



Departamento de Posgrados

**Maestría En Psicología Clínica Con Mención En
Psicoterapia De Grupo**

Dispositivo Grupal para la Depresión en el Adulto Mayor

Autora:

Psic. Cl. Jennifer Daniela Quinde Dumancela

Director/a:

Mgst. Mario Eduardo Moyano Moyano

Cuenca - Ecuador

Año

2024

DEDICATORIA

A Elohim, quien es la fuente de la sabiduría y la vida, expreso con un profundo agradecimiento, la fortalece para no decaer.

A mi amado padre, Antonio Quinde, cuyas enseñanzas trascienden en mi día a día. Tu amor, perseverancia y humildad son faros que iluminan mi camino. A ti, que creíste en mí desde el principio, mi gratitud eterna.

A mi abuela, Teresa, cuyo apoyo constante es mi ancla en todos los días de mi vida. Elohim permita que tu incondicionalidad, amor y sabiduría continúen guiándome.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi sincero agradecimiento al Mgst. Mario Moyano, cuya orientación experta y paciencia durante todo el proceso de investigación han sido invaluable. Su apoyo constante y su dedicación han sido un faro que ilumina mi camino académico. Así también, extendiendo mi gratitud a otros colaboradores y a las instituciones que han contribuido a este trabajo.

RESUMEN

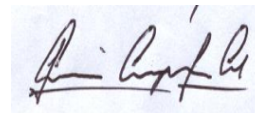
La depresión es una enfermedad que afecta significativamente a las personas adultas mayores, debido al aumento de factores de riesgo. Por ende, el objetivo del estudio fue evaluar la efectividad del dispositivo grupal BATD para reducir los síntomas depresivos en una muestra de 20 adultos mayores, quienes cumplieron con los criterios de inclusión para la aplicación de la Escala Geriátrica de Yesavage (pretest y post-test). Posteriormente, al aplicar el protocolo BATD, se observó una notable reducción en dicha sintomatología e incluso facilitó a que los participantes desarrollen estrategias y prácticas que promueven un envejecimiento activo y saludable. Así también, el análisis estadístico corroboró la efectividad del BATD, ya que, al comparar las dos muestras emparejadas del pretest y post-test, existe un valor de p menor al nivel de significancia ($p < .001$), lo que indica una diferencia significativa entre ellas, es decir, se asoció con una disminución en los puntajes obtenidos.

Palabras clave: vejez, personas adultas mayores, BATD.

ABSTRACT

Depression is a disease that significantly affects older adults, due to increased risk factors. Therefore, the aim of the study was to evaluate the effectiveness of the BATD group device to reduce depressive symptoms in a sample of 20 older adults, who met the inclusion criteria for the application of the Yesavage Geriatric Scale (pretest and post-test). Subsequently, in implementing the BATD protocol, a significant reduction in this symptomatology was observed and it even facilitated participants to develop strategies and practices that promote active and healthy aging. The statistical analysis also confirmed the effectiveness of the BATD, since when comparing the two pre-test and post-test matched samples, there is a value of p lower than the level of significance ($p < .001$), which indicates a significant difference between them, that is, it was associated with a decrease in scores obtained.

Key words: old age, older adults, BATD.



Validado: Mg. Mario Moyano

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT.....	V
CAPÍTULO 1	12
1. VEJEZ.....	12
1.1. Conceptualización de la Vejez	12
1.2. Tipos de Vejez.....	13
1.3. Principales Factores de Riesgo en el Adulto Mayor.....	14
1.4. Depresión en el Envejecimiento	15
1.5. Escala Geriátrica de Yesavage	17
1.6. Tratamientos de la Depresión en el Adulto Mayor.....	19
1.7. Dispositivo Grupal para la Depresión en el Adulto Mayor	23
CAPÍTULO 2	29
2. METODOLOGÍA	29
2.1. Preguntas de investigación y/o hipótesis	29
2.2. Objetivos de la investigación.....	29
2.3. Participantes.....	29
2.4. Criterios de la investigación	30

2.5. Instrumentos para la recolección de información:.....	30
2.6. Procedimiento.....	32
2.7. Cronograma de aplicación del protocolo BATD en los dispositivos grupales	33
CAPÍTULO 3	39
ANÁLISIS DE RESULTADOS	39
3.1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas del dispositivo grupal “SA”	39
3.2. Análisis descriptivo del BATD del dispositivo grupal “TE”	43
3.3. Análisis descriptivo del BATD del dispositivo grupal.....	46
3.4. Análisis descriptivo del BATD en los dispositivos grupales	47
CAPÍTULO 4	48
DISCUSIÓN	48
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES.....	53
BIBLIOGRAFÍA.....	54
ANEXOS	59

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Carta de compromiso y aceptación del usuario/	59
Anexo 2 Ficha sociodemográfica	60
Anexo 3 Escala Geriátrica de Yesavage, versión adaptada.....	61

ÍNDICE DE FIGURAS

Tabla 1 Estructura del BATD.....	26
Tabla 2 Protocolo del Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión.	35
Tabla 3 Distribución de los adultos mayores según la variable edad.....	39
Tabla 4 Distribución de los adultos mayores según la variable sexo.....	40
Tabla 5 Distribución de los adultos mayores según la variable nivel de instrucción.....	40
Tabla 6 Distribución de la situación familiar de los adultos mayores	41
Tabla 7 Resultados de la Escala Geriátrica Yesavage en los dispositivos grupales (pretest). 41	41
Tabla 8 Resultados obtenidos de la Escala de Depresión Geriátrica (pretest).	42
Tabla 9 Prueba de normalidad en la Escala de Depresión Geriátrica.	42
Tabla 10 Comparación de las dos muestras emparejadas.	43
Tabla 11 Distribución de los adultos mayores según la variable edad.....	43
Tabla 12 Distribución de los adultos mayores según la variable sexo.....	44
Tabla 13 Distribución de los adultos mayores según la variable nivel de instrucción.....	44
Tabla 14 Distribución de la situación familiar de los adultos mayores	44
Tabla 15 Resultados de la Escala Geriátrica Yesavage en los dispositivos grupales (pretest).	45
Tabla 16 Pruebas de normalidad del dispositivo grupal BATD.....	46
Tabla 17 Comparación de dos muestras emparejadas.....	46
Tabla 18 Resultados de la Escala Geriátrica Yesavage en los dispositivos grupales (post-test).	47

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión en la vejez es un problema de gran importancia para la sociedad y la salud, debido a su alta frecuencia y las graves consecuencias que tiene tanto para el adulto mayor como para su entorno. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), estima que el 5,7% de los adultos mayores en todo el mundo experimentan depresión, debido a los cambios físicos y emocionales que experimentan a medida que envejecen.

Lamentablemente, esto provocaría un impacto significativo en su calidad de vida y bienestar pues al enfrentar factores como: vivir solos, perder a la pareja, padecer de enfermedades crónicas y pérdida sensorial, etc. ocasionaría un mayor riesgo de soledad y aislamiento social. Asimismo, la depresión en los adultos mayores puede ser difícil de detectar debido a que los síntomas pueden ser menos perceptibles al ser atribuidos como propios a la edad.

Por lo tanto, la presente investigación evaluará la presencia y gravedad de los síntomas depresivos en los adultos mayores, a través de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviada (GDS-VE), en un antes y después. Esto permitirá determinar la eficacia del dispositivo grupal para disminuir la sintomatología presente mediante el enfoque la adaptación de la Terapia de Activación Conductual para el Tratamiento de la Depresión (BATD) en la población etaria.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), informa que cada vez más personas superan la edad de los 60 años, lo que conlleva a un aumento en la esperanza de vida. Asimismo, la OMS en su Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud publicado en el 2015, estima que en los próximos 50 años dicho valor se cuadruplique, traspasando de los 600 millones a 2.000 millones de adultos mayores.

El Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (2022), describe al envejecimiento como una etapa del ciclo de vida que comienza a los 65 años e involucra un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales; siendo su principal característica la disminución de la respuesta homeostática, debido a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que sufren a medida que envejecen.

Teo et al. (2022), plantean que la afección de salud mental más frecuente durante esta etapa es la depresión, debido a los múltiples cambios que experimentan y a su vez, afectaría a su calidad de vida y bienestar. Además, se asocia con el declive de la capacidad cognitiva y el cese de la vida laboral e implica cambios físicos, enfermedades crónicas y la pérdida de seres queridos. Entre los factores que aumentan la vulnerabilidad a la depresión en la vejez incluyen el cambio de roles y transiciones (como la jubilación y la pérdida de seres queridos), problemas de salud física (como enfermedades crónicas y dolor persistente), la soledad y el aislamiento.

Asimismo, Rodríguez (2018), considera necesario que las acciones públicas y privadas se enfoquen en promover al envejecimiento saludable en torno a un nuevo concepto de capacidad funcional. Además, propone que mediante los programas integrales se aborden las diferentes necesidades del adulto mayor (físicas, emocionales, social) con diferentes actividades el cual

ocasionaría un cambio de perspectiva, concebida como una fuente de sabiduría y experiencia, y no como etapa degradante.

