

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGÍA**

**APLICACIÓN DE DOS PROGRAMAS PSICOTERAPÉUTICOS
BASADOS EN LOS MODELOS COGNITIVO CONDUCTUAL Y
COGNITIVO EN FORMATO DE GRUPO A ANCIANOS CON
PROBLEMAS DEPRESIVOS INSTITUCIONALIZADOS EN EL
ASILO SAN ANTONIO DE LA CIUDAD DE SAN MIGUEL,
DURANTE EL AÑO 2003**

**MEMORIA DE INVESTIGACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN
PSICOLOGÍA**

PRESENTADO POR:

**NAVARRO CALDERÓN, FLOR DE MARÍA
THOMAS JIMÉNEZ, YANCY MARINETH
VÁSQUEZ NAVARRO, NAHÚN
VENTURA VENTURA, KARINA MARISEL**

DOCENTE DIRECTOR:

LIC. RICARDO GARCÍA CANTÓN

**CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, 23 DE ABRIL
DE 2004.**

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.

*APLICACIÓN DE DOS PROGRAMAS PSICOTERAPÉUTICOS
BASADOS EN LOS MODELOS COGNITIVO CONDUCTUAL Y
COGNITIVO EN FORMATO DE GRUPO A ANCIANOS CON
PROBLEMAS DEPRESIVOS INSTITUCIONALIZADOS EN EL
ASILO SAN ANTONIO DE LA CIUDAD DE SAN MIGUEL,
DURANTE EL AÑO 2003.*

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES:

**DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ
RECTORA**

**ING. JOAQUIN ORLANDO MACHUCA
VICE-RECTOR ACADEMICO**

**DRA. CARMEN RODRIGUEZ DE RIVAS
VICE RECTORA ADMINISTRATIVA**

**LICDA. LIDIA MARGARITA MUÑOZ VELA
SECRETARIA GENERAL**

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES:

ING. JUAN FRANCISCO MÁRMOL CANJURA
DECANO INTERINO

LICDA. LOURDES ELIZABETH PRUDENCIO COREAS
SECRETARIA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

AUTORIDADES:

**LIC. Y MSC. ELADIO FABIÁN MELGAR
JEFE DE DEPARTAMENTO**

**LIC. RENE HUMBERTO RUIZ RAMÓN
COORDINADOR GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN**

**LIC. RICARDO GARCÍA CANTON
DOCENTE DIRECTOR**



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
SECRETARIA

Ciudad Universitaria de Oriente, 27 de Mayo de 2004.

Respetables señores :

Para su conocimiento y efectos legales consiguientes, transcribo a ustedes el Acuerdo No. 16-03-07-V-12 de Junta Directiva de la Facultad Multidisciplinaria Oriental, tomado en sesión Ordinaria del día diecinueve de Mayo del año dos mil cuatro.

**PUNTO CINCO
ASUNTOS ACADEMICOS**

12. Coordinador General de Procesos de Graduación del Departamento de Ciencias y Humanidades, remite resultados finales de Proceso de Graduación.

La Junta Directiva con fundamento en el Art. 13, inciso último del Reglamento General del Proceso de Graduación de la Universidad de El Salvador, por unanimidad de votos de los miembros presentes (7) ACUERDA:

- 5) Ratificar la nota de Ocho Punto Cero (8.0) obtenida por la Bachiller: THOMAS JIMENEZ, YANCY MARINETH, estudiante de la Carrera Licenciatura en Psicología, en su Proceso de Graduación, en el Departamento de Ciencias y Humanidades de la Facultad Multidisciplinaria Oriental.

Atentamente,

"HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA"

**LICDA. LOURDES ELIZABETH PRUDENCIO COREAS
SECRETARIA**





UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
SECRETARÍA

Ciudad Universitaria de Oriente, 27 de Mayo de 2004.

Respetables señores :

Para su conocimiento y efectos legales consiguientes, transcribo a ustedes el Acuerdo No. 16-03-07-V-12 de Junta Directiva de la Facultad Multidisciplinaria Oriental, tomado en sesión Ordinaria del día diecinueve de Mayo del año dos mil cuatro.

**PUNTO CINCO
ASUNTOS ACADEMICOS**


12. Coordinador General de Procesos de Graduación del Departamento de Ciencias y Humanidades, remite resultados finales de Proceso de Graduación.

La Junta Directiva con fundamento en el Art. 13, inciso último del Reglamento General del Proceso de Graduación de la Universidad de El Salvador, por unanimidad de votos de los miembros presentes (7) ACUERDA:

- 6) Ratificar la nota de Ocho Punto Cinco (8.5) obtenida por el Bachiller: VASQUEZ NAVARRO, NAHLN, estudiante de la Carrera Licenciatura en Psicología, en su Proceso de Graduación, en el Departamento de Ciencias y Humanidades de la Facultad Multidisciplinaria Oriental.

Atentamente,

"HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA"


LICDA. LOURDES ELIZABETH PRUDENCIO COREA
SECRETARIA





UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
SECRETARIA

Ciudad Universitaria de Oriente, 27 de Mayo de 2004.

Respetables señores :

Para su conocimiento y efectos legales consiguientes, transcribo a ustedes el Acuerdo No. 16-03-07-V-12 de Junta Directiva de la Facultad Multidisciplinaria Oriental, tomado en sesión Ordinaria del día diecinueve de Mayo del año dos mil cuatro.

PUNTO CINCO
ASUNTOS ACADEMICOS

12. Coordinador General de Procesos de Graduación del Departamento de Ciencias y Humanidades, remite resultados finales de Proceso de Graduación.

La Junta Directiva con fundamento en el Art. 13, inciso último del Reglamento General del Proceso de Graduación de la Universidad de El Salvador, por unanimidad de votos de los miembros presentes (7) ACUERDA:

- 4) Ratificar la nota de Ocho Punto Cero (8.0) obtenida por la Bachiller: VENTURA VENTURA, KARINA MARISEL, estudiante de la Carrera Licenciatura en Psicología, en su Proceso de Graduación, en el Departamento de Ciencias y Humanidades de la Facultad Multidisciplinaria Oriental.

Atentamente,

"HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA"


LICDA. LOURDES ELIZABETH PRUDENCIO COREAS
SECRETARIA





UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
SECRETARIA

Ciudad Universitaria de Oriente, 27 de Mayo de 2004.

Respetables señores :

Para su conocimiento y efectos legales consiguientes, transcribo a ustedes el Acuerdo No. 16-03-07-V-12 de Junta Directiva de la Facultad Multidisciplinaria Oriental, tomado en sesión Ordinaria del día diecinueve de Mayo del año dos mil cuatro.

**PUNTO CINCO
ASUNTOS ACADEMICOS**

12. Coordinador General de Procesos de Graduación del Departamento de Ciencias y Humanidades, remite resultados finales de Proceso de Graduación.

La Junta Directiva con fundamento en el Art. 13, inciso último del Reglamento General del Proceso de Graduación de la Universidad de El Salvador, por unanimidad de votos de los miembros presentes (7) ACUERDA:

- 3) Ratificar la nota de Ocho Punto Cinco (8.5) obtenida por la Bachiller: NAVARRO CALDERON, FLOR DE MARIA, estudiante de la Carrera Licenciatura en Psicología, en su Proceso de Graduación, en el Departamento de Ciencias y Humanidades de la Facultