

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL MEDICINA HUMANA



**“TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA DISMINUCIÓN DE LA
DEPRESIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN
EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ
BUTRÓN PUNO, MARZO – MAYO 2017”**

TESIS

PRESENTADA POR:

DAFME YOVANNA LANZA PACHECO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

PUNO - PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

“TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA DISMINUCIÓN DE LA
DEPRESIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN
PUNO, MARZO – MAYO 2017”

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. DAFME YOVANNA LANZA PACHECO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:



PRESIDENTE :


M.Sc. NARUSKA TITO CHURA

PRIMER MIEMBRO :


M.C. ANGEL FRANK MAYDANA ITURRIAGA

SEGUNDO MIEMBRO :


M.C. FRANCISCO ARMANDO LAJO SOTO

DIRECTOR / ASESOR :


M.Sc. JUAN FRANCISCO CRUZ DE LA CRUZ

ÁREA: Ciencias médicas clínicas

TEMA: Transtornos mentales y del comportamiento

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 08/06/2018

DEDICATORIA

A ÉL

A mis padres Antonio Lanza y Amparo Pacheco con mucho amor y gratitud por ser el pilar fundamental de mi vida.

A mi esposo Paul, todo esto no fue fácil, pero con tu apoyo, motivación y ayuda constante se pudo lograr, gracias por todo amor.

A mis hermanos Dante, Adeli y Antonio por inspirar en todo momento mis deseos de superación.

A mi tía Francisca “panchita” una persona muy especial en mi vida, gracias por tu apoyo constante.

AGRADECIMIENTO

- *A la Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Medicina Humana, Escuela Profesional de Medicina Humana, a su plana docente y administrativa por haber contribuido en mi formación profesional.*
- *Al Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, que desde la Gerencia, Personal asistencial y administrativo, me brindó las mayores facilidades para el desarrollo de la presente investigación.*
- *Al Jurado dictaminador por posibilitar la ejecución de la tesis contribuyendo al desarrollo de la misma.*
- *Al M.Sc. Juan Carlos Cruz de la Cruz, por su acertada conducción en la presente investigación.*
- *A la Dra. Blanca Salome Llerena Villafuerte, Jefa del departamento de Medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, por sus valiosos consejos y amistad.*
- *A la Dra. Ps. Rosalva Escalante Pari, por su contribución a la realización de la presente investigación.*

ÍNDICE GENERAL

	Pag.
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	
RESUMEN	9
CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO II.- REVISION BIBLIOGRÁFICA	13
2.1. La depresión.....	13
2.2. Epidemiología de la depresión	15
2.3. Etiología de la depresión	15
2.4. Cuadro clínico de la depresión	16
2.5. Tipos de depresión	17
2.6. La depresión respecto a características poblacionales	18
2.7. El test de Yesavage	23
2.8. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC)	24
CAPÍTULO III.- MATERIAL Y MÉTODOS	28
3.1. Tipo de estudio	28
3.2. Lugar de estudio	28
3.3. Población.....	28
3.4. Criterios de inclusión y exclusión	29
3.5. Técnicas e instrumentos	29
3.6. Técnica de recolección de datos	30
3.7. Procesamiento y análisis de los datos	30
3.8. Diseño de investigación	31
3.9. Diseño estadístico.....	31
3.10. Variables de estudio	31
3.11. Procedimiento para garantizar aspectos éticos.....	32
CAPÍTULO IV.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
4.1. Caracterización sociodemográfica y clínica de los pacientes geriátricos hospitalizados	33
4.2. Identificación de los niveles de depresión de los pacientes geriátricos hospitalizados mediante el test de Yesavage.....	35
4.3. Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) a pacientes geriátricos deprimidos	44
4.4. Discusión.....	47
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS.....	56
ANEXOS	60

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pag.
<i>Figura 1.</i> Proporción de pacientes geriátricos deprimidos	35
<i>Figura 2.</i> Nivel de depresión de pacientes geriátricos respecto a sexo	36
<i>Figura 3.</i> Nivel de depresión de pacientes geriátricos respecto a edad.....	37
<i>Figura 4.</i> Nivel de depresión de pacientes geriátricos respecto a grado de instrucción	38
<i>Figura 5.</i> Nivel de depresión de pacientes geriátricos respecto a estado civil	39
<i>Figura 6.</i> Nivel de depresión de pacientes geriátricos respecto a ocupación	40
<i>Figura 7.</i> Nivel de depresión de pacientes geriátricos respecto a procedencia	41
<i>Figura 8.</i> Nivel de depresión de pacientes geriátricos respecto a diagnóstico clínico	43

ÍNDICE DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1: Puntuación del test de Yesavage y significado clínico	24
Tabla 2: Operacionalización de variables del experimento a nivel de investigación explicativo	31
Tabla 3: Cantidad de pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina A y B, tomados en cuenta para el estudio	33
Tabla 4: Caracterización de los pacientes geriátricos hospitalizados en el Servicio de Medicina del HRMNB	34
Tabla 5: Cantidad de pacientes geriátricos deprimidos hospitalizados en el Servicio de Medicina HRMNB.....	35
Tabla 6: Depresión en pacientes geriátricos respecto a sexo hospitalizados en el Servicio de Medicina HRMNB	36
Tabla 7: Nivel de depresión en pacientes geriátricos según edad hospitalizados en el Servicio de Medicina HRMNB	37
Tabla 8: Nivel de depresión en pacientes geriátricos según grado de instrucción hospitalizados en el Servicio de Medicina HRMNB.....	38
Tabla 9: Nivel de depresión en pacientes geriátricos según estado civil hospitalizados en el Servicio de Medicina HRMNB	39
Tabla 10: Nivel de depresión en pacientes geriátricos según ocupación hospitalizados en el Servicio de Medicina HRMNB	40
Tabla 11: Nivel de depresión en pacientes geriátricos según procedencia hospitalizados en el Servicio de Medicina HRMNB	41
Tabla 12: Nivel de depresión en pacientes geriátricos según diagnóstico clínico hospitalizados en el Servicio de Medicina HRMNB.....	42
Tabla 13: Nivel de depresión de pacientes antes y después de la Terapia Cognitivo Conductual	44
Tabla 14: Análisis estadístico de la comparación de la depresión en el primer día entre el grupo control y el grupo experimental (prueba t para muestras independientes)	45
Tabla 15: Análisis estadístico de la comparación de la depresión del grupo control (prueba t para muestras relacionadas)	45
Tabla 16: Análisis estadístico de la comparación de la depresión del grupo experimental (prueba t para muestras relacionadas)	46
Tabla 17: Análisis estadístico de la comparación de la depresión en el séptimo día entre el grupo control y el grupo experimental (prueba t para muestras independientes)	46

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

TCC	:	Terapia Cognitivo Conductual
CTB	:	Cognitive Behavioral Therapy
AA.HH	:	Asentamiento humano
S.J.M	:	San Juan de Miraflores
V.M.T	:	Villa María del Triunfo
CAMIPP	:	Centro de atención médica integral para pensionados
GDS	:	Geriatric depression scale
HRMNBP	:	Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo evidenciar la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en la disminución de la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, durante los meses de marzo a mayo del año 2017, la investigación se realizó en el Servicio de Medicina Interna A y B del mencionado hospital, trabajándose con un total de 104 pacientes geriátricos de un total de 331 pacientes internados en el servicio, caracterizándose la condición sociodemográfica y clínica de los pacientes, identificándose también los niveles de depresión mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage y finalmente aplicándose la Terapia Cognitivo Conductual a un grupo de 40 pacientes deprimidos varones y mujeres (20 pacientes grupo control y 20 pacientes grupo experimental), valorando la depresión al inicio y al final del experimento mediante el test de Yesavage. La caracterización socio demográfica y clínica así como la identificación de los niveles de depresión se analizaron mediante la prueba estadística de bondad de ajuste Chi Cuadrado " χ^2 ", analizándose la aplicación de la TCC con la prueba de distribución estadística "t", trabajándose en ambos casos con una probabilidad estadística ($p \leq 0.05$). Los resultados demostraron que de los 104 pacientes geriátricos hospitalizados, estos en su mayoría fueron mujeres (54.8%), existiendo igual número de pacientes pertenecientes a los grupos etarios de 60-69 años y 70-79 (34.6% cada grupo), siendo en su mayoría analfabetos (52.9%), casados (40.4%), dedicados a su casa (55.8%), provenientes del sector urbano (51.9%), afectados en su mayoría por patologías respiratorias (28.8%), hallándose que el 77.9% de los pacientes geriátricos (81 pacientes) presentaron depresión. La respuesta a la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual, fue favorablemente en el grupo de pacientes que recibió la terapia, disminuyendo significativamente los niveles de depresión de 9.3 a 6.6 en la escala de depresión geriátrica de Yesavage.

Palabras clave: Depresión, geriátrico, Yesavage, terapia, cognitivo

ABSTRACT

The present investigation aimed to demonstrate Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in the reduction of depression in geriatric patients hospitalized in the Medicine Service of the Manuel Núñez Butrón Regional Hospital in Puno, during the months of March in May of the year 2017, the The research was conducted in the Internal Medicine Service and B of the hospital hospital, working with a total of 104 geriatric patients out of a total of 331 patients interned in the service, characterizing the sociodemographic and clinical condition of the patients, also identifying the levels of depression by the scale of geriatric depression of Yesavage and, finally, the Behavioral Cognitive Therapy was applied to a group of 40 depressed men and women (20 patients control group and 20 patients experimental group), assessing depression at the beginning and end of the process through the Yesavage test. The socio-demographic and clinical characterization as well as the identification of the levels of depression with the statistical test of goodness of fit Chi Square " χ^2 ", analyzing the application of the CBT with the test of statistical distribution "t", working in both cases with a statistical probability ($p \leq 0.05$). The results showed that of the 104 geriatric patients hospitalized, these were mostly women (54.8%), there were the same number of patients belonging to the age groups of 60-69 years and 70-79 (34.6% each group), being their most illiterate (52.9%), married (40.4%), dedicated to their house (55.8%), coming from the urban sector (51.9%), affected mostly by respiratory pathologies (28.8%), finding that 77.9% of geriatric patients (81 patients) Presentation depression. The response to the application of Cognitive Behavior Therapy was favorably in the group of patients who received the therapy, decreasing the levels of depression from 9.3 to 6.6 in the scale of geriatric depression of Yesavage.

Keywords: Depression, geriatric, Yesavage, therapy, cognitive.

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el adulto mayor se ha convertido en uno de los principales focos de atención, en virtud del rápido crecimiento de este grupo etario respecto a la población general por el cambio demográfico que se viene presentando con mayor rapidez en los países de ingresos bajos y medianos. La proporción de los adultos mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22% entre los años 2000 al 2050¹.

La Organización Mundial de la Salud afirma que actualmente cinco de las 10 causas más importantes de discapacidad son de origen psiquiátrico y se piensa que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. Estas estimaciones demuestran el altísimo nivel de carga atribuible a la depresión, pero las perspectivas de futuro son todavía más sombrías. Para el año 2020, si las actuales tendencias de la transición demográfica y epidemiológica se mantienen, la carga de depresión aumentará al 5,7% de la carga total de morbilidad, convirtiéndose en la segunda causa de años de vida perdidos por discapacidad².

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría ser una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva³.

Frente a esta realidad la Terapia Cognitivo Conductual ha demostrado en numerosos estudios, con un grado máximo de evidencia, su eficacia en la disminución de la depresión, por ser un tratamiento no agresivo y ser una terapia sencilla y breve respecto a otras⁴. Se ha demostrado que es útil tratando; ansiedad, depresión, pánico, agorafobia y otras fobias, bulimia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático y esquizofrenia, entre las más importantes⁵. Por lo cual es importante que la depresión sea tratada para evitar el deterioro físico cognitivo y social, dilatar la recuperación de los pacientes y provocar un aumento del uso de la atención medica⁶.

Tomando en cuenta las consideraciones planteadas, en el presente trabajo de investigación se formularon los siguientes objetivos:

a) Objetivo general

Evidenciar la terapia cognitivo conductual en la disminución de la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, durante los meses de marzo a mayo del 2017.

b) Objetivos específicos

- Caracterizar la condición sociodemográfica y clínica de los pacientes geriátricos hospitalizados.
- Identificar los niveles de depresión de los pacientes geriátricos hospitalizados mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage (antes y después de la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual)
- Establecer la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual en los pacientes geriátricos deprimidos hospitalizados en el Servicio de Medicina.

CAPÍTULO II

REVISION BIBLIOGRÁFICA

2.1. La depresión

Todos los seres humanos tenemos, alguna vez en la vida, 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. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, éste interfiere con su vida cotidiana, su desempeño normal y ocasiona dolor y sufrimiento no sólo a quien lo padece, sino también a todos sus seres queridos³. Según la Organización Mundial de la Salud, 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 concentración¹.

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, sentimiento de minusvalía e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados⁷. 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 muerte⁸.

En los adultos mayores la depresión es una enfermedad; no es cosa de “voluntad”, ni un proceso normal del envejecimiento. Es tan común que en términos psiquiátricos se equipara a “un resfriado”. No obstante, es una enfermedad grave que trastorna vidas, familias y trabajo, llegando a afectar la salud física; de no tratarse podría incluso ocasionar la muerte³. En un estudio sobre prevalencia y factores relacionados a depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa en los meses de enero-febrero 2015, se encontró que la depresión tuvo una prevalencia de 61.5%, la cual se distribuye de la siguiente manera, 55.2% depresión moderada (53 pacientes), 6.3% depresión severa⁹.

En estudios de prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado en el Hospital General de Zona 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Torreón, Coahuila, México, en pacientes mayores de 65 años, de uno y otro sexo, hospitalizados entre junio y diciembre de 2003. Se aplicaron las siguientes escalas: de Yesavage para depresión, de Katz y Lawton para dependencia, y de Folstein, versión Lobo, para demencia, incluyéndose a 320 personas con edad promedio de 72 años, como resultado del estudio diez pacientes se catalogaron como portadores de demencia (3.1 %) y fueron eliminados del estudio, se encontró depresión en 50 % y dependencia en 62 % con la escala de Katz, y en 75 % con la de Lawton¹⁰.

