dedos y afirmaciones positivas. El golpeteo de puntos seleccionados produce un reordenamiento del flujo de energía en el organismo, restaurando bloqueos y desequilibrios de tipo emocional, mental y físico. Se basa en el hecho de que "Toda emoción negativa deja un desequilibrio energético grabado en el cuerpo".

Llamamos emociones negativas a las emociones de enfado, tristeza, miedo, preocupación en exceso, es decir cuando se convierten en ira, rabia, depresión, ansiedad, fobia, obsesión y nos dificultan llevar una vida equilibrada. Las emociones son útiles y adaptativas porque nos proporcionan una información muy importante pero un exceso de emoción nos turba, nos desequilibra y nos causa malestar. La Técnica de Liberación Emocional nos ayuda a equilibrar nuestras emociones para conseguir un estado de armonía y de bienestar.

#### **2.1.2.1. ORIGEN DE LA TÉCNICA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL.**

El nombre de esta técnica proviene del nombre original en inglés, Emotional Freedom Techniques, o Técnicas de Libertad Emocional. Esta terapia alternativa que forma parte de lo que ha venido a llamarse psicología energética, fue desarrollada por un ingeniero graduado en la universidad de Stanford llamado Gary Craig en el año de 1991, basándose en descubrimientos previos del Dr. Roger Callahan y Dr. Diamond y lo ha enseñado desde el comienzo de los años 90. Se basa en el tratamiento del sistema energético del cuerpo y de la mente para eliminar (muchas veces en su totalidad) todo tipo de problemas emocionales, mentales, físicos y hasta espirituales.

Descrito como Acupuntura Emocional, esta técnica utiliza los mismos puntos utilizados en la medicina tradicional china, y es una de las más efectivas en balancear el sistema energético del cuerpo. Nos enseña que cuando la energía fluye armoniosamente a través de nuestro cuerpo tenemos bienestar pero cuando se produce un exceso, un bloqueo o una deficiencia de energía nos produce malestar, primero emocional y si no se atiende se puede convertir en una enfermedad somática.

Podemos equilibrar la energía estimulando los meridianos energéticos. Así como la medicina china utiliza agujas para equilibrar la energía, la técnica de liberación emocional utiliza la estimulación mediante golpecitos “tapping” o “golpeteo” sobre los extremos de nuestros meridianos energéticos.

La técnica de liberación emocional ha demostrado su efectividad hasta en un 80% en pruebas clínicas, se sabe que es un nuevo paradigma en el proceso de tratamiento y sanación, porque ya no es necesario largos meses y años de terapia convencional para resolver problemas de tipo emocional, físico y mental.

#### **2.1.2.2. FISIOPATOLOGÍA DE LA TÉCNICA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL.**

La técnica de liberación emocional se basa en los principios energéticos de la medicina tradicional china, (el sistema de los meridianos) y en la energía mente - cuerpo, incluye procedimientos de diagnóstico y tratamiento que se implementan mientras el paciente está sintonizado a su problema, es decir sintonizado con el campo del pensamiento.

El tratamiento psicoenergético libera la energía producida por emociones negativas, retenida en un hemisferio cerebral en el sistema nervioso autónomo y en el campo mental, que crea los trastornos energéticos, neurológicos, orgánicos, emocionales y del comportamiento, que produce daños neurológicos funcionales y morfológicos en el hipocampo,

la amígdala cerebral, la corteza prefrontal y otras estructuras cerebrales con sus consecuencias psicosomáticas dando balance a las energías de los meridianos del cuerpo al estimular los acupuntos trae más orden y coherencia a los campos organizativos que regulan la actividad neuronal, mientras que las memorias problemáticas o los detonantes se activan mentalmente, las sinapsis que mantiene los aprendizajes implícitos relacionados con esas memorias o detonantes se liberan y puede ocurrir la reconsolidación. La excitación reducida del sistema límbico (debido a la estimulación de acupuntos) mientras que la memoria o el detonante todavía está activo se convierte en el “nuevo normal”.<sup>18</sup>

Un programa continuo en la escuela de medicina de Harvard que usaba la imagen de resonancia magnética funcional (IRMF) y la tomografía de emisión de positrones (TEP) ha mostrado conclusivamente que la estimulación de acupuntos seleccionados produce una desactivación extensiva de la amígdala y de otras áreas del sistema límbico. Los protocolos de psicología energética combinan la percusión (tapping) de los acupuntos con la activación de emociones no deseadas a través de la exposición imaginativa, usualmente trayendo a la mente una memoria problemática o disparador. Esto simultáneamente incrementa la agitación (a través de la exposición imaginativa), mientras que al mismo tiempo disminuye la agitación (a través de señales electromagnéticas enviadas al sistema límbico mediante el tapping de acupuntos). Al reconciliar estas dos señales opuestas, el cerebro finalmente es capaz de enfrentarse a la memoria o al disparador sin la agitación límbica.<sup>51</sup>

### **2.1.2.3. IMPORTANCIA Y/O BENEFICIOS.**

La técnica de liberación emocional es importante ya que ayuda en todas las facetas de nuestra vida, así mismo para superar todo tipo de problemas por el resto de nuestras vidas. Todos tenemos nuestros problemas, aunque no nos guste admitirlo, por ejemplo en la depresión, en el trabajo para el manejo del estrés, en las relaciones con la familia, amigos para que

disfrutemos al máximo, en las relaciones de pareja como para encontrarnos bien con nosotros mismos, etc.

Es ideal para todos aquellos que desean su superación personal, sobreponerse a sus problemas y disfrutar más de la vida, sin tener que pasar años en terapia psicológica con resultados poco satisfactorios.

Otra de las ventajas es que cualquiera puede aprender a utilizarlo incluso puede ser aplicada por uno mismo, carece de efectos secundarios puesto que no requiere de drogas ni de equipos sofisticados y al ser reconocido mundialmente, es relativamente fácil encontrar un instructor con quien se pueda aprender. Incluso muchos médicos, enfermeras y otros profesionales de la medicina alternativa y de la medicina tradicional están descubriendo y utilizando la técnica de liberación emocional con enorme éxito.

#### **2.1.2.4. FORMA DE APLICACIÓN.**

La Técnica de liberación emocional es una terapia holística porque podemos utilizarla para cualquier tipo de problema, físico, emocional, mental y hasta espiritual. Una vez que empezamos a utilizar esta terapia observamos la estrecha relación entre estos aspectos del ser humano y su naturaleza holística. Por ejemplo al trabajar con un dolor de cuello muchas veces sentimos una gran tristeza o cólera, y una vez que estas son integradas experimentamos alivio tanto en el dolor físico y emocional.

En términos sencillos, consiste en un ligero golpeteo en puntos de acupresión localizados a lo largo de los meridianos o canales energéticos del cuerpo humano, manteniéndose simultáneamente enfocado en el problema que se desea tratar. De esta manera el sistema energético es “balanceado” y la energía está a disposición para que el proceso de sanación se desenvuelva.

### 2.1.2.5. USOS EN LA TERAPIA PSICOLÓGICA.

La Técnica de liberación emocional no es solo utilizado en las terapias alternativas muchos terapeutas convencionales y psicólogos utilizan en sus consultorios de terapias psicológicas, y esto se debe a los resultados que se obtienen, cabe decir que es excelente para cualquier profesional de la salud.

Esta invaluable técnica es un perfecto complemento para cualquier sanador. Muchos profesionales incorporan fácilmente la técnica de liberación emocional en sus respectivas modalidades de sanación: enfermeras, médicos alópatas y alternativos, psicólogos, masajistas psiquiatras, dentistas, terapeutas, quiroprácticos, nutricionistas, consejeros de salud, trabajadores sociales, educadores y maestros, hipnoterapeutas, reflexólogos, maestros de Reiki, sanadores espirituales y energéticos, ministros y sacerdotes.<sup>52</sup>

### 2.1.2.6. APLICACIONES DE LA TÉCNICA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL.

Es utilizado exitosamente para resolver innumerables problemas, y como herramienta para alcanzar el desarrollo personal y superación. Da un extraordinario resultado con problemas tan variados como los miedos a hablar en público hasta la superación de notas académicas en estudiantes. Tenemos:

- a) **Emocionales:** Miedos/fobias, ansiedades/angustias, depresiones, estrés, insomnio, pesadillas, compulsiones y obsesiones, autoestima, concentración, confianza en sí mismo.
- b) **Adicciones:** Tabaco, drogas, ludopatía, sobrepeso, anorexia-bulimia.
- c) **Relaciones:** Relaciones interpersonales (amorosas, familiares, profesionales).
- d) **Conductuales:** Conductas violentas o difíciles en niños, adolescentes y adultos, fracaso escolar, mejora del rendimiento, desempeño en deportes, escuela, y trabajo.

- e) **Físicas:** Dolor y manejo del dolor, incluyendo fibromialgia, artritis, dolores de cabeza, migrañas, dolores de cuello y espalda, etc. Recuperación rápida de lesiones y operaciones, mejora de la sintomatología de todo tipo de enfermedades, problemas estomacales.<sup>53</sup>

#### 2.1.2.7. LIMITACIONES:

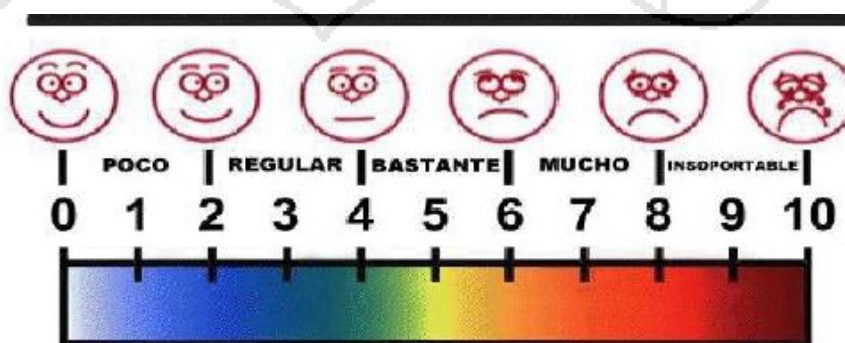
- ✓ Incapacidades emocionales graves.
- ✓ Problemas mentales fuertes.<sup>54</sup>

#### 2.1.2.8. SESIÓN DE LA TÉCNICA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL.

Se trata de una sesión práctico - participativo donde se establece un clima de respeto y confianza que posibilita una relación muy profunda con uno mismo y con el grupo, esta sesión tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas mayores a partir de la promoción de su desarrollo afectivo y emocional. Está dirigido principalmente a adultos mayores que se encuentran en condición de vulnerabilidad social. Por lo que se menciona los siguientes pasos:

##### **Paso 1: Preparación.**

Imagina que existe una escala para medir tu sentimiento, utilizaremos la escala de SUD (Escala subjetiva de Perturbación) del 0 al 10, donde el 10 es el máximo y el 0 el mínimo. Evalúa en qué cifra estaría tu malestar en este mismo momento. (10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 0).





Busca una frase que resuma lo más claramente posible el problema que quieres tratar. Ejemplo: Estoy enfadado con mi jefe por la bronca que me ha caído”. Es muy importante que escojas bien las palabras puesto que son la clave de la eficacia de técnica de liberación emocional. Debes decir exactamente lo que sientes con tus propias palabras. La frase del ejemplo, según la persona y la intensidad puede cambiar y convertirse en “Odio a mi jefe” o en “Estoy disgustado con mi jefe”. Recuerda, cuando más concisión haya, mayor será la eficacia, no vale decir: “Estoy enfadado por lo que me ha pasado” es demasiado ambiguo.

Repite esta frase tres veces en voz alta, mientras continuamente haces tapping en el punto Karate.

Frase de preparación: “Aunque tengo este \_\_\_\_\_ (nombra el problema) yo me acepto y me amo completa y profundamente”.

### **Paso 2: Secuencia de tapping.**

Dar 7 golpeteos tap-tap-tap-tap-tap-tap, (de ahí la palabra inglesa tapping) con la yema de los dedos índice, medio y anular en los puntos de energía, con la mano dominante sobre el lado izquierdo de tu cuerpo y si eres zurdo sobre el derecho; mientras repites una frase corta que te enfoca al problema.

“Tapping” es el término anglosajón empleado para denominar una serie de golpes rítmicos (digito puntura) que se realizan en cada uno de los puntos señalados. De forma suave pero firme, entre cinco y siete toques por cada punto señalado, aunque no es necesario que cuentes. La secuencia de tapping abarca los siguientes puntos de energía:

- 1) **Inicio de la Ceja:** Justo donde comienza la ceja, en la parte donde se une a la nariz.
- 2) **Lado del Ojo:** Sería donde acaba la ceja, en el hueso que marca el rabillo del ojo.
- 3) **Bajo el Ojo:** En el hueso del pómulo justo en línea con la pupila.
- 4) **Bajo la nariz:** Justo en el área que hay entre la nariz y el labio.

- 5) **Sobre el mentón:** Debajo del labio, en el inicio de la barbilla.
- 6) **Clavícula:** Este punto está situado en el inicio de la clavícula, pon el dedo en la hendidura que hacen los dos huesos de la clavícula con forma de U y baja 3 centímetros.
- 7) **Bajo el brazo:** Colocar debajo de la axila en línea con el hueso de la primera costilla. Estaría situado justo debajo de la axila.
- 8) **Dedo Pulgar:** En la parte lateral exterior del pulgar, en la base de la uña.
- 9) **Dedo Índice:** En la parte lateral del dedo índice (lado hacia el pulgar), en la base de la uña.
- 10) **Dedo Corazón:** En la parte lateral del dedo medio (lado hacia el pulgar), en la base de la uña.
- 11) **Dedo Meñique:** En la parte lateral del dedo meñique (lado hacia el pulgar), en la base de la uña.
- 12) **Punto de Kárate:** En la mano (lateral), está en medio de esa zona mullida que hay en el lateral de la mano y que va desde la muñeca hasta el nudillo del dedo meñique (la parte del costado de la mano que usan los karatecas para partir tablas).

**Técnicas de liberación Emocional (receta basica)**

**Preparación:**

- define tu "frase problema" (mejor ser específicos).
- valora de 0 a 10 el grado de malestar que provoca.
- Golpea el punto kárate o masajea la zona dolorosa mientras repites tres veces: "Aunque... frase problema... me acepto profunda y completamente".

**Secuencia:**


- Golpea con dos dedos desde los puntos 1 a 11 y punto kárate repitiendo la "frase recordatorio" (el núcleo de "frase problema").

**9 gammas:**

- golpea en este punto mientras cierras ojos, abres ojos, miras abajo dicha, abajo izda, giras ojos en círculo, giras en sentido opuesto, tarareas una canción (5 seg), cuentas 1 al 5 en voz alta y tarareas de nuevo una canción.

Repite la secuencia.

Valora de nuevo de 0 a 10 el grado de malestar




11 - meñique

12 - Punto Karate

10 - corazón

9 - índice

8 - pulgar



1 - ojo

2 - lado del ojo

3 - bajo ojo

4 - bajo nariz

5 - bajo labio

Punto karate

6 - clavícula

zona dolorosa

7 - bajo axila

"La causa de todo malestar emocional es una alteración en el sistema energético corporal"

Si el malestar baja y sigue mayor de 2 la frase se cambia a "Aunque todavía quedan restos de... (problema)... me acepto..." y la frase recordatorio sería "restos de..." o "lo que queda de...".

Si queda en 2 ó menos se trabaja con la frase "Quiero superar por completo este... problema... y me acepto...".

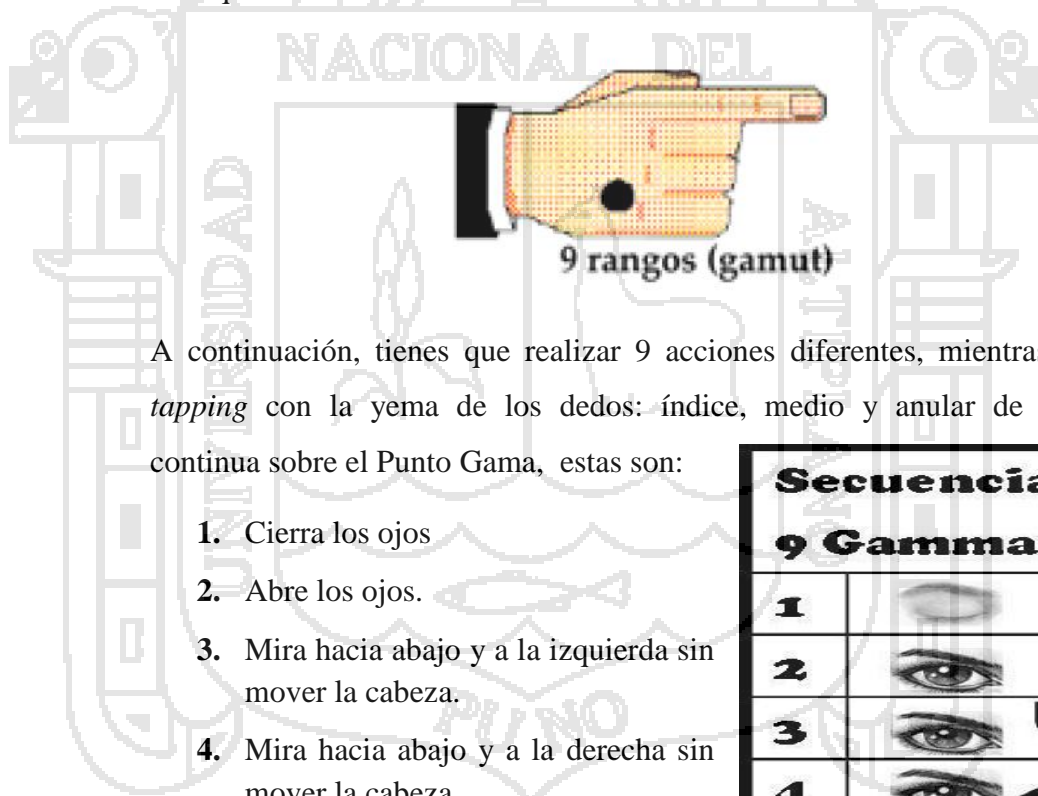
Si no descende, ajusta la frase problema o busca otra.