De la misma manera, se resalta que, para abordar la depresión en la vejez, se debe tratar a las enfermedades físicas, suspender medicamentos desencadenantes, evitar alcohol y somníferos; y en su lugar, considerar antidepresivos y psicoterapia como intervenciones efectivas para aliviar los síntomas. Es por ello que, la presente investigación evaluó la efectividad del BATD como una estrategia de intervención adecuada para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

CAPÍTULO 1

1. VEJEZ

El envejecimiento, un proceso biológico y adaptativo, implica cambios multifacéticos en la vida de un individuo. Se distinguen tres tipos de envejecimiento: el primario, que es un proceso natural e inevitable; el secundario, que surge de enfermedades y factores ambientales; y el terciario, que engloba cambios patológicos no asociados al envejecimiento normal. Existen diversos factores de riesgo que pueden intensificar la probabilidad de depresión en las personas mayores, incluyendo la urbanización, la presencia de enfermedades, un bajo nivel socioeconómico, las caídas, la polifarmacia y los hábitos tóxicos. La depresión es una condición grave que puede deteriorar la calidad de vida de las personas mayores, pero con la intervención adecuada, puede ser tratada con éxito (Aleaga, 2018).

1.1. Conceptualización de la Vejez

El envejecimiento es un proceso natural que todos los seres vivos experimentan, y se vuelve notable a partir de los 65 años. Su definición y conceptualización son desafiantes, debido a las diversas interpretaciones que surgen de cada campo de especialización (Martínez et al., 2018).

Desde una perspectiva biológica, el envejecimiento se caracteriza por una disminución gradual en la eficiencia de los órganos, lo que eventualmente lleva a la muerte. A medida que avanzamos en la vejez, se observa una declinación inevitable de las funciones corporales, acompañada de un deterioro a nivel orgánico y celular (Zetina, 1999).

En términos psicosociales, la vejez se percibe como un período lleno de experiencias, sabiduría y grandes desafíos. Se caracteriza por la heterogeneidad, ya que cada persona envejece de manera única y la calidad de vida durante esta etapa depende no sólo de factores como la

salud y el entorno social, sino también de la actitud personal. Es importante desmitificar la concepción negativa de esta etapa para reconocer su valor como parte integral del ciclo vital y garantizar una vida digna y de bienestar (Ünal y Özdemir, 2019).

Según la Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erik Erikson, esta etapa de la vida se caracteriza por la crisis de integridad vs. desesperación, que se desencadena por eventos significativos del individuo. En esta etapa, el adulto mayor desarrolla un sentido de integridad basado en la satisfacción de lo que vivió o, por el contrario, sentirá desesperación, arrepentimiento y falta de sentido en su vida por no cumplir con sus propias metas (Calderón, 2018).

1.2. Tipos de Vejez

La OMS (2022), propuso que la vejez que la vejez puede ser clasificada en etapas distintas, cada una definida por experiencias únicas. Estas etapas toman en cuenta múltiples factores, como las condiciones físicas del individuo, su independencia económica y funcional, los roles que desempeña en la familia y el mercado laboral, el uso de su tiempo libre, y tanto su autopercepción como la percepción social.

Por otro lado, Ünal y Özdemir (2019) propusieron una estructura de tres etapas para la vejez:

- a) **Vejez joven:** abarca de los 65 a los 74 años, se refiere a la transición de la vida laboral a la jubilación.
- b) **Vejez avanzada:** comprende los 75 a los 84 años y se caracteriza por un deterioro significativo en las funciones esenciales.

- c) **Vejez muy avanzada:** a partir de los 85 años o más, se considera esta etapa, en la cual la atención y los apoyos especiales empiezan a ser necesarios.

Desde una perspectiva biológica, Klein (2016) señala que se produce una disminución de las funciones, conocida como “envejecimiento primario”. Este proceso, arraigado en la herencia genética, conlleva cambios inevitables en el deterioro de la persona a lo largo del tiempo, sin importar el estrés, los traumas o las enfermedades. Sin embargo, existen varios procesos de envejecimiento que no se manifiestan de la misma manera en todas las personas y avanzan a ritmos diferentes, dependiendo de su estilo de vida. Por otro lado, el “envejecimiento secundario” se refiere a la pérdida de capacidades como resultado de traumas y enfermedades. (p. 28).

1.3. Principales Factores de Riesgo en el Adulto Mayor

En la actualidad, los adultos mayores se encuentran expuestos a una variedad de factores de riesgo que pueden tener un impacto negativo en su calidad de vida. Según Álamo et al. (2021), las patologías frecuentes en esta etapa de la vida se agrupan bajo el término “síndrome geriátrico”. Este síndrome engloba una serie de condiciones que incluyen caídas, malnutrición, deterioro cognitivo, demencias, alteraciones sensoriales, depresión y problemas asociados con el uso de psicofármacos.

El Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (2022), indica que estos factores de riesgo, en combinación con el estado de ánimo del adulto mayor, pueden influir en cómo se siente, actúa y piensa. Algunos individuos pueden experimentar cambios en el cerebro que afectan su estado de ánimo y provocan depresión, mientras que otros pueden experimentar depresión después de un evento importante en la vida, como un diagnóstico médico o la muerte de un ser querido.

Parada (2020), describe varios factores que están asociados con el riesgo de padecer depresión, aunque no necesariamente la causan. Por ejemplo, la resistencia al cambio o la falta de adaptación a nuevas experiencias pueden dificultar el aprendizaje continuo. Además, las patologías que padece el adulto mayor pueden provocar cierto grado de dependencia, impidiendo que realice de manera autónoma las actividades básicas de la vida diaria.

Lenartowicz (2023), también afirma que el entorno físico y social tiene una influencia significativa en la salud mental del adulto mayor. Los efectos acumulativos de las experiencias de vida, los factores estresantes específicos relacionados con el envejecimiento y la vivencia de eventos adversos pueden provocar angustia psicológica, soledad y aislamiento social, los cuales están asociados con tasas más altas de depresión.

En contraste, Hidalgo y Agudín (2018), destacan que existen factores protectores en el perfil del adulto mayor que pueden reducir el riesgo de padecer depresión. Estos incluyen hábitos saludables, redes de apoyo, no consumir alcohol u otras drogas, envejecimiento activo, participación en prácticas religiosas, agricultura, senderismo, entre otros. Además, la apertura a vivir nuevas experiencias, poseer un locus de control interno y tener un estilo de afrontamiento adaptativo también son factores protectores importantes

1.4. Depresión en el Envejecimiento

La depresión en el envejecimiento puede ser resultado de la interacción de varios de estos factores de riesgo. Por ejemplo, el deterioro cognitivo y las demencias pueden contribuir a un estado de ánimo deprimido. Las alteraciones sensoriales, como problemas de visión o audición, pueden llevar a un aislamiento social que a su vez puede desencadenar depresión. Además, los problemas relacionados con los psicofármacos pueden afectar el estado de ánimo y la estabilidad emocional (Ibargue, et al., 2016).

Actualmente, Nance (2021), menciona que al igual que sucede con otras personas que experimentan cambios en su vida, los adultos mayores pueden sentir tristeza y aflicción en mayor o menor grado. Entre las causas que producen altas probabilidades de que pueden llegar a tener depresión son: vivir solos, soportar la pérdida de algún familiar significativo o de su pareja, no contar con amigos o familiares que puedan apoyarlos, el estrés de cuidar a una persona enferma, padecer de enfermedades crónicas, incapacidad para participar en actividades recreativas, limitaciones física, entre otros.

Móles et al. (2019), enfatiza que entre las consecuencias asociadas a dicha afección está el aislamiento social, aplanamiento afectivo, disminución significativa de la energía o de sus actividades, disfunción social, familiar, mayor probabilidad de padecer de depresión.

De acuerdo, a la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2013), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (5ª ed.), la depresión se caracteriza por:

- a) Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es: (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día o casi todos los días.
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva.
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
- b) Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - c) No se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.
 - d) El episodio no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
 - e) Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

1.5. Escala Geriátrica de Yesavage

La depresión en el envejecimiento puede ser difícil de reconocer, ya que esta población pueden tener síntomas diferentes que las personas más jóvenes. Es decir, algunos adultos mayores pueden no expresar tristeza abiertamente, sino sentirse aturridos o perder interés en actividades que antes disfrutaban. Así también, la depresión a menudo se superpone con otras condiciones médicas crónicas propias de la edad lo que complica su detección (National Institute on Aging, 2022).

Tartaglino et al. (2021), resaltan que una de las escalas más difundidas para la medición de la depresión, es la Escala Geriátrica de Yesavage et al., creada en 1982. La escala fue creada como herramienta de detección temprana para los servicios de atención primaria y consta de 30 ítems con respuestas dicotómicas (sí/no) con respecto a cómo se sienten en la última semana. Posteriormente, en el año de 1986, los mismos autores crearon una versión corta de la escala con

15 ítems (GDS – VE), la cual demuestra ser un instrumento crucial y confiable en entornos clínicos y de investigación, donde se requiere una evaluación rápida y eficiente.

Los autores examinaron la estructura interna de la GDS – VE en adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. Por motivo de la pandemia por COVID-19 y el contexto de aislamiento, la APA recomendó adaptar las prácticas presenciales a la modalidad virtual. Es por esto que, la finalidad del estudio fue analizar la estructura interna del GDS - VE para las modalidades de administración de lápiz y papel e Internet, examinando la equivalencia métrica entre ambas. Se realizó un análisis factorial confirmatorio, se estimó la consistencia interna para las dos modalidades y se examinó la invarianza factorial entre ambas formas de administración. Entre los resultados obtenidos, se verificó un adecuado ajuste del modelo a los datos empíricos para las dos versiones, así como una adecuada invarianza métrica entre ellas. Estos hallazgos aportan evidencias de validez y confiabilidad acerca de la estructura interna de la escala.