En la investigación sobre depresión en adultos mayores hospitalizados, una propuesta integral de intervención, se muestra la alta prevalencia de depresión en adultos mayores hospitalizados, a partir de comparar la tasa de incidencia de este síndrome con aquellos adultos mayores que no están hospitalizados y son atendidos en sus hogares, trabajándose con dos grupos, uno integrado por adultos mayores que están hospitalizados y otro por adultos mayores que viven en sus hogares, que están enfermos y deben ser atendidos por su familia y/o amistades; aplicándoseles a ambos la escala de depresión geriátrica de Yesavage y un cuestionario de datos generales, hallándose que la

depresión en adultos hospitalizados de 60 años a más fue de 57.5%, respecto de la depresión en adultos atendidos en casa que fue de 29.5%¹¹.

2.2. Epidemiología de la depresión

La Organización Mundial de la Salud, refiere que la depresión afecta al 15% de las personas en la población, presentándose hasta en el 20% de los ancianos. Según las proyecciones de este organismo mundial, dentro de 20 años la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo, después de las afecciones cardiovasculares⁷. La depresión es el trastorno mental más frecuente en el país, se estima que 1'700,000 personas la padecen en el Perú, y aunque el número de casos no deja de crecer en todas las edades, la mayor parte de la población no la ubica como un problema grave, pese a que sus efectos pueden ir desde el daño neuronal hasta la muerte a causa del suicidio¹².

La edad media del inicio de la depresión es de 40 años, el 50% de los pacientes se inicia entre los 20 y los 50 años: el trastorno depresivo se observa tanto en personas que no tienen relaciones interpersonales como en las personas que tienen relaciones conflictivas¹³. La prevalencia de la depresión aumenta en pacientes hospitalizados y aislados, en estos pacientes los niveles de síntomas depresivos pueden llegar hasta un 50%, también la prevalencia aumenta en ancianos que viven en asilos⁷.

2.3. Etiología de la depresión

No existe una única causa conocida de la depresión, al parecer es el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos y psicológicos. Las investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro, las nuevas tecnologías que han hecho posible obtener imágenes del cerebro tales como la resonancia magnética han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen. Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito y comportamiento parecen no funcionar con normalidad³.

Algunos tipos de depresión pueden tener una relación genética. Sin embargo, la depresión también puede presentarse en personas sin antecedentes familiares de

depresión¹⁴. La investigación genética indica que el riesgo de desarrollar depresión puede ser consecuencia de la influencia de múltiples genes que actúan junto con múltiples factores ambientales u otros¹⁵. Además, los traumas, la pérdida de un ser querido, una relación dificultosa u otra situación estresante, pueden provocar un episodio de depresión. La mejor explicación de la causa de la depresión es que ésta tiene una causa bio-psico-social¹⁶.

La depresión geriátrica debe considerarse como una afección heterogénea causada por diversos factores, tales como, los cambios fisiológicos de la vejez, la incapacidad, la pérdida de recursos y los cambios en el estilo de vida contribuyen a la depresión en este grupo de personas. El inicio puede ocurrir precozmente y tener una evolución recurrente a partir de un episodio previo en la vida adulta o también, el inicio del primer episodio puede tener lugar ya en la vejez. En general, y comparando con los pacientes de la misma edad que presentan depresión recurrente, los que tienen el primer episodio depresivo en la vejez, tienden a presentar una evolución más crónica³.

La depresión del anciano se asocia a trastornos cognitivos que responden con mayor frecuencia al tratamiento antidepresivo, es un predictor de la presentación de una demencia irreversible, por ejemplo la enfermedad de Alzheimer o demencia vascular. Los estudios de las relaciones médicas y psicosociales de la depresión de los ancianos, han sugerido también posibles mecanismos para la presentación del trastorno en personas mayores. Cada día se estudia más los efectos sobre el sistema nervioso central de las citocinas, sobre todo de la interleucina Ib, en la producción de cortisol, la inflamación y la activación del sistema inmunológico³.

2.4. Cuadro clínico de la depresión

La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo, en algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas^{17,18}.

En los episodios típicos de la depresión, el anciano enfermo que las padece sufre de humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad que a su vez conlleva a un deterioro físico progresivo y a un cansancio exagerado, que aparece incluso, tras un esfuerzo mínimo. Estos pacientes expresan más manifestaciones somáticas, minimizan la presencia de depresión (depresión enmascarada) y no tienen sentimiento de culpa. La depresión en ancianos también se manifiesta de la siguiente manera³.

- Disminución de la atención y concentración
- Pérdida del apetito.
- Trastornos del sueño
- Pérdida de la autoconfianza e incremento de sentimientos de inferioridad
- Las ideas de culpa e inutilidad se acentúan
- Perspectiva sombría del futuro
- Aumento de pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones

2.5. Clasificación de depresión

Existen varios tipos de trastornos depresivos, siendo los más comunes la depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas, varían¹².

a) La depresión severa

Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio muy incapacitante puede ocurrir una sola vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida.

b) La distimia

Es un tipo de depresión menos grave, que incluye algunos síntomas crónicos que se presentan a largo plazo, tales como los sentimientos intermitentes de tristeza, el cansancio, o la desmotivación, pero por lo general no resultan incapacitantes, aunque sí interfieren con el funcionamiento y la sensación de bienestar de la

persona. Muchas personas con distimia pueden padecer episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

c) El trastorno bipolar

También se le llama enfermedad maníaco – depresiva, no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos, caracterizándose por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de gran exaltación o euforia (manía) y fases con el estado de ánimo bajo (depresión). Estos cambios de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero generalmente suelen ser graduales.

Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede manifestar uno o más de los síntomas propios del trastorno depresivo. En cambio, cuando está en la fase maníaca, la persona puede hablar excesivamente y desarrollar una gran actividad con enormes despliegues de energía; en estas circunstancias, la manía afecta también la manera de pensar, el juicio y el comportamiento con las otras personas. Así, la persona experimenta sentimientos de felicidad o euforia, sobredimensiona sus propias capacidades, comienza a tener proyectos grandiosos, puede tomar decisiones de negocios descabelladas e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía no se trata adecuadamente, puede empeorar y convertirse en un estado psicótico (es decir, la persona puede perder temporalmente la razón y la capacidad de diferenciar la realidad de la fantasía)¹².

2.6. La depresión respecto a características poblacionales

En la evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña Alta” – La Molina, Lima – Perú, se realizaron visitas en todas las casas (280) de 18 de las 23 manzanas del asentamiento humano, identificándose a 112 adultos mayores de 60 años y se entrevistó a 60 de ellos, quienes fueron evaluados por los investigadores mediante la Escala de depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems (GDS-15), en la que de un total de 60 pacientes 53.3% fueron mujeres y 46.6% fueron varones, notándose mayor depresión de las mujeres respecto de los varones¹⁹.

En la investigación de la prevalencia de depresión y factores asociados en ancianos residentes en la ciudad de Puno – Julio 2000, de un total de 372 ancianos, 255 de ellos

se encontraban deprimidos (68%), así mismo se halló que de los 255 ancianos deprimidos 155 de ellos fueron mujeres (60.8%) y 100 fueron varones (32.2%), existiendo mayor incidencia de depresión en mujeres, lo cual no solo se debe a las causas inherentes a su condición, sino también a la realidad social y económica en la cual está inmersa la mayoría de las mujeres⁷.

La diferencia de género respecto a la depresión posiblemente se deba a aspectos biológicos, genéticos, características sociodemográficas, psicosociales y de comportamiento, sin embargo, aún no se ha encontrado una explicación definitiva. De acuerdo con las teorías feministas, un poder limitado en la condición social de las mujeres puede contribuir a sus altas tasas de depresión. Sobre todo en los últimos años de vida, la viudez y la pobreza entre las mujeres mayores pueden aumentar el riesgo de problemas anímicos. Algunos investigadores plantean la hipótesis de que las diferencias de género en la depresión pueden ser debidas a sesgos por la mayor disposición de las mujeres a expresar sus emociones y reconocer sus sentimientos negativos^{20,21,22}.

La asociación entre el sexo femenino y la depresión se podría explicar por el factor hormonal, puesto que los estrógenos son potentes anti depresores, tras la menopausia existe una disminución brusca de estrógenos, la caída de ésta hormona condiciona mayor labilidad y sensibilidad emocional, más aún si las personas se encuentran enfermas; en el caso del sexo masculino se da la andropenia, que es la disminución gradual de la testosterona a diferencia de lo que ocurre en el sexo femenino. Además, existe el aspecto antropológico cultural, ya que la mujer con el paso del tiempo ha asumido mayores responsabilidades, ello sumado a las actividades domésticas, que no son descuidadas provoca una mayor carga de estrés emocional que influye directamente en el aumento de la depresión⁹.

En el estudio sobre la prevalencia y factores relacionados a depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital regional Honorio Delgado Espinoza enero- febrero 2015, se halló que los pacientes que presentaron mayor depresión sus edades oscilan entre 60 y 75 años representando el 44.7% (43 pacientes), las personas mayores de 75 años presentaron depresión en un 16.7% (16 pacientes), lo cual se evaluó con el test de Yesavage siendo agrupados los pacientes solo en dos categorías etarias⁹.

Con respecto al nivel de depresión según la edad, en la investigación del nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014. Lima Perú, los grupos etarios comprendidos entre 65 y 69 años presentan mayor depresión que los adultos mayores que tienen de 80 a más años. De manera análoga, los adultos mayores del grupo etario de 60 a 80 años tienen mayor riesgo de depresión moderada que los adultos de mayor edad²³.

Al evaluar la prevalencia de depresión y factores asociados en ancianos residentes en la ciudad de Puno se encontró que el mayor porcentaje de deprimidos corresponde al intervalo etario de 60-69 años (55.9%), seguido del grupo de 70-79 años (30.4%) y finalmente el grupo de ancianos de 80 a más años (13.7%), afirmándose que la mayor población de deprimidos se encuentran entre los ancianos de edades comprendidas entre 60-69 años⁷.

La depresión no es algo normal en el proceso de envejecimiento y la mayoría de los adultos mayores se sienten satisfechos con sus vidas, a pesar del aumento de los dolores físicos. Sin embargo cuando la depresión se presenta en adultos mayores puede pasarse por alto porque en la vejez se muestran síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer sentimientos de pena o tristeza³.

Según estudios sobre la efectividad de la técnica de liberación emocional en la depresión del adulto mayor, establecimiento de salud I-3 Chejoña –Puno - 2014, 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 actividades²⁴.

Con respecto al grado de instrucción se obtuvo que el 26.0% de los pacientes que presentan un nivel de depresión moderado son analfabetos frente al 2.1% de ellos que presentan el mismo nivel de depresión y tienen un grado de instrucción superior siendo el efecto de la variable grado de instrucción sobre la depresión estadísticamente significativo⁹.

En la evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña alta” – La Molina. Lima – Perú, se concluye que en el caso del analfabetismo y la educación primaria completa e incompleta, la mayor cantidad de personas manifiesta algún tipo de depresión, esto debido a que la mayoría de los pacientes son procedentes de pueblos jóvenes, quienes en un momento migraron de alguna provincia, además, una persona con mayor grado instrucción es capaz de afrontar con mayor conocimiento de causa la enfermedad que pueda tener y los motivos de la hospitalización, lo cual contrasta con personas que tienen bajo nivel de instrucción, ya que éstas desconocen mucha de la terminología médica básica que se emplea durante la estancia hospitalaria¹⁹.

En el adulto, el analfabetismo aumenta la vulnerabilidad socioeconómica, el analfabeto tiene mayores dificultades de inserción social no sólo a nivel personal, sino también a nivel de su grupo familiar. Los adultos analfabetos, disponen de bajos conocimientos de sus derechos y deberes. Las investigaciones demuestran que el analfabetismo produce serias limitaciones para la comprensión de conocimientos importantes para el auto cuidado, especialmente el de las mujeres, desencadenando problemas en la salud, higiene y nutrición de su hogar lo que recae en estados depresivos que traen consecuencias desfavorables en la salud²⁵.

Según una evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña alta” – La Molina. Lima – Perú, en lo que respecta al estado civil, es importante señalar que una gran cantidad del total de personas identificadas con depresión, eran casadas (71%), siendo en detalle 22 los adultos mayores deprimidos casados, 7 los adultos mayores deprimidos viudos, 1 divorciado y 1 soltero, sin embargo, la mayor cantidad de personas que se encuestaron fueron del grupo de los casados, lo cual podría ser un factor influyente, ya que no se comparó a los grupos en igual proporción respecto del estado civil¹⁹.

En la investigación sobre la efectividad de la técnica de liberación emocional en la depresión del adulto mayor, establecimiento de salud I-3 Chejoña, Puno 2014, se halló que la mayor proporción de adultos mayores deprimidos fueron los viudos (48.7%), y los casados (41.0%), mientras que la menor proporción estuvo representada por los convivientes (7.7% y los solteros (2.6%)³¹, resultados que son análogos a los

encontrados en el estudio sobre depresión en el adulto mayor en miembros del centro de atención médica integral para pensionados (CAMIPP), donde se menciona que respecto al estado civil, el 46% de los adultos mayores fueron 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 hombres²⁶.

Con respecto al estado civil, en el estudio sobre prevalencia y factores relacionados a depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital regional Honorio Delgado Espinoza se halló que 34.4% de los pacientes que presentaron depresión son casados, seguido de un 11.4% de pacientes con depresión que son solteros y 8.35% de los pacientes con depresión son viudos no presentando relación estadística significativa, lo cual se debe a que los casados dejan de tener su rol de jefes de familia, el cual es asumido por los hijos o yernos, en muchos casos ya no opinan sobre las decisiones importantes de la familia lo cual les produce mayor depresión; en el caso de aquellos casados(as) y que sólo viven con su esposa(o), en lugar de ser factor protector de depresión por tener compañía, generalmente uno depende del otro y al asumir mayor responsabilidad durante la hospitalización del esposo(a) existiría mayor soledad en ambas partes, lo cual favorecería mayor depresión, entendiendo a la soledad como principal causa de la misma⁹.