**Paso 3: Las 9 Gamas.**

Su propósito es poner a punto al cerebro, es decir ciertas partes del cerebro se estimulan a través de conexiones nerviosas cuando se mueven los ojos. Asimismo, el lado derecho del cerebro (el lado creativo) está ocupado cuando tarareas una canción y el lado izquierdo (el lado numérico) está ocupado cuando cuentas.









El procedimiento de los 9 pasos es un proceso en donde se ejecutan acciones estimuladoras del cerebro mientras se hace *tapping* continuamente sobre uno de los puntos energéticos, el punto Gama.

Tienes que ubicar el Punto Gama, que está en el dorso de las manos, a 1 cm por debajo del punto central entre los nudillos a la base del dedo anular y el meñique.



A continuación, tienes que realizar 9 acciones diferentes, mientras haces *tapping* con la yema de los dedos: índice, medio y anular de manera continua sobre el Punto Gama, estas son:

1. Cierra los ojos
2. Abre los ojos.
3. Mira hacia abajo y a la izquierda sin mover la cabeza.
4. Mira hacia abajo y a la derecha sin mover la cabeza.
5. Mueve los ojos en círculo hacia la izquierda.
6. Mueve los ojos en círculo hacia la derecha.
7. Tararea una canción unos segundos. Por ejemplo “Cumpleaños feliz”.

<b>Secuencia 9 Gamma</b>	
<b>1</b>	
<b>2</b>	
<b>3</b>	
<b>4</b>	
<b>5</b>	
<b>6</b>	
<b>7</b>	
<b>8</b>	1..2..3..4..5
<b>9</b>	

8. Cuenta hasta cinco rápidamente.
9. Tararea la misma canción otra vez.

#### **Paso 4: Secuencia (otra vez).**

El cuarto y último paso, es una repetición idéntica del paso 2 y 3 es decir a la secuencia de Tapping y las 9 gamas.

Cuando acabes realiza una respiración profunda mientras llevas tu mano al corazón. Cierra los ojos y “siente”. Vuelve a imaginar que existe una escala para medir tu sentimiento, donde el 10 es el máximo y el 0 el mínimo. Evalúa en qué cifra estaría tu malestar tras la ronda completa. Si *el malestar baja y sigue mayor de 2* la frase de preparación se cambia a: “*Aunque todavía quedan restos de... (Problema)...me acepto...*” y la frase recordatoria sería: “*restos de... o “lo que queda de...”*. Si queda en 2 o menos se trabaja con la frase de preparación: “*quiero superar por completo este...problema... y me acepto...*”.<sup>55</sup>

#### **2.1.3. ESTRUCTURA DE LAS SESIONES:**

El desarrollo del Taller de técnica de liberación emocional está estructurado en 4 momentos:

1. **Dinámica de Presentación:** Se realiza la presentación del equipo investigador dándose a conocer la importancia del taller en esta fase, el formador busca generar motivación, crear expectativa sobre la temática a desarrollar, lograr un ambiente de confianza y propiciar la participación del grupo; instaurar la reunión, informando a los participantes sobre los propósitos de la sesión y presentar de manera clara las normas de trabajo.
2. **Recojo de saberes previos:** Mediante la técnica de lluvia de ideas se lanzará preguntas relacionados al tema a fin de saber el grado de conocimiento sobre el tema.

3. **Práctico:** Entendida como la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos.
4. **Evaluación:** Se realiza la retroalimentación, la liberación y relajación, es el regreso a la normalidad, permite al investigador construir estrategias y al grupo dirigido reflexionar sobre su aprendizaje, que mediante instrumentos recoge y analiza la información sobre los cambios que se evidencia en el educando, para valorar y tomar decisiones pertinentes, siendo una parte inseparable del proceso educativo.

#### 2.1.4. TÉCNICAS Y DINÁMICAS EDUCATIVAS.

##### **Lluvia de ideas.**

Esta herramienta fue creada en 1941 por Alex Osborne como búsqueda de ideas creativas, resulta de un proceso interactivo de grupo no estructurado de “lluvia de ideas” que generaba más y mejores ideas que los individuos podían producir trabajando en forma independiente. Se utiliza cuando existe la necesidad de liberar la creatividad de los equipos, generar un número extenso de ideas, involucrar a todos en el proceso, identificar oportunidades para mejorar.

Cuando se trabaja en grupos, la lluvia de ideas es una técnica para generar ideas originales en un ambiente relajado y permite la obtención de un gran número de ideas sobre un determinado tema de estudio, se usa especialmente cuando se quiere explorar conocimientos previos sobre el tema.<sup>56</sup>

##### **Dinámicas.**

Esta herramienta tuvo su origen en Estados Unidos a finales de 1930, por la preocupación de la mejora en los resultados obtenidos en el campo político, económico, social y militar del país; la convergencia de ellas, así como la teoría de la Gestalt, contribuyeron a fundamentar la teoría de la dinámica. Son medios, métodos o herramientas, empleados al trabajar con grupos para lograr la acción del grupo.

La dinámica de grupo busca explicar los cambios internos que se producen como resultado de las fuerzas y condiciones que influyen en los grupos como un todo y de cómo reaccionan los integrantes. Las dinámicas adquieren un valor específico de diversión que estimula: emotividad, creatividad, dinamismo o tensión positiva.<sup>57</sup>

#### **Duración de una sesión.**

La duración de una sesión se dará entre 16 - 25 minutos aproximadamente debido a que la concentración del adulto mayor es no mayor de 40 minutos, aunque algunos autores afirman que es indistintamente en cada persona.

#### **Características del lugar de realización.**

El lugar ideal es una sala diáfana, lo más confortable posible (clima, colores, atmosfera, etc.), de preferencia un área cuadrada, el suelo debe ser de madera o moqueta. También puede hacerse al aire libre pero con condiciones (intimidad, sonido, peligros, clima etc.).

#### **Materiales.**

Se emplearán materiales didácticos para facilitar el proceso de enseñanza y de aprendizaje, dentro de un contexto educativo global sistémico.

## **2.2. MARCO CONCEPTUAL.**

**ADULTO MAYOR:** Para fines de este proyecto se utilizará el término “adulto mayor” para referirse a las personas mayores de 60 años, considerándose el término “vejez” como un estado del ser y “envejecimiento” como un proceso, por lo que se adoptarán estos términos para facilitar la conceptualización.

**DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR:** La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Es una

enfermedad grave que trastorna vidas, familias y trabajo, llegando a afectar la salud física; de no tratarse podría incluso ocasionar la muerte.<sup>58</sup>

**TÉCNICA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL:** EFT o Emotional Freedom Techniques es una técnica de autoayuda y de ayuda al prójimo, que forma parte de las Terapias Psicoenergéticas, que nos permite eliminar las emociones negativas de una forma sencilla, rápida y eficaz. Y lo más importante, accesible para todos. Se basa en el hecho de que "Toda emoción negativa deja un desequilibrio energético grabado en el cuerpo".

**FACTOR DE RIESGO DEL ADULTO MAYOR:** Un factor de riesgo es toda circunstancia, situación, característica o exposición que aumenta las probabilidades de que un adulto mayor puede contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.<sup>59</sup>

### III. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.

La técnica de liberación emocional es efectiva en la disminución de la depresión en el adulto mayor del Establecimiento de Salud I- 3 Chejoña - Puno.

### IV. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN.

#### 4.1. La Variable de estudio:

##### - VARIABLE INDEPENDIENTE:

Técnica de liberación emocional

##### - VARIABLE DEPENDIENTE:

Depresión del adulto mayor

##### - VARIABLES INTERVINIENTES:

Características personales del adulto mayor con depresión.

## 4.2. Operacionalización de la variable:

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b></p> <p><b>Técnica de liberación emocional</b></p> <p>Es una secuencia de "tapping" o golpeteo, de puntos seleccionados empleando las yemas de los dedos y afirmaciones positivas que produce un reordenamiento del flujo de energía en el cuerpo, para conseguir equilibrio emocional, a través de cinco sesiones con diferentes momentos, aplicado a los adultos mayores.</p>	<p><b>Sesión de técnica de liberación emocional.</b></p>	<p><b>1ra sesión (Parte teórica)</b></p> <p>En 4 momentos:</p> <p>Presentación del equipo investigador (2 min.)</p> <p>Recojo de saberes previos (5 min.)</p> <p><b>Dinámica:</b> la pelota preguntona</p> <p><b>Teórico:</b> (15 min.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición sobre depresión.</li> <li>- Signos y síntomas de la depresión.</li> <li>- Técnica de liberación emocional</li> </ul> <p><b>Evaluación</b> (3 min.)</p> <p>Dinámica de cierre: esto es un abrazo ¿un qué?</p> <p><b>2da sesión (parte práctica)</b></p> <p>En 3 momentos:</p> <p>Presentación del equipo investigador. (1 min.)</p> <p><b>Práctico:</b> Aplicación de la Técnica de Liberación Emocional. (10 min. aprox.)</p> <p><b>Evaluación</b> (5 min.)</p> <p><b>3ra sesión (parte práctica)</b></p> <p>En 3 momentos:</p> <p>Presentación del equipo investigador. (1 min.)</p> <p><b>Práctico:</b> Aplicación de la Técnica de Liberación Emocional. (10 min. aprox.)</p> <p><b>Evaluación</b> (5 min.)</p> <p><b>4ta sesión (parte práctica)</b></p> <p>En 3 momentos:</p> <p>Presentación del equipo investigador. (1 min.)</p> <p><b>Práctico:</b> Aplicación de la Técnica de Liberación Emocional. (10 min aprox.)</p> <p><b>Evaluación</b> (5 min.)</p>



		<p><b>5ta sesión (parte práctica)</b></p> <p>En 3 momentos:</p> <p>Presentación del equipo investigador. (1 min.)</p> <p><b>Práctico:</b> Aplicación de la Técnica de Liberación Emocional. (10 min. aprox.)</p> <p><b>Evaluación</b> (5 min)</p>
--	--	---

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICE
<p><b>VARIABLE DEPENDIENTE</b></p> <p><b>Depresión del adulto mayor</b></p> <p>Es un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, produciendo alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales, además puede provocar una incapacidad total o parcial en el disfrute de acontecimientos importantes de la vida cotidiana, de no tratarse podría incluso ocasionar complicaciones de la salud mental en el adulto mayor.</p>	<p><b>Evaluación del nivel de depresión. (Escala Geriátrica Abreviada de Yesavage)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En general está satisfecho con su vida.</li> <li>2. Ha abandonado muchos de sus actividades e intereses.</li> <li>3. Siente que su vida está vacía</li> <li>4. Se siente con frecuencia aburrido(a)</li> <li>5. Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo.</li> <li>6. Tiene miedo de que le suceda algo malo.</li> <li>7. Se siente feliz la mayor parte del tiempo.</li> <li>8. Con frecuencia se siente desamparado, desprotegido(a).</li> <li>9. Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas.</li> <li>10. Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente.</li> <li>11. Piensa que es maravilloso estar vivo ahora.</li> </ol>	<p><b>SI = 0 p</b> <b>NO = 1p</b></p> <p><b>SI= 1p</b> <b>NO= 0p</b></p> <p><b>SI=1p</b> <b>NO=0p</b></p> <p><b>SI=1p</b> <b>NO=0p</b></p> <p><b>SI=0p</b> <b>NO=1p</b></p> <p><b>SI=1p</b> <b>NO=0p</b></p> <p><b>SI=0p</b> <b>NO=1p</b></p> <p><b>SI=1p</b> <b>NO=0p</b></p> <p><b>SI=1p</b> <b>NO=0p</b></p> <p><b>SI=0p</b> <b>NO=1p</b></p>	<p>Sin depresión 0-5 puntos.</p> <p>Depresión moderada: 6-9 puntos.</p> <p>Depresión severa &gt;10 puntos.</p>



VARIABLES	MEDICIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICE
		12. Actualmente se siente un(a) inútil. 13. Piensa que su situación es desesperada. 14. Se siente lleno de energía. 15. Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted.	<b>SI=1p</b> <b>NO=0p</b>  <b>SI=1p</b> <b>NO=0p</b>  <b>SI=0p</b> <b>NO=1p</b>  <b>SI=1p</b> <b>NO=0p</b>	
<b>VARIABLE INTERVINIENTE</b>  Características personales del adulto mayor con depresión.	<b>Características personales</b>	Edad  Sexo  Estado civil  Grado de instrucción  Ocupación	60 – 69 70 – 79 80 – a más.  Masculino Femenino  Soltero(a) Casado(a) Conviviente Divorciado(a) Viudo(a)  Analfabeto Primaria Secundaria Superior incompleto  Su casa Trabajador ambulante Agricultor/pastor Construcción Otros	

## V. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

### 5.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la efectividad de la Técnica de Liberación Emocional en la depresión del adulto mayor, Establecimiento de Salud I-3 Chejoña - Puno - 2014.

### 5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las características personales del Adulto Mayor con depresión según: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, ocupación.
- Evaluar el nivel de depresión antes de la intervención de la sesión de técnica de liberación emocional. (pre test).
- Aplicar la sesión de técnica de liberación emocional a los adultos mayores.
- Evaluar el nivel de depresión después de la intervención de la sesión de técnica de liberación emocional. (post test).
- Comparar el nivel de depresión pre y post intervención de la sesión de técnica de liberación emocional.

## VI. DISEÑO METODOLÓGICO.

### 6.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

#### **Tipo de Investigación:**

El estudio de investigación fue de tipo PRE - EXPERIMENTAL, denominándose así porque se manipuló la variable independiente (técnica de liberación emocional) y se observó su efectividad sobre la variable dependiente (depresión del adulto mayor).

#### **Diseño de Investigación:**

El diseño de investigación tuvo como diseño de PRE Y POST TEST con un solo grupo. Donde al grupo de estudio se le aplicó el tratamiento experimental (sesión de técnica de liberación emocional).

Se tiene el diagrama del diseño de investigación:

Grupo	Pre test	Variable independiente	Post test
GE	O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>

**Dónde:**

**GE:** Grupo experimental

**O<sub>1</sub>:** Evaluación del nivel de depresión del adulto mayor antes de aplicar la sesión de técnica de liberación emocional. (Pre test)

**X:** Intervención de enfermería con la sesión de Técnica de Liberación Emocional.

**O<sub>2</sub>:** Evaluación del nivel de depresión del adulto mayor después de aplicar la sesión de técnica de liberación emocional. (Post test).

## 6.2. ÁMBITO DE ESTUDIO.

El presente trabajo de investigación se realizó en la ciudad de Puno, ubicado a orillas del Lago Titicaca a 3827 m.s.n.m., lago navegable más alto del Mundo. Se encuentra en la región de la sierra a los 15° 50'26" de latitud sur, 70° 01' 28" de longitud Oeste del meridiano de Greenwich; ocupa una extensión de 460.63 Km<sup>2</sup> y alberga una población distrital de 123,906 habitantes al año 2005, Su extensión urbana actual es de 1,566.64, que representa el 0.24% del territorio de la Provincia de Puno. La provincia tiene una superficie aproximada de 6,492.60 km<sup>2</sup>, distribuidos entre distritos, comunidades campesinas, centros poblados y parcialidades. Está conformado por 15 distritos: Puno, Acora, Amantaní, Atuncolla, Capachica, Chucuito, Coata, Huata, Mañazo, Paucarcolla, Pichacani, Platería, San Antonio, Tiquillaca y Vilque. <sup>60</sup>

El Establecimiento de Salud I-3 Chejoña, fue creada según la resolución directoral N° 155 – D – UTES – PUNO de fecha 2 de Mayo de 1986, dicho local ha sido donado por el centro materno del Barrio Chejoña, ubicado al sur de la ciudad de Puno, en el Jirón Sideral S/N. Es una institución gubernamental, se encuentra al servicio de todo ciudadano con el fin de

brindar atención de salud a aquellas personas con bajos recursos económicos que están caracterizados como zonas urbano marginales. Cuenta con ambientes hecho de material rústico y distribuido en una planta; así también cuenta con servicios de medicina, enfermería, odontología, obstetricia, servicio social, nutrición, admisión, farmacia y tóxico. Cuenta con una población total 18 700 habitantes.<sup>61</sup>

### **Características de la población de estudio:**

En el Establecimiento de Salud I-3 Chejoña, normalmente asisten al club del adulto mayor un total de 51 adultos mayores, sus edades oscilan de 60 años a más, de los cuales predomina más el sexo femenino, en cuanto a la procedencia son de zonas rurales, según el grado de instrucción en su mayoría son analfabetos seguido de primaria incompleta, resaltando sectores en pobreza y extrema pobreza quienes a su vez emigran de diferentes distritos y comunidades aledañas, donde algunos viven junto a sus familiares y otros no, además cabe mencionar que ellos se inscriben y participan voluntariamente en el establecimiento de salud.