Rojas et al. (2022), realizaron un estudio en adultos mayores cubanos con la finalidad de evaluar la confiabilidad de la GDS – VE. Se llevó a cabo un estudio descriptivo con un diseño transversal, en el que se incluyeron 75 participantes que asistían a las casas de abuelos en el municipio de Holguín, Perú. Las variables de investigación abarcaron el funcionamiento cognitivo, la depresión y la confiabilidad del cuestionario; evidenciándose que la escala muestra un coeficiente de correlación significativo para la fiabilidad de test-retest de la escala y el coeficiente de confiabilidad general de 0,83. Esto demuestra que la GDS – VE tiene una adecuada confiabilidad en población geriátrica cubana.

Otras investigaciones han demostrado que intervenir durante las consultas de atención primaria es muy eficaz para reducir la depresión. No obstante, no debe ser considerado como un único método de diagnóstico.

Un estudio realizado en Ecuador por Navarrete (2023), tuvo como finalidad validar la GDS - VE en 140 adultos mayores que asisten a los centros diurnos en la provincia de Imbabura. En el análisis se evidenció que el coeficiente de confiabilidad de la escala fue del 0.092, lo que indica que la escala no fue confiable al comparar con una batería de test. Por otra parte, ante los resultados obtenidos la autora resalta que desde un análisis psicológico la escala si es una herramienta oportuna para un tamizaje en la detección de la sintomatología depresiva y con ello, permite desallorar planes preventivos.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) (2020), considera una prioridad realizar acciones de promoción y prevención de la Salud Mental en sus servicios de atención primaria, con el fin de brindar una cuidado integral considerando los protocolos, normativas y estándares de calidad adcaudos para la población adulta mayor. De esta manera, permitiría la implementacion de estrategias centradas centrado en promover un envejecimiento activo y saludable, lo que implica crear entornos físicos y sociales que faciliten el bienestar y permitan a las personas adultas mayores llevar a cabo las actividades que son importantes para ellas, a pesar de la pérdida progresiva de sus facultades.

1.6. Tratamientos de la Depresión en el Adulto Mayor

El Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (2022), afirma que la mayoría de las personas experimentan mejoras significativas con un tratamiento adecuado y oportuno. Este tratamiento puede ser multifacético, incluyendo asesoramiento, medicación, entre otros. En el contexto de la depresión en la vejez, se utilizan varias estrategias de tratamiento.

Hidalgo (2018), manifiesta que previo al tratamiento de la depresión en el adulto mayor es importante la identificación oportuna de los signos o síntomas, ya que estos son cruciales para su intervención oportuna. Esto permitirá incluir desde la elaboración de una historia clínica, la

aplicación de test psicométricos o exámenes físicos elaborados por un profesional especializado en el campo de la salud mental cuyo objetivo principal es la remisión de los síntomas y la restauración del funcionamiento inicial del paciente.

La National Insitute on Aging (2022), describe algunas formas frecuentes de tratamiento para la depresión las cuales son:

a) Tratamiento farmacológico: actualmente, existen gran número de antidepresivos que pueden clasificarse en función de su perfil bioquímico entre los cuales constan:

- *Antidepresivos tetracíclicos (ADTC):* estos medicamentos afectan a las sustancias químicas del cerebro, como la dopamina, la norepinefrina y la serotonina con la finalidad de aliviar los síntomas de la depresión.
- *Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS):* aumenta los niveles de serotonina en el cerebro mejorando el estado de ánimo y su uso tiene menos efectos secundarios.
- *Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y noradrenalina (ISRSN):* aumentan los niveles de serotonina y noradrenalina en el cerebro, sin embargo, presentan efectos secundarios los cuales pueden incluir náuseas, diarrea, somnolencia, insomnio, sudoración, disminución del deseo sexual, etc.
- *Terapia electroconvulsiva (TEC):* es un procedimiento médico que se lleva a cabo con anestesia general y consiste en pasar pequeñas corrientes eléctricas, a través del cerebro para desencadenar una convulsión breve. Frecuentemente, se utiliza para tratar la depresión grave cuando está

acompañada por una desconexión con la realidad (psicosis), deseo de suicidarse o cuando otros tratamientos no han sido exitosos.

b) Terapias no Farmacológicas: es la aplicación informada e intencional de métodos clínicos y aspectos relacionales derivados de principios psicológicos bien establecidos con el fin de ayudar a las personas a modificar sus comportamientos, cogniciones, emociones y otras características personales. Actualmente, Cuijpers et al. (2020), describen los algunos tratamientos psicológicos basados en la evidencia y experiencia entre los cuales están:

- *Autoayuda guiada:* se basa en los principios de la TCC cuya finalidad es que el terapeuta facilite el cumplimiento de tareas dentro y fuera de la sesión proporcionando una serie de herramientas y estrategias (técnicas de relajación, ejercicios de respiración, meditación, etc.) que promuevan un mayor autocontrol emocional.
- *Terapia cognitivo-conductual (TCC):* es una intervención psicológica estructurada que trata la depresión mostrando al paciente cómo identificar y modificar algunos pensamientos disfuncionales y conductas características en el trastorno, a través de la realización de tareas fuera de la sesión como: planificar actividades y el chequeo del estado de ánimo, registro y cambio de pensamientos, así como la práctica de habilidades aprendidas.
- *Terapia cognitiva basada en mindfulness (TCBM):* su objetivo es prevenir la recaída y la recurrencia de la depresión al integrar la TCC con habilidades basadas en el mindfulness (meditación con conciencia plena)

para adoptar una postura de observador más que modificar o eliminar pensamientos disfuncionales.

- *Terapia interpersonal (TIP)*: se centra en identificar a los estresores relacionales de los pacientes en conexión con el inicio y/o mantenimiento de los síntomas en cuatro áreas principales: pérdidas interpersonales, conflictos, cambio de rol social y en el déficit de habilidades sociales los cuales serán abordados con dinámicas específicas.
- *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*: está centrado en la aceptación de la angustia emocional y el compromiso las cuales están dirigidas a una meta permitiendo la reevaluación de valores personales de manera positiva en lugar de evitar el dolor emocional.
- *Terapia psicodinámica breve (TPB)*: es una variación del modelo psicodinámico/psicoanalítico, pero con un estilo no directivo. Su objetivo es que los pacientes adquieran conciencia de sus conflictos inconscientes (originados normalmente en la infancia) y cómo se representan en la vida y relaciones actuales, incluida la relación con el terapeuta para la exploración y solución de los mismos.
- *Terapia solución de problemas (SP)*: es una intervención estructurada que se centra en la adquisición de habilidades destinadas a identificar áreas problemáticas para optar una estrategia adecuada y con ello resolverlos o afrontarlos.
- *Terapia de apoyo*: es una intervención no estructurada que se centra en la relación que se establece entre terapeuta y paciente para ayudar a las

personas a explorar y comprender su experiencia en su situación actual.

Esto permitirá fortalecer la capacidad para tomar decisiones y afrontar el estrés desde una posición donde prima la empatía, la escucha activa y la aceptación incondicional por parte del terapeuta.

- *Intervención desde la terapia ocupacional:* consiste en facilitar el desarrollo de la competencia en habilidades de afrontamiento ofreciendo mayores oportunidades de participación en actividades propositivas y significativas para ella como, por ejemplo: autocuidado, actividades instrumentales, actividades de ocio, la ejecución de habilidades motoras, praxias, sensorio perceptivas, cognitivas, entre otros.
- *Terapia de grupo:* es una técnica que se enfoca en ayudar a los pacientes a identificar y comprender sus pensamientos y sentimientos negativos, a desarrollar habilidades para manejarlos de manera efectiva. Además, puede proporcionar un ambiente de apoyo y comprensión lo que puede ser especialmente beneficioso para los miembros.

1.7. Dispositivo Grupal para la Depresión en el Adulto Mayor

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2018), en su informe sobre temas de salud a nivel nacional revela una notable diferencia en el número de médicos convencionales y psicólogos en el país. Es decir, existen alrededor de 29.604 médicos, mientras que el número de psicólogos es de tan solo 1.395. Es importante aclarar que esta cifra podría referirse únicamente a psiquiatras. En términos de promedios, por cada 10.000 habitantes en Ecuador, hay 23,4 médicos y solo 0,93 psicólogos. Este bajo número de psicólogos es preocupante,

considerando la importancia del tratamiento de problemas de salud mental y el papel crucial que desempeñan los psicólogos en este campo.

Asimismo, es relevante considerar que el Ecuador ocupa el puesto décimo primero, con una prevalencia del 4,6% de depresión en adultos mayores. Además, se estima que para el año 2050, la prevalencia de este trastorno será del 22% (Freire, 2017).

El tratamiento de la depresión en personas mayores debe ser un proceso completo que se base en un enfoque biopsicosocial. Es esencial llevar a cabo una evaluación exhaustiva que tenga en cuenta la salud física y el estado cognitivo del individuo, el entorno social, la dinámica familiar y el rol del cuidador. Además, es crucial disponer de los recursos necesarios y de equipos de profesionales capacitados y especializados, con una formación específica para tratar esta enfermedad (Rush, 2023).

González, et al. (2018), señala que el enfoque más común para tratar la depresión es la terapia farmacológica, mediante el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) el cual poseen un mayor respaldo científico y presentan un equilibrio óptimo entre beneficios y riesgos al momento de su administración.

Igualmente, el National Institute of Mental Health (2017), enfatiza la relevancia de complementar el tratamiento farmacológico con la psicoterapia. Este enfoque se contribuye significativamente, ya que con la cuenta con profesionales especializados que pueden abordar dicha problemática con un plan de tratamiento personalizado, centrado en las necesidades y los síntomas depresivos del paciente. Además, este enfoque integral permitirá restaurar la funcionalidad del adulto mayor y fomentar un estilo de vida activo y saludable.