En la investigación sobre prevalencia de depresión y factores asociados en ancianos residentes en la ciudad de Puno, se halló que de 255 pacientes deprimidos 103 de ellos se dedicaban a su casa, 53 se dedicaban al comercio, 38 se dedicaban a actividades diversas, 27 eran cesantes, 17 eran agricultores y 17 eran empleados públicos, lo cual indica que la ocupación en las personas mayores de 60 años está en relación con la depresión. La depresión en el anciano es menor en aquellas ocupaciones que brindan seguridad económica, además permiten actividades físicas sociales, que mantienen al anciano activo con mejores perspectivas de salud⁷.

En el estudio sobre la efectividad de la técnica de liberación emocional en la depresión del adulto mayor, se halló que el 51.3% de los adultos mayores se dedica a su casa, 20.5% son agricultores, 15.4% son trabajadores ambulantes, 7.7% se dedican a la construcción y 5.1% se dedican a otras actividades, encontrándose la mayoría de

adultos mayores con depresión 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 su deseo de realizar trabajos de auto sostenimiento, lo cual acrecienta la depresión ya que 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 aspectos²⁴.

En el estudio sobre depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III de ESSALUD, Juliaca, se encontró diferencia estadísticamente significativa en la influencia de las patologías respecto al nivel de depresión de los pacientes, encontrándose mayor incidencia de depresión grave en pacientes hospitalizados por enfermedades respiratorias con un 10%, seguidas por pacientes con enfermedades gastrointestinales donde se encontró depresión severa en un 10%, seguida de depresión moderada con un 8% en pacientes hospitalizados por Diabetes Mellitus Tipo II, seguida de la depresión severa en un 65%, siendo las tres patologías crónicas más asociadas a la depresión en este estudio las enfermedades respiratorias con un 24%, seguidas de las enfermedades gastrointestinales con un 21% y finalmente la Diabetes Mellitus Tipo II, con un 17%¹³.

2.7. El test de Yesavage

Si bien existen muchos instrumentos para medir la depresión, la Escala de depresión geriátrica (GDS), creada por Yesavage, ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El cuestionario largo GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste en 15 preguntas. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada, siendo el test de gran versatilidad ya que se puede completar en 5 a 7 minutos²⁷.

La escala de Yesavage reducida de 15 ítems fue validada al español, esta es orientada a adultos mayores, la cual tiene como principal beneficio identificar síntomas depresivos y no modificarse con la presencia o ausencia de síntomas físicos. Esta escala ha demostrado una alta fiabilidad y validez²⁷. Esta escala de acuerdo al puntaje obtenido clasifica el grado de depresión de los participantes como normal (0-5 puntos), depresión leve (6-9 puntos) y depresión establecida (>9 puntos)²⁸.

Para el cribado del bajo estado de ánimo se utiliza una escala corta para la depresión (Yesavage, GDS-15). Esta escala ha demostrado ser tan efectiva, tanto en especificidad como en sensibilidad, como su homólogo de 30 ítems^{29,30}. Está validada en castellano por Aguado³¹. El test de Yesavage tiene coeficientes de sensibilidad y especificidad según los resultados recogidos y detallados en la Tabla 1.

Tabla 1: Puntuación del test de Yesavage y significado clínico

Puntuación Yesavage	Significado clínico	Valores predictivos
0-5	Normal	
6-9	Depresión moderada	Sensibilidad 84%, especificidad 95%
10-15	Depresión severa	Sensibilidad 80%, especificidad 100%

Fuente: Aguado (2008)³¹

2.8. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

La terapia cognitivo conductual (TCC) es un tipo de tratamiento psicoterapéutico que ayuda a los pacientes a comprender que los pensamientos y sentimientos influyen en su comportamiento. La TCC se utiliza comúnmente para tratar una amplia gama de trastornos, incluyendo fobias, adicción, depresión y ansiedad. Esta terapia ayuda a que los pacientes entiendan cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos³².

La TCC puede ayudar a cambiar la forma cómo se piensa ("cognitivo") y cómo se actúa ("conductual") y estos cambios pueden ayudar a los pacientes a sentirse mejor. A

diferencia de algunas de las otras "terapias habladas", la TCC se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora", en lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, buscando maneras de mejorar el estado anímico ahora⁵.

Para la TCC es necesario conocer y evaluar principalmente los pensamientos y los tipos de procesos cognitivos que utiliza la persona. Estos y su modificación, cuando son disfuncionales van a constituir al objetivo de la terapia, aun que la misma pretende que se den tanto cambios cognitivos como cambios conductuales en el funcionamiento cotidiano de los pacientes³².

La TCC puede ayudar a entender al paciente problemas complejos desglosándolos en partes. Esto ayuda a ver cómo estas partes están conectadas entre sí y cómo afectan⁵. Así mismo la TCC se puede dar individualmente o en grupo. También puede hacerse con un libro de auto-ayuda o un programa virtual interactivo, Es uno de los tratamientos no farmacológicos más eficaces para trastornos donde la ansiedad o la depresión es el principal problema, siendo la forma más eficaz de tratamiento psicológico para casos moderados y graves de depresión⁵.

Los estudios han puesto de manifiesto que la Terapia Cognitivo Conductual, la Terapia Interpersonal y la Terapia Psicodinámica son modalidades de tratamiento que tienen efectos significativos en las tasas de remisión y de reducción de los síntomas en pacientes deprimidos de la tercera edad. La TCC es la forma de psicoterapia más extensamente estudiada en el tratamiento de la depresión en pacientes mayores, constituyéndose en el tratamiento más efectivo para la depresión en la tercera edad³³.

A nivel internacional, diversas investigaciones señalan claramente la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductual en el área de ansiedad y depresión en adultos mayores³⁴. De esta forma, la psicoterapia cognitivo conductual ha sido una de las más empleadas a nivel mundial, mostrándose eficaz y aplicable en problemas del área de la salud mental como la depresión y ansiedad³⁵.

En el estudio sobre el efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores, con el objetivo de disminuir su sintomatología ansiosa y depresiva. Participaron 38 adultos mayores de la ciudad de

Santiago de Chile diagnosticados con depresión leve/moderada y sintomatología ansiosa, los cuales fueron asignados aleatoriamente a los grupos experimental y control. Las principales técnicas utilizadas fueron relajación progresiva, reestructuración cognitiva y psicoeducación. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimental y control en todas las mediciones de tratamiento y seguimiento de las variables estudiadas $p < 0,05$ (ansiedad y depresión)³⁶.

En la evaluación de los efectos de la TCC sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas, con dos grupos de análisis (experimental y control), se evaluó el cambio sufrido en las diferentes variables psicológicas medidas en una muestra de 8 ancianos deprimidos sin daño neurológico, hallándose resultados positivos de esta terapia para reducir la depresión, presentándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos “tratamiento y control” al comparar sus medidas en el pre-test y el pos-test, así como la existencia de cambios significativos del tiempo 1 al tiempo 2 dentro de cada grupo³⁷.

En una intervención con TCC, de adultos mayores deprimidos, se obtuvo que de 10 adultos mayores que poseían depresión establecida, 9 disminuyeron sus niveles a depresión leve (75 %) y 1 mantuvo depresión establecida (8,3%); los 2 que poseían depresión leve no reflejaron depresión (16,7%), resultando efectiva la aplicación de la TCC pues se logró disminuir a leve los niveles iniciales de depresión establecida en adultos mayores y los adultos mayores considerados con leve a no depresión, por lo tanto se afirma que con su aplicación fue modificado el estado emocional de los adultos mayores que se implicaron en la muestra³⁸.

Al plantear una propuesta de intervención para ancianos deprimidos, se realizó un estudio de intervención a un grupo de ancianos previamente identificados como deprimidos en dos consultorios de medicina familiar perteneciente al policlínico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Las Tunas en Cuba, con el objetivo de mejorar o eliminar este estado de ánimo negativo. El universo estuvo constituido por 48 pacientes seniles deprimidos, de los cuales 21 constituyeron el grupo de estudio y 27 el grupo control, demostrándose que con la aplicación del programa de intervención basado en la TCC es posible eliminar la depresión en el 80,95 % de los casos, se demostró además que disminuyeron los casos con idea suicida y mejoraron las relaciones familiares³⁹.

En el estudio de intervención en las Casas de Abuelos del municipio de Holguín, durante los meses enero-abril de 2010, con el objetivo de elevar la autoestima en los adultos mayores en Cuba, se aplicó la terapia cognitivo conductual para elevar la autoestima de los adultos mayores, caracterizando a los ancianos mediante técnicas psicodiagnósticas estandarizadas para evaluar deterioro cognitivo, alteración psicoafectiva y autoestima. Basados en la terapia cognitivo conductual, se desarrollaron nueve talleres sobre temas de interés para esta etapa, concluyéndose que los adultos mayores que asistieron a las Casas de Abuelos del municipio Holguín en su mayoría no presentaron deterioro cognitivo, ni manifestaron alteración psicoafectiva, se constató que después de desarrollados los talleres se elevó su autoestima⁴⁰.

La TCC ha demostrado en numerosos estudios, con un grado máximo de evidencia, su eficacia, debiendo considerarse su empleo dentro de la Medicina alternativa, al ser un tratamiento no agresivo, concientizando al paciente en su capacidad para mejorar los estados depresivos y ser una terapia sencilla y breve respecto a otras⁴.

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio

La investigación fue de tipo experimental, prospectivo, de corte transversal, explicativo manipulando la variable independiente (Terapia Cognitiva Conductual) y midiendo el efecto en la variable dependiente (disminución de la depresión), con grupo control y grupo experimental, siendo asignados al estudio los sujetos de evaluación por orden de llegada (Método no probabilísticos por conveniencia).

3.2. Lugar de estudio

La investigación se efectuó en el Servicio de Medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno (medicina A y B), con autorización del Director y la Jefe del departamento de Medicina.

3.3. Población

La población de estudio estuvo constituida por 104 pacientes geriátricos (de 60 años a más), de un total de 331 pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno, durante los meses de marzo a mayo del 2017.

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

a) Criterios de Inclusión:

- Pacientes geriátricos hospitalizados de marzo a mayo del 2017
- Pacientes de 60 años a más, lucidos orientados en tiempo espacio y persona
- Pacientes con niveles de depresión moderada y severa
- Pacientes que se encontraron hospitalizados mínimamente 7 días.

b) Criterios de Exclusión:

- Pacientes geriátricos no aptos (menores de 60 años, sin voluntad de participación, referidos, críticos y fallecidos).
- Pacientes hospitalizados sin niveles de depresión.
- Pacientes con dificultad de comunicación.

3.5. Técnicas e instrumentos

a) Técnicas:

Se utilizó Ficha sociodemográfica y diagnóstico clínico, para registrar la información sobre datos generales, clínicos y características sociodemográficas de los pacientes y cuyo detalle se aprecia en el Anexo 1.

Se utilizó la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, recomendada por la Organización Panamericana de la Salud³⁹ y utilizada por el MINSA¹², para evaluar el nivel de depresión de los pacientes a su ingreso al servicio de medicina (pre terapia) y al séptimo día después del inicio de la Terapia Cognitiva Conductual (post terapia), cuyo detalle se aprecia en el Anexo 2, valorándose a los pacientes de acuerdo a una escala basada en la siguiente puntuación:

- Normal = 0-5 puntos
- Depresión moderada = 6-9 puntos
- Depresión severa = 10-15 puntos

Se aplicó la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), para la disminución de la depresión en los pacientes en estudio, durante cinco días y cuyo detalle se aprecia en el Anexo 3.

b) Instrumentos:

- Ficha sociodemográfica y diagnóstico clínico (día 1)
- Escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada (días 1 y 7):
- Terapia Cognitiva Conductual (días 2,3,4,5 y 6)

Previo a la aplicación de los instrumentos se desarrolló una prueba piloto con 15 pacientes para validar la técnica y disminuir errores de medición.

3.6. Técnica de recolección de datos

- Los pacientes geriátricos fueron captados en el Servicio de Medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno (servicio de medicina A y B).
- Antes de aplicar los instrumentos, se estableció comunicación con el paciente y se procedió a dar a conocer el propósito de la investigación
- Luego se obtuvo el consentimiento informado en forma verbal
- Se aplicó la ficha sociodemográfica y diagnóstico clínico, así mismo la Escala de depresión geriátrica de Yesavage el primer día de hospitalización, considerando los criterios planteados en la investigación.
- El segundo día se inició la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual, hasta el 6to día en forma individual bajo la metodología detallada en Anexo 3.
- Luego a los 7 días de hospitalización se volvió a aplicar la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, para determinar los cambios en los niveles de depresión de los pacientes.
- Cabe mencionar que la recolección de datos se realizó continuamente a horas 17:00 a 20:00 hrs, por la misma persona (tesista).

3.7. Procesamiento y análisis de los datos

- Los datos fueron organizados y sistematizados en un archivo numérico del programa ofimático Excel, para su análisis e interpretación.
- Según el tipo de la variable se utilizaron cuadros y gráficos de barras para mostrar los resultados.
- Para el análisis de los datos se utilizaron pruebas estadísticas descriptivas e inferenciales, procesadas con el programa estadístico SPSS V.20.

3.8. Diseño de investigación

Corresponde a un diseño experimental pre y post test con dos grupos.

$$GE = 0_1 \quad X \quad 0_2$$

$$GC = 0_3 \quad - \quad 0_4$$

Donde:

GE = Grupo experimental

GC = Grupo control

X = Con Terapia Cognitiva Conductual

0₁0₃ = Información sobre los niveles de depresión (pre test)

0₂0₄ = Información sobre los niveles de depresión (post test)

3.9. Diseño estadístico

La caracterización socio demográfica - clínica así como la identificación de los niveles de depresión se analizaron mediante la prueba de bondad de ajuste Chi Cuadrado “ χ^2 ”. La aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual se analizó mediante la prueba de distribución estadística “t”, trabajándose en ambos casos a una probabilidad estadística de ($p \leq 0.05$), dichos resultados se contrastaron con las pruebas no paramétricas U- Mann-Whitney y Wilcoxon.

3.10. Operacionalización de variables

Tabla 2: Operacionalización de variables del experimento a nivel de investigación explicativa

Variable independiente	Indicador	Valor final	Tipo de variable
Terapia Cognitivo Conductual	- Protocolo	- Disminuye - No disminuye	Categórica nominal
Variable dependiente	Indicador	Valor final	Tipo de variable
Disminución de la Depresión	- Escala de depresión geriátrica	- Nivel 0-5 (No deprimido) - Nivel 6-9 (Dep. Moderada) - Nivel 10-15 (Dep. Severa)	Categórica ordinal

Fuente : Elaboración Propia

3.11. Procedimiento para garantizar aspectos éticos

La presente investigación cumple con principios éticos y morales, procurando en todo momento salvaguardar y respetar los derechos de los pacientes, así como mantener la confidencialidad de los datos obtenidos y no poner en riesgo su integridad.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Caracterización sociodemográfica y clínica de los pacientes geriátricos hospitalizados

La investigación se realizó en pacientes geriátricos del Servicio de Medicina A y B del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, durante los meses de marzo a mayo del año 2017.

Tabla 3: Cantidad de pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina A y B, tomados en cuenta para el estudio

Pacientes	Pacientes aptos para el estudio	Pacientes no aptos para el estudio	Total
Cantidad	104	227	331
Proporción	31.4%	68.9%	100.0%

Fuente: Datos de fichas de evaluación sociodemográfica

En la Tabla 3 se observa la cantidad y proporción de pacientes aptos para el estudio, identificándose a 104 que reunieron los criterios de inclusión de 331 pacientes, considerándose como aptos a pacientes geriátricos de 60 años a más, lúcidos orientados en tiempo espacio y persona, internados en el Servicio de Medicina A y B durante los meses de marzo a mayo del año 2017. Así mismo en la Tabla 3 se expone en detalle la caracterización sociodemográfica y clínica de los 104 pacientes aptos para el estudio.

Tabla 4: Caracterización de los pacientes geriátricos hospitalizados en el Servicio de Medicina del HRMNB

SEXO	Pacientes	Proporción
Varones	47	45.2%
Mujeres	57	54.8%
Total	104	100.0%
EDAD	Pacientes	Proporción
60 – 69	36	34.6%
70 – 79	36	34.6%
80 a mas	32	30.8%
Total	104	100.0%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Pacientes	Proporción
Analfabeto	55	52.9%
Primaria	34	32.7%
Secundaria	14	13.5%
Superior	1	1.0%
Total	104	100.0%
ESTADO CIVIL	Pacientes	Proporción
Soltero	5	4.8%
Conviviente	20	19.2%
Casado	42	40.4%
Viudo	37	35.6%
Total	104	100.0%
OCUPACION	Pacientes	Proporción
Su casa	58	55.8%
Agricultor	21	20.2%
Comerciante	10	9.6%
Otros	15	14.4%
Total	104	100.0%
DIAGNÓSTICO CLÍNICO	Pacientes	Proporción
Respiratorias	30	28.8%
Cardiovasculares	10	9.6%
Gástricas	14	13.5%
Renales	25	24.0%
Neurológicas	4	3.8%
Colagenopatias	2	1.9%
Endocrinas	9	8.7%
Otros	10	9.6%
Total	104	100.0%
PROCEDENCIA	Pacientes	Proporción
Rural	50	48.1%
Urbano	54	51.9%
Total	104	100.0%

Fuente: Datos de fichas de evaluación sociodemográfica

4.2. Identificación de los niveles de depresión de los pacientes geriátricos hospitalizados mediante el test de Yesavage

La identificación de los niveles de depresión se realizó en 104 pacientes geriátricos de 331 pacientes internados en el Servicio de Medicina A y B del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, valorando la depresión mediante el uso de la escala geriátrica de Yesavage, llegando a los resultados detallados a continuación en la Tabla 5.

Tabla 5: Cantidad de pacientes geriátricos deprimidos hospitalizados en el Servicio de Medicina HRMNB

Pacientes	Deprimidos	No deprimidos	Total
Cantidad	81	23	104
Proporción	77.9%	22.1%	100.0%

Fuente: Datos de fichas de evaluación test Yesavage

En la Tabla 5, se aprecia la cantidad de pacientes geriátricos deprimidos, hospitalizados en el Servicio de Medicina A y B del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, durante los meses de marzo a mayo del año 2017, resultando en 81 pacientes deprimido (77.9%) y 23 pacientes no deprimidos (22.1%), de un total de 104 pacientes evaluados (100%), cuyo detalle del análisis estadístico se aprecia en el Anexo 4. Así mismo en la Figura 1, se aprecia la existencia de diferencia numérica, en la cantidad de pacientes con depresión, siendo estos la mayoría respecto a los pacientes no deprimidos.

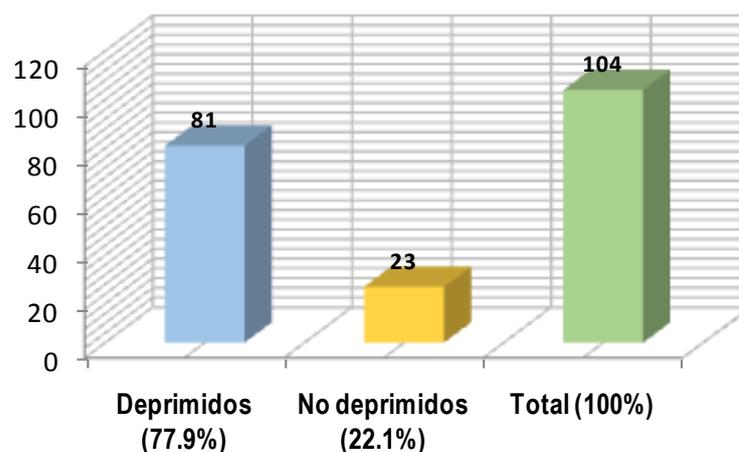


Figura 1. Proporción de pacientes geriátricos deprimidos

Tabla 6: Depresión en pacientes geriátricos respecto a sexo hospitalizado en el Servicio de Medicina HRMNB

Sexo	Sin depresión	Depresión moderada	Depresión severa	Total	Proporción
Varones	13	30	4	47	45.2%
Mujeres	10	31	16	57	54.8%
Total	23	61	20	104	100.0%

Fuente: Datos de fichas socio demográficas y test Yesavage

En la Tabla 6, se aprecian los niveles de depresión de 104 pacientes geriátricos de 60 años a más, hospitalizados en el Servicio de Medicina A y B del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según sexo, durante los meses de marzo a mayo del año 2017, existiendo diferencia estadística significativa ($p \leq 0.05$), en los niveles de depresión influidos por el sexo de los pacientes evaluados según la prueba Chi Cuadrado " χ^2 ". Así mismo en la Figura 2, se observa que de un total de 81 pacientes deprimidos el mayor porcentaje fueron mujeres representando el 58.0% (47 pacientes mujeres de las cuales 31 presentaron depresión moderada y 16 presentaron depresión severa), frente a un menor porcentaje de pacientes varones representando el 42.0% (34 pacientes varones de los cuales 30 presentaron depresión moderada y 4 presentaron depresión severa).

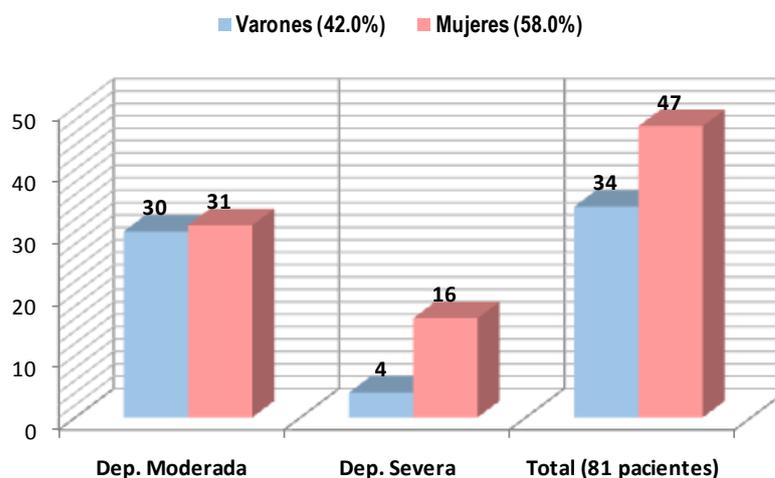


Figura 2. Nivel de depresión de pacientes geriátricos respecto a sexo

Tabla 7: Nivel de depresión en pacientes geriátricos según edad hospitalizados en el Servicio de Medicina HRMNB

Edad	Sin depresión	Depresión moderada	Depresión severa	Total	Proporción
60 – 69	2	23	11	36	34.6%
70 – 79	10	20	6	36	34.6%
80 a mas	11	18	3	32	30.8%
Total	23	61	20	104	100.0%

Fuente: Datos de fichas socio demográficas y test Yesavage

En la Tabla 7, se aprecian los niveles de depresión de 104 pacientes geriátricos de 60 años a más, hospitalizados en el Servicio de Medicina A y B del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según edad, durante los meses de marzo a mayo del año 2017, existiendo diferencia estadística significativa ($p \leq 0.05$), en los niveles de depresión influidos por el sexo de los pacientes evaluados según la prueba Chi Cuadrado “ χ^2 ”. Así mismo en la Figura 3, se observa que de un total de 81 pacientes deprimidos el mayor porcentaje se halló entre las edades de 60 – 69 años representando el 42.0% (34 pacientes de los cuales 23 presentaron depresión moderada y 11 presentaron depresión severa), seguido de pacientes entre las edades de 70 -79 años representando el 32.1% (26 pacientes de los cuales 20 presentaron depresión moderada y 6 presentaron depresión severa) y finalmente los pacientes de 80 a más años representando el 25.9% (21 pacientes de los cuales 18 presentaron depresión moderada y 3 presentaron depresión severa).

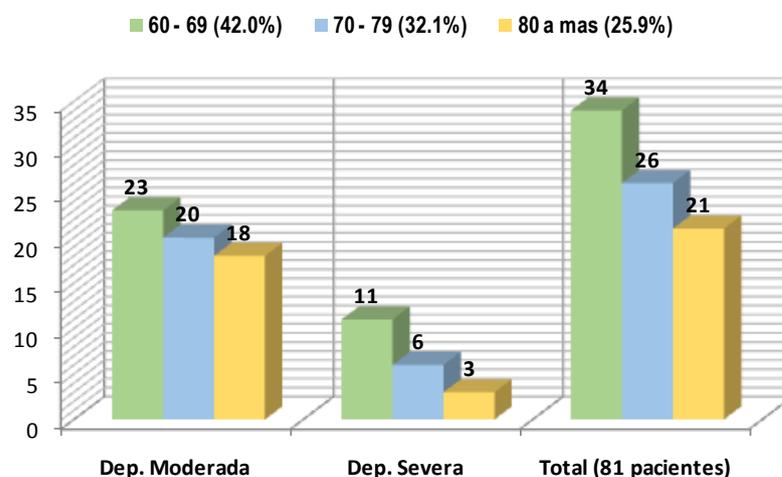


Figura 3. Nivel de depresión de pacientes geriátricos respecto a edad

Tabla 8: Nivel de depresión en pacientes geriátricos según grado de instrucción hospitalizados en el Servicio de Medicina HRMNB

Grado de instrucción	Sin depresión	Depresión moderada	Depresión severa	Total	Proporción
Analfabeto	7	33	15	55	52.9%
Primaria	9	22	3	34	32.7%
Secundaria	6	6	2	14	13.5%
Superior	1	0	0	1	1.0%
Total	23	61	20	104	100.0%

Fuente: Datos de fichas socio demográficas y test Yesavage

En la Tabla 8, se aprecian los niveles de depresión de 104 pacientes geriátricos de 60 años a más, hospitalizados en el Servicio de Medicina A y B del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según grado de instrucción, durante los meses de marzo a mayo del año 2017, existiendo diferencia estadística significativa ($p \leq 0.05$), en los niveles de depresión influidos por el grado de instrucción de los pacientes evaluados según la prueba Chi Cuadrado " χ^2 ". Así mismo en la Figura 4, se observa que de un total de 81 pacientes deprimidos el mayor porcentaje es conformado por pacientes analfabetos representando el 59.3% (48 pacientes de los cuales 33 presentaron depresión moderada y 15 presentaron depresión severa), seguido de pacientes que recibieron instrucción primaria representando el 30.9% (25 pacientes de los cuales 22 presentaron depresión moderada y 3 presentaron depresión severa) y finalmente pacientes que recibieron instrucción secundaria representando el 9.9% (8 pacientes de los cuales 6 presentaron depresión moderada y 2 presentaron depresión severa), así mismo se aprecia que no existieron pacientes con instrucción superior deprimidos.