### **6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.**

Inicialmente se tenía una población de referencia constituida por 51 adultos mayores de 60 años a más que actualmente asisten al club del adulto mayor en el Establecimiento de Salud I-3 Chejoña, a quienes se realizó el tamizaje de depresión, de estos 12 personas no presentaron depresión, siendo la muestra de estudio para la investigación 39 adultos mayores.

Se utilizó el muestreo por conveniencia que mediante los criterios de inclusión y exclusión, se decidió quienes integraran en la muestra en función a los propósitos de nuestra investigación.

#### **a) Unidad de análisis:**

Adultos mayores de 60 a más años con algún nivel de depresión.

**b) Criterios de selección de muestra:****Criterios de inclusión:**

- Adultos mayores de 60 años a más pertenecientes al Establecimiento de Salud I-3 Chejoña.
- Adultos mayores que tengan la disponibilidad de colaborar en este estudio previo consentimiento informado.
- Adultos mayores con depresión según escala de Yesavage.
- Adultos mayores en uso de sus facultades cognitivas.

**Criterios de exclusión:**

- Adultos mayores que no tengan la disponibilidad de colaborar en este estudio.
- Adultos mayores con deterioro cognitivo que imposibilite la respuesta al instrumento.

**6.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.****6.4.1. Técnica:**

La técnica utilizada fue la entrevista, con guía de preguntas específicas (cuestionario) cuyo orden y redacción permanece invariable, sujeta exclusivamente a obtener información acerca del nivel de depresión en el adulto mayor.

**6.4.2. Instrumento:**

**Cuestionario de Escala Geriátrica Abreviada de Yesavage** (Geriatric Depression Scale, GDS): Está diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico. La versión original, fue de 30 ítems, desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación

total y mostraban una validez test - retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático.<sup>36</sup>

En 1986 Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 ítems de respuestas dicotómicas si / no, que ha sido también muy difundida y utilizada, y en fecha reciente Aguado C. y Cols (2000) han presentado un primer avance de su estudio de adaptación y validación. Con posterioridad, otros autores han presentado versiones aún más abreviadas (4, 5, 10 ítems).<sup>62</sup>

❖ **Tiempo de aplicación:**

Es un instrumento rápido de administrar, entre 5 a 10 minutos.

❖ **Interpretación:**

Cada ítem se valora como 0 / 1 punto, calificando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-15 puntos.<sup>63</sup>

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con alternativas en negrita y la suma total se valora como sigue:

- Sin depresión 0-5 puntos
- Depresión moderada 6-9 puntos
- Depresión severa > 10 puntos

❖ **Validez y Confiabilidad:**

Se aplicó la prueba piloto al 10% de la población en estudio representado por 4 adultos mayores del establecimiento de salud José Antonio Encinas, quienes tenían las mismas características a la población de estudio, lo que permitió mejorar el instrumento.

Nº DE ITEM	PREGUNTA INICIAL	PREGUNTA CORREGIDA
3	¿Siente que su vida está vacía?	¿Siente que en su vida le falta algo?
5	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	¿Se encuentra de buen ánimo la mayor parte del tiempo?
8	¿Con frecuencia se siente desamparado, desprotegido(a)?	¿Con frecuencia se siente abandonado(a) por su familia?
9	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	¿Prefiere estar sin hacer nada en casa durante el día que salir a la calle y hacer cosas nuevas?
10	¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente de su edad?
12	¿Actualmente se siente un(a) inútil?	¿Actualmente siente que no sirve para nada?
13	¿Piensa que su situación es desesperada?	¿Se encuentra sin esperanza por su situación actual?
14	¿Se siente lleno de energía?	¿Se siente aun con fuerza para continuar viviendo?

### 6.5. PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

En la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

#### DE LA COORDINACIÓN:

Se solicitó a la decana de la Facultad de Enfermería una carta de presentación dirigida al jefe del Establecimiento de Salud I-3 Chejoña.

Se entregó la carta de presentación al jefe del Establecimiento de salud I-3 Chejoña, pidiendo la respectiva autorización para la ejecución del proyecto de investigación, previa información.



Se coordinó con la encargada de la Estrategia Adulto Mayor a fin de dar a conocer los objetivos de la investigación y al mismo tiempo solicitar su apoyo.

### **DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS PRE TEST.**

En el Establecimiento de Salud I-3 Chejoña se captó a los adultos mayores que asisten al club del adulto mayor y se trabajó según la fecha citada en la reunión de los adultos mayores.

Primero se realizó el tamizaje a la población demandante, con el fin de seleccionar a los adultos mayores con depresión según la Escala geriátrica abreviada de Yesavage la cual se aplicó de forma individual con una duración de 5 a 10 minutos.

Después se recolectó datos generales de la población de estudio como: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y ocupación.

Se le explicó al entrevistado que se le tomará una serie de preguntas según como se ha sentido en la última semana, dando como respuesta un SI o un NO.

A cada adulto mayor se le brindó confianza mediante el diálogo para una mayor aceptación y comprensión por parte de ellos.

El idioma que se empleó fue el castellano, quechua y aymara, se solicitó apoyo a personas que dominaban dichos idiomas, para una mejor comprensión y comunicación con cada uno de los adultos mayores. En relación a los Adultos mayores que padecieron problemas auditivos se tuvo que hablar en tono más alto.

De los adultos mayores seleccionados para el grupo experimental se eligió la muestra quienes fueron invitados a participar en las sesiones de

técnica de liberación emocional, así también se consignó la fecha, hora y lugar.

Finalmente se agradeció a cada adulto mayor por la colaboración prestada.

### **DE LA EJECUCIÓN DE LAS SESIONES DE TÉCNICA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL.**

El desarrollo del taller tuvo cinco sesiones, con una frecuencia de una sesión por semana durante 5 semanas, con un tiempo establecido de 25 a 30 minutos aproximadamente por sesión.

Primeramente se solicitó en forma escrita el consentimiento informado a la población en estudio.

Para el desarrollo de las sesiones se realizó un cronograma elaborado de acuerdo a la disposición de cada adulto mayor, utilizándose por escrito tarjetas visuales bien ilustradas en donde se consignó la fecha y la hora de las siguientes sesiones, también se les pidió dirección exacta con puntos de referencia para las visitas domiciliarias para evitar inasistencias ya sea por olvido u otros motivos.



SESIONES EDUCATIVAS	JULIO		AGOSTO												
	1ra sem.		2da sem.			3ra sem.			4ta sem.			5ta sem.			
	31	1	6	7	8	13	14	15	20	21	22	27	28	29	
Aplicación del test de depresión	C/t														51 A.M.
Consentimiento informado 1ra sesión (teoría)		C/t													39 A.M.
2da sesión (práctica)			13	13	12										39 A.M.
3ra sesión (práctica)						12	13	13							39 A.M.
4ta sesión (práctica)									13	13	12				39 A.M.
5ta sesión (práctica)												13	12	13	39 A.M.

**Primera sesión (parte teórica)**

Para llevar a cabo la intervención de enfermería se acondicionó un ambiente propicio, tranquilo libre de interrupciones y en lugares y/o posiciones adecuadas según la comodidad de ellos. La sesión estuvo distribuida en 4 momentos en un tiempo aproximado de 25 minutos:

**Momento 1:** En la presentación, se preparó el material necesario para el inicio del taller, luego nos presentamos al grupo de adultos mayores, saludándolos y hablándoles con trato amable y cordial con palabras entendibles (2 minutos).

**Momento 2:** En el recojo de saberes previos, se lanzó preguntas relacionados al tema empleándose la dinámica “la pelota preguntona” en un tiempo establecido de (5 minutos).

**Momento 3:** En lo teórico, se desarrolló una breve exposición de los siguientes puntos: Definición, signos y síntomas de la depresión,

concepto y la importancia de la técnica de liberación emocional. (15 minutos).

**Momento 4:** En la evaluación, el adulto mayor definió signos y síntomas de la depresión, mencionó los beneficios de la técnica de liberación emocional con sus propias palabras, lo que permitió ver si se alcanzó o no los objetivos previstos, seguida de la dinámica de cierre “esto es un abrazo ¿un qué?” (3 minutos).

### **Segunda, tercera, cuarta y quinta sesión (parte práctica)**

La parte práctica se desarrolló de forma individual a quienes fueron citados bajo un cronograma establecido en la sesión anterior, en caso de inasistencias se hizo una visita domiciliaria para continuar con las sesiones del taller y así cumplir con los objetivos de la investigación.

Para llevar a cabo la intervención de la sesión de técnica de liberación emocional se acondicionó un ambiente propicio, tranquilo libre de interrupciones. La sesión estuvo distribuida en 3 momentos en un tiempo aproximado de 16 minutos.

**Momento 1:** En la presentación se dio la bienvenida previo saludo y hablando con trato amable y cordial con palabras entendibles (1 minuto).

**Momento 2:** En lo práctico, se pidió al adulto mayor que exprese sus sentimientos, y luego se le dijo que imagine que existe una escala para medir los sentimientos negativos, utilizando la escala de Sud (Escala subjetiva de perturbación) del 0 al 10, donde el 10 es el máximo y 0 el mínimo. Evaluando en qué cifra estará el malestar en ese momento. (10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 0) posterior a ello se realizó los siguientes pasos:

**Paso 1:** la frase preparatoria, las investigadoras empezamos a hacer tapping es decir se hace 7 golpecitos con la yema de los dedos índice, medio y anular en el punto karate mientras el adulto mayor

repite tres veces la frase de preparación: “Aunque tengo esta **depresión** yo me acepto y me amo completa y profundamente”.

**Paso 2:** Secuencia de tapping, luego las investigadoras hicimos tapping (7 golpecitos) con la yema de los dedos índice, medio y anular en los puntos de energía (Principio de la ceja, lado del ojo, bajo el ojo, bajo la nariz, mentón, clavícula bajo el brazo, dedo pulgar, dedo índice, dedo medio, dedo meñique, punto de kárate), mientras el adulto mayor repite una frase recordatoria: “esta depresión”.

**Paso 3:** Las 9 gamas, aquí el adulto mayor realizó los 9 movimientos (Cierra los ojos, abre los ojos, mira hacia abajo y a la izquierda sin mover la cabeza, mira hacia abajo y a la derecha sin mover la cabeza, mueve los ojos en círculo hacia la izquierda, mueve los ojos en círculo hacia la derecha, tararea una canción unos segundos por ejemplo “cumpleaños feliz”, cuenta hasta cinco rápidamente, tararea la misma canción otra vez), mientras la investigadora hace tapping en el punto gamma (se ubica en el dorso de la mano entre los nudillos de la base de los dedos anular e índice) de manera continua.

**Paso 4:** Secuencia otra vez, finalmente las investigadoras repetimos desde el paso 2 hasta el paso 3; al terminar se pide al adulto mayor que realice una respiración profunda mientras lleva su mano al corazón, seguidamente se le pidió que cierre los ojos preguntándole cómo se siente luego de la intervención. Al terminar la ronda completa se le pide al adulto mayor que vuelva a imaginar que existe una escala para medir el sentimiento negativo, donde 10 es el máximo y 0 el mínimo, evaluar en qué cifra se encuentra su malestar tras la ronda completa. (10 minutos aproximadamente). **(ANEXO N° 03)**

**Momento 3:** En la evaluación, se le aplicó el test de la escala Geriátrica de Yesavage culminada la sesión de técnica de liberación emocional. (En un tiempo establecido de 5 minutos).

Finalmente se agradeció la participación en el trabajo de investigación.

#### **DEL POST TEST.**

Al finalizar el proceso, se agradeció al personal del Establecimiento de Salud I-3 Chejoña - Puno, por el acceso al lugar y a la población de adultos mayores.

#### **6.6. PLAN DE PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Después de la ejecución del trabajo de investigación se recopiló y analizó los resultados obtenidos.

- Primeramente se recogió la encuesta de los adultos mayores, para su interpretación y se sometió a un proceso de codificación de los datos recolectados.
- Luego se realizó la calificación según puntuación de los instrumentos.
- Se elaboró cuadros de información porcentual.
- Se plasmó la información a cuadros estadísticos para el análisis.
- Finalmente se analizó los datos recolectados, en función a ello se formuló las conclusiones y recomendaciones.

#### **PRUEBA DE HIPÓTESIS.**

Se realizó la prueba de hipótesis “Diferencia de dos medias muestrales”, aplicado para determinar la diferencia o no de los promedios de la puntuación del nivel de depresión entre la evaluación inicial (pre test) y la evaluación posterior (post test), considerando los siguientes pasos:

##### **1. Planteamiento de hipótesis**

$$H_0: \mu_A = \mu_B$$

$$H_1: \mu_A \neq \mu_B$$

$H_0$ : El promedio del PRE-TEST del Nivel de depresión de adultos mayores del Establecimiento de Salud I-3 Chejoña - Puno, **ES IGUAL** con el promedio del POST-TEST del Nivel de depresión de adultos mayores del Establecimiento de Salud I-3 Chejoña – Puno.

$H_1$ : El promedio del PRE-TEST del Nivel de depresión de adultos mayores del establecimiento de Salud I-3 Chejoña - Puno, **ES DIFERENTE** con el promedio del POST-TEST del Nivel de depresión de adultos mayores del Establecimiento de Salud I-3 Chejoña - Puno.

## 2. Fijar el nivel de significancia $\alpha$

Se puede tomar niveles de significancia dependiendo con qué nivel de confianza se concluirá, en este caso se utilizó:  $\alpha = 0.05$  de nivel de significancia (95 % de nivel de confianza).

## 3. Regla de decisión.

Si  $Z_c > Z_t$  = Se rechaza la  $H_0$

$Z_c \leq Z_t$  = Se acepta la  $H_0$

( $Z_c$ = Z calculada y  $Z_t$ = Z tabulada o de tabla)

## 4. Cálculo de $Z_c$ según la formula.

$$Z_c = \frac{|X_A - X_B|}{\sqrt{\frac{S_A^2}{n_A} + \frac{S_B^2}{n_B}}} = Z_c = 11,57139368$$

## DÓNDE:

$X_1$ = Promedio del primer grupo.

$X_2$ = Promedio del segundo grupo.

$S^2_A$  = Varianza del primer grupo.

$S^2_B$  = Varianza del segundo grupo.

$n_A$  = Tamaño del primer grupo.

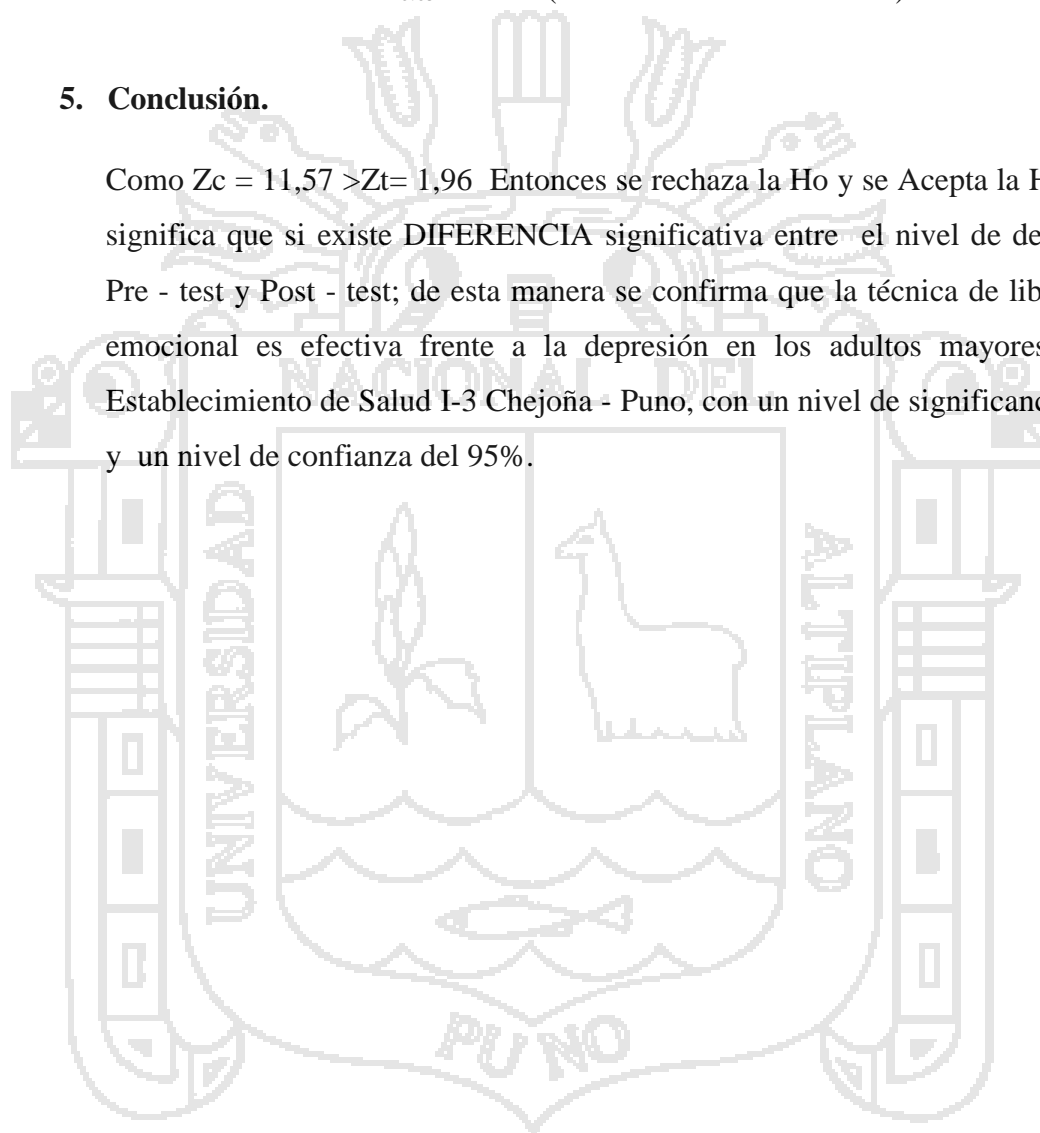
$n_B$  = Tamaño del segundo grupo.