Cuijpers et al. (2020), destacan la eficacia de la terapia grupal como un recurso para el tratamiento de la depresión en personas adultas mayores, ya que proporciona un entorno de

apoyo y promueve el aprendizaje de estrategias de manejo efectivas. Esto se evidencia en los estudios realizados por los autores, quienes evidenciaron que aquellos adultos mayores que participaron en una terapia de grupo disminuyeron notoriamente la depresión y ansiedad que padecían. Además, tiende a ser eficiente, en cuanto a términos de costos y adaptaciones dirigidas a las necesidades específicas de este grupo de edad.

1.7.1. Tratamiento Breve de Activación Conductual (BATD).

La terapia grupal, en particular, ofrece un entorno de apoyo y estrategias de afrontamiento efectivas, lo que la convierte en una herramienta valiosa en el manejo de la depresión y la ansiedad en esta población. Además, su eficiencia en términos de costos la hace una opción atractiva para la implementación a gran escala. Sin embargo, es esencial que estos tratamientos sean administrados por profesionales capacitados y especializados para garantizar su efectividad (Biblioteca Nacional de Medicina, 2019).

Cabe mencionar que, el manejo de la depresión en personas adultas mayores conlleva retos considerables. En primer lugar, los fármacos antidepresivos pueden provocar efectos adversos más severos en este grupo de edad y su efectividad puede demorar más en manifestarse. Adicionalmente, pueden requerir un período de medicación más prolongado y la existencia de enfermedades coexistentes puede dificultar el manejo de la depresión. En segundo lugar, la identificación y diagnóstico de la depresión pueden ser complicados, pues los síntomas pueden variar en comparación con los adultos o los jóvenes. Por último, el tratamiento completo demanda una combinación de terapias biológicas, terapias físicas y diversas formas de psicoterapia para obtener resultados óptimos (National Institute on Aging, 2022).

El Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión o BATD (siglas en inglés) puede ser una respuesta efectiva a los desafíos que se presentan al tratar la depresión en

los adultos mayores. Esto debido a que, puede ser útil para abordar los factores contextuales que afectan a las personas con depresión, lo que puede ser particularmente relevante en el caso de los adultos mayores que pueden estar lidiando con una variedad de enfermedades concurrentes.

Además, de que facilita la detección y el diagnóstico de la depresión en los adultos mayores, ya que proporciona un marco claro para identificar y tratar los síntomas de la depresión (Hidalgo y Agudín, 2018).

Según el modelo BATD, la depresión se mantiene cuando las conductas saludables no se refuerzan o incluso se castigan, mientras que las conductas depresivas se refuerzan, ya sea negativamente (a través de la evitación) o positivamente (a través del apoyo social). En este sentido, el BATD en 10 sesiones psicoterapéuticas busca modificar la conducta del paciente como un medio para mejorar su estado de ánimo y su calidad de vida en general (Maero y Quintero, 2015).

Tabla 1.

Estructura original del protocolo BATD

Sesión	Descripción
Sesión 1	Socialización del concepto de depresión, el tratamiento a realizar, el registro diario y su diligenciamiento.
Sesión 2	Revisión del Formulario 1 (Formato de Monitoreo Diario) y diligenciamiento del Formulario 2 (Inventario de áreas vitales, valores y actividades).
Sesión 3	Revisión del Formulario 1 y del Formulario 2, y selección y jerarquización de las actividades (Formulario 3).
Sesión 4	Revisión del monitoreo diario y realización del monitoreo de la planificación de actividades.

Sesión 5	Revisión del monitoreo diario y trabajo sobre los acuerdos (Formulario 4).
Sesión 6	Revisión del monitoreo diario y de la realización de los acuerdos desarrollados, y planificación de actividades.
Sesión 7	Revisión del monitoreo diario y edición del Inventario de áreas vitales, valores y actividades, y planificación de actividades.
Sesión 8	Revisión del monitoreo diario y edición de la jerarquización de las actividades, y planificación de actividades.
Sesión 9	Revisión del monitoreo diario y edición de los acuerdos, y planificación de actividades.
Sesión 10	Revisión del monitoreo diario, planificación de actividades y cierre del tratamiento.

Este enfoque se encuentra una resonancia particular con algunos estudios como, por ejemplo, el que fue realizado en Bilbao, España en el año 2016. En este estudio, se realizó una psicoterapia grupal para adultos mayores con depresión y ansiedad utilizando el BATD con la finalidad de brindar un abordaje desde lo emocional, cognitivo y relacional. En los resultados obtenidos se evidenció que el mayor éxito de la terapia grupal fue el vínculo positivo que surgió entre el terapeuta y los miembros del grupo y viceversa el cual favoreció significativamente a la disminución de la sintomatología depresiva (Correa, 2016).

En 2017, en Buenos Aires, Argentina, Paolazzi llevó a cabo un estudio comparativo entre la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (BATD) y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en un grupo de mujeres con más de 60 años, quienes padecían de depresión a causa del cáncer de mama. Al concluir el tratamiento, se encontró que tanto el BATD como la TCC fueron eficaces para aliviar los síntomas depresivos. Sin embargo, la BATD demostró ser más eficaz en mejorar la calidad de vida de las pacientes, ya que promovió la persistencia de

comportamientos saludables durante un período más largo en la remisión de los medicamentos utilizados en su lucha contra el cáncer.

Así también, en Bogotá, Colombia, se llevó a cabo otro estudio para examinar los efectos del BATD en un grupo de adultos con síntomas depresivos. Entre los resultados obtenidos se observó un impacto significativo en la frecuencia de comportamientos saludables como: el autocuidado, la resiliencia y la organización. Esto permitió a los participantes adaptarse mejor y ser más versátiles y compatibles con las actividades sugeridas en el protocolo del estudio en relación a las actividades de su vida diaria (Pinzón, 2020).

Otro estudio comparó la Terapia Conductual Transdiagnóstico (TBT) y el BATD en veteranos con trastorno depresivo mayor. Los participantes informaron mejoras similares en los síntomas de depresión, estrés, anhedonia y deterioro en ambos tratamientos. Sin embargo, los participantes que recibieron BATD asistieron a más citas, cancelaron o faltaron a menos citas y completaron el protocolo a un ritmo mayor que los que recibieron TBT. Además, de que los miembros ejecutaron actividades placenteras y de relajación para evitar conductas de aislamiento y/o evitativas (Gros y Coyne, 2022).

En conclusión, estos estudios evidencian que el BATD es un tratamiento altamente estructurado y con un sólido soporte de investigación para abordar la depresión ya que su meta principal es desarrollar patrones más saludables de conducta, incluyendo actividades agradables, y, por ende, lograr su realización y un sentido de propósito de vida. Además, el BATD puede ser particularmente útil en un entorno grupal, donde los vínculos positivos con los terapeutas y otros miembros del grupo pueden reforzar aún más los comportamientos saludables. Esto podría llevar a un mayor éxito en el tratamiento de la depresión y a una mayor satisfacción con la vida en general.

CAPÍTULO 2

2. METODOLOGÍA

La metodología de la presente investigación fue cuantitativo-descriptivo, de tipo transversal analítico. Esto debido a que, se realizó la comparación de dos muestras relacionadas con la aplicación de la Escala Geriátrica de Yesavage mediante el “pre y post” para corroborar la hipótesis planteada.

2.1. Preguntas de investigación y/o hipótesis

¿El dispositivo grupal BATD ayuda disminuir la depresión en el adulto mayor?

2.2. Objetivos de la investigación

2.2.1. Objetivo general:

Determinar la efectividad del dispositivo grupal BATD en los adultos mayores que presentan depresión.

2.2.2. Objetivos específicos:

- Evaluar el nivel de depresión en los adultos mayores.
- Aplicar el BATD en los adultos mayores con depresión.
- Comparar la efectividad del proceso grupal por medio de pre y post test.

2.3. Participantes

La investigación se llevó a cabo en los Espacios Activos del GAD Parroquial de Paccha, del cantón Cuenca de la provincia del Azuay, el cual propicia el encuentro, la socialización y la

recreación de los adultos mayores. El universo contempló dos comunidades de la parroquia; Santa Anita y Tres esquinas, con un total de 43 adultos mayores. No obstante, se obtuvo una muestra de 20 participantes, quienes fueron distribuidos en dos grupos heterogéneos – abiertos.

2.4. Criterios de la investigación

2.4.1. Criterios de inclusión:

- Participantes que tengan 65 años en adelante.
- Adultos mayores que asisten frecuentemente a los Espacios Activos.
- Adultos mayores que presenten depresión (leve y moderada).
- Adultos mayores, quienes asistan libre y voluntariamente.

2.4.2. Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no presentan depresión o depresión grave.
- Adultos mayores con discapacidad física e intelectual.
- Adultos mayores con poca disposición al dispositivo grupal.