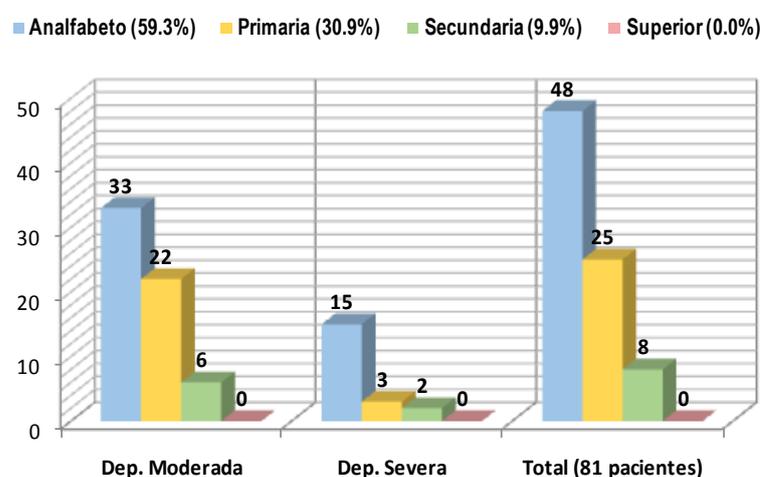
**Figura 4.** Nivel de depresión de pacientes geriátricos respecto a grado de instrucción

Tabla 9: Nivel de depresión en pacientes geriátricos según estado civil hospitalizados en el Servicio de Medicina HRMNB

Estado civil	Sin depresión	Depresión moderada	Depresión severa	Total	Proporción
Soltero	1	2	2	5	4.8%
Conviviente	5	12	3	20	19.2%
Casado	7	26	9	42	40.4%
Viudo	10	21	6	37	35.6%
Total	23	61	20	104	100.0%

Fuente: Datos de fichas socio demográficas y test Yesavage

En la Tabla 9, se aprecian los niveles de depresión de 104 pacientes geriátricos de 60 años a más, hospitalizados en el Servicio de Medicina A y B del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según estado civil, durante los meses de marzo a mayo del año 2017, existiendo diferencia estadística significativa ($p \leq 0.05$), en los niveles de depresión influidos por el estado civil de los pacientes evaluados según la prueba Chi Cuadrado " χ^2 ". Así mismo en la Figura 5, se observa que de un total de 81 pacientes deprimidos el mayor porcentaje es conformado por pacientes casados representando el 43.2% (35 pacientes de los cuales 26 presentaron depresión moderada y 9 presentaron depresión severa), seguido de pacientes viudos representando el 33.2% (27 pacientes de los cuales 21 presentaron depresión moderada y 6 presentaron depresión severa), pacientes convivientes representando el 18.5% (15 pacientes de los cuales 12 presentaron depresión moderada y 3 presentaron depresión severa) y finalmente pacientes solteros representando el 4.9% (4 pacientes de los cuales 2 presentaron depresión moderada y 2 presentaron depresión severa).

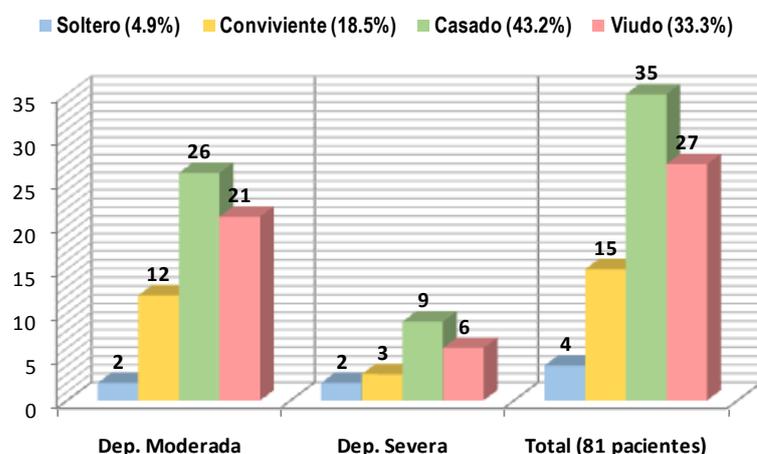


Figura 5. Nivel de depresión de pacientes geriátricos respecto a estado civil

Tabla 10: Nivel de depresión en pacientes geriátricos según ocupación hospitalizados en el Servicio de Medicina HRMNB

Ocupación	Sin depresión	Depresión moderada	Depresión severa	Total	Proporción
Su casa	8	37	13	58	56%
Agricultor	4	13	4	21	20%
Comerciante	6	3	0	9	9%
Otros	5	8	3	16	15%
Total	23	61	20	104	100%

Fuente: Datos de fichas socio demográficas y test Yesavage

En la Tabla 10, se aprecian los niveles de depresión de 104 pacientes geriátricos de 60 años a más, hospitalizados en el Servicio de Medicina A y B del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según su ocupación, durante los meses de marzo a mayo del año 2017, existiendo diferencia estadística significativa ($p \leq 0.05$), en los niveles de depresión influidos por la ocupación a la que se dedican los pacientes evaluados según la prueba Chi Cuadrado " χ^2 ". Así mismo en la Figura 6, se observa que de un total de 81 pacientes deprimidos el mayor porcentaje es conformado por pacientes dedicados a labores de su hogar representando el 61.7% (50 pacientes de los cuales 37 presentaron depresión moderada y 13 presentaron depresión severa), seguido de pacientes dedicados a labores agrícolas representando el 21.0% (17 pacientes de los cuales 13 presentaron depresión moderada y 4 presentaron depresión severa), pacientes dedicados a otras actividades representando el 12.3% (10 pacientes de los cuales 8 presentaron depresión moderada y 2 presentaron depresión severa) y finalmente pacientes dedicados a otras actividades representando el 4.9% (4 pacientes de los cuales 3 presentaron depresión moderada y 1 presentó depresión severa).

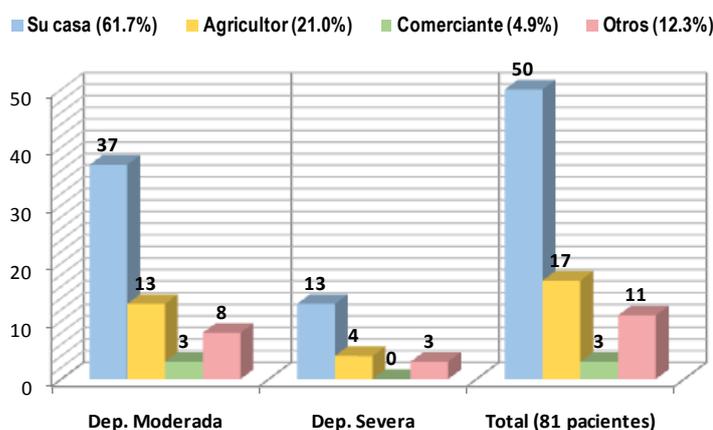


Figura 6. Nivel de depresión de pacientes geriátricos respecto a ocupación

Tabla 11: Nivel de depresión en pacientes geriátricos según procedencia hospitalizados en el Servicio de Medicina HRMNB

Procedencia	Sin depresión	Depresión moderada	Depresión severa	Total	Proporción
Rural	10	30	10	50	48.1%
Urbano	13	31	10	54	51.9%
Total	23	61	20	104	100.0%

Fuente: Datos de fichas socio demográficas y test Yesavage

En la Tabla 11, se aprecian los niveles de depresión de 104 pacientes geriátricos de 60 años a más, hospitalizados en el Servicio de Medicina A y B del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según diagnóstico clínico, durante los meses de marzo a mayo del año 2017, no existiendo diferencia estadística significativa ($p \leq 0.05$), en los niveles de depresión influidos debido a la procedencia de los pacientes evaluados, no obstante se apreció la existencia de diferencia numérica entre los estratos. Así mismo en la Figura 7, se observa que de un total de 81 pacientes deprimidos el mayor porcentaje provenían del sector urbano representando el 50.6% (41 pacientes de los cuales 31 presentaron depresión moderada y 10 presentaron depresión severa), frente a un menor porcentaje de pacientes provenientes del sector rural representando el 49.4% (40 pacientes varones de los cuales 30 presentaron depresión moderada y 10 presentaron depresión severa).

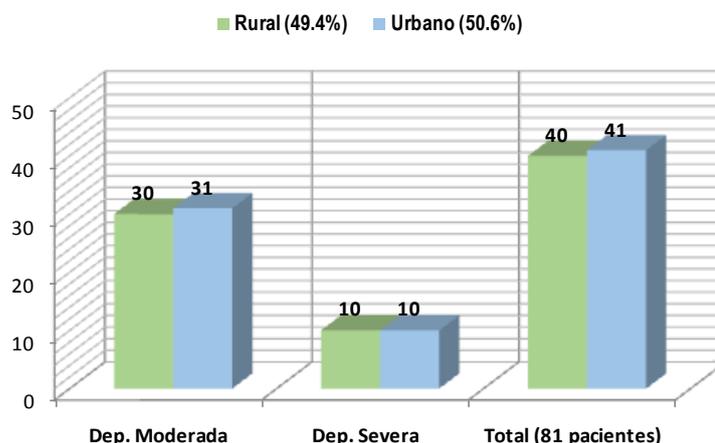


Figura 7. Nivel de depresión de pacientes geriátricos respecto a procedencia

Tabla 12: Nivel de depresión en pacientes geriátricos según diagnóstico clínico hospitalizados en el Servicio de Medicina HRMNB

Diagnóstico clínico	Sin depresión	Depresión moderada	Depresión severa	Total	Proporción
Respiratorias	8	20	2	30	28.8%
Cardiovasculares	1	8	1	10	9.6%
Gástricas	5	5	4	14	13.5%
Renales	5	16	4	25	24.0%
Neurológicas	1	2	1	4	3.8%
Colagenopatias	0	1	1	2	1.9%
Endocrinas	2	4	3	9	8.7%
Otros	1	5	4	10	9.6%
Total	23	61	20	104	100.0%

Fuente: Datos de fichas socio demográficas y test Yesavage

En la Tabla 12, se aprecian los niveles de depresión de 104 pacientes geriátricos de 60 años a más, hospitalizados en el Servicio de Medicina A y B del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según diagnóstico clínico, durante los meses de marzo a mayo del año 2017, no existiendo diferencia estadística significativa ($p \leq 0.05$), en los niveles de depresión influidos por el diagnóstico clínico de los pacientes evaluados, no obstante se apreció la existencia de diferencia numérica entre los estratos. Así mismo en la Figura 8, se observa que de un total de 81 pacientes deprimidos el mayor porcentaje es conformado por pacientes con patologías respiratorias 27.2% (22 pacientes de los cuales 20 presentaron depresión moderada y 2 presentaron depresión severa), seguido de pacientes con patologías renales 24.7% (20 pacientes de los cuales 16 presentaron depresión moderada y 4 presentaron depresión severa), pacientes con patologías cardiovasculares 11.1% (9 pacientes de los cuales 8 presentaron depresión moderada y 1 presentó depresión severa), pacientes con patologías gástricas 11.1% (9 pacientes de los cuales 5 presentaron depresión moderada y 4 presentaron depresión severa), pacientes con otras patologías 11.1% (9 pacientes de los cuales 5 presentaron depresión moderada y 4 presentaron depresión severa), pacientes con patologías endócrinas 8.6% (7 pacientes de los cuales 4 presentaron depresión moderada y 3 presentaron depresión severa), pacientes con patologías neurológicas no discapacitantes 3.7% (3 pacientes de los cuales 2 presentaron depresión moderada y 1 presentó depresión severa), y finalmente pacientes con colagenopatias 2.5% (2 pacientes de los cuales 1 presentó depresión moderada y 1 presentó depresión severa).

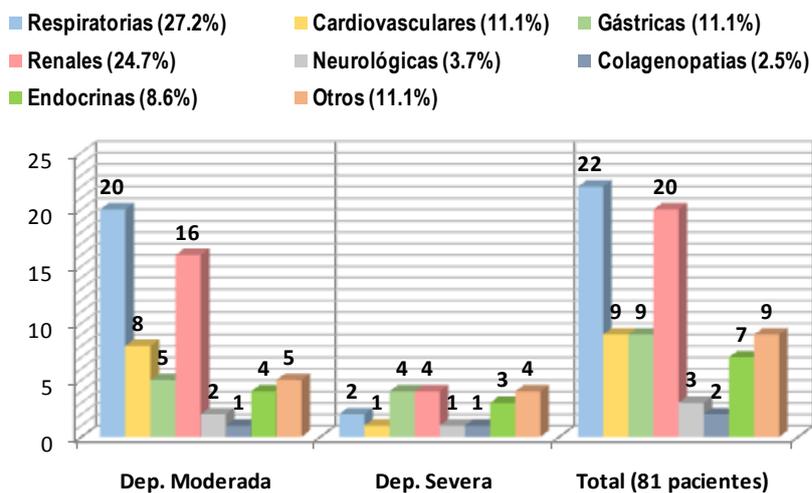


Figura 8. Nivel de depresión de pacientes geriátricos respecto a diagnóstico clínico

4.3. Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) a pacientes geriátricos deprimidos

La aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual, se realizó tomando en cuenta a 40 pacientes geriátricos deprimidos, lucidos, orientados en tiempo espacio y persona, internados en el Servicio de Medicina A y B del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, de ambos sexos y agrupados de manera aleatoria en 2 grupos, valorándose los niveles de depresión de los pacientes antes y después de la aplicación de la TCC, lo cual se aprecia con más detalle en la Tabla 13.

Tabla 13: Nivel de depresión de pacientes antes y después de la Terapia Cognitivo Conductual

Cód. de paciente	Grupo control		Cód. de paciente	Grupo experimental	
	Nivel de depresión hallado			Nivel de depresión hallado	
	1° día	7° día		1° día Preterapia	7° día Postterapia
C3V	12	13	E4V	9	5
C9V	9	9	E10V	7	4
C11V	13	12	E12V	8	5
C13V	9	9	E19V	9	10
C21V	7	7	E20V	9	7
C25V	8	10	E22V	8	8
C33V	9	10	E23V	13	9
C39V	8	7	E28V	9	8
C43V	9	10	E30V	9	6
C47V	6	6	E42V	13	10
C5M	10	11	E6M	9	5
C7M	12	13	E14M	14	9
C11M	9	10	E16M	8	7
C15M	9	8	E24M	6	3
C17M	9	9	E26M	10	6
C19M	8	11	E30M	8	5
C27M	8	9	E40M	7	3
C37M	10	9	E44M	13	9
C43M	12	12	E50M	9	9
C47M	13	12	E56M	8	4
Sum.	190	197	Sum.	186	132
Prom.	9.5	9.9	Prom.	9.3	6.6
Desvest.	1.960	1.981	Desvest.	2.227	2.303

Fuente: Resultados del test de Yesavage antes y después de la TCC

En la Tabla 13, se aprecian los niveles de depresión de los pacientes (grupo experimental y grupo control), antes y después de la aplicación de la TCC, valorados con el test de Yesavage.

Tabla 14: Análisis estadístico de la comparación de la depresión en el primer día entre el grupo control y el grupo experimental (prueba t para muestras independientes)

Comparación de grupos (1° día)	N	Media	Desvest.	Tc	Pv
Grupo control	20	9.50	1.960	0.302	0.765 ns
Grupo experimental	20	9.30	2.227		

Fuente: Análisis estadístico de datos de Tabla 12

En la Tabla 14, se muestra el análisis estadístico de la depresión en el primer día entre el grupo control y el grupo experimental de pacientes, antes de la aplicación de la TCC, apreciándose que el grupo control registró una media de 9.5 y el grupo experimental una media de 9.3 no existiendo diferencia estadística significativa ($p \leq 0.05$), entre ambos grupos según la prueba de distribución t, lo cual demuestra que dichos grupos comenzaron el experimento con un grado de depresión estadísticamente igual.

Tabla 15: Análisis estadístico de la comparación de la depresión del grupo control (prueba t para muestras relacionadas)

Comparación de grupo control	N	Media	Desvest.	Tc	Pv
Primer día	20	9.50	1.960	1.487	0.167 ns
Séptimo día	20	9.85	1.981		

Fuente: Análisis estadístico de datos de Tabla 12

En la Tabla 15, se muestra el análisis estadístico de la comparación de la depresión del grupo control de pacientes al iniciar y al finalizar el experimento, encontrándose al inicio una media de 9.50 y al final una media de 9.85, no existiendo diferencia estadística significativa ($p \leq 0.05$), en el nivel de depresión del grupo control en ambos momentos según la prueba de distribución t, lo cual demuestra que no existió mejoría en el cuadro depresivo de los pacientes de dicho grupo dado que no se les aplicó la Terapia Cognitivo Conductual.

Tabla 16: Análisis estadístico de la comparación de la depresión del grupo experimental (prueba t para muestras relacionadas)

Comparación de grupo experimental	N	Media	Desvest.	Tc	Pv
Primer día	20	9.30	2.227	7.285	6.54208 ⁻⁷ *
Séptimo día	20	6.60	2.303		

Fuente: Análisis estadístico de datos de Tabla 12

En la Tabla 16, se muestra el análisis estadístico de la comparación de la depresión del grupo experimental de pacientes antes y después de la aplicación de la TCC, encontrándose antes de la aplicación de la terapia una media de 9.3 y después de la aplicación de la terapia una media de 6.6, existiendo diferencia estadística significativa ($p \leq 0.05$), en el nivel de depresión del grupo experimental en cada momento según la prueba de distribución t, lo cual demuestra que la aplicación de la TCC en este grupo influyo en la mejoría del cuadro depresivo de los pacientes de dicho grupo.

Tabla 17: Análisis estadístico de la comparación de la depresión en el séptimo día entre el grupo control y el grupo experimental (prueba t para muestras independientes)

Comparación de grupos (7° día)	N	Media	Desvest.	Tc	Pv
Grupo control	20	9.85	1.981	4.784	0.00025*
Grupo experimental	20	6.60	2.303		

Fuente: Análisis estadístico de datos de Tabla 12

En la Tabla 17, se muestra el análisis estadístico de la comparación de la depresión del grupo control respecto al grupo experimental de pacientes después de la aplicación de la TCC, apreciándose que el grupo control registró una media de 9.85 y el grupo experimental una media de 6.6, existiendo diferencia estadística significativa ($p \leq 0.05$), entre ambos grupos según la prueba de distribución t, lo cual demuestra que el grupo experimental al que se le aplico la TCC mejoró el cuadro depresivo con respecto al grupo control al cual no se le aplicó la TCC y por lo tanto no mostro mejorías en el cuadro depresivo.

4.4. Discusión

Durante los meses de marzo a mayo del año 2017, se registró el ingreso de 331 pacientes al Servicio de Medicina A y B del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, de los cuales 104 fueron pacientes geriátricos aptos para la presente investigación, observándose que la mayor parte de ellos son mujeres (54.6%), de edades entre 60-69 años (34.6%) y 70-79 años (34.6%), donde predomina el analfabetismo (52.9%), siendo en su mayoría casados (40.4%), mayormente dedicados a quehaceres del hogar (55.8%), aquejando principalmente patologías respiratorias (28.8%) y que provienen en la mayoría de casos del sector urbano (51.9%).

De la valoración se halló a 81 pacientes deprimidos (77.9%), valores que demuestran una alta prevalencia de la depresión en los pacientes geriátricos hospitalizados, en el Servicio de Medicina A y B del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, al respecto los valores encontrados difieren de los hallados en el estudio realizado sobre prevalencia y factores relacionados a depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, en el que se encontraron valores de depresión de 61.5%, en adultos mayores de 60 años⁹. Los resultados encontrados también difieren de los valores hallados en dos estudios realizados en México; Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado, en el que se encontró 50% de depresión en adultos mayores de 65 años¹⁰, y Depresión en adultos mayores hospitalizados, una propuesta integral de intervención, en la que se encontraron niveles de depresión de 57.5% en pacientes de 60 a más años¹¹. La variación de la depresión encontrada en la presente investigación, podría ser atribuible a las diferencias socioeconómicas existentes en nuestra región.

Respecto al sexo, en la presente investigación se observó que las mujeres presentaron mayor depresión que los varones (58.0%). Al respecto los resultados concuerdan proporcionalmente con diversos trabajos de investigación, entre ellos la evaluación realizada sobre el grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña Alta” – La Molina, Lima – Perú, en la que de un total de 60 pacientes deprimidos 53.3% fueron mujeres y 46.6% fueron varones, notándose numéricamente mayor depresión de las mujeres respecto de los varones¹⁹. Así mismo en un estudio sobre prevalencia de depresión y factores asociados en ancianos residentes en la ciudad

de Puno, se halló que de 255 pacientes deprimidos el 60.8% fueron mujeres y el 39.2% fueron varones⁷. La diferencia existente en la depresión respecto al sexo es probable que esté relacionada al factor endocrino, ya que tras la menopausia se produce una disminución brusca de estrógenos provocando mayor labilidad y sensibilidad emocional, a diferencia de los varones, en los cuales se da la andropenia en el que la disminución hormonal es gradual¹⁶. Además de ello la mayor depresión de las mujeres combina diversos factores como los biológicos, genéticos, características sociodemográficas, psicosociales y de comportamiento familiar^{20,21,22}.

Respecto a la edad, en la presente investigación se observó que los pacientes que se encuentran entre las edades de 60-69 años, presentaron mayor depresión. Al respecto los resultados concuerdan cualitativamente con diversos trabajos de investigación, entre ellos el estudio realizado sobre prevalencia y factores relacionados a depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital regional Honorio Delgado Espinoza enero- febrero 2015, en el que se reporta que los pacientes con mayor depresión se encontraron entre las edades de 60-75 años (43 pacientes), respecto de pacientes mayores de 75 años (16 pacientes)⁹. Así también en la evaluación del nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T en Lima, se encontró de manera general que la mayor cantidad de adultos deprimidos se hallan entre las edades de 60-69 años (28 adultos mayores), seguido de los adultos que poseen edades ente 70-79 años (20 adultos mayores) y finalmente los pacientes que poseen 80 a más años (8 adultos mayores)²³. Así mismo durante la evaluación de prevalencia de depresión y factores asociados en ancianos residentes en la ciudad de Puno se encontró que el grupo etario en el que se manifiesta mayor depresión se encuentra entre 60-69 años, (55.9%), respecto del grupo de 70-79 años (30.4%) y el grupo de ancianos de 80 a más años (13.7%)⁷. La diferencia existente en la depresión respecto a la edad de los pacientes geriátricos es probable que tenga su origen en los síntomas menos evidentes que demuestran los adultos de mayor edad, quienes están menos propensos a sufrir o reconocer sentimientos de pena o tristeza³.

Respecto al grado de instrucción, los resultados concuerdan con los hallados en el estudio sobre la Efectividad de la técnica de liberación emocional en la depresión del adulto mayor, establecimiento de salud I-3 Chejoña - Puno, en el que se determinó en cuanto al grado de instrucción que el 59% de los paciente deprimidos fueron

analfabetos, el 25.6% recibieron educación primaria y el 15.4% recibieron educación secundaria²⁴. Así también en el estudio sobre prevalencia y factores relacionados a depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa se halló que el 26.0% de los pacientes que presentan un nivel de depresión moderado son analfabetos frente al 2.1% de ellos que presentan el mismo nivel de depresión y tienen un grado de instrucción superior⁹. Así mismos en la evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña alta” – La Molina. Lima – Perú, se concluye que en el caso del analfabetismo y la educación primaria completa e incompleta, la mayor cantidad de personas manifiesta algún tipo de depresión, desconociendo estas la terminología médica básica que se emplea durante la estancia hospitalaria¹⁹. La diferencia existente en la depresión respecto al grado de instrucción de los pacientes geriátricos posiblemente tenga relación con la mayor vulnerabilidad socioeconómica, con bajos niveles de integración social, además de las serias limitaciones para la comprensión de mensajes y de conocimientos importantes para el auto cuidado de la salud²⁵.

Respecto al estado civil, se evidenció que esta variable influye significativamente en la depresión de los pacientes, al respecto en la evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña alta” – La Molina. Lima – Perú, se encontró que de un total de 31 adultos mayores deprimidos, 22 fueron casados, 7 fueron viudos y 2 fueron solteros²⁵. Así mismo en la investigación sobre la efectividad de la técnica de liberación emocional en la depresión del adulto mayor, establecimiento de salud I-3 Chejoña -Puno – 2014, se halló que la mayor proporción de adultos mayores deprimidos fueron viudos (48.7%), y casados (41.0%), mientras que convivientes (7.7%) y los solteros (2.6%) fueron los menos²⁴. Finalmente en el estudio sobre prevalencia y factores relacionados a depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital regional Honorio Delgado Espinoza se halló que 34.4% de los pacientes que presentaron depresión son casados, seguido de un 11.4% de pacientes con depresión que son solteros y 8.35% de los pacientes con depresión son viudos no presentando relación estadística significativa⁹. La diferencia existente en la depresión respecto al estado civil de los pacientes, especialmente en el grupo de los casados(as) y viudos es probable que tenga relación con la reversión del rol protagónico dentro de la familia y el sometimiento a la dependencia de otros miembros de la familia, lo cual no ocurre en el caso de los solteros.

Respecto a la ocupación, en la presente investigación se evidenció que esta variable influyó significativamente en la depresión de los pacientes, observándose que los resultados concuerdan cualitativamente con diversos trabajos de investigación, entre los que se encuentra, prevalencia de depresión y factores asociados en ancianos residentes en la ciudad de Puno, en la que se halló que de 255 adultos mayores deprimidos 103 de ellos se dedicaban a su casa, 53 se dedicaban al comercio, 38 se dedicaban a actividades diversas, 27 eran cesantes, 17 eran agricultores y 17 eran empleados públicos⁷. Así también en el estudio sobre la efectividad de la técnica de liberación emocional en la depresión del adulto mayor, establecimiento de salud I-3 Chejoña - Puno, se halló que el 51.3% de los adultos mayores se dedica a su casa, 20.5% son agricultores, 15.4% son trabajadores ambulantes, 7.7% se dedican a la construcción y 5.1% se dedican a otras actividades²⁴. Los resultados hallados probablemente estén relacionados al relego laboral que experimentan los adultos mayores, a la subvaloración de las actividades que ejecutan y al impedimento por el desarrollo de actividades que generen el auto sostenimiento, entre las más importantes.

Respecto a la influencia del diagnóstico clínico sobre la depresión, se evidenció que solo existió diferencia numérica especialmente en el efecto que causan las patologías respiratorias sobre el 27.2% de los pacientes, seguida de las demás patologías como las renales, gástricas, endocrinas, neurológicas, colagenopatías y otras, lo cual indica que las patologías mencionadas afectan de manera similar a los pacientes geriátricos hospitalizados en el Servicio de Medicina A y B del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, siendo estos valores distintos a los hallados en el estudio sobre depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III de ESSALUD – Juliaca, en el que se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto de la influencia de la patología sobre la depresión de pacientes en general¹³. Así mismo respecto a la influencia de la variable procedencia sobre la depresión de los pacientes, se evidenció que solo existió diferencia numérica siendo 41 pacientes provenientes del sector urbano y 40 pacientes provenientes del sector rural, (con permanencia mínima de 3 meses a la fecha de hospitalización) no existiendo diferencia significativa respecto a esta variable.

Respecto a la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), al inicio del experimento (1° día), se halló que no existe diferencia estadística significativa ($p \leq$

0.05), en el nivel de depresión de de los grupos, según la prueba estadística t, evidenciándose que el grupo control (depresión promedio 9.5), y el grupo experimental (depresión promedio 9.3), comenzaron el experimento con un nivel de depresión estadísticamente homogéneo, lo cual permitió posteriormente establecer la existencia de cambios en el nivel de depresión de los grupos tras la aplicación de la TCC.

Con respecto a la depresión del grupo control al momento de inicio del experimento (1° día), comparado con el momento de su finalización (7° día), se halló que no existió diferencia estadística significativa ($p \leq 0.05$), en el nivel de depresión del grupo, según la prueba estadística t, observándose que el grupo en un primer momento presentó niveles de depresión promedio de 9.5 y al término del experimento niveles de depresión promedio de 9.85, existiendo un incremento numérico de la depresión, de lo cual se infiere que en este grupo al no recibir la TCC, la depresión se agudizó.