Búsqueda de  $Z_t$  de tabla con nivel de significancia ( $\alpha$ )

Si  $\alpha = 0.05 \implies Z_t = Z_{0.05} = 1.96$  (95% de nivel de confianza).

## 5. Conclusión.

Como  $Z_c = 11,57 > Z_t = 1,96$  Entonces se rechaza la  $H_0$  y se Acepta la  $H_1$ , Esto significa que si existe DIFERENCIA significativa entre el nivel de depresión Pre - test y Post - test; de esta manera se confirma que la técnica de liberación emocional es efectiva frente a la depresión en los adultos mayores en el Establecimiento de Salud I-3 Chejoña - Puno, con un nivel de significancia 0,05 y un nivel de confianza del 95%.







# **VII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

CUADRO 1

**CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN, ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3 CHEJOÑA - PUNO - 2014.**

CARACTERÍSTICAS PERSONALES		N	%
EDAD	60 - 69 años	11	28.2%
	70 - 79 años	20	51.3%
	80 a más años	8	20.5%
<b>TOTAL</b>		<b>39</b>	<b>100.0%</b>
SEXO	Femenino	31	79.5%
	Masculino	8	20.5%
<b>TOTAL</b>		<b>39</b>	<b>100.0%</b>
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto	23	59.0%
	Primaria	10	25.6%
	Secundaria	6	15.4%
	Superior	0	0.0%
<b>TOTAL</b>		<b>39</b>	<b>100.0%</b>
ESTADO CIVIL	Soltero	1	2.6%
	Conviviente	3	7.7%
	Casado	16	41.0%
	Viudo	19	48.7%
<b>TOTAL</b>		<b>39</b>	<b>100.0%</b>
OCUPACIÓN	Su casa	20	51.3%
	Agricultor	8	20.5%
	Trabajador ambulante	6	15.4%
	Construcción	3	7.7%
	Otros	2	5.1%
<b>TOTAL</b>		<b>39</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Resultados de la aplicación de la escala Geriátrica Abreviada de Yesavage

En el cuadro se muestra que según las características personales del adulto mayor con depresión, Establecimiento de Salud I-3 Chejoña - Puno, el 51.3% de adultos mayores tienen entre 70 a 79 años de edad mientras que el 28.2% de 60-69 años y 20.5% tienen de 80 a más años. Respecto al sexo, el 79.5% corresponde al sexo femenino seguido del 20.5% al sexo masculino. Según grado de instrucción, el 59.0% son analfabetos y ninguno tiene grado de instrucción superior. En cuanto al estado civil, el 48.7% son viudos mientras que el 2.6% son solteros. Sobre la ocupación, el 51.3% se dedican a su casa y tan solo el 5.1% se dedican a otras actividades.

Al respecto el estudio realizado por ROQUE (2011), muestra en su investigación, en cuanto a edad el 50.00% de adultos mayores con depresión están entre las edades de 60 - 69 años, cabe decir que la depresión es más probable en los primeros momentos de la vejez. Respecto al sexo, el 84,38% representa el sexo femenino mientras que el 15,63%, al sexo masculino, debido a los condicionantes socioculturales atribuidos a los distintos papeles sociales. Según el grado de instrucción, el 81,25% correspondía a un grado de instrucción primaria, seguido del grado de instrucción secundaria y analfabeto por lo que concluye que la depresión con mayor frecuencia en adultos mayores se da también por un bajo nivel cultural y de instrucción. Sobre la ocupación, el 46,88% de los adultos mayores tienen como ocupación su casa mientras que el 3,13% se dedican al servicio doméstico, esto debido a la falta de facilidades para desarrollar una actividad acorde a su posibilidad en el campo laboral. Además de acuerdo a nuestras reglas culturales socialmente establecidas estos se encuentran en un proceso de exclusión del mercado laboral.

Sin embargo, en relación a este aspecto MELENDEZ (2000), muestra en su investigación en cuanto a edad, el 53.2% de adultos mayores de 80 años padecen depresión intensa, los de 70 - 79 años y 60 a 69 años con un 43.75% y 39.84% respectivamente padecen depresión leve y moderada; afirmando de esta manera que la intensidad aumenta a medida que los años pasan. Según el grado de instrucción, el 93.02% son analfabetos y tan solo un 37.2% tenían grado de instrucción superior completa, afirmando que a menor grado de instrucción mayor prevalencia e intensidad de depresión en adultos mayores. Respecto al sexo, la depresión está presente indistintamente en ambos sexos, con diferentes porcentajes e intensidad, pero que de todas maneras hay una mayor incidencia en el sexo femenino, al igual que DOUGLAS (2005), menciona que la depresión es dos veces más común en mujeres que en hombres. Existen elementos biológicos como el propio ciclo de vida o factores hormonales y psicosociales que son únicos de la mujer, que tienden más a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad o culpa excesiva; en cambio los hombres son más reacios a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades que antes resultaban placenteras o que tienen el sueño alterado.

Por el contrario en relación a este aspecto ANDRADE (2011), menciona en su investigación que el mayor número de adultos mayores con depresión se ubicó entre los

65 y 74 años de edad con un 56,28% seguido de adultos mayores de 75 años de edad, debido a diversos problemas como las patologías específicas, toma de medicación, y pérdida del apetito, por lo tanto el sistema de defensas del organismo en esta etapa disminuye. En general la autosuficiencia para realizar las actividades diarias causa en la población sentimientos de tristeza, soledad y abandono.

Por otra parte en el estudio realizado por MOLINA (2005), menciona en su investigación en cuanto al estado civil, el 46% son viudos, seguido de 40% casados, mientras que el 3.1% son divorciados, cabe decir que la depresión es más probable en las mujeres porque viven más que los hombres, que por lo general se casan más jóvenes y se vuelven a casar con menos frecuencia que los hombres.<sup>64</sup> Así también GÓMEZ (2004) y SLONE (2006), mencionan que existe una alta relación entre la depresión y el ser viudo, casado, soltero o divorciado, cabe decir que los adultos mayores casados o viudos tendieron a incrementar la depresión en comparación a los divorciados, solteros o separados. En cuanto al sexo, predomina el sexo femenino, misma que se incrementa paralelamente con la edad, siendo ésta de moderada a severa en edades entre los 75 y 85 años. Además, existe un mayor deterioro cognitivo en aquellas personas que presentan algún tipo de dependencia funcional.

Respecto a la edad, se coincide con la afirmación de ANDRADE (2011), donde se observa que entre las edades de 70 a 79 años predomina la depresión. Por el contrario ROQUE (2011) afirma que la depresión se da entre las edades de 60 a 69 años, porque empieza a experimentar el descenso de sus funciones vitales por consiguiente no están adaptados a estos cambios. A diferencia de MELENDEZ (2000) quien menciona que la intensidad de la depresión aumenta a medida que los años pasan. Según nuestros resultados podemos deducir que probablemente se deba a que en este promedio de edades son más propensos a la pluripatología, la polimedicación, automedicación, dependencia, el uso inapropiado de medicamentos, quizá estos problemas puedan influir en los valores existenciales del adulto mayor, que en muchas ocasiones pueden ser el punto de partida de pérdidas físicas, psicológicas o sociales que repercuten en el estado emocional con mayor predisposición y vulnerabilidad a la depresión.

En relación al sexo, los resultados coinciden con la afirmación de ROQUE (2011), MELENDEZ (2000), DOUGLAS (2005), y GOMEZ (2004) donde afirman que el

mayor porcentaje de depresión en el adulto mayor se da en las mujeres, por lo que podemos deducir que en nuestro medio las mujeres son más proclives a padecer depresión, esto como consecuencia del medio sociocultural en el que se encuentra, el hecho de pensar que es alguien inferior y que solo debe ocuparse de tareas domésticas, además las mujeres tienen mayor carga en el hogar ya que tienen mayores preocupaciones entre las cuales se encuentra su salud, los hijos, cónyuge, dinero, familias disfuncionales, con dependencia económica u otros factores, todo esto finalmente origina sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, desamparo, desesperanza, pérdida de interés y placer en relación con actividades y pasatiempos habituales, hecho que no les permite tener una vejez tranquila y de paz interior tanto psicológica y física lo que provocaría graves repercusiones de eventos depresivos.

En cuanto al grado de instrucción, los resultados de la investigación coinciden con los resultados de MELENDEZ (2000), ya que la mayor parte son analfabetos afirmando de esta manera que a menor grado de instrucción, mayor prevalencia e intensidad de la depresión. Sin embargo ROQUE (2011) afirma en su investigación que la mayoría de adultos mayores tienen grado de instrucción primaria, tal vez se deba a que el estudio fue realizado en una zona urbana. Es importante mencionar este aspecto, pues el bajo grado de instrucción puede atentar contra una intervención educativa, sin mencionar que este grupo de población no tuvo un acceso educativo por factores económicos, por ignorancia ya que ellos desconocían que el tan solo estudiar y/o leer traería consigo grandes beneficios para su personalidad tanto intelectual y psicológica. En nuestro medio las personas que ahora tienen 60 a más años de edad, todavía pertenecen a una generación donde el analfabetismo y la baja escolaridad influyen en su vida, lo cual no les impide alcanzar objetivos relacionados a su autocuidado.

Según el estado civil, se concluye que los resultados obtenidos del presente estudio son similares con los resultados de MOLINA (2005), ya que el mayor porcentaje de adultos mayores con depresión se encuentra entre viudo y casado; y se presentan más en las mujeres porque viven más que los hombres ya que se casan más jóvenes y se vuelven a casar con menos frecuencia que los hombres. Además, GÓMEZ (2004) y SLONE (2006), mencionan que existe una alta relación entre la depresión y el ser viudo, casado, soltero o divorciado. Se sabe que en algunas culturas las mujeres mayores que se quedan viudas son excluidas del núcleo de la sociedad o incluso rechazadas por su

comunidad. En nuestra sociedad como podemos percatarnos una de las principales realidades a las que se enfrenta el adulto mayor es la soledad, ya sea por la pérdida de los hijos, cónyuge y el desempleo, todos estos factores hace que sean más vulnerables al aislamiento social, descuido de su persona, falta de autocuidado, son desorganizados, sin motivación, sin embargo si la sociedad le permitiera al adulto mayor un rol diferente al actual, se combatieran los prejuicios existentes respecto a la edad se lograría los cambios para vivir más feliz, satisfecho con su edad.

Analizando los resultados sobre la ocupación, se coincide con los resultados de ROQUE (2011). Pues la mayoría de adultos mayores con depresión se encuentran realizando actividades del hogar no remuneradas como el cuidar de sus nietos, preparar la comida, o asear la casa; limitándolos para interactuar o relacionarse con sus amigos y/o familiares; no obstante desearían realizar trabajos de auto sostenimiento pero manifiestan expresiones como “ya estoy viejo, a mi edad quien podría contratarme” “me siento inútil porque ya no tengo la misma fuerza que antes”; pues actualmente la sociedad valora sólo al hombre activo, aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas, olvidándose de las actividades y experiencias ganadas por el adulto mayor a lo largo de su vida en diferentes aspectos.

## CUADRO 2

**NIVEL DE DEPRESIÓN PRE TÉCNICA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL EN EL ADULTO MAYOR, ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3 CHEJOÑA - PUNO - 2014.**

<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>SIN DEPRESIÓN</b>	00	00.0%
<b>MODERADO</b>	25	64.1%
<b>SEVERO</b>	14	35.9%
<b>TOTAL</b>	39	100%

**Fuente:** Resultados de la aplicación de la escala Geriátrica Abreviada de Yesavage.

En el cuadro se observa que antes de aplicar la técnica de liberación emocional en el adulto mayor del Establecimiento de Salud I-3 Chejoña – Puno, predomina la depresión moderada con un 64.1%, seguida de la depresión severa con un 35.9%, constituyéndose estos dos últimos una cifra representativa para la aplicación del trabajo de investigación.

SALECH (2009) menciona que con la edad se producen cambios fisiológicos en todo el sistema orgánico, partiendo de la teoría que las células del sistema nervioso central y otras células del organismo, presentan cambios en sus componentes en relación al envejecimiento. Fisiológicamente desde el embrión hasta el organismo adulto sano, millones de células mueren sin dejar cicatrices ni activar células inflamatorias. Este fenómeno se trata de un proceso activo, bien definido genéticamente, en el que las células están destinadas a morir en un tiempo fijado. Así, los episodios que rodean a la muerte celular programada entran a formar parte de los procesos fisiológicos que resultan necesarios para el funcionamiento normal de un organismo.<sup>36</sup>

En la actualidad la depresión es considerada un problema de salud mental a nivel mundial, que se torna particularmente sensible en la tercera edad del ciclo vital; frente a este hecho DAVISON y NEALE (1983), señalan que el sistema neuroendocrino juega un papel importante en la depresión, se sabe que el área límbica del cerebro está estrechamente ligada a las emociones; dentro del sistema límbico se encuentra el

hipotálamo, el cual controla las glándulas endocrinas y por consecuencia los niveles de hormonas que secretan. Algunas investigaciones confirman que el hipotálamo es la llave de trastornos depresivos por existir evidencia de alguna irregularidad en este proceso hormonal en las personas deprimidas. También JUSSET (2002) confirma que la depresión se relaciona con el déficit relativo o absoluto de neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina.

La OMS calcula que el 25% de las personas mayores de 65 años padece algún tipo de desorden psiquiátrico, siendo la depresión la enfermedad más frecuente convirtiéndose para el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas, mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar.

En relación a la prevalencia de la depresión en la población adulta mayor, en el estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi – Lima (2002), encontró que en nuestro país la depresión en adultos mayores representaba 9,8%, superior a la población joven 8,6% y adulta 6,6%; una prevalencia mayor que la hallada en el Establecimiento de Salud I-3 Chejoña - Puno, por lo tanto existe un porcentaje representativo de adultos mayores con depresión.

Al respecto ANDRADE (2011) muestra en su investigación que el 64,1% de adultos mayores presentan depresión moderada, seguido del 29,6% con depresión grave y sólo el 6,3% no presentan depresión. Que coincide con los resultados de DOMÍNGUEZ (2009). Señalando que el adulto mayor en algún momento presentó sentimientos de tristeza y melancolía al sentirse solos y olvidados, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva e inapropiados, estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, disminución de la capacidad para concentrarse y realizar las actividades del día, indecisión, pensamientos recurrentes de muerte; estos síntomas depresivos se asocian a la presencia de disfunción familiar y bajo nivel educativo.

Sin embargo, en relación a este aspecto ROQUE (2011), señala en su investigación que solo un 12,50% no presentan ningún nivel de depresión, a diferencia del resto de entrevistados donde predomina la depresión severa representada por un 46,59%, seguida de la depresión leve en un 40,91%. Concluyendo que la depresión probablemente se deba a los cambios orgánicos y mentales, que acompañan a esta etapa



de vida así como de enfrentarse a situaciones traumáticas por la muerte de familiares, el bajo nivel económico y abandono de hogar por sus hijos.