2.5. Instrumentos para la recolección de información:

- ***Carta de compromiso y aceptación:*** es un acuerdo voluntario que los participantes firman al unirse al grupo. Además, es una carta en el cual se establece las normas y expectativas para el grupo, incluyendo el compromiso de asistir a las sesiones, respetar la confidencialidad y participar activamente en las actividades. (Anexo 1)
- ***Ficha sociodemográfica:*** recolecta información sobre la edad, sexo, nacionalidad, lugar de residencia, estado civil, número de hijos, con quién convive el participante, nivel de educación, etc. (Anexo 2)

- ***Escala de Depresión Geriátrica:*** la escala fue creada por Yesavage y otros colaboradores en 1986 y se enfoca en aspectos cognitivos y conductuales relacionados con la depresión. La escala consta de 15 ítems con un patrón de respuesta dicotómico (sí o no) que investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor. De estas 15 preguntas, 10 están planteadas en sentido negativo y 5 en sentido positivo, otorgando un punto a cada respuesta sugestiva de un episodio depresivo. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. La sensibilidad de la escala fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando se evaluó mediante criterios de diagnóstico (Tartaglino, 2021). (Anexo 3)
- ***Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión:*** es conocido por sus siglas en inglés “BATD”, es un tratamiento altamente estructurado y con un sólido soporte de investigación para la depresión. La meta de este tratamiento es ayudar a los participantes a desarrollar patrones más saludables de conducta, en los que se incluye actividades agradables y, por ende, lograr su realización y un sentido de propósito de vida. El protocolo consta de diez sesiones el cual está centrado en tres fases:
 - ❖ Evaluación y planificación: el terapeuta evalúa la depresión y establece objetivos terapéuticos, además ayuda a los participantes a identificar actividades placenteras las cuales podrían mejorar su estado de ánimo.
 - ❖ Activación conductual: los participantes planifican y llevan a cabo actividades que le gustaría hacer con la finalidad de aumentar la

cantidad de actividades placenteras y reducir la cantidad de tiempo que pasa inactivo.

- ❖ **Mantenimiento:** el terapeuta ayuda a mantener los cambios positivos que ha logrado durante las dos primeras fases e identifica situaciones que puedan desencadenar la depresión para desarrollar estrategias para manejarlas (Paolazzi, 2017).

2.6. Procedimiento

El procedimiento de la presente investigación se dividió en 5 fases:

- **Fase 1:** se realizó el reconocimiento del territorio, incluyendo la comunidad, la casa comunal y el presidente del sector con la finalidad de recolectar información relevante de la situación actual de los adultos mayores.
- **Fase 2:** la terapeuta se presentó con los adultos mayores de manera individual y se informó brevemente sobre el dispositivo grupal para luego firmar el consentimiento informado. Posteriormente, se aplicó la Ficha de Información General y la Escala Geriátrica de Yesavage informándoles sobre los parámetros que incluye cada uno. Dicha fase de evaluación tuvo una duración de dos horas y media.
- **Fase 3:** se brindaron los resultados de la Escala Geriátrica de Yesavage, evidenciándose que los adultos mayores evaluados poseen una puntuación entre 6 y 9 puntos, lo que indica una probable depresión. Esto permitió la formación del dispositivo grupal y, en conjunto con los adultos mayores, se establecieron las normas de convivencia (respeto, puntualidad, apertura a las actividades, confidencialidad, etc.), las cuales favorecieron la cohesión del grupo. Durante un período de dos meses, se aplicó el Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión (BATD), con una duración de dos horas por

semana. En la intervención grupal se abordaron ejes centrales del protocolo como: el registro de las actividades cotidianas, la evaluación de las áreas vitales y valores personales del paciente, la jerarquización y planificación de actividades seleccionadas y la utilización de los recursos sociales accesibles al paciente.

Cabe mencionar que, los elementos planteados del protocolo fueron adecuados a la población, debido a que los participantes por su nivel de alfabetización no ejecutaron la actividad tal cual recomienda el autor, por lo que se optó abordar con el lenguaje oral.

Además, se incluyeron actividades extras para los participantes las cuales permiten complementar los objetivos psicoterapéuticos planteados en cada sesión. Finalmente, se evaluaron los resultados obtenidos mediante un post test de la Escala Geriátrica de Yesavage a los participantes del grupo, evidenciándose una disminución de la sintomatología depresiva, debido a que la mayoría de las puntuaciones se encuentran entre 0 y 5 puntos.

- **Fase 4:** es esta fase, se llevó a cabo el análisis de los datos obtenidos.
- **Fase 5:** el seguimiento se realizó de manera presencial a las dos semanas de terminado el tratamiento con la finalidad de evaluar su estado de ánimo, conductas presentas en cuanto a avances y las dificultades durante este lapso de tiempo.

2.7. Cronograma de aplicación del protocolo BATD en los dispositivos grupales

El protocolo BATD es una intervención de corte conductual y estructurada en el cual consiste en la “activación” de los participantes con depresión, mediante la planeación y realización de actividades y/o conductas agradables o gratificantes. El BATD en su versión original fue diseñado para ser realizado en 10 sesiones, el cual fue ejecutado en los dispositivos

grupales considerando las necesidades de cada participante ya sea en su nivel educativo, autonomía, enfermedades prevalentes, entre otros. Además, se resalta que para lograr dichos resultados en la investigación se realizaron ciertas adecuaciones en el protocolo, a la par del uso de la terapia ocupacional el cual fue enfocado acorde a la población adulta mayor.

Entre las adecuaciones se consideraron las variables de la ficha sociodemográfica como: el nivel de instrucción, ya que el 60% de los adultos mayores en el grupo son analfabetos; en la edad, se observó que a mayor edad de los participantes existe una mayor probabilidad de presentar enfermedades físicas o dificultades sensoriales, especialmente visuales o auditivas; y la situación familiar revela que el 41.7% de los participantes se encuentran “Solo/a”. Estas variables, representaron limitaciones para la aplicación del BATD, ya que restringió el desarrollo, la ejecución y el cumplimiento de las actividades propuestas en el protocolo.

Es por esto que, se optó por realizar las adecuaciones mencionadas en el BATD entre las cuales constaron: regulación del tono de voz, incluir un lenguaje idóneo a la cultura y contexto social - rural, la repetición de las consignas con la ejemplificación de las actividades, preparación de material lúdico y visualmente llamativo con colores e imágenes, así como la iniciativa de la terapeuta para la ejecución de cada una de las actividades. Así también, para el registro de los formularios o inventarios se llevaron a cabo de manera verbal, reforzando los aspectos más importantes mediante la estimulación cognitiva y la terapia ocupacional, el cual estuvo elaborado acorde a las necesidades físicas, psicológicas y sociales de los participantes. A continuación, se detallan las sesiones propuestas:

Tabla 2

Protocolo del Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión.

Sesiones	Objetivo	Actividad/técnica	Tiempo
Sesión 1	Introducción al tratamiento de la depresión.	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación de la depresión. - Explicación del abordaje BATD. - Introducción del Monitoreo diario y discusión de puntos del tratamiento. <p><i>Tarea: completar el formulario de Monitoreo diario.</i></p>	Fecha: 18/10/23 Tiempo: 2 h
	Identificación y seguimiento de actividades agradables.	<ul style="list-style-type: none"> - Juego “imita al animal”. - Contenido visual de actividades recreativas. <p>Revisión del monitoreo diario y revisión de los contenidos de la sesión, así como presentar el Inventario de Áreas vitales, valores y actividades.</p> <p><i>Tarea: completar el Monitoreo Diario, así como revisar y editar el Inventario de Áreas vitales, valores y actividades.</i></p>	Fecha: 25/10/23 Tiempo: 2 h
Sesión 2	- Promover una mayor interacción y cohesión grupal		
Sesión 3	Identificación y seguimiento de actividades gratificantes.	<ul style="list-style-type: none"> - Juego de “adivina la vida”. - Mi muñeca/o favorita. - Revisión de la tarea del Registro 1 y 2, así como realizar el registro de 	Fecha: 01/11/23 Tiempo: 2 h

- *Fortalecer el autoestima y autoconocimiento de los participantes.* selección y jerarquía de actividades.
Tarea: completar el Monitoreo Diario y el Inventario de Áreas vitales, valores y actividades.

Identificación y seguimiento de actividades que promueven el contacto social.

- *Respiración diafragmática.*
- Revisión de la tarea: monitoreo diario, formulario de selección y jerarquía de actividades y la Introducción del monitoreo diario con planificación de actividades.

Fecha: 08/11/23
Tiempo: 2 h

Sesión 4

- *Promover una mayor consciencia de cómo está nuestro cuerpo y mayor soltura corporal.* *Tarea: monitoreo diario con planificación de actividades.*

Identificación y seguimiento de actividades que promueven el ejercicio físico.

- *“Juego del globo”.*
- Revisión de la tarea: monitoreo diario con planificación de actividades.
- Introducción del formulario de acuerdos.

Fecha: 15/11/23
Tiempo: 2 h

Sesión 5

- *Fortalecer el ejercicio físico, estimulación y la cognitiva.* *Tarea: monitoreo diario y continuar con los Acuerdos.*
- *Técnica de la regla de preparación.*

	<p>Identificación y seguimiento de actividades que promueven el cuidado personal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Respiración diafragmática.</i> - <i>Psicoeducar sobre hábitos de autocuidado.</i> <p>A partir de esta sesión, todas tendrán la misma estructura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Promover una mayor conciencia de cómo está nuestro cuerpo y mayor soltura corporal.</i> - <i>Identificar hábitos de autocuidado que propicien una adecuada calidad de vida.</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Revisión de las actividades planificadas durante la sesión anterior, así como de la edición de contenidos ya trabajados.</i> <p><i>Tarea: planificación de nuevas actividades (Acuerdos).</i></p>	<p>Fecha: 22/11/23 Tiempo: 2 h</p>
Sesión 6			
Sesión 7	<p>Identificación y seguimiento de actividades que promueven el aprendizaje y la creatividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Estimular las áreas cognitivas del adulto mayor.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Juego “adivina el objeto”.</i> - <i>Revisión de las actividades de la sesión anterior, así como de la edición de contenidos ya trabajados en las sesiones anteriores.</i> 	<p>Fecha: 29/11/23 Tiempo: 2 h</p>
Sesión 8	<p>Identificación y seguimiento de actividades que</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Juego de “¿cuántas comunidades tiene Paccha?”</i> 	<p>Fecha: 06/12/23 Tiempo: 2 h</p>

	promueven la espiritualidad y la reflexión.	- Revisión de las actividades planificadas durante la sesión anterior, así como de la edición de contenidos ya trabajados.	
	- <i>Estimular las áreas cognitivas del adulto mayor.</i>		
Sesión 9	Identificación y seguimiento de actividades que promueven la resolución de problemas.	- <i>Juego “el jefe dice...”</i> . - Revisión de las actividades de la sesión anterior, así como de la edición de contenidos ya trabajados en las sesiones anteriores.	Fecha: 13/12/23 Tiempo: 2 h
	- <i>Generar una mayor escucha activa entre los miembros</i>	<i>Tarea: planificación de nuevas actividades (Acuerdos).</i>	
Sesión 10	Evaluación final del tratamiento y planificación del futuro.	Monitoreo Diario con Planificación de Actividades y fin del tratamiento.	Fecha: 19/12/23 Tiempo: 2 h