Con respecto a la depresión del grupo experimental, al momento de inicio de la terapia (1° día), comparado con el momento de su finalización (7° día), se halló la existencia de diferencia estadística significativa ($p \leq 0.05$), en el nivel de depresión en ambos momentos, según la prueba estadística t, observándose que el grupo antes de la aplicación de la terapia presentaba niveles de depresión promedio de 9.3 y al término de la aplicación de la terapia, niveles de depresión promedio de 6.6, observándose la disminución de los niveles de depresión, de lo cual se infiere que en este grupo al recibir la TCC, disminuyen los niveles de depresión.

Con respecto a la depresión de los grupos control y experimental al finalizar el experimento (7° día), se halló la existencia de diferencia estadística significativa ($p \leq 0.05$), en el nivel de depresión de los grupos, según la prueba estadística t, observándose que el grupo experimental, que recibió la TCC, tuvo niveles de depresión promedio de 6.6 mientras que el grupo control que no recibió la TCC tuvo niveles de depresión promedio de 9.85, observándose que si bien los grupos control y experimental comenzaron el experimento en condiciones iguales estadísticamente, al finalizar en el grupo control no disminuyó la depresión, siendo contrario a lo ocurrido en el grupo experimental en el que si disminuyó la depresión, de lo cual se infiere que la aplicación de la TCC, influye sobre la disminución de la depresión en adultos mayores hospitalizados.

Al respecto la TCC es una de las terapias que tiene efectos significativos en las tasas de remisión y de reducción de los síntomas de depresión en pacientes de la tercera edad, siendo esta terapia la más extensamente estudiada en el tratamiento de la depresión de pacientes mayores³³. Así mismo a nivel internacional, diversas investigaciones señalan claramente la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductual en el área de ansiedad y depresión en adultos mayores³⁴.

Así mismo en una intervención con TCC en adultos mayores con depresión, se obtuvo que de 10 adultos mayores que poseían depresión establecida, 9 disminuyeron sus niveles a depresión leve (75 %) y 1 mantuvo depresión establecida (8,3%); los 2 que poseían depresión leve no reflejaron depresión (16,7%), por lo tanto se afirma que la aplicación de la TCC mejoró el estado emocional de los adultos mayores que intervinieron en la investigación³⁸.

En la intervención a un grupo de adultos mayores previamente identificados como deprimidos, se logró demostrar que con la aplicación del programa de intervención basado en la TCC fue posible eliminar la depresión en el 80,95% de los casos, demostrándose además que disminuyeron los casos con ideas suicidas y mejoraron las relaciones familiares¹².

Así también en la investigación sobre el efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores, donde la muestra estuvo conformada por 38 adultos mayores pertenecientes a un centro de salud familiar de la ciudad de Santiago de Chile, se halló que existió diferencia estadísticamente significativa entre los grupos experimental (19 pacientes) y control (19 pacientes) respecto a la variable depresión³⁶.

En la evaluación de la terapia cognitivo conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas, los resultados demostraron resultados positivos de TCC para reducir la depresión en ancianos deprimidos institucionalizados sin deterioro cognitivo, presentándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos tratamiento y control al comparar sus medidas en el pretest y el posttest, así como la existencia de cambios significativos del tiempo 1 al tiempo 2 dentro de cada grupo³⁷.

Así también en el estudio de intervención en las Casas de Abuelos del municipio de Holguín, durante los meses enero-abril de 2010, con el objetivo de elevar la autoestima en los adultos mayores en Cuba, se aplicó la TCC para elevar la autoestima de los adultos mayores, concluyéndose que los adultos mayores que asistieron a las Casas de Abuelos como resultado de la aplicación de la terapia en su mayoría no presentaron deterioro cognitivo, ni manifestaron alteración psicoafectiva, constatándose que después de desarrollados los talleres se elevó su autoestima⁴⁰.

Finalmente la TCC ha demostrado en numerosos estudios, con un grado máximo de evidencia su eficacia, debiendo considerarse su empleo dentro de la Medicina alternativa, al ser un tratamiento no agresivo, concientizando al paciente en su capacidad para mejorar los estados depresivos y ser una terapia sencilla y breve respecto a otras⁴.

CONCLUSIONES

- Los pacientes geriátricos hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de Puno en su mayoría son mujeres, existiendo similitud en la cantidad de pacientes respecto a las edades 60-69 años y 70-79 años, siendo en su mayoría analfabetos, casados, dedicados a labores del hogar, afectados en su mayoría por patologías respiratorias y provenientes principalmente del sector urbano.
- Los pacientes geriátricos hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de Puno, que presentan depresión por patologías no psiquiátricas fueron el 77.9%, (81 pacientes) de los cuales 61 presentaron depresión moderada y 20 presentaron depresión severa según la escala de depresión geriátrica de Yesavage.
- La respuesta de los pacientes al finalizar la Terapia Cognitivo Conductual fue favorable, disminuyendo significativamente los niveles de depresión de 9.3 a 6.6 según escala de depresión geriátrica de Yesavage, en el grupo de pacientes que recibió dicha terapia.

RECOMENDACIONES

- Realizar un diagnóstico temprano utilizando instrumentos validados de aplicación rápida durante la elaboración de la historia clínica en el primer contacto con el paciente para así poder detectar tempranamente posibles casos de depresión y ser evaluados por especialistas.
- Realizar el seguimiento continuo de los casos y posibles nuevos casos de depresión durante la estancia hospitalaria para brindar una atención integral y así reducir los días de hospitalización.
- Aplicar la Terapia Cognitivo Conductual a los pacientes geriátricos hospitalizados, por ser un tratamiento no agresivo, sencillo y breve respecto a otras, ya que se ha visto buenos resultados, posteriormente hacer control y seguimiento de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de Salud. Depresión, envejecimiento y ciclo de vida. [Consulta 02/08/2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
2. De la Torre J., Shimabukuro R., Varela L., et al. Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica Yesavage, en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Perú. 2006; 23(3): 144-147.
3. Gutiérrez L. y Gutiérrez J. Envejecimiento humano, una visión transdisciplinaria. México. Secretaria de Salud, Instituto de Geriatria de México. 2010.
4. Gálvez J. Revisión de evidencias científicas de la terapia cognitivo-conductual. *Rev Medicina alternativa*, 2009; Vol. 3 - N.º 1: 10-16. [Consulta 18/07/2017]. Disponible en: <https://scholar.google.com.pe/scholar>
5. Timms P. La Terapia Cognitivo Conductual. España. Producido por el Consejo Editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists. Edit. Board; 2011.
6. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor, recomendaciones médicas. Módulos de valoración clínica. 2014.
7. Meléndez J. Prevalencia de depresión y factores asociados en ancianos residentes en la ciudad de Puno – Julio 2000. Tesis. Puno, Perú. Universidad Nacional del Altiplano Puno, Escuela Profesional de Medicina Humana. 2000.152p.
8. Douglas N. Depresión en el Adulto Mayor Instituto de Geriatria, México. 2005. [Consulta 17/09/2017]. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>

9. García C. Prevalencia y factores relacionados a depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital regional Honorio Delgado Espinoza enero- febrero 2015. Tesis. Arequipa, Perú. Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Medicina. 2015.
10. Martínez J., Mendoza V., Martínez C., Molina E. y Velasco V. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. México. Revista Medica Instituto Mexicano del Seguro Social 2007; 45 (1): 21-28.
11. Hernández Z., Vásquez J. y Ramo A. Depresión en adultos mayores hospitalizados. una propuesta integral de intervención. México. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. Vol.3 No.1* septiembre-diciembre 2012.
12. MINSA, Módulo de Atención Integral en Salud Mental / La depresión. Lima, Perú. Coordinación Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz. 2016.
[Consulta 23/07/2017]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgps>
13. Suaña R. Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III de ESSALUD – Juliaca, 2007. Puno, Perú. Tesis. Universidad Nacional del Altiplano Puno, Escuela Profesional de Medicina Humana. 2008. 89p.
14. Tsuang, M. The genetics of mood disorders. Baltimore (MD): Johns Hopkins University Press. 1990
15. Tsuang, M., Bar J., Stone W. y Faraone S. Gene environment interactions in mental disorders. *World Psychiatry*, 2004. 3 (2), pp. 73-83.
16. Beers M., y Berkow R., Merck Manual of Geriatrics, 3a. ed., Whitehouse Station (NJ): Merck Research Laboratories. 2000.
17. Norman A. Marc E. Tratado de Geriatria. Cornell University Medical College. Versión Española por la doctora Laura Zamora. Tallo.Editorial pediátrica. Barcelona, España. 1991.
18. Van Dyck R. y Cols M. Focus on Depression and Anxiety, Free University/Psychiatric Centre Amsterdam South New West. Amsterdam the Netherlands. *Volumen 5. Numero 1, 2, 3, 4*. Edición Española. 1995.
19. Juárez J., Leon A. y Alata V. Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña alta” – La Molina. Lima, Perú. *Rev Horizonte Médico Volumen 12(2), Abril – Junio*. 2012.
20. Kessler R. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord*. 2003;74:5-13.
21. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry*. 2000;177:486–92.

22. Nolen-Hoeksema S., Larson J. & Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms. *J Pers Soc. Psychol.* 1999;77:1061–72.
23. Licas T. Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014. Lima – Perú. Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015. 76p.
24. Pari L. y Alejo E. Efectividad de la técnica de liberación emocional en la depresión del adulto mayor, establecimiento de salud i-3 Chejoña, Puno-2014. Puno,Perú. Tesis. Universidad Nacional del Altiplano Puno. 2014. 120p.
25. CEPAL. [Impacto social y económico del analfabetismo: modelo de análisis y estudio piloto. Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Naciones Unidas. 2009. 82p.
26. Molina I. Depresión en el adulto mayor en miembros del centro de atención médica integral para pensionados (CAPIM) 2005. Guatemala. Tesis de grado, Universidad Francisco Marroquín Guatemala. 2006.
[Consulta 11/06/2017]. Disponible en:
<http://biblioteca.ufm.edu/library/index.php>
27. Djernes J. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 113 (5): 372-87.
28. Bacca A, González A, Uribe A. Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico.* 2005; 1 (4): 53-63.
29. Pomeroy I., Clark C. & Philp I. Short scales were as effective as long scales in screening for depression in older patients. *ACP Journal Club.* 2001; 135: 111.
30. Pomeroy I. Clark C. & Philp I. The effectiveness of very short scales for depression screening in elderly medical patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16:321-326.
31. Aguado C., Martínez J. & Onís C. Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la “Geriatric Depression Scale” (GDS) de Yesavage. *Aten Prim* 2008; 26: 328.
32. Becoña E. y Oblitas L. Terapia Cognitivo Conductual, Antecedentes y técnicas. España. Universidad Santiago de Compostela. 2005.
33. Arean, P. Psychosocial Treatments for Depression in the Elderly. *Primary Psychiatry.* 2004. May, 48-53.
34. Echeburúa E. & Corral P. Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2001. 1,181-204.

35. Nuevo, R. & Montorio, I. Eficacia de un programa cognitivo conductual para la preocupación excesiva en personas mayores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2005. 5,215-226.
36. Contreras D., Moreno M. & Martínez N. Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. Bogotá, Colombia. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 38, núm. 1, 2006, pp. 45-58.
[Consulta 17/09/2017]. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/html/805/80538103/>
37. Sales A., Pardo A., Mayordomo T. & Meléndez J. Efectos de la terapia cognitivo conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. Madrid, España. Universidad Autónoma de Madrid. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 165-172, 2015.
[Consulta 21/10/2017]. Disponible en:
<http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/15170>
38. Sims M., Ramírez D., Pérez K. y Gómez K. Intervención psicológica en adultos mayores con depresión. Cuba. Centro de Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en Salud. *Rev. Humanidades Médicas* 2017; 17(2): 306-322.
[Consulta 21/10/2017]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S17278
39. López I. y Rodríguez H. Propuesta de intervención para ancianos deprimidos. *Rev Cubana Med Gen Integr v.15 n.1* Ciudad de La Habana ene.-feb. 1999.
[Consulta 12/11/2017]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
40. Roig C., Vega V., Ávila E., Ávila B. y Gil Y. Aplicación de terapia cognitivo conductual para elevar la autoestima del adulto mayor en Casas de abuelos. Cuba. *Correo Científico Médico de Holguín* ISSN 1560-4381 CCM 2011; 15(2)
[Consulta 02/07/2017]. Disponible en: www.cocmed.sld.cu/no152/pdf/no152ori01.

ANEXOS

ANEXO 1: Modelo de Ficha Socioedemográfica y diagnóstico clínico para pacientes geriátricos hospitalizados en el Servicio de Medicina A y B del Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno (marzo – mayo 2017).

FECHA DE INGRESO	N° CAMA
HORA	
FECHA DE ALTA	
HISTORIA CLINICA	
NOMBRE Y APELLIDO	
SEXO	M () F ()
EDAD	
LUGAR DE PROCEDENCIA	RURAL () URBANO ()
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA () SECUNDARIA () SUPERIOR () ANALFABETO ()
ESTADO CIVIL	CASAD@ () CONVIVIENTE () VIUD@ () SOLTER@ ()
OCUPACIÓN	DEPENDIENTE () INDEPENDIENTE ()
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:	

ANEXO 2: Escala de depresión geriátrica de Yesavage, (cuestionario corto) utilizada en pacientes geriátricos hospitalizados en el Servicio de Medicina A y B del Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno (marzo – mayo 2017).