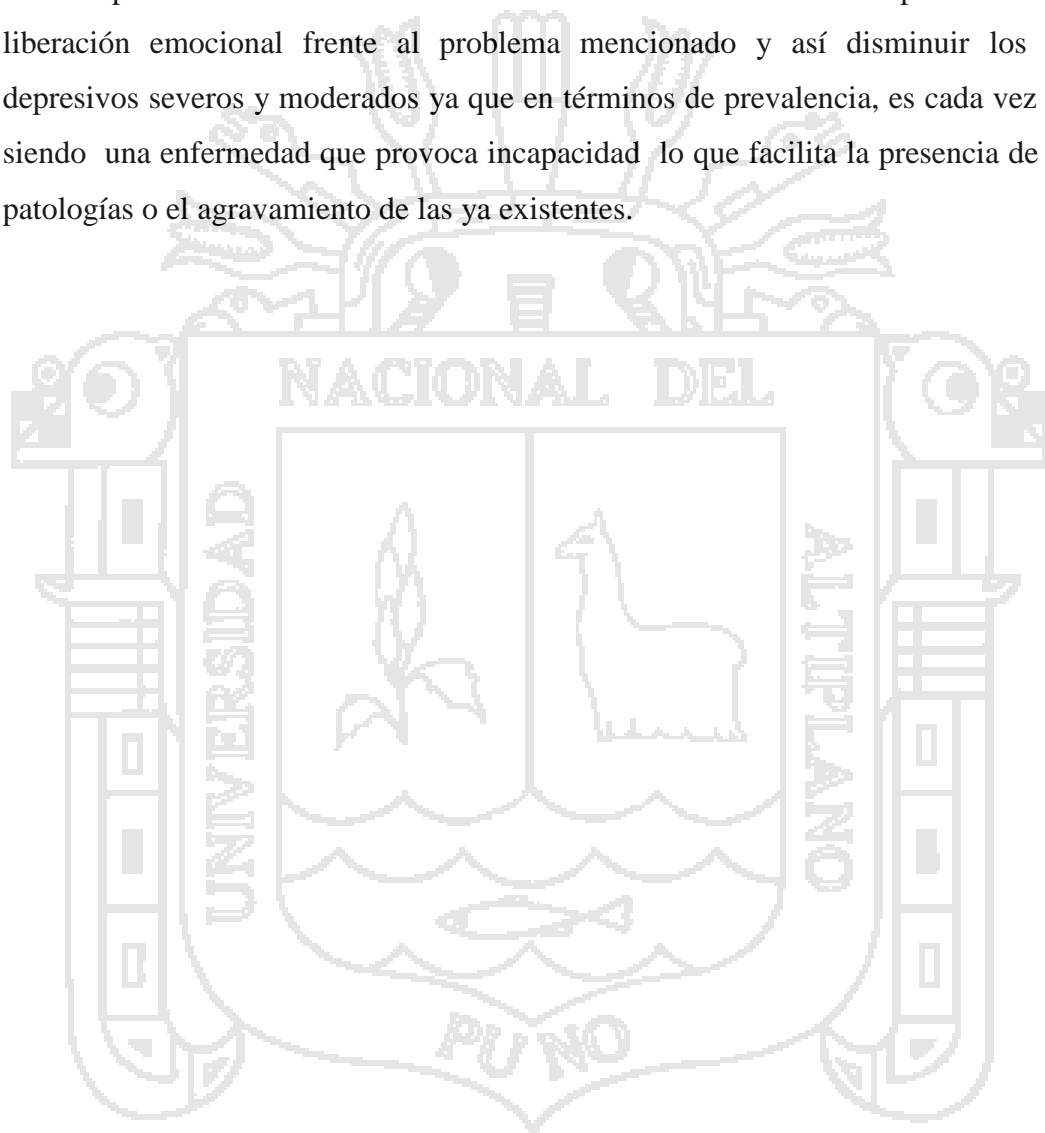
En el estudio realizado por HOYL, et al (2000), sobre el adulto mayor, no existe la rutina de hacer tamizaje para la depresión en atención ambulatoria. Al respecto durante las vivencias de nuestras prácticas pre-profesionales en el Establecimiento de Salud I-3 Chejoña, se observó que dentro de los casos atendidos se encuentran aquellas personas que en realidad consultan por otras enfermedades, mas no por la depresión, además no todos los adultos mayores asisten a una entidad de salud, y si asisten solo a algunos se les realiza el tamizaje, que al no ser diagnosticado ni tratado podrían ocasionar sufrimiento y discapacidad en quién la padece. Tomando en cuenta este aspecto se vio la necesidad de realizar un tamizaje en el lugar de estudio, para que la depresión en el adulto mayor no pase desapercibida.

En nuestro medio social ser adulto mayor es sinónimo de discapacidad física, psicológica y social, por la disminución de la capacidad psicomotora, auditiva y visual, también en el salario y en las oportunidades de trabajo, agregándose las actitudes negativas de su entorno que causan serios problemas emocionales.

Al respecto DOUGLAS (2004), señala que si se atiende la depresión puede contribuir significativamente a disminuir la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad, además de reducir costos de atención en salud. Todos los seres humanos, alguna vez en la vida, han tenido experiencias de tristeza, luto o melancolía. Esto es normal, sufrimos pérdidas, crisis y dolor. Hay momentos así a lo largo de nuestras vidas, pero si estos sentimientos no pasan en aproximadamente seis semanas, podríamos sufrir de depresión.

Ante esta situación se concluye que los resultados obtenidos en el presente estudio tienen semejanza con los estudios de ANDRADE (2011), DOMÍNGUEZ (2009) y ROQUE (2010), ya que de los adultos mayores que asisten al Establecimiento de Salud I-3 Chejoña - Puno, la mayoría tienen nivel de depresión moderada seguido de severo, por lo que se deduce que posiblemente en algún momento se sintieron insatisfechos con su vida, abandonando muchas de sus actividades que realizaban cuando aún tenían fuerza física, dando inicio a emociones negativas como tristeza, inutilidad,

sentimientos de culpa, pensamientos suicidas, preocupación, problemas de memoria, temor a que algo malo les pueda suceder, aburrimiento constante, abandono por parte de sus familiares; siendo estos, los ítems de mayor riesgo a la valoración mediante la Escala Geriátrica Abreviada de Yesavage, por todo ello se considera el grupo etareo de mayor riesgo frente a los cuadros depresivos; también la depresión se produce por cambios fisiológicos en el sistema orgánico de forma natural, progresivo y transitorio. Motivo por el cual fue necesario realizar la intervención con terapia de técnica de liberación emocional frente al problema mencionado y así disminuir los niveles depresivos severos y moderados ya que en términos de prevalencia, es cada vez mayor; siendo una enfermedad que provoca incapacidad lo que facilita la presencia de nuevas patologías o el agravamiento de las ya existentes.



## CUADRO 03

**NIVEL DE DEPRESIÓN POST TÉCNICA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL EN EL ADULTO MAYOR, ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3 CHEJOÑA - PUNO- 2014.**

NIVELES DE DEPRESIÓN	N°	%
SIN DEPRESIÓN	29	74.4%
MODERADO	10	25.6%
SEVERO	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Resultados de la aplicación de la escala Geriátrica Abreviada de Yesavage

En el cuadro se observa que después de aplicar la técnica de liberación emocional en el adulto mayor del Establecimiento de Salud I-3 Chejoña - Puno, el 74.4% de adultos mayores pasó a una condición sin depresión, el 25.6% presentaron depresión moderada y no hubo adultos mayores con depresión severa.

En una revisión crítica publicada American Psychological Association (APA) journal *Review of General Psychology* (2013), los investigadores encontraron que la técnica de liberación emocional demostró consistentemente fuertes efectos y resultados estadísticos positivos que superan la posibilidad después de pocas sesiones de tratamiento con la técnica de liberación emocional.<sup>65</sup>

En un estudio realizado por BOATH, STEWART, Y CARRYER (2010), que no es precisamente en la depresión más por el contrario en la reducción del síndrome expresión ansiedad en estudiantes universitarios. Teniendo como objetivo disminuir la ansiedad. Hubo una diferencia estadísticamente significativa en la calificación del registro pre y post tratamiento, que indicó que el tratamiento reduce los niveles de ansiedad en ambos grupos. Por consiguiente los resultados muestran la técnica de liberación emocional es una intervención efectiva en la reducción de la ansiedad.<sup>21</sup>

En otro estudio de efectividad con terapias complementarias y/o alternativas frente a la depresión en adolescentes CHUÑE (2011) muestra en su investigación la evolución de la depresión en los adolescentes con acupuntura; antes de su aplicación se encontró que 69% de pacientes resultaron con depresión entre leve a severa, 23% se encontraron sin depresión. El tratamiento se hizo en diez sesiones, a los que tenían depresión se les dividió en tres grupos: Un grupo recibió tratamiento con acupuntura con selección de puntos de acuerdo a su diagnóstico en medicina tradicional china; a otro grupo se manejó con acupuntura en una primera sesión para tratamiento de síntomas inespecíficos y más adelante tratamientos con acupuntura dirigidos hacia sus síntomas depresivos y el tercer grupo en lista de espera sin tratamiento durante 8 semanas. Los resultados evidenciaron que el primer grupo tuvo una mejoría de 64% y más pronta mejoría que al que se le manejaron los síntomas inespecíficos y del grupo en lista de espera por 8 semanas. Concluyendo que la acupuntura es un tratamiento efectivo en el manejo de la depresión en los adolescentes.<sup>23</sup>

Referente a la terapia antidepresiva OSCANOVA (2001); menciona que incluye básicamente la psicoterapia y los fármacos antidepresivos. Mientras que LUCAS (2009); refiere que los fármacos antidepresivos usados en adultos mayores post administración, ocasionan reacciones adversas tales como sequedad de boca, estreñimiento, mareos, visión borrosa o taquicardia, sueño durante el día, diarrea, dolor de cabeza, náuseas, problemas sexuales, temblores, problemas para dormir, entre otros, y ello debido a múltiples factores entre los que se destacan: la pluripatología, la polimedicación, automedicación, dependencia, uso inapropiado de medicamentos; por lo que deben establecerse las medidas de comunicación adecuadas con el paciente acerca de la terapia farmacológica, los efectos colaterales y los riesgos de la suspensión del tratamiento. Por esa razón la psicoterapia es una alternativa muy válida y en particular la psicoterapia energética.

En la actualidad no existe un tratamiento estandarizado para tratar la depresión, sino que es individualizado, porque el organismo reacciona de diferente forma, esto podría ser debido a factores biológicos, psicológicos y sociales que se dan en nuestro medio, por ello se deben brindar nuevas técnicas y/o terapias que ayuden a mejorar la calidad de vida del adulto mayor con depresión. Además de la terapia convencional, la técnica de liberación emocional abriría nuevos caminos que apuesten por el cambio en la solución

de la disminución de síntomas depresivos, este elemento bien podría ser una solución complementaria a los tratamientos ya existentes y ser integrada dentro de los cuidados de enfermería.

HALL (2003), afirma que la depresión se relaciona con el déficit relativo o absoluto de neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina, que están íntimamente relacionadas con la emoción y el estado de ánimo. Mientras que la técnica de liberación emocional estimula al sistema nervioso para que libere las energías producidas por emociones negativas retenidas en un hemisferio cerebral en el sistema nervioso autónomo y en el campo mental, que crea trastornos energéticos, neurológicos, orgánicos, emocionales y del comportamiento, restaurando así los bloqueos y desequilibrios de tipo emocional, mental, físico y espiritual, por ende esta técnica es una herramienta primordial en la disminución de la depresión.

Por otro lado, se sabe que las emociones negativas causan bloqueos en el sistema energético, dicho de otra manera, cuando una persona sufre al pensar o recordar un problema, significa que su campo de pensamiento está perturbado pero si eliminamos la perturbación del pensamiento, la emoción negativa se disuelve.

La técnica de liberación emocional usa elementos de la acupuntura, pero sin agujas, lo que muchos denominan digito puntura; mediante golpeteos en puntos de acupresión localizados a lo largo de los meridianos o canales energéticos del cuerpo humano, mientras se repite afirmaciones positivas, hace que nuestra energía se movilice lo que permitirá liberar el bloqueo y recuperar el equilibrio físico y mental. Aplicada correctamente la técnica de liberación emocional, libera rápidamente los meridianos de energía, desconectando las emociones negativas y las sensaciones físicas que originan nuestro malestar, eliminando con frecuencia los síntomas asociados. Este proceso es tan sencillo que prácticamente cualquier persona puede aprenderlo, aplicarlo y auto administrarlo en su vida diaria.

Contrastando con lo referido, se concluye que las sesiones de técnica de liberación emocional fueron efectivas de manera progresiva ya que en la 1ra sesión los niveles de depresión eran casi similares a la evaluación pre test, posiblemente sea por la

desconfianza, miedo y poca credibilidad en la terapia. Seguidamente en la 2da, 3era y 4ta sesión, hubo cambios significativos en la disminución de los niveles de depresión. (ANEXO 4, GRAFICO 4). Así también se sabe que un 25.6%, prácticamente la ¼ parte de adultos mayores, aún permanecieron con depresión moderada, probablemente se deba a características personales del adulto mayor como: el grupo etareo de 70 - 79 años por estar propensos a pluripatologías y uso inapropiado de medicamentos; analfabetismo por factores económicos e ignorancia de tener estudios; la soledad ya sea por pérdida del cónyuge y/o hijos que hace que sean más vulnerables al aislamiento social; y actividades no remuneradas (su casa) limitándolos para interactuar o relacionarse con los demás. Por el contrario los adultos mayores durante la aplicación de las sesiones de técnica de liberación emocional, no solo dejaron por un momento su rutina en el hogar, sino que también ganaron amigos en similar situación que les proporcionaron experiencias positivas mediante una comunicación sincera, divertida, empática, apoyo emocional y desahogo de tensiones, ya que manifiestan expresiones como “aquí me relajó”, “gracias por acordarse de nosotros”, percibiendo que esta etapa de vida no es sinónimo de depresión, inutilidad, aburrimiento, abandono de actividades, insatisfacción con sus vidas, más bien una oportunidad para darle un nuevo significado a su vida desde una perspectiva positiva. Además debido a que las sesiones han sido adaptadas por las ejecutoras, motivaron en el adulto mayor con depresión a ver al profesional de enfermería como alguien capaz de promover la alegría y optimismo, liberándose de su estado introvertido, de su rol pasivo como paciente y convirtiéndose en un ser capaz de participar activamente en su recuperación.

## CUADRO 04

**COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN PRE Y POST TÉCNICA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL EN EL ADULTO MAYOR, ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3 CHEJOÑA - PUNO - 2014.**

NIVELES DE DEPRESIÓN	PRE TEST		POST TEST	
	N	%	N	%
<b>SIN DEPRESIÓN</b>	0	0.0	29	74.4%
<b>MODERADO</b>	25	64.1%	10	25.6%
<b>SEVERO</b>	14	35.9%	0	0.0%
<b>TOTAL</b>	39	100.0%	39	100.0%

**Fuente:** Resultados de la aplicación de la Escala Geriátrica Abreviada de Yesavage.

En el cuadro se evidencia la comparación de los niveles de depresión pre y post técnica de liberación emocional en el adulto mayor del Establecimiento de Salud I-3 Chejoña - Puno. Los resultados muestran que antes de la intervención predominaba la depresión moderada con un 64.1% seguido de severo con un 35.9%, pero después de la intervención se puede apreciar cambios positivos en cuanto a los niveles de depresión ya que ninguno permaneció con depresión severa, esto debido a que el 25.6% pasó al nivel moderado y el 74.4% pasó a un nivel sin depresión.

Al comprobar estadísticamente la hipótesis mediante la prueba de “diferencia de dos medias muestrales”; donde  $Z_c = 11,57 > Z_t = 1,96$  por lo tanto se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se Acepta la hipótesis alterna ( $H_1$ ), con un nivel de significancia 0,05 y un nivel de confianza del 95%. Esto significa que si existe DIFERENCIA significativa entre el nivel de depresión Pre-test y Post-test, confirmándose que la sesión de técnica de liberación emocional es efectiva frente a la depresión en los adultos mayores del Establecimiento de Salud I-3 Chejoña - Puno.

La técnica de liberación emocional ha demostrado su efectividad hasta en un 80% en pruebas clínicas. Al respecto en un artículo publicado por MERCOLA (2013), realizó un estudio que involucró a 30 estudiantes universitarios con depresión moderada y severa. Asignados aleatoriamente en un grupo ensayo (tratamiento con técnicas de liberación emocional) y un grupo de control. El primer grupo recibió cuatro sesiones con técnica de liberación emocional de 90 minutos, mientras que el grupo control no recibió ningún tratamiento. Los estudiantes que recibieron las sesiones mostraron significativamente menos depresión que el grupo de control cuando fueron evaluados 3 semanas después.<sup>20</sup>

En otro estudio de efectividad de terapias complementarias y/o alternativas frente a la depresión del adulto mayor, ROQUE (2010), muestra en su investigación la evolución del nivel de depresión en el adulto mayor con Risoterapia, antes de su aplicación predominaba la depresión severa luego paso a una depresión leve; la depresión leve paso a una condición normal y solo un mínimo porcentaje se mantuvo dentro de este nivel, por lo tanto se observa una notable disminución en relación al nivel de depresión; siendo efectiva la Risoterapia como cuidado de enfermería en la depresión del adulto mayor. Comprobándose la efectividad estadísticamente mediante la diferencia de medias, con un  $T_c=10,512$  siendo mayor a  $T_t=1.6698$ .<sup>25</sup>

Con lo referido se puede demostrar que las terapias complementarias y/o alternativas; entre las que se encuentra las terapias psicoenergéticas son excelentes para la salud física y mental, esto se debe a los resultados obtenidos en esta investigación. Por esa razón la técnica de liberación emocional es un perfecto complemento para resolver innumerables problemas como se ha demostrado en la disminución de la depresión en el adulto mayor.

Por lo tanto la técnica de liberación emocional es un proceso de cambio gradual que conduce a una condición deseada. Nos enseña que cuando la energía fluye armoniosamente a través de nuestro cuerpo tenemos bienestar pero cuando se produce un exceso, un bloqueo o una deficiencia de energía se nos produce malestar, primero emocional y si no se atiende se puede convertir en una enfermedad somática. Podemos equilibrar la energía estimulando los meridianos energéticos. Así como la medicina china utiliza agujas para equilibrar la energía, la técnica de liberación emocional utiliza



la estimulación mediante golpecitos “tapping” o “golpeteo” sobre los extremos de nuestros meridianos energéticos. Es así que para resolver problemas emocionales, físicos y mentales, no requiere gran cantidad de tiempo, es corta, accesible económicamente, no produce efectos adversos y es efectiva.