Fase de seguimiento y/o acompañamiento:

- 29 de diciembre de 2023 con actividades placenteras (programa navideño).
 - 18 de enero de 2024 visita domiciliaria sobre aspectos personales (autoconocimiento).
 - 19 de enero de 2024 con actividades básicas e instrumentales.
 - 15 de febrero de 2024 con actividades centradas en arteterapia.
-

CAPÍTULO 3

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La investigación tiene un diseño descriptivo y un enfoque cuantitativo, es un estudio de tipo transversal analítico. El estudio se llevó a cabo en las comunidades de Santa Anita “SA” y Tres Esquinas “TE” de la parroquia de Paccha, cantón Cuenca de la provincia del Azuay; en donde viven aproximadamente 872 personas adultas mayores (10.3%); 362 hombres (41.5%) y 510 mujeres (58.5%) dispersos en las diferentes comunidades.

La muestra estuvo conformada por 20 adultos mayores cuyo rango de edad mínimo oscilaba entre los 66 y máximo de 84 años de edad, con una media de 75.30 y una desviación estándar de 5.23. Los participantes fueron distribuidos en dos dispositivos grupales: “SA” con 8 participantes y “TE” conformado por 12 participantes, de acuerdo a los criterios de inclusión.

3.1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas del dispositivo grupal

“SA”

Los participantes que formaron parte del primer dispositivo grupal fueron 8 adultos mayores en total, datos que son descritos de la siguiente manera:

Tabla 3.

Distribución de los adultos mayores según la variable edad.

Edad	N	Min.	Max.	M	sd
	8	66	82	73.13	4.97

En la tabla 3 se observa un frecuencia total de 8 participantes con un rango de edad mínimo de 66 y máximo de 82 años, una media de 73.13 y una desviación estándar de 4.97.

Tabla 4.

Distribución de los adultos mayores según la variable sexo.

		N	%
Sexo	Mujeres	7	87.5 %
	Hombres	1	12.5 %

En la tabla 3 se observa una diferencia significativa en la distribución de género, ya que el 87.5% de los participantes son mujeres, mientras que el 12.5% son hombres, lo que sugiere una mayor representación femenina en la muestra analizada.

Tabla 5.

Distribución de los adultos mayores según la variable nivel de instrucción.

		N	%
Nivel de instrucción	Analfabeto	5	62.5 %
	Primaria	3	37.5 %

En la tabla 5 se muestra la distribución de adultos mayores en función de su nivel de instrucción. El 62.5 % de los adultos mayores en el grupo son analfabetos, es decir, no saben leer ni escribir. Por otra parte, el 37.5 % tiene educación primaria o han culminado el primer y segundo grado.

Tabla 6.*Distribución de la situación familiar de los adultos mayores*

		N	%
Situación familiar	Solo/a	2	25 %
	Esposo/a	4	50 %
	Familiares	2	25 %

La tabla 6 muestra la distribución de adultos mayores en función de su situación familiar. Se observa que el 25% de los participantes se encuentran “Solo/a “o vive con “Familiares” o cuidadores principales, mientras que el 50 % está casado/a o tiene una pareja.

3.1.1. Análisis descriptivo del pretest de la Escala Geriátrica Yesavage-SA

Inicialmente, se revela que con la aplicación de la Escala Geriátrica Yesavage (pretest) los 8 participantes presentan un diagnóstico de “Probable depresión”, con un puntaje de 6 a 9 puntos.

Tabla 7.*Resultados de la Escala Geriátrica Yesavage en los dispositivos grupales (pretest).*

	Diagnóstico	Puntuaciones	N	%
PRETEST	No depresión	0 – 5	0	0 %
	Probable depresión	6 – 9	8	100 %
	Depresión establecida	10 – 15	0	0 %

En la tabla 7 se evidencia de manera general que los dispositivos grupales del BATD, que involucra a 8 adultos mayores se aplicó un pretest para evaluar la presencia de síntomas depresivos, en donde el 100 % de los participantes presentan una “Probable depresión” con una puntuación de 6 a 9 puntos.

Tabla 8.

Resultados obtenidos de la Escala de Depresión Geriátrica (pretest).

	Puntos de corte	N	%
Probable depresión	6	2	25 %
	7	2	25 %
	8	2	25 %
	9	2	25 %

En la tabla 8 se observa que en la aplicación de la Escala Geriátrica de Yesavage (pretest) existe un rango de puntuación mínima de 6 y 9 puntos, lo que representa el 25% respectivamente para cada participante.

3.1.2. Análisis descriptivo del BATD del dispositivo grupal

En la segunda fase del procedimiento de investigación, en la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica (pretest), se observa un diagnóstico presuntivo de una “Probable depresión” en los participantes. A continuación, se describe el proceso de evaluación y aplicación del BATD:

Tabla 9.

Prueba de normalidad en la Escala de Depresión Geriátrica.

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
PRETEST	.897	8	.274
POST-TEST	.860	8	.120

En la tabla 9 se refleja que en el primer dispositivo grupal denominado “SA” los valores de significación del PRETEST Y POST-TEST son mayores al valor p (0.05), lo que indica que existe una distribución normal de los datos, es decir, son paramétricos.

Tabla 10.

Comparación de las dos muestras emparejadas.

	n	M	sd	t	gl	p
PRETEST	8	7.50	1.19	34.39	7	.001
POST-TEST	8	1.00	1.06			

En la tabla 10 se observa que el resultado obtenido en p ($< .001$) es menor al valor p 0.05, que indica que existe una diferencia significativa. Esto revelaría que, existe una disminución en el puntaje del post-test (Escala Geriátrica de Yesavage) con la aplicación del protocolo BATD.

3.2. Análisis descriptivo del BATD del dispositivo grupal “TE”

Los participantes que formaron parte del segundo dispositivo grupal fueron 12 adultos mayores en total, datos que son descritos de la siguiente manera:

Tabla 11.

Distribución de los adultos mayores según la variable edad.

Edad	N	Min.	Max.	M	sd
	12	66	84	76.75	5.08

En la tabla 11 se observa un frecuencia total de 12 participantes con un rango de edad mínimo de 66 y máximo de 84 años, una media de 76.75 y una desviación estándar de 5.08.

Tabla 12.

Distribución de los adultos mayores según la variable sexo.

		N	%
Sexo	Mujeres	10	83.3 %
	Hombres	2	16.5 %

En la tabla 12 se observa una diferencia significativa en la distribución de género, ya que el 83.3 % de los participantes son mujeres, mientras que el 16.5% son hombres, lo que sugiere una mayor representación femenina en la muestra analizada.

Tabla 13.

Distribución de los adultos mayores según la variable nivel de instrucción.

		N	%
Nivel de instrucción	Analfabeto	7	58.3 %
	Primaria	5	41.7 %

En la tabla 13 se muestra la distribución de adultos mayores en función de su nivel de instrucción. El 58.3 % de los adultos mayores en el grupo son analfabetos, es decir, no saben leer ni escribir. Por otra parte, el 41.7 % tiene educación primaria o han culminado el primer y segundo grado.

Tabla 14.

Distribución de la situación familiar de los adultos mayores

		N	%
Situación familiar	Solo/a	5	41.7 %
	Esposo/a	3	25 %
	Familiares	4	33.3 %

La tabla 14 muestra la distribución de adultos mayores en función de su situación familiar. Se observa que el 41.7% de los participantes se encuentran “Solo/a “, el 25% vive con su pareja, mientras que el 33.3% vive con “Familiares” o cuidadores principales.

3.2.1. Análisis descriptivo del pretest de la Escala Geriátrica Yesavage-TE

Inicialmente, se revela que con la aplicación de la Escala Geriátrica Yesavage (pretest) los 12 participantes presentan un diagnóstico de “Probable depresión”, con un puntaje de 6 a 9 puntos.

Tabla 15.

Resultados de la Escala Geriátrica Yesavage en los dispositivos grupales (pretest).

	Diagnóstico	Puntuaciones	N	%
PRETEST	No depresión	0 – 5	0	0 %
	Probable depresión	6 – 9	12	100 %
	Depresión establecida	10 – 15	0	0 %

En la tabla 15 se evidencia de manera general que los dispositivos grupales del BATD, que involucra a 12 adultos mayores se aplicó un pretest para evaluar la presencia de síntomas depresivos, en donde el 100 % de los participantes presentan una “Probable depresión” con una puntuación de 6 a 9 puntos.

3.3. Análisis descriptivo del BATD del dispositivo grupal

En la segunda fase del procedimiento de investigación, en la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica (pretest), se observa un diagnóstico presuntivo de una “Probable depresión” en los participantes. A continuación, se describe el proceso de evaluación y aplicación del BATD:

Tabla 16.