Instrucciones: responda a cada una de las siguientes preguntas según como se siente usted

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? **SI / NO**
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? **SI / NO**
3. ¿Siente usted que su vida está vacía? **SI / NO** (aburrido/a)
4. ¿Se aburre usted a menudo? **SI / NO**
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? **SI / NO**
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? **SI / NO**
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas? **SI / NO**
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente? **SI / NO**
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? **SI / NO**
12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil? **SI / NO**
13. ¿Se siente usted con mucha energía? **SI / NO**
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable? **SI / NO**
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted? **SI / NO**

-
- ❖ Las respuestas en negrita indican depresión. Asigne 1 punto por cada respuesta en negrita.
 - ❖ Un puntaje > 5 puntos indica depresión.
 - ❖ Un puntaje \geq 10 puntos es casi siempre un indicador de depresión severa

Fuente: <http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>

ANEXO 3: Plan de Terapia Cognitivo Conductual aplicada a pacientes geriátricos hospitalizados.

La Terapia Cognitivo Conductual está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos. Para trabajar con los sentimientos de la depresión, este modelo plantea la importancia de identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen en el estado de ánimo para aprender a tener un mayor control sobre ellos.

1. Objetivo general

- Disminuir los sentimientos de depresión.
- Acortar el tiempo de depresión
- Aprender nuevas formas de prevenir la depresión y tener mayor control.

2. Sesiones de intervención.

Sesión 1.

a) Introducción

Primero se determina como influyen los pensamientos, en el estado de ánimo, dando la oportunidad al paciente geriátrico a expresar sentimientos que le producen la enfermedad y la hospitalización.

b) Propósitos

- Elevar los sentimientos de valía personal.
- Aprender cómo tus pensamientos afectan cómo te sientes.

c) Duración

- 15 minutos

d) Desarrollo

- Con la ayuda de imágenes en cartulina se muestra al paciente como los pensamientos afectan los sentimientos, por ejemplo:
 - Los pensamientos pueden tener un efecto sobre tu cuerpo.
 - Los pensamientos pueden tener un efecto sobre tus acciones (lo que haces).
 - Los pensamientos pueden tener un efecto sobre tu estado de ánimo (cómo te sientes).

Sesión 2.

a) Introducción

"El amor a la vida La vida", sesión que está encaminada a trabajar con aquellas actividades diarias que afectan el estado de ánimo.

b) Propósito

- Tiene como objetivo elevar el nivel de autoestima del paciente geriátrico.

c) Duración

- 15 minutos.

g) Desarrollo

- En esta actividad al paciente se le muestra un video motivacional, con el fin de mejorar la AUTOESTIMA PERSONAL, cuya duración no exceda los 7 minutos.
- Luego se le pide al paciente que exprese los sentimientos que le produjo ver dicho video.
- Posteriormente se motiva al paciente diciéndole que a pesar de toda dificultad la vida siempre nos da oportunidad para sentirnos mejor.

Sesión 3.**a) Introducción**

"Cómo, con mi edad soy útil a mi familia y a la sociedad", sesión que se relaciona con el modo en que las interacciones con otras personas afectan el estado de ánimo.

b) Propósito

- Desarrollar actitudes positivas en relación con el proceso de envejecimiento.

c) Duración

- 15 minutos

d) Desarrollo

- En esta actividad al paciente se le muestra un video motivacional, con el fin de alejar pensamientos NEGATIVOS que hacen sentir mal al paciente, por ejemplo: "Siempre me voy a sentir mal" o "mi enfermedad hace que yo no sirva para nada", haciendo que pensamientos POSITIVOS lo hagan sentir mejor, por ejemplo: "estoy mejorando" o "soy capaz de hacer cosas para sentirme mejor". La duración del video no excederá los 7 minutos.

Sesión 4.**a) Introducción**

Encaminada a determinar el nivel de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia y el entorno social.

b) Propósito

- Determinar si la familia y el entorno social ayuda en la mejoría del paciente

c) Duración

- 15 minutos

d) Desarrollo

- Con la ayuda de cartillas con imágenes impresas se le muestra al paciente situaciones cotidianas donde se distingue claramente a personas solas, personas en interacción familiar y personas en interacción amical, pidiéndole indicar que situaciones lo haría sentir mejor.

Sesión 5.**a) Introducción**

Dedicada a actividades recreativas e interacción conductual.

b) Propósito

- Hacer que el paciente se interese en participar de actividades recreativas, con el fin de estimular memoria, habla y atención.

c) Duración

- 20 min

d) Desarrollo

- Primero se juega **VASOS VELOCES** donde se utiliza 3 vasos de color y dos figuras se coloca los vasos boca abajo y en uno de ellos se pone una figura posteriormente se mezcla los vasos y se le pregunta al paciente donde está la figura para aumentar la dificultad se puede usar dos figuras, estimulando la atención.
- Segundo se juega **IDENTIFICACIÓN DE COLORES**, se coloca esferas de cuatro colores y se le pide al paciente que identifique los colores posteriormente se saca uno y se le dice que diga cual falta, estimulando la memoria.
- Tercero se hacen **TARJETAS CON REFRANES** los cuales se cortan a la mitad, se mezclan y se dice al paciente que junte los refranes de manera correcta, se estimula el habla y la memoria. En los pacientes analfabetos se realiza la misma dinámica pero con figuras que se deben relacionar.
- Por la participación en los juegos se otorga un estímulo.

❖ Adaptado a partir de la propuesta de intervención para ancianos deprimidos de López I, Rodríguez H

ANEXO 4: Validación estadística de las variables propuestas en la investigación

4.1) Prueba estadística Chi Cuadrado (X^2), para establecer la existencia de diferencia estadística significativa en la relación de las características de los pacientes geriátricos, con el nivel de depresión.

- **Relación de la depresión respecto al sexo**

X^2 - Calc.	GL - 0.05	X^2 - Tab.	Sign.
6.708180	2	5.9915	*

Existe relación estadística significativa ($p \leq 0.05$), entre la depresión y el sexo de los pacientes geriátricos deprimidos. Rechazamos la H_0 , aceptamos la H_a .

- **Relación de la depresión respecto a edad**

X^2 - Calc.	GL - 0.05	X^2 - Tab.	Sign.
11.560	4	9.4877	*

Existe relación estadística significativa ($p \leq 0.05$), entre la depresión y la edad de los pacientes geriátricos deprimidos. Rechazamos la H_0 , aceptamos la H_a .

- **Relación de la depresión respecto al grado de instrucción**

X^2 - Calc.	GL - 0.05	X^2 - Tab.	Sign.
13.496	6	12.9916	*

Existe relación estadística significativa ($p \leq 0.05$), entre la depresión y el grado de instrucción de los pacientes geriátricos deprimidos. Rechazamos la H_0 , aceptamos la H_a .

- **Relación de la depresión respecto al estado civil**

X^2 - Calc.	GL - 0.05	X^2 - Tab.	Sign.
32.4	6	12.9916	*

Existe relación estadística significativa ($p \leq 0.05$), entre el estado civil y la edad de los pacientes geriátricos deprimidos. Rechazamos la H_0 , aceptamos la H_a .

- **Relación de la depresión respecto a la ocupación**

X^2 - Calc.	GL - 0.05	X^2 - Tab.	Sign.
14.113	6	12.9916	*

Existe relación estadística significativa ($p \leq 0.05$), entre la depresión y la ocupación de los pacientes geriátricos deprimidos. Rechazamos la H_0 , aceptamos la H_a .

- **Relación de la depresión respecto al diagnóstico clínico**

X^2 - Calc.	GL - 0.05	X^2 - Tab.	Sign.
14.2	14	23.6848	ns

No existe relación estadística significativa ($p \leq 0.05$), entre la depresión y el diagnóstico de los pacientes geriátricos deprimidos. Aceptamos la H_0 , rechazamos la H_a .

• **Relación de la depresión respecto a la procedencia**

χ^2 - Calc.	GL - 0.05	χ^2 - Tab.	Sign.
0.254228	2	3.8415	ns

No existe relación estadística significativa ($p \leq 0.05$), entre la depresión y la procedencia de los pacientes geriátricos deprimidos. Aceptamos la H_0 , rechazamos la H_a .

4.2) Soporte estadístico de la prueba T para muestras independientes/asociadas, con pruebas no paramétricas de Mann-Whitney y Wilcoxon.

a) Prueba paramétrica T para muestras independientes/asociadas:

Pre-terapia en grupos

Grupo evaluado		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	Prueba T para la igualdad de medias Sig. (bilateral)
Depresión pretest	Control	20	9.50	1.960	.438	
	Experimental	20	9.30	2.227	.498	.765

H_0 : Los grupos son homogéneos respecto a la depresión en el 1º día

H_a : Los grupos son heterogéneos respecto a la depresión en el 1º día

* P_v de $T = 0.765 > 0.05 \rightarrow$ "ns", por lo tanto se acepta la H_0

Post-terapia en grupos

Grupo evaluado		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	Prueba T para la igualdad de medias Sig. (bilateral)
Depresión pretest	Control	20	9.85	1.981	.443	
	Experimental	20	6.60	2.303	.515	.000

H_0 : Los grupos son homogéneos respecto a la depresión en el 7º día

H_a : Los grupos son heterogéneos respecto a la depresión en el 7º día

P_v de $T = 0.000 < 0.05 \rightarrow$ "*", por lo tanto se acepta la H_a

Depresión en grupo control

Grupo evaluado		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media	Diferencias relacionadas Sig. (bilateral)
Par 1	Control 1º día	9.50	20	1.960	.438	
	Control 7º día	9.85	20	1.981	.443	.167

H_0 : En el grupo control la depresión no varía del 1º día al 7º día

H_a : En el grupo control la depresión varía del 1º día al 7º día

P_v de $T = 0.167 > 0.05 \rightarrow$ "ns", por lo tanto se acepta la H_0

Depresión en grupo experimental

Grupo evaluado		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media	Diferencias relacionadas Sig. (bilateral)
Par 1	Experimental 1º día	9.30	20	2.227	.498	
	Experimental 7º día	6.60	20	2.303	.515	.000

H_0 : En el grupo experimental la depresión no varía del 1º día al 7º día

H_a : En el grupo experimental la depresión varía del 1º día al 7º día

P_v de $T = 0.000 < 0.05 \rightarrow$ "*", por lo tanto se acepta la H_a

b) Pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney y Wilcoxon,

Estadísticos de contraste^a

Preterapia Grupos (C/E)	Yesavage Categori-co-1° día
U de Mann-Whitney	180.000
Z	-.681
Sig. asintót. (bilateral)	.496
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,602

a. Variable de agrupación: Grupos 1° día

H₀: Los grupos son homogéneos respecto a la depresión en el 1° día

H_a: Los grupos son heterogéneos respecto a la depresión en el 1° día

Pv de Mw = 0.602 > 0.05 → “ns”, por lo tanto se acepta la H₀

Estadísticos de contraste^a

Postetapia Grupos (C/E)	Yesavage Categori-co-7° día
U de Mann-Whitney	74.000
Z	-3.695
Sig. asintót. (bilateral)	.000
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,000

a. Variable de agrupación: Grupos 7° día

H₀: Los grupos son homogéneos respecto a la depresión en el 7° día

H_a: Los grupos son heterogéneos respecto a la depresión en el 7° día

Pv de Mw = 0.000 < 0.05 → “*”, por lo tanto se acepta la H_a

Estadísticos de contraste^a

Muestras relacionadas	Depresión G.Control Cate7° día - Depresión G.Control Cate1° día
Z	-1,633
Sig. asintót. (bilateral)	.102

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

H₀: En el grupo control la depresión no varía del 1° día al 7° día

H_a: En el grupo control la depresión varía del 1° día al 7° día

Pv de W = 0.102 > 0.05 → “ns”, por lo tanto se acepta la H₀

Estadísticos de contraste^a

Muestras relacionadas	Depresión G.Experm. Cate7° día - Depresión G.Experm. Cate1° día
Z	-3,051
Sig. asintót. (bilateral)	.002

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

H₀: En el grupo experimental la depresión no varía del 1° día al 7° día

H_a: En el grupo experimental la depresión varía del 1° día al 7° día

Pv de W = 0.02 < 0.05 → “*”, por lo tanto se acepta la H_a

ANEXO 5: Resultados obtenidos en la investigación expresados en valores numéricos y categóricos.

Grupo control	Preterapia		Postterapia	
Paciente	Depresión (V. numérico)	Depresión (V. categórico)	Depresión (V. numérico)	Depresión (V. categórico)
C3V	12	Sev	13	Sev
C9V	9	Mod	9	Mod
C11V	13	Sev	12	Sev
C13V	9	Mod	9	Mod
C21V	7	Mod	7	Mod
C25V	8	Mod	10	Sev
C33V	9	Mod	10	Sev
C39V	8	Mod	7	Mod
C43V	9	Mod	10	Sev
C47V	6	Mod	6	Mod
C5M	10	Sev	11	Sev
C7M	12	Sev	13	Sev
C11M	9	Mod	10	Sev
C15M	9	Mod	8	Mod
C17M	9	Mod	9	Mod
C19M	8	Mod	11	Sev
C27M	8	Mod	9	Mod
C37M	10	Sev	9	Mod
C43M	12	Sev	12	Sev
C47M	13	Sev	12	Sev

Grupo experimental	Preterapia		Postterapia	
Paciente	Depresión (V. numérico)	Depresión (V. categórico)	Depresión (V. numérico)	Depresión (V. categórico)
E4V	9	Mod	5	NoDep.
E10V	7	Mod	4	NoDep.
E12V	8	Mod	5	NoDep.
E19V	9	Mod	10	Sev
E20V	9	Mod	7	Mod
E22V	8	Mod	8	Mod
E23V	13	Sev	9	Mod
E28V	9	Mod	8	Mod
E30V	9	Mod	6	Mod
E42V	13	Sev	10	Sev
E6M	9	Mod	5	NoDep.
E14M	14	Sev	9	Mod
E16M	8	Mod	7	Mod
E24M	6	Mod	3	NoDep.
E26M	10	Sev	6	Mod
E30M	8	Mod	5	NoDep.
E40M	7	Mod	3	NoDep.
E44M	13	Sev	9	Mod
E50M	9	Mod	9	Mod
E56M	8	Mod	4	NoDep.