Al comparar los niveles de depresión pre y post test, se observa una diferencia significativa en la disminución de la depresión en el adulto mayor. Después de la intervención de técnica de liberación emocional con cinco sesiones (1 teórico, 4 práctico), la efectividad se vio reflejada positivamente frente a la depresión, ya que disminuyeron mucho de sus síntomas. A la respuesta de cada ítem de la Escala Geriátrica Abreviada de Yesavage se pudo constatar que los participantes preferían asistir a la sesión de técnica de liberación emocional en lugar de quedarse en su casa, además manifestaron ya no sentirse tan aburridos como antes, ya no se sintieron inútiles, pensaban que era maravilloso estar vivo ahora aunque no todos, más por el contrario; aprendieron que pese a sus circunstancias podían mantenerse de buen ánimo si así se lo proponían y por ende ser felices. Se sabe también que los ítems: temor a que algo malo le suceda, problemas de memoria, abandono por parte de sus familiares, no se lograron mejorar porque son hechos que no van a cambiar por ser irreversibles. (ANEXO 6). Para estos casos se necesita más constancia y práctica e incorporar la técnica de liberación emocional con mayor frecuencia y pueda ser auto aplicada por el adulto mayor para mejorar su calidad de vida.

## VIII. CONCLUSIONES

### **PRIMERA:**

Con respecto a las características personales del adulto mayor con depresión; el mayor porcentaje están entre las edades 70-79 años, de sexo femenino, en su mayoría son analfabetos, ocupación su casa y de estado civil viudo.

### **SEGUNDA**

Antes de la intervención de la técnica de liberación emocional en el adulto mayor del Establecimiento de salud I-3 Chejoña - Puno, según la escala Geriátrica abreviada de Yesavage la prevalencia del nivel de depresión es moderada, seguida de severa.

### **TERCERA**

Después de la intervención de la técnica de liberación emocional en el adulto mayor del Establecimiento de salud I-3 Chejoña - Puno, la prevalencia del nivel de depresión disminuyó considerablemente a un nivel sin depresión seguido de depresión moderada.

### **CUARTA**

Al comparar los niveles de depresión de pre test y post test existe una diferencia significativa en la disminución de la depresión en el adulto mayor. El resultado del pre test es nivel de depresión moderada; y del post test es sin depresión.

### **QUINTA**

Al comprobar estadísticamente la hipótesis mediante la prueba de “diferencia de dos medias muestrales”; donde  $Z_c = 11,57 > Z_t = 1,96$  por lo tanto se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se Acepta la hipótesis alterna ( $H_1$ ), con un nivel de significancia 0,05 y un nivel de confianza del 95%. Esto significa que si existe diferencia significativa entre el nivel de depresión Pre-test y Post-test, confirmándose que las sesiones de técnica de liberación emocional son efectivas frente a la depresión en los adultos mayores del Establecimiento de Salud I-3 Chejoña - Puno.

## **IX. RECOMENDACIONES**

### **AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3 CHEJOÑA.**

A la Enfermera encargada de la Estrategia del adulto mayor, luego de dar a conocer los resultados obtenidos en este trabajo:

Continuar evaluando los estados afectivos del adulto mayor mediante la Escala Geriátrica Abreviada de Yesavage, replicando en otros establecimientos de salud para prevenir o detectar a tiempo los síntomas depresivos.

Capacitarse en terapias complementarias y/o alternativas; (terapias psicoenergéticas) sobre todo en la técnica de liberación emocional por ser efectiva frente a la depresión en el adulto mayor y así fortalecer el cuidado de enfermería en la Estrategia del Adulto Mayor.

Incentivar a que el adulto mayor siga asistiendo a las reuniones de la Estrategia del adulto mayor, y monitorear la técnica de liberación emocional de manera autoadministrada ya que ha sido aprendida durante la ejecución.

Involucrar y fortalecer la participación de la familia en la atención del adulto mayor.

### **A LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA.**

A los bachilleres y estudiantes interesados en el estudio, continuar con el desarrollo de trabajos de investigación sobre la efectividad de la técnica de liberación emocional en otros grupos etareos y ámbitos poblacionales susceptibles a un desequilibrio en salud mental, esta vez incluyendo a la familia asegurando la sostenibilidad de la terapia.

Realizar estudios comparativos de efectividad entre diferentes grupos etareos que reciben talleres de técnica de liberación emocional. A fin de establecer diferencias entre grupos poblacionales.

Incluir dentro de sus intervenciones de enfermería a las sesiones de técnica de liberación emocional, con el fin de mejorar la relación Enfermera - Paciente, reducir los niveles de depresión, estrés o ansiedad que suelen estar presente en el ámbito hospitalario y comunitario.



**X. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.**

1. Osorio, G. Abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del sistema Dif Hidalgo [en línea] 2007. Tesis de grado, Universidad autónoma del estado de Hidalgo. [Consultado el 15 de mayo del 2014]. URL Disponible en : <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/231104/230/1/Abandono%20del%20adulto%20mayor%20en%20la%20casa.pdf>
2. Roldan - Monzón AV. Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la comunidad hermanitas descalzas [en línea] 2007. Tesis de grado Lic. EAP. de Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2008 [Consultado el 27 de enero del 2014]. URL Disponible en: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/roldan\\_ma/pdf/roldan\\_ma.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/roldan_ma/pdf/roldan_ma.pdf)
3. Organización Panamericana de la Salud. Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: reto para la salud pública [en línea] 2010. [consultado el 27 de enero 2014]. URL Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=2796](http://new.paho.org/hq/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=2796)
4. INEI. Situación de la Niñez y del Adulto Mayor Julio-Agosto-Setiembre 2013. Informe Técnico N° 04 [En línea] 2013. [Consultado el 29 de enero 2014]. URL Disponible en : <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/ninez-y-adulto-mayor-jul-set-2013.pdf>
5. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social: Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores [en línea] 2006 – 2010. [consultado el 27 de enero 2014]. URL Disponible en: [http://destp.minedu.gob.pe/docum/plan\\_nac\\_PAM2006\\_2010.pdf](http://destp.minedu.gob.pe/docum/plan_nac_PAM2006_2010.pdf)
6. Dirección Regional de Salud Puno: Plan Operativo Institucional DIRESA Puno 2014.
7. Domínguez J. Depresión: una enfermedad común en el adulto mayor, Copyright@ [en línea] 11 de Junio 2012. [consultado en 12 de marzo 2014] URL disponible en: <http://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/depression-comun-adulto-mayor.aspx>
8. Antonia C. Respuesta a la depresión, psicología clínica trastornos depresivos, [en línea] 2009. [consultado el 28 de enero 2014]. URL Disponible en: <http://www.respuestasaladepresion.com/queesladepresion/queesladepresion.php>
9. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las personas Adultas Mayores. Ministerio de Salud, [en línea] 2005. [Consultado el 30 de abril 2014]. Disponible en:

[http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Ineamiento%20normas%20tecnicas\\_%20primera%20parte.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Ineamiento%20normas%20tecnicas_%20primera%20parte.pdf)

10. Dirección Regional de Salud Puno. Unidad de Estadística; Información mensual de Salud Mental y Cultura de Paz 2011, 2012, 2013.
11. Hoyl MT, Venezuela AE, Marin LP. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. [en línea] RM 2000 Nov; 128 (11): 1199-1204. [Consultado el 27 de enero del 2014]. URL Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=soo3498872000001100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=soo3498872000001100003&script=sci_arttext)
12. Sosa AL, González AH. Depresión en el anciano. Hospital Español de México. [en línea] 2001. [Consultado el 27 de enero del 2014]. URL Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%202%20anciano/sosaortiz.pdf>
13. Meléndez Álvarez Y. Prevalencia de depresión y factores asociados en ancianos residentes en la ciudad de Puno. [Tesis de grado]: Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Altiplano; 2000.
14. Carrasco MM. La prevención en psiquiatría geriátrica: el momento del sentido común. RCP [en línea] 2009; 38 (4): 615 – 616 [Consultado el 27 de enero del 2014]. URL Disponible en: [http://www.smiba.org.ar/archivos/geriatria\\_gerontologia.pdf](http://www.smiba.org.ar/archivos/geriatria_gerontologia.pdf)
15. Lucas ME. Reacciones adversas a los medicamentos en el adulto mayor. [En línea] 2009. [Consultado el 05 de julio del 2014] URL Disponible en: [http://www.um.edu.uy/docs/biomedicina\\_marzo2011/reacciones\\_adversas\\_a\\_los\\_medicamentos\\_en\\_el\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.um.edu.uy/docs/biomedicina_marzo2011/reacciones_adversas_a_los_medicamentos_en_el_adulto_mayor.pdf)
16. Álvarez C. Psicología Energética. [en línea] 2011. [Consultado el 05 de julio del 2014] URL Disponible en: <http://www.slideshare.net/alvarezcarlos794/tecnicas-de-psicologa-energetica-pe>.
17. Psicología energética. Emocional Freedom Techniques / Técnicas de Liberación Emocional. EFT. [En línea] 2010. [Consultado el 03 de julio del 2014] URL Disponible en: <http://xananatura.blogspot.com/2011/09/psicologia-energetica-emocional-freedom.html>
18. Bresler NA. Psicología Energética TFT / THCP . [En línea] 2010. [Consultado el 03 de julio del 2014] URL Disponible en: <http://www.umuva.cl/v1/terapias/item/1339-psicolog%C3%ADa-energ%C3%A9tica-tft/-thcp>

19. Ruiz MC, Rojo C, Ferrer MA, Jiménez NL. Terapias complementarias en los cuidados: terapia de liberación emocional. [En línea] 2003 [Consultado el 28 de enero 2014]. URL Disponible en:  
  
[http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/Vol\\_5/5.1/esp.5.1.html/humor.htm](http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/Vol_5/5.1/esp.5.1.html/humor.htm)
20. Eficacia de la EFT en ciencia moderna. [En línea] Publicado el Lunes, 27 Enero 2014. [Consultado el 27 de abril del 2014]. URL Disponible en:  
<http://www.mediconaturista.org/index.php/miguel-quel/tratamientos/medicina-psicosomatica/42-los-estudios-cientificos-en-la-tecnica-de-liberacion-emocional>
21. Boath E, Stewart A, Carryer A. Técnica de Liberación Emocional (EFT) en la reducción del Síndrome Presentación Expresión Ansiedad (PEAS) en estudiantes universitarios. EEUU. 2011
22. Andrade CA. Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción Cantón Girón Azuay. (Tesis de grado Lic.). Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Facultad de nutrición humana. EAP. de Nutrición, [en línea] Ecuador 2008. [Consultado el 27 de enero del 2014]. URL Disponible en:  
<http://dspace.espace.edu.ec/bitstream/123456789/1467/1/34T00245.pdf>
23. Chuñe JM. “Efectividad del tratamiento con acupuntura en la depresión en adolescentes”. (Tesis de maestría en medicina alternativa, medicina tradicional china y acupuntura). Universidad nacional de Piura - Perú. [En línea] 2011 [Consultado el 1 de Julio del 2014]. URL Disponible en:  
<http://dgsa.unp.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/231104/230/1/acupuntura%20enla%20depresion%20adulto%20mayor%20en%20la%20casa.pdf>
24. Escarsena Yerva, Brígida B. Factores socioeconómicos asociados a depresión en pacientes del hospital HRMNB - Puno. [Tesis de grado]: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional del Altiplano; 2009.
25. Roque -Tito A, Roque-Tito M. Risoterapia como cuidado de enfermería en la depresión del adulto mayor asistente al centro integral de la municipalidad provincial [Tesis de grado]: Universidad Nacional del Altiplano. Facultad de Enfermería. Puno – 2011.
26. Douglas N. Depresión en el Adulto Mayor Instituto de Geriatria, [En línea] México 2005 [Consultado el 30 de enero 2014]. URL disponible en:  
<http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>
27. Organización Mundial de Salud. Depresión. [en línea] 2003. [Consultado el 30 de enero 2014]. URL disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
28. Hall RV. Depresión fisiopatología y tratamiento. [En línea] diciembre 2003 [Consultado 25 de mayo]. URL Disponible en:

- <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf>
29. Diario crítico. Serotonina, la droga del bienestar. [En línea] 2008. [Consultado el 12 de octubre 2014]. URL Disponible en:  
<http://venezuela.diariocritico.com/2008/Febrero/ocio/60322/serotonina.html>
30. Serotonina. Wikipedia, La Enciclopedia Libre. [En línea] 2005. [Consultado el 12 de octubre 2014]. URL. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Serotonina>.
31. Salud, el estilo de vida saludable. Noradrenalina. [En línea] 2010. [Consultado el 12 de octubre 2014]. URL. Disponible en: <http://www.salud180.com/salud-z/noradrenalina>.
32. Barlow J. Dopamina. [En línea] 2011. [Consultado el 12 de octubre 2014]. URL. Disponible en: <http://www.forumclinic.org/es/trastorno-bipolar/reportajes/la-dopamina-el-principal-neurotransmisor-cerebral-relacionado-con-los>
33. Toro R, Yépez L, Palacio C. Psiquiatría. impresión y terminación, 5ª edición. Legis SA, Medellín Colombia 2010.
34. Instituto Nacional de Salud mental. Depresión. Departamento de salud y servicios humanos. Publicación de NIH Núm. SP 09 3561. Modificado en Enero del [En línea] 2009. [Consultado 2 de marzo 2014]. URL Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression.pdf>
35. Ramos N. Pazmiño A. Calidad de Atención Gerontológica Relacionada con la Aplicación de Terapias Alternativas en el Hogar del Adulto Mayor “Atalaya” del Cantón Chillanes. [Tesis de grado]: Escuela de Enfermería. Universidad Estatal De Bolívar. [En línea] Guaranda - Ecuador 2012. [Consultado el 30 de enero 2014]. URL Disponible en: <http://www.biblioteca.ueb.edu.ec/bitstream/15001/1421/1/TESIS%20GERONTOLOGIA.pdf>
36. Salech F. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Chile Pág. 23 [En línea] 2009. [Consultado el 10 de octubre 2014]. URL Disponible en: [http://www.clc.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/Cambios-fisiologicos-5.pdf](http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/Cambios-fisiologicos-5.pdf)
37. De la Rosa EJ. Muerte celular programada: Un proceso clave en fisiología y patología. [En línea] 2000. [Consultado el 15 de octubre 2014] URL Disponible en: <http://www.ciencia.cl/CienciaAIDia/volumen3/numero3/articulos/articulo5.html>
38. Lizarbe AI. El suicidio y la muerte celular. Revista de la Real academia de ciencias. Volumen 101, N° 2, PP, 2007.
39. Lizaraso F, Fujita R. Bases moleculares de la apoptosis, implicancias clínicas y terapéuticas. Revista Peruana de Cardiología [En línea] Enero - Junio 2000. [Consultado el 15 de octubre 2014] URL Disponible en:



[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v26\\_n1/bas\\_molec\\_apop.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v26_n1/bas_molec_apop.htm)

40. Ortiz A., González P. Depresión en el anciano. Hospital Español de México. [En línea] 2001. [Consultado el 27 de enero del 2014]. URL Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%202%20ancia no/sosaortiz.pdf>
41. Instituto nacional de salud mental NIMH. Depresión lo que toda mujer debe saber. 2001 agosto; Núm. 01-4794: 9-10. [En línea] [Consultado el 22 de julio 2014] URL disponible en: <http://.nimh.nih.gov/health/publications/español/depresion-lo-que-toda-mujer-debe-saber/depresion-lo-que-toda-mujer-debe-saber>
42. Enciclopedia jurídica 2014 diccionario jurídico de derecho [En línea] [consultado el 22 de julio 2014] URL Disponible en: <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/estado-civil/estado-civil.htm>
43. Duarte - Gómez MB, Morales - Miranda S, Hidrovo - Velandia, et al. Impacto de oportunidades sobre los conocimientos y prácticas de madres beneficiarias y jóvenes becarios. Una evaluación de las sesiones educativas para la salud. Cuernavaca: instituto nacional de salud pública, 2005:13-14 [En línea] [consultado el 22 de julio 2014]. URL Disponible en: [http://www.sedesol2009.sedesol.gob.mx/archivos/802429/file/evaluación\\_sesiones\\_educativas.pdf](http://www.sedesol2009.sedesol.gob.mx/archivos/802429/file/evaluación_sesiones_educativas.pdf)
44. Ramos JA, Montejó I, Lafuente R, [et al]. Valoración de la escala criba geriátrica para la depresión. [En línea] 2000. [Consultado el 30 de enero 2014]. URL Disponible en: [http://entline.free.fr/ebooks\\_sp/235%20-%20instrucciones%20escala%20depresion%20geriatrica%20yesabage.doc](http://entline.free.fr/ebooks_sp/235%20-%20instrucciones%20escala%20depresion%20geriatrica%20yesabage.doc)
45. Aguado C, Martínez J, Onís MC et al. Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la “Geriatric Depression Scale” (GDS) de Yesavage. Aten Primaria 2000; 26 (supl 1): 328.
46. Townsend N. Navarro N. Fundamentos de enfermería en psiquiatría. 4ta edición - México DF. Mcgran- hill interamericana editores 2011.
47. Remick, R. diagnóstico y tratamiento de la depresión en atención primaria: una actualización clínica y el examen. CMAJ. 2002; 167 (11): 1253-60.
48. Sánchez MI. Tratamiento farmacológico de la depresión en el adulto mayor en: IV Congreso Latinoamericano de Geriátrica y gerontología, Simposio: depresión, Chile, ed. Medware; [En línea] 2005. [Consultado el 28 de enero 2014]. Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/medware/congresos/geriatria2003/depresion/653>