Pruebas de normalidad del dispositivo grupal BATD

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
PRETEST	.833	12	.023
POST-TEST	.803	12	.010

En la tabla 16 se refleja que en el segundo dispositivo grupal denominado “TE” los valores de significación del PRETEST Y POST-TEST son mayores al valor p (0.05), lo que indica que existe una distribución normal de los datos (paramétricos).

Tabla 17.

Comparación de dos muestras emparejadas

	n	M	sd	t	gl	p
PRETEST	12	7.17	1.19	15,28	11	.001
POST-TEST	12	1.08	1.37			

En la tabla 17 se observa que el resultado obtenido en p (< .001) es menor al valor p 0.05, que indica que existe una diferencia significativa. Esto revelaría que, existe una disminución en el puntaje del post-test (Escala Geriátrica de Yesavage) con la aplicación del protocolo BATD.

3.4. Análisis descriptivo del BATD en los dispositivos grupales

Al finalizar el tratamiento de los dispositivos grupales con la aplicación del protocolo BATD, se evidencia que existe una reducción notable de la sintomatología depresiva presente en los adultos mayores, ya que al aplicar el post-test de la Escala Geriátrica Yesavage los 20 participantes presentan un diagnóstico de “Probable depresión” a “No depresión” con un puntaje entre 0 a 5.

Tabla 18.

Resultados de la Escala Geriátrica Yesavage en los dispositivos grupales (post-test).

	Diagnóstico	Puntuaciones	N	%
POST-TEST	No depresión	0 – 5	20	100 %
	Probable depresión	6 – 9	0	0 %
	Depresión establecida	10 – 15	0	0 %

En la tabla 18 se evidencia de manera general que los dispositivos grupales del BATD, que involucra a 20 adultos mayores se aplicó un pretest para reevaluar la presencia de síntomas depresivos, en donde el 100 % de los participantes presentan una “No depresión” con una puntuación de 0 a 5 puntos; lo que se revela la efectividad del BATD para disminuir la sintomatología depresiva en la población adulta mayor.

CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue determinar la efectividad del dispositivo grupal BATD para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores de la provincia del Azuay, cantón Cuenca, parroquia Paccha. La muestra estuvo conformada por 20 adultos mayores cuyo rango de edad mínimo oscilaba entre los 66 y máximo de 84 años de edad, quienes fueron distribuidos de acuerdo a los criterios de inclusión en dos dispositivos grupales: el primero “SA” conformado por 8 participantes y el segundo “TE” con 12 participantes.

Inicialmente, se evaluó el nivel de depresión en los 20 participantes con la aplicación de la Escala Geriátrica Yesavage (pretest), presentando un diagnóstico de “Probable depresión”, con un puntaje de 6 a 9 puntos. Luego, se aplicó el BATD en 10 sesiones en un tiempo estimado de tres meses, en el que cada sesión tenía una duración de dos horas y se llevó a cabo una vez a la semana. Al finalizar el tratamiento, se comparó la efectividad del proceso grupal con de la misma escala como post-test.

Posteriormente, en los resultados obtenidos se observó una notable reducción en la sintomatología depresiva de los participantes, ya que en el post-test de dicha escala los 20 participantes presentaron un diagnóstico de “No depresión”, con puntajes entre 0 a 5. Este cambio se evidenció en el análisis estadístico, ya que al comparar las dos muestras emparejadas (pretest y post-test), se encontró un valor p menor que el nivel de significancia ($p < .001$), revelando una diferencia significativa entre las mismas. En otras palabras, se evidencia que la aplicación del BATD se asoció con una disminución en los puntajes del pretest y post-test de la Escala Geriátrica de Yesavage.

Los resultados obtenidos de la presente investigación se encuentran una resonancia particular con estudio realizado por Correa (2016), en Bilbao, España. En este estudio, se realizó una psicoterapia grupal para adultos mayores con depresión utilizando el BATD, en donde se evidenció que el mayor éxito de la terapia grupal fue el vínculo positivo que surgió entre el terapeuta y los miembros del grupo a la par de las actividades propuestas en el enfoque.

Así también, Paolazzi (2017), al comparar efectividad entre el BATD y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en un grupo de mujeres con más de 60 años, quienes padecían de depresión a causa del cáncer de mama; concluyó que el BATD demostró ser más eficaz en mejorar la calidad de vida de las pacientes, al promover la persistencia de comportamientos saludables durante un período más largo.

Otro estudio realizado por Collado, et al. (2016), en Estados Unidos en el año 2016, se compararon dos enfoques terapéuticos para el Trastorno de Depresión Mayor (TDM), con el BATD y la Terapia Asertiva (TA). El estudio incluyó a 46 participantes hispanohablantes, con edades entre 18 y 74 años, todos diagnosticados con TDM. Los resultados mostraron que obtuvo mejores resultados que la TA, ya que la sintomatología depresiva disminuyó significativamente a lo largo del estudio. Además, de la remisión de los síntomas y un aumento significativo en la actividad de los participantes luego de finalizar el tratamiento.

En concordancia con las investigaciones, los resultados obtenidos en el presente estudio respaldan la utilidad del dispositivo grupal BATD como un tratamiento eficaz para abordar la sintomatología depresiva, especialmente, en las personas adultas mayores. La reducción significativa en los puntajes de depresión observada en los participantes se alinea con los hallazgos de un estudio similar realizado por Correa (2016), en España y otras investigaciones anteriormente mencionadas. Estos resultados sugieren que el enfoque grupal del BATD puede

ser una herramienta valiosa en la atención de la salud mental de esta población. Además, la consistencia en los efectos positivos del BATD en diferentes contextos geográficos y culturales refuerza su relevancia clínica y su potencial para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores afectados por la depresión.

Otro aspecto importante a resaltar es el apoyo brindado en el marco de las coordinaciones interinstitucionales fue el apoyo brindado por el GAD Parroquial de Paccha, entidad que brindó la apertura para que los adultos mayores participaran de manera activa a los programas significativos. Así también, se resalta el acompañamiento de los familiares o cuidadores principales de los adultos mayores, quienes proporcionaron una sólida red de apoyo para la participación de los adultos mayores en otras actividades gratificantes posterior al tratamiento.

CONCLUSIONES

El desarrollo del presente estudio proporcionó una evidencia sólida sobre la efectividad del dispositivo grupal BATD en participantes adultos mayores con sintomatología depresiva y para obtener dichos resultados se establecieron objetivos específicos que incluyeron la evaluación del estado de ánimo de los participantes en las últimas dos semanas, la aplicación del protocolo BATD y la comparación de los resultados obtenidos en el pretest y post-test del tratamiento descrito.

Inicialmente, se evaluó el nivel de depresión a una muestra de 20 adultos mayores cuyo rango de edad mínimo oscilaba entre los 66 y máximo de 84 años de edad, con una media de 75.30 y una desviación estándar de 5.23; con la Escala Geriátrica de Yesavage, en el cual se obtuvieron resultados cuantitativos. En el pretest, se evidenció que los participantes presentaron una frecuencia del 100% en el diagnóstico de “Probable depresión” al obtener una puntuación entre 6 a 9 puntos. En contraste, en el post-test y previo a la aplicación del BATD, se reveló que los participantes presentaron una notable reducción de la sintomatología depresiva, obteniendo una puntuación entre 0 a 5 puntos, lo que indica un diagnóstico de “No depresión”.

Posteriormente, se aplicó el Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión (BATD), en un período de dos meses, con una duración de dos horas por semana en el cual se abordaron ejes centrales del protocolo como: el registro de las actividades cotidianas, la evaluación de las áreas vitales y valores personales del paciente, la jerarquización y planificación de actividades seleccionadas y la utilización de los recursos sociales el cual favoreció al cumplimiento del segundo objetivo del estudio.

Los resultados obtenidos a lo largo de la investigación proporcionan evidencia sustancial de la efectividad de este enfoque terapéutico específico en esta población, ya que sus resultados fueron alentadores, pese a las limitaciones inherentes a la población. Estos hallazgos sugieren que el BATD puede ser una estrategia valiosa para abordar la depresión en esta población. Además, la implementación exitosa del dispositivo grupal BATD requiere una combinación de enfoque personalizado, redes de apoyo y la práctica continua para lograr resultados positivos en la población de adultos mayores con depresión. Finalmente, es fundamental explorar y adaptar otras intervenciones como el BATD para abordar los desafíos emocionales y psicológicos que enfrenta esta población en nuestro país.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que para futuros proyectos investigativos centrados en la aplicación del BATD en adultos mayores, se sugiere personalizar al BATD, a las necesidades específicas de los participantes. Esto podría incluir la modificación de actividades o la consideración de sus limitaciones físicas o sensoriales, especialmente, al abordar a una población adulta mayor. También, se considera valioso fomentar fomentando la participación activa de los familiares o cuidadores principales, pues es fundamental para el éxito del tratamiento y la continuidad de las actividades gratificantes una vez finalizado el programa.

Asimismo, se debe proporcionar información y capacitación constante a los profesionales de la salud y a los coordinadores interinstitucionales. Esto garantizará una implementación efectiva y una comprensión completa del enfoque BATD. Finalmente, se sugiere realizar un seguimiento a largo plazo para evaluar la sostenibilidad de los resultados obtenidos, ya que permitirá identificar posibles recaídas y ajustar las estrategias según sea necesario.

BIBLIOGRAFÍA

Álamo et al. (2021). Principales factores de riesgo en la tercera edad. *Didasc@lia: Didáctica y Educación*, 11.

Aleaga, A. (2018). Análisis de la situación del adulto mayor en Quito Caso: Hogar de ancianos Santa. *Repositorio Institucional UASB-DIGITAL*.