49. Cancrini L. La depresión en psicoterapia. [En línea] 1998, [Consultado el 8 de Julio 2014].  
URL disponible en:  
[http://www.terapiafamiliar.cl/intranet/archivos/Depresi%F3n\\_en\\_Psicoterapia-Cancrini.pdf](http://www.terapiafamiliar.cl/intranet/archivos/Depresi%F3n_en_Psicoterapia-Cancrini.pdf)
50. González C. Hermida M. Psicología Energética una nueva forma de psicoterapia. Instituto de Psicología. [En línea] 2002, [Consultado el 12 de Junio 2014]. URL disponible en: [www.institutosenda.com](http://www.institutosenda.com)
51. Feinstein D. ¿Qué tiene que ver la energía con la Psicología Energética? [En línea] 2001. [Consultado el 29 de Junio 2014]. URL disponible en:  
<https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CCYQFjAC&url=http%3A%2F%2Fxa.yimg.com%2Fkq%2Fgroups%2F19980280%2F76580318%2Fname%2Ffeft%2Bcientifico.pdf&ei=e3C9U9GQIubLsQSNr4DYDw&usg=AFQjCNFvXUhrAdO17sv6C5w0sncc9yGdA>
52. Heriberto B. Emotional. Freedom Techniques. EFT en América Latina. [En línea] 2009 [Consultado el 30 de enero 2014]. URL Disponible en:  
<http://www.psycoenergeticas.com/47-eft/eft-emotional-freedom-techniques/>
53. Gary C, Callahan R. Taller de Introducción a las Técnicas de Libertad Emocional [En línea] 2005. [Consultado el 27 de enero del 2014]. URL Disponible en:  
<http://EFT%20Técnica%20para%20liberar%20emociones%20negativas%20-%20NuevaGaia%20%20.htm>
54. Gary C. Técnicas de Liberación Emocional - EFT. [en línea] 2006 [Consultado el 30 de enero 2014]. URL disponible en:  
<http://documentosdeinteres.info/wp/bienestar-y-salud/tecnicas-de-liberacion-emocional-o-eft/>
55. Gary C. El Manual Técnicas de Liberación Emocional. Sexta Edición. [En línea] 2011 [Consultado el 27 de abril 2014]. URL Disponible en:  
<http://www.findthelightwithin.com/EFT%20Manual%20en%20Espanol.pdf>
56. Sociedad Latinoamericana para la calidad. Técnica lluvia de ideas. [En línea]. México 2011. [Consultado 05 de Junio 2014]. Disponible en:  
[http://homepage.cem.itesm.mx/alesando/index\\_archivos/MetodoIDisMejoraDeProcesos/LluviaDeIdeas.pdf](http://homepage.cem.itesm.mx/alesando/index_archivos/MetodoIDisMejoraDeProcesos/LluviaDeIdeas.pdf)
57. Gómez MJ. Manual de técnicas y dinámicas. El sistema de información científica y tecnológica. Estado de tabasco. México 2007.
58. Ortiz AL, González PH. Depresión en el anciano. Hospital Español de México. [En línea] 2000. [Consultado el 20 de enero del 2014]. URL Disponible en:  
<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%202%20anciano/sosaortiz.pdf>

59. Organización mundial de salud. Factores de riesgo. [En línea] 2014 [Revisado el 22 de julio 2014]. URL Disponible en: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)
60. Plan Operativo Institucional. Red de Salud Puno. [En línea] 2013. [Consultado el 28 de enero 2014]. URL Disponible en: <http://www.redsaludpuno.gob.pe/web/sites/default/files/web/archivos/POI-2013.pdf>
61. Diagnóstico Situacional del Establecimiento de Salud I-3 Chejoña 2013.
62. Dart P, Katona P, Mullan E [et al]. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders: The acceptability and performance of the 15-item geriatric depression scale (GDS 15) and the development of shorter versions. *FP* 1994; 11: 260-266.
63. Jesavage J. Brink, T. L. Desarrollo y validación de la escala geriátrica de la investigación de la depresión. [En línea] 2011 [Consultado el 30 de enero 2014]. URL Disponible en: <http://www.stanford.edu/~jesavage/GDS.html>.
64. Molina, IP. Depresión en el adulto mayor en miembros del centro de atención médica integral para pensionados (CAPIM) [en línea] 2005. Tesis de grado, Universidad Francisco Marroquín Guatemala. [Consultado el 15 de noviembre del 2014]. URL Disponible en: <http://biblioteca.ufm.edu/library/index.php?title=140848&lang=en&query=@title=Special:GSMSearchPage@process=@autor=MOLINA%20SOTO%20DE%20SCHUBERT,%20ILEANA%20PATRICIA%20@mode=&recnum=1&mode=>
65. Mercola. Un nuevo estudio confirma la eficacia de la Técnica de Liberación Emocional. [En línea] 2013. [Consultado el 10 de octubre del 2014]. URL Disponible en: [Articulos.mercola.com/sitios/articulos/archivo/2014/01/11/tecnica-de-libertad-emocional.aspx](http://Articulos.mercola.com/sitios/articulos/archivo/2014/01/11/tecnica-de-libertad-emocional.aspx)



**ANEXO 01**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE**

**Nombres y Apellidos:**.....**Edad:**... **Sexo:** M (....) F (....)

**Estado civil:** soltero(...) casado(...) conviviente(...) divorciado(...) viudo(...)

**Grado de instrucción:** analfabeto (...) primaria (...) secundaria (...) superior (...)

**Ocupación:** Su casa (...) Trabajador ambulante (...) Agricultor/pastor (...) (...) construcción (...) Otros (...)

**Instrucciones:** Marque con una X la respuesta que mejor describa como se ha sentido la última semana.

ÍTEM	PREGUNTA A REALIZAR	MARQUE CON UNA X	
		SI	NO
1	¿En general está satisfecho con su vida?	SI	NO
2	¿Ha abandonado muchos de sus actividades e intereses?	SI	NO
3	¿Siente que en su vida le falta algo?	SI	NO
4	¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	SI	NO
5	¿Se encuentra de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6	¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SI	NO
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8	¿Con frecuencia se siente abandonado(a) por su familia?	SI	NO
9	¿Prefiere estar sin hacer nada en casa durante el día que salir a la calle y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10	¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente de su edad?	SI	NO
11	¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?	SI	NO
12	¿Actualmente siente que no sirve para nada?	SI	NO
13	¿Se encuentra sin esperanza por su situación actual?	SI	NO
14	¿Se siente aun con fuerza para continuar viviendo?	SI	NO
15	¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO

*Puntuación total* \_\_\_\_\_

**PUNTUACIÓN TOTAL:**

**Sin depresión: 0 – 5 puntos. Depresión moderada: 6 – 9 puntos. Depresión severa: > 10 puntos.**

ANEXO 02CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....en pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente, declaro estar de acuerdo con mi participación en la investigación denominada: **“EFECTIVIDAD DE LA TÉCNICA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL EN LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1-3 CHEJOÑA - PUNO - 2014”**. Una vez que se me explicó los objetivos y mi función en esta, en el cual debo responder el instrumento clasificando a cada pregunta existente en la escala que me mostrará la ejecutora.

He sido advertido(a) que mi participación es completamente voluntaria y que tengo la autonomía de retirarme cuando lo considero pertinente, que no existen riesgos para mi salud; cuyos datos que brinde y toda la información será usado solo para la investigación.

\_\_\_\_\_  
Firma del Adulto Mayor.

Puno \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2014.

**ANEXO 03****SESIÓN DE TÉCNICA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL**

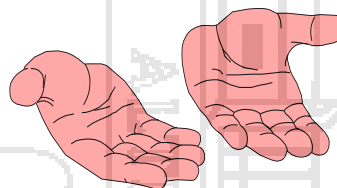
Esta sesión va dirigida a pacientes adultos mayores con depresión, que asisten al Establecimiento de Salud I-3 Chejoña - Puno, consta de 5 sesiones en sus respectivos momentos. A continuación describimos cada una de las sesiones, así tenemos:

**1RA SESIÓN****I. OBJETIVO:**

- Sensibilizar al adulto mayor sobre la importancia del estudio de investigación.
- Impartir conocimiento acerca de la depresión y técnica de liberación emocional.

**II. TIEMPO:** 25 minutos.**III. MATERIALES:**

- Hoja de consentimiento informado.
- Papelotes
- Imágenes
- cartulinas
- Plumones

**IV. RESPONSABLES:** Ejecutoras del proyecto.**V. PARTICIPANTES:** Adultos Mayores del Establecimiento de Salud I-3 Chejoña - Puno.**VI. DESARROLLO:****1) MOMENTO: PRESENTACIÓN**

**Presentación del equipo investigador.** Se preparará lo necesario para el inicio de la sesión, luego se realiza la presentación del equipo investigador.

**2) MOMENTO: RECOJO DE SABERES PREVIOS**

**Dinámica de presentación: la pelota preguntona**



Las ejecutoras entregan una pelota al grupo e invita a los presentes a sentarse en círculo. Mientras se entona una canción la pelota se hace correr de mano en mano; a una señal de la ejecutora se detiene el canción. La persona que ha quedado con la pelota en la mano se le ara preguntas relacionados al tema por ejemplo ¿Qué es la depresión? ¿Qué significa para ti estar deprimido/a? ¿Qué tipos de pensamientos pasan por tu mente cuando te sientes deprimido/a o triste? En caso de que una misma persona quede más de una vez con la pelota, el grupo tiene derecho a hacerle una pregunta.

3) MOMENTO: BÁSICO		
DESCRIPCIÓN	DESARROLLO	TIEMPO
Depresión.	<p>La depresión es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo. Es una enfermedad que altera de manera intensa los sentimientos y pensamientos llegando a afectar la salud física.</p> <p>La palabra depresión significa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un sentimiento que dura unos cuantos minutos</li> <li>• Un estado de ánimo que dura de unas horas a unos cuantos días</li> <li>• Una condición clínica que:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- dura al menos 2 semanas</li> <li>- causa un fuerte sufrimiento emocional</li> <li>- hace difícil que llevemos a cabo nuestros deberes diarios</li> </ul> </li> </ul>	15 minutos.
Signos y síntomas de la depresión.	El adulto mayor que sufre de depresión moderada generalmente tienen 5 o más de los siguientes signos,	



	<p>síntomas o manifestaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sentirse deprimido/a, triste y/o irritable (de mal humor) casi a diario.</li> <li>- No tener interés en cosas o no disfrutar las actividades que antes disfrutaba.</li> <li>- cambio de apetito y/o de peso (comer más o menos de lo acostumbrado)</li> <li>- problemas para dormir (dificultades para dormir, despertarse frecuentemente,</li> <li>- despertarse muy temprano y no poder volver a conciliar el sueño, dormir demasiado)</li> <li>- cambios en la rapidez con que se mueve (ya sea inquietud o moverse lentamente)</li> <li>- sentir cansancio todo el tiempo.</li> <li>- Sentirse que no vale o no sirve (baja autoestima) o culpable.</li> <li>- problemas de pensamiento, concentración o toma decisiones.</li> <li>- Tener ideas de muerte o pensamientos de hacerse daño.</li> </ul>	
<p>Técnica de liberación emocional</p>	<p>La técnica de liberación emocional se basa en el principio fundamental “la causa de todas las emociones negativas es un desequilibrio en el sistema energético del cuerpo”. Se trata de una técnica de "tapping" o golpeteo, en la que se estimula el sistema energético humano, se emplean las yemas de los dedos y se afirman frases positivas.</p>	
<p>Importancia de la técnica de liberación emocional.</p>	<p>El propósito de esta técnica es tratar la depresión a través de la enseñanza de formas diferentes de controlar mejor cómo te sientes. Hay cuatro objetivos que queremos conseguir:</p>	

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disminuir o eliminar tus sentimientos de depresión.</li> <li>2. Acortar el tiempo que estás deprimido</li> <li>3. Aprender formas de prevenir o evitar deprimirte de nuevo.</li> <li>4. Sentirte más en control de tu vida.</li> </ol>	
--	--	--

#### 4) MOMENTO: EVALUACIÓN

Los participantes forman un círculo, se relajaran con una respiración profunda y liberando la tensión: el investigador hace la retroalimentación rápidamente de lo más principal, seguidamente se hará una dinámica.



#### **Dinámica de cierre: Esto es un abrazo ¿Un qué?**

En círculo, de pie, la ejecutora ofrecerá un abrazo a la persona de su izquierda diciendo “Me llamo Lilia y esto es un abrazo”, la otra persona responde “un qué” y repetirá “Me llamo Ana y esto es un abrazo”. La persona que recibe el abrazo a su vez le dirá y ofrecerá a la persona de su izquierda lo mismo “Me llamo Sandra y esto es un abrazo”, a lo que la otra contestará “un qué”, “un abrazo”, y así sucesivamente hasta que todos nos hallamos abrazado mutuamente, fundiéndonos todos juntos en un abrazo final.

Luego de terminar se le dirá a los participantes la significancia de un abrazo “Es una expresión pura, que trasciende los idiomas, es una actitud frente a la Vida”, “El abrazo es una de las mejores formas de demostrar el afecto. Este gesto tan simple, tiene significados diversos, desde un signo de amor, amistad, refugio”, “Todo el mundo necesita ser abrazado de vez en cuando y sin lugar a dudas si alguien recibe un abrazo conseguirá que el día de esa persona sea más feliz”.

## 2DA, 3RA, 4TA Y 5TA SESIÓN

### I. OBJETIVO:

- Aplicar la técnica de liberación emocional en el adulto mayor con niveles de depresión.
- Lograr la disminución de la depresión en el adulto mayor mediante la técnica de liberación emocional.

### II. TIEMPO: 16 minutos.

### III. MATERIALES:

- Instrumento: el test de Escalade Depresión Geriátrica de Yesavage.
- Lapiceros.

### IV. RESPONSABLES: Ejecutoras del proyecto.

### V. PARTICIPANTES: Adultos Mayores del Centro de Salud I-3 Chejoña - Puno.

### VI. DESARROLLO:

#### 1) MOMENTO: PRESENTACIÓN

**Presentación del equipo investigador.** Se prepara lo necesario para el inicio de la sesión, luego se realiza la presentación del equipo investigador.

#### 2) MOMENTO: PRÁCTICO

DESCRIPCIÓN	DESARROLLO	TIEMPO
<b>La frase preparatoria</b>	<b>APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL</b>  <b>PASO 1</b>  Se pide al adulto mayor que exprese sus sentimientos, y luego se le pedirá que imagine que existe una escala para medir el sentimiento, utilizaremos la escala de Sud (Escala subjetiva de perturbación) del 0 al 10, donde el 10 es el máximo	

<p><b>Secuencia de Tapping</b></p>	<p>y 0 el mínimo. Evaluar en qué cifra estaría el malestar en ese momento. (10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 0)</p> <p>Empezar hacer Tapping es decir que se dará 7 golpecitos con la yema de los dedos índice, medio y anular en el punto karate mientras el adulto mayor repite tres veces la afirmación preparatoria.</p> <p>Frase de preparación: “Aunque tengo esta <b>depresión</b> yo me acepto y me amo completa y profundamente”.</p> <p><b>PASO 2</b></p> <p>Luego se dará 7 golpeteos (tapping) con la yema del dedo índice, medio y anular en los puntos de energía, mientras el adulto mayor repite la frase corta que se enfoca al problema.</p> <p>Frase recordatoria: “esta depresión”.</p> <p>Los puntos de energía son:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Principio de la Ceja</li> <li>2. Lado del Ojo</li> <li>3. Bajo el Ojo</li> <li>4. Bajo la Nariz</li> <li>5. Mentón</li> <li>6. Clavícula</li> <li>7. Bajo el Brazo</li> <li>8. Dedo Pulgar</li> <li>9. Dedo Índice</li> <li>10. Dedo Medio</li> <li>11. Dedo Meñique</li> <li>12. Punto de Kárate</li> </ol>	<p>16 minutos</p>
------------------------------------	--	-------------------

<p><b>Los nueve rangos.</b></p>	<p><b>PASO 3</b></p> <p>Aquí el adulto mayor realiza los 9 movimientos mientras se hacer tapping en el punto Gamma continuamente que se ubica en el dorso de la mano entre los nudillos de la base de los dedos anular e índice.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cierra los ojos</li> <li>2. Abre los ojos.</li> <li>3. Mira hacia abajo y a la izquierda sin mover la cabeza.</li> <li>4. Mira hacia abajo y a la derecha sin mover la cabeza.</li> <li>5. Mueve los ojos en círculo hacia la izquierda.</li> <li>6. Mueve los ojos en círculo hacia la derecha.</li> <li>7. Tararea una canción unos segundos. Por ejemplo “Cumpleaños feliz”.</li> <li>8. Cuenta hasta cinco rápidamente.</li> <li>9. Tararea la misma canción otra vez.</li> </ol>	
<p><b>Secuencia (otra vez):</b></p>	<p><b>PASO 4</b></p> <p>Repetir desde el paso 2 hasta el paso 3, al terminar se pide al adulto mayor que realice una respiración profunda mientras lleva su mano al corazón. Pidiéndole que cierra sus ojos y que exprese como se siente después de la intervención. Se le pide al adulto mayor que vuelva a imaginar que existe una escala para medir su sentimiento, donde el 10 es el máximo y el 0 el mínimo. Evaluar en qué cifra estaría su malestar tras la ronda completa.</p>	

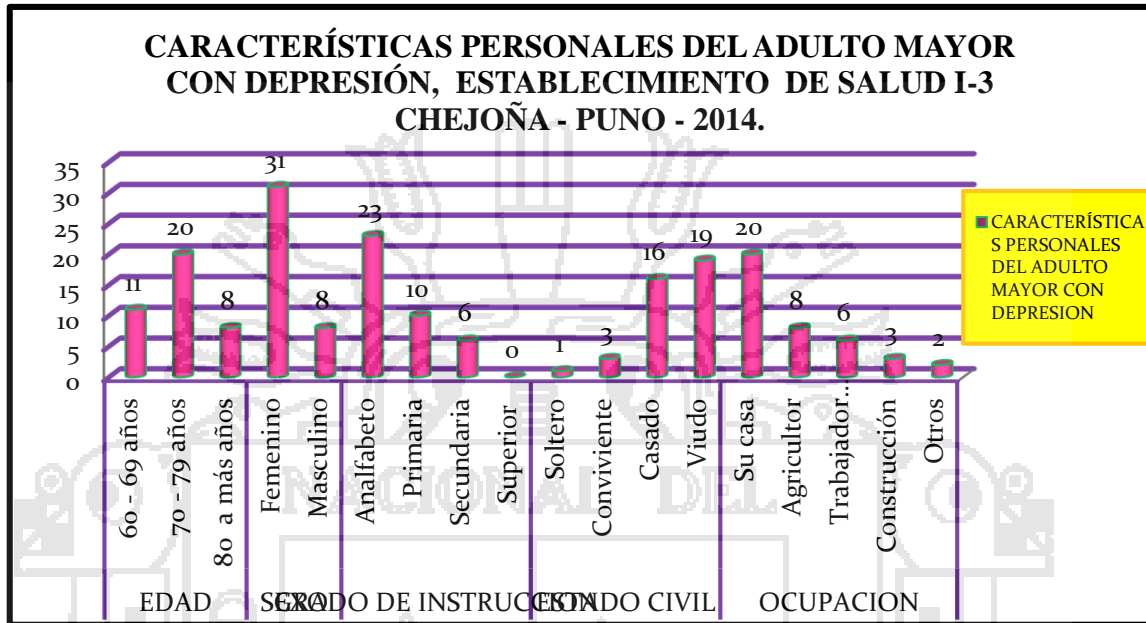
### 3) MOMENTO: EVALUACIÓN

Se aplica la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

**ANEXO 04**

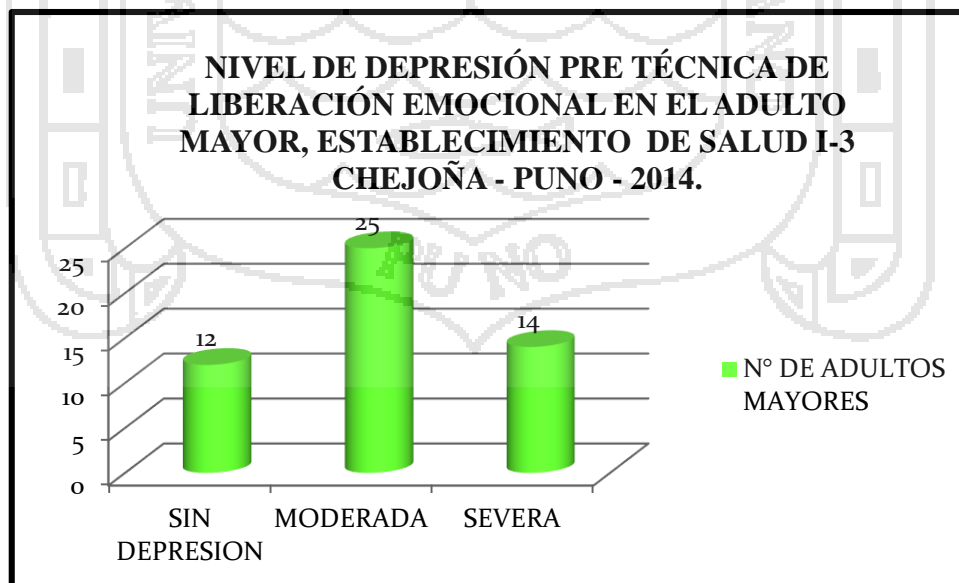
**GRÁFICOS DE LOS RESULTADOS**

**GRÁFICO 1**



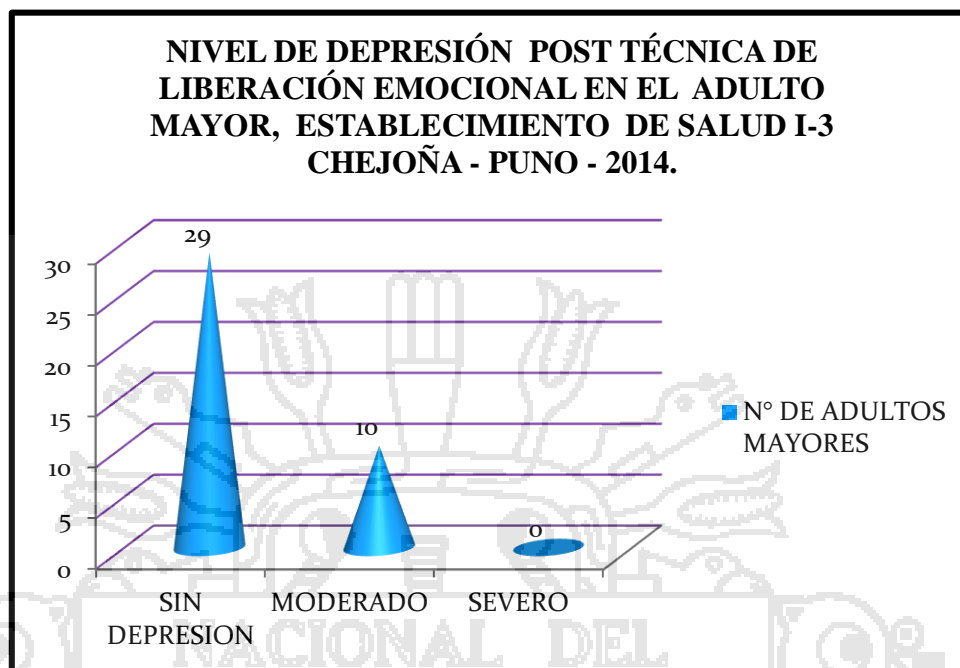
Fuente: Datos obtenidos del cuadro N° 1.

**GRÁFICO 2**



Fuente: Datos obtenidos del cuadro N° 2.

GRÁFICO 3



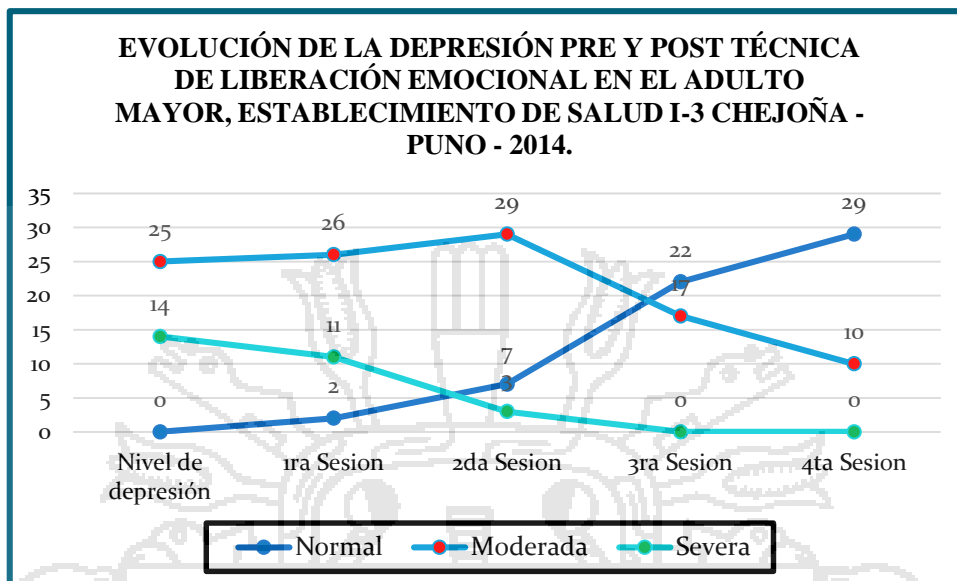
Fuente: Datos obtenidos del cuadro N° 3.

GRÁFICO 4

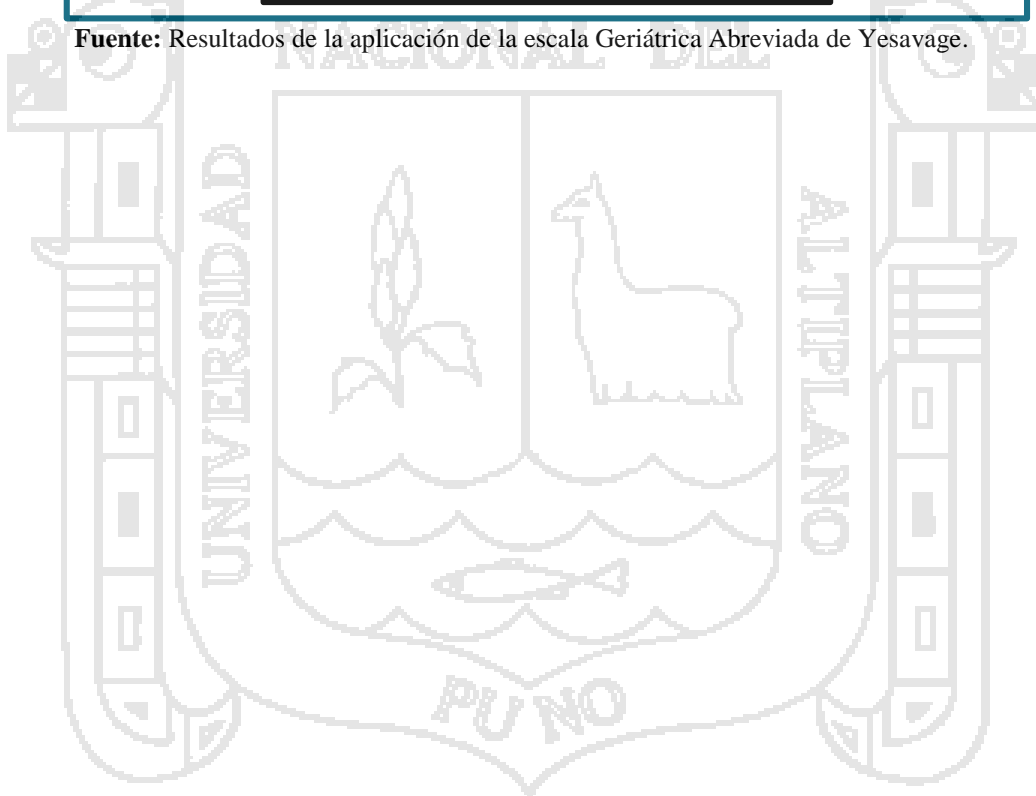
**EVOLUCIÓN DE LA DEPRESIÓN PRE Y POST TÉCNICA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL EN EL ADULTO MAYOR, ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3 CHEJOÑA - PUNO -2014.**

NIVELES DE DEPRESIÓN	PRE TEST		POST TEST							
			1ra. Sesión		2da. Sesión		3ra. Sesión		4ta. Sesión	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sin depresión	0	0,0	2	5,1	7	17,9	22	56,4	29	74,4
Moderada	25	64,1	26	66,7	29	74,4	17	43,6	10	25,6
Severa	14	35,9	11	28,2	3	7,7	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	39	100,0	39	100,0	39	100,0	39	100,0	39	100,0

Fuente: Resultados de la aplicación de la escala Geriátrica Abreviada de Yesavage.



**Fuente:** Resultados de la aplicación de la escala Geriátrica Abreviada de Yesavage.





**ANEXO 05****SISTEMATIZACIÓN DE DATOS PRE - POST TEST**

N° DE ADULTOS MAYORES	PRE TEST	PUNTAJES			POST TEST
	NIVEL DE DEPRESIÓN	1RA SESIÓN	2DA SESIÓN	3RA SESIÓN	4TA SESIÓN
1	6	5	4	4	2
2	7	5	4	4	3
3	13	11	10	8	6
4	12	10	8	7	6
5	8	6	5	4	4
6	8	7	6	4	3
7	10	9	7	6	4
8	13	12	10	9	7
9	9	9	7	6	5
10	9	8	6	5	4
11	8	6	5	5	4
12	6	6	4	4	2
13	7	7	6	5	5
14	7	7	6	5	4
15	11	10	9	7	6
16	11	11	9	8	7
17	7	7	5	4	3
18	7	6	5	3	1
19	7	6	5	4	2
20	11	10	8	6	4
21	9	7	6	5	3
22	13	11	10	8	6
23	10	10	8	6	5
24	9	8	7	6	4
25	8	7	6	5	3
26	9	7	6	4	4
27	12	11	9	8	7
28	9	8	6	5	4
29	7	6	5	3	3
30	8	6	5	4	3
31	9	8	7	6	5
32	9	7	6	5	4
33	11	11	9	6	6
34	12	12	11	8	7
35	7	7	6	5	3
36	13	13	11	7	7
37	8	8	6	5	4
38	7	8	6	5	3
39	10	9	7	6	4

**PROMEDIO** 9,2051282  
**VARIANZA** 4,5357625

**PROMEDIO** 4,28205128  
**VARIANZA** 2,52361673

## ANEXO 06

INDICADORES DE LA DIMENSIÓN DE EVALUACIÓN DEL NIVEL DE  
DEPRESIÓN SEGÚN LA ESCALA GERIÁTRICA DE YESAVAGE

N° DE ÍTE M	PREGUNTAS DE LA ESCALA GERIÁTRICA DE YESAVAGE	PRE TEST		POST TEST							
		SI	N O	1ra sesión		2da sesión		3ra sesión		4ta sesión	
				SI	N O	SI	N O	SI	N O	SI	N O
1	¿En general está satisfecho con su vida?	17	22	22	17	31	8	34	5	37	2
2	¿Ha abandonado muchos de sus actividades e intereses?	25	14	26	13	26	13	22	17	15	24
3	¿Siente que en su vida le falta algo?	34	5	29	10	24	15	21	18	13	26
4	¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	29	10	22	17	15	24	9	30	5	34
5	¿Se encuentra de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	18	21	24	15	26	13	36	3	37	2
6	¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	31	8	29	10	28	11	25	14	20	19
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	14	25	20	19	25	14	28	11	25	4
8	¿Con frecuencia se siente abandonado(a) por su familia?	35	4	34	5	36	3	34	5	29	10
9	¿Prefiere estar sin hacer nada en casa durante el día que salir a la calle y hacer cosas nuevas?	12	27	8	21	6	23	3	26	4	25
10	¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente de su edad?	35	4	33	6	31	8	30	9	32	7
11	¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?	29	10	25	14	30	9	32	7	30	9
12	¿Actualmente siente que no sirve para nada?	21	18	16	23	15	24	14	25	6	33
13	¿Se encuentra sin esperanza por su situación actual?	21	18	20	19	13	26	6	33	5	34
14	¿Se siente aun con fuerza para continuar viviendo?	19	20	18	21	26	13	32	7	33	6
15	¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	18	21	19	20	15	24	18	21	15	24

ANEXO 07

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

# TEORÍA

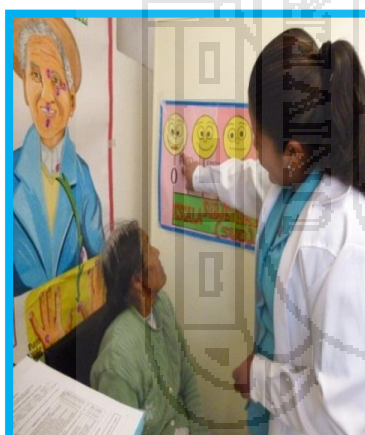


# PRÁCTICA



### PASOS DE LA TÉCNICA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL







**VISITAS DOMICILIARIAS**



ANEXO 08**REFLEXIÓN**

Para finalizar este trabajo de investigación consideramos indispensable que tenemos que mostrar humanismo, hacia las personas de edad avanzada siendo amables, atentos, cariñosos y sensibles por este motivo compartimos con el lector esta reflexión:

*El día que este viejo y ya no sea el mismo, ten paciencia y compréndeme, cuando derrame comida sobre mi camisa y olvide atarme los zapatos, recuerda las horas que pase enseñándote a hacer las mismas cosas, si cuando platiques conmigo repito y repito la misma historia que conoces de sobra no me interrumpas y escúchame. Cuando eras pequeño para que te durmieras tuve que contarte miles de veces el mismo cuento hasta que cerrabas tus ojitos, cuando haga mis necesidades frente de otros, no me avergüences, no tengo culpa de ello, no puedo controlarlo, piensa cuantas veces te ayude de niño pacientemente. No me reproches por que no quiera bañarme ni me regañes por ello, recuerda, te perseguía y miles de pretextos que te inventaba para hacerte más agradable tu aseo, acéptame y perdóname ya que ahora el niño soy yo.*

*Cuando me veas inútil e ignorante frente a todas las cosas que tú sabes y que ya no puedo entender, te suplico que me des todo el tiempo necesario para no lastimarme con una sonrisa burlona o tu indiferencia, siempre participe en la educación que hoy tienes para enfrentar la vida, también como lo haces y si me fallan las piernas por estar cansadas dame una mano tierna para apoyarme como lo hice yo cuando comenzaste a caminar con tus débiles piernitas. No te sientas triste o imponente por verme como me vez, dame tu corazón, compréndeme de la misma manera como te he acompañado en tu sendero, acompáñame a terminar el mío, dame amor y paciencia, que yo te devolveré gratitud y sonrisas con el inmenso amor que tengo para ti, piensa que con el paso que me adelanto a dar estaré construyendo para ti, otra ruta de amor en otro tiempo.*

Mariano Osorio.