American Psychological Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. Médica Panamericana.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05>

Biblioteca Nacional de Medicina. (28 de Agosto de 2019). *Depresión en los adultos mayores*. Obtenido de Depresión en los adultos mayores: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm>

Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Medica Herediana*.

Collado et al. (2016). Eficacia de la Activación conductual en el Tratamiento entre los latinos hispanohablantes deprimidos. *Eficacia de Activación conductual Tratamiento entre los latinos hispanohablantes deprimidos*.

Correa, A. (2016). Psicoterapia grupal para adultos mayores con depresión. *Psiquiatra. Avances Médicos*, 9.

Cuijpers et al. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychother Res*, 30(3):279-93.

Freire, W. y. (14 de Octubre de 2017). Ecuador, entre los países con más casos de depresión en Latinoamérica. *Redacción médica*. Obtenido de Redacción médica:

<https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-entre-los-pa-ses-con-m-s-casos-de-depresi-n-en-latinoam-rica-89705>

González, e. a. (2018). La Depresión en el Anciano. *Revistas / NPunto Volumen I. Número 8*.

Gros, K. &. (2022). Comparación entre la Terapia Conductual Transdiagnóstico y el Protocolo BATD en veteranos con trastorno depresivo mayor. *Journal of Mental Health Interventions*, 7(3), 215-230.

Hidalgo, C. y. (2018). Tratamiento de la depresión en el anciano. *Revista NPunto*.

Ibargue, A., Ruiz, O., & Vargas, F. (2016). *Plan de Intervención para los niveles de sedentarismo*.

Obtenido de Plan de Intervención para los niveles de sedentarismo:
<https://repository.unicatolica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12237/720/FUCLG00168>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2018). *Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud (RAS)* . Quito.

Instituto Nacional sobre el Envejecimiento. (2022). Las personas mayores y la depresión. *Institutos Nacionales de la Salud*. Obtenido de <https://www.nia.nih.gov/espanol/personas-mayores-depresion#factores>

Klein, A. (2016). Paradigmas en la vejez: homogeneización y transiciones cinematográficas. *Comunicación y sociedad*.

Lenartowicz, M. (2023). Prevención en las personas mayores. En M. Lenartowicz, *Manual MSD Versión para público general*. Altas Health Solutions.

Maero, F. y. (2015). *Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión. Protocolo y guía clínica - 1ra. Edición*. Buenos Aires, Argentina. : Librería Akadia Editorial.

Martínez et al. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Revista Finlay*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100007

Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). (2020). Proyecto socioeducativo 2022-2023. 54.

Móles et al. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería Global*, 82.

Nance, C. (2021). *Terapia grupal con adultos mayores*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Geriátria.

National Institute on Aging (NIA), Home. (2022). *Las personas mayores y la depresión*. Obtenido de Las personas mayores y la depresión: <https://www.nia.nih.gov/espanol/personas-mayores-depresion#factores>

National Institute of Mental Health. (2017). Las personas mayores y la depresión. *Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos*.

Navarrete, K. (2023). Navarrete Flores, K. J. (2023). Validación de la escala geriátrica de depresión de Yesavage en adultos mayores, que asisten a los centros diurnos de la provincia de Imbabura. *Revista de psicología geriátrica*.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1 de Octubre de 2022). *Envejecimiento y salud*. Obtenido de Envejecimiento y salud: [https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/ageing-and-](https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Todos%20los%20pa%C3%ADses%20del%20mundo,en%202020%20a%201400%20millones)

[health#:~:text=Todos%20los%20pa%C3%ADses%20del%20mundo,en%202020%20a%201400%20millones](https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Todos%20los%20pa%C3%ADses%20del%20mundo,en%202020%20a%201400%20millones).

Organización Mundial de la Salud. (1 de octubre de 2022). *Envejecimiento y salud*. Obtenido de Envejecimiento y salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Mundial de la salud. (31 de Marzo de 2023). *Depresión*. Obtenido de Depresión: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (20 de octubre de 2023). *La salud mental y los adultos mayores*. Obtenido de La salud mental y los adultos mayores: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Paolazzi, A. (2017). Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión. *Psicosomática y Psiquiatría*.

Parada, K. e. (2020). Síndromes geriátricos: caídas, incontinencia y deterioro cognitivo. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 10.

Pinzón, J. (2020). Efectos del Protocolo BATD-R en adultos con síntomas depresivos en Bogotá, Colombia. *Revista de Psicología Aplicada*, 15(2), 123-138.

Rodríguez, N. (2018). Envejecimiento: Edad, salud y sociedad. *Horizonte sanitario*, 17(2), 87-88., 17(2), 87-88. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200087

Rojas et al. (2022). Confiabilidad de la versión española del cuestionario de Yesavage abreviado en adultos mayores cubanos. *Revista Archivo Médico de Camagüey*.

Rush, J. (7 de Octubre de 2023). *Unipolar major depression in adults: Choosing initial treatment*. Obtenido de Unipolar major depression in adults: Choosing initial treatment: <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-major-depression-in-adults-choosing-initial-treatment>

Tartaglino et al. (2021). Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviado (GDS-VE): Análisis de su estructura interna en adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*.

Teo et al. (Abril de 2022). Global prevalence of social isolation among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104904>

Ünal, E., & Özdemir, A. (2019). Old Age and Aging. *Uludag University*.

Zetina, M. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, 5(19), 41.

ANEXOS

Anexo 1.

Carta de compromiso y aceptación del usuario/a

CARTA DE COMPROMISO Y ACEPTACIÓN DEL USUARIO/A

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Yo, con C.I. Ingreso voluntariamente al Dispositivo Grupal para la disminución de la depresión en la vejez, a partir de la presente fecha

Además, manifiesto, que he sido informado/a de los reglamentos existentes del dispositivo grupal, comprometiéndome a través de la presente a cumplir con las responsabilidades y deberes, así como a aceptar las consideraciones psicoterapéuticas que el profesional programe y colaborar para que éste se cumpla.

Además, me comprometo a:

1. Cumplir con el horario establecido
2. Participar en las actividades planificadas en el Espacio Activo.
3. Cuidar de la infraestructura para el desarrollo de las actividades.
4. Colaborar con la profesional a cargo para las diferentes gestiones a mi bienestar.
5. No revelar la información proporcionada durante la sesión grupal.

NOMBRE PERSONA

ADULTA MAYOR

FIRMA/HUELLA

DIGITAL

C. I.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE

LEVANTÓ EL ACTA

FIRMA

CI

Anexo 2.

Ficha sociodemográfica

FICHA DE INFORMACIÓN GENERAL															
1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL DEL USUARIO															
APELLIDOS Y NOMBRES: _____ C. I.: _____															
FECHA DE INGRESO:		DD		MM		AAAA		FECHA DE NACIMIENTO:		DD	MM	AA	EXPEDIENTE N°		_____
SEXO:		M	_____	F	_____										
ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/>															
AUTODENOMINACIÓN ÉTNICA: 1) Mestizo/a <input type="checkbox"/> 2) Blanco/a <input type="checkbox"/> 3) Montuvío/a <input type="checkbox"/> 4) Afroecuatoriano/a Negro/a Afrodescendiente <input type="checkbox"/> 5) Otro extranjero <input type="checkbox"/> 6) Indígena Pueblo _____ Nacionalidad _____															
NIVEL DE INSTRUCCIÓN:															
PRIMARIA: Indicar hasta que año _____			ANALFABETO: _____												
SECUNDARIA: Indicar hasta que año _____			SUPERIOR: _____												
PROFESIÓN/OCUPACIÓN: _____															
2.- CONDICIONES AL INGRESO: (Describe las características externas del ingreso de la persona adulta mayor por cada ítem que se presenta)															
CONDICIÓN FÍSICA (presenta golpes, descripción vestimenta, moretones): _____ _____															
CONDICIÓN PSICOLÓGICA: (estado emocional, orientación, lenguaje) _____ _____															
ESTADO DE SALUD: (indica tener una o algunas enfermedades) _____ _____															
MEDICINAS: (Nombre del medicamento y dosis, solicitar información en el caso de medicamentos naturales, homeopáticos o de medicina ancestral) _____ _____															
REACCIÓN ADVERSA A ALGUN MEDICAMENTO (alergia, reacción negativa o prohibición): _____ _____															
EN CASO DE SER REFERIDO POR OTRA INSTITUCIÓN O INSTANCIA COMUNITARIA:															
¿VINO POR PROPIA VOLUNTAD? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>															
INSTITUCIÓN QUE LO INGRESA: POLICIA <input type="checkbox"/> CRUZ ROJA <input type="checkbox"/> ECU 911 <input type="checkbox"/> MIES <input type="checkbox"/> MSP <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>															
3.- SITUACIÓN FAMILIAR Y DE CONVIVENCIA															
¿CON QUIEN VIVE?															
SOLO	_____	CONYUGE/PAREJA	_____	FAMILIARES/QUIEN	_____	OTROS/QUIEN	_____								
NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL ADULTO MAYOR: _____															
NOMBRE DE CONVIVIENTES SEAN O NO FAMILIAR															
	1	_____	PARENTEZCO O AFINIDAD	_____											
	2	_____	_____												
	3	_____	_____												
CALIDAD DE LAS RELACIONES BUENA <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MALA <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES _____															
4.- OBSERVACIONES: _____ _____															
RESPONSABLES:															
Profesional a cargo: _____ FIRMA _____															

Anexo 3.

Escala Geriátrica de Yesavage, versión adaptada.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE¹
FICHA N° 3d

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

INSTRUCCIONES:

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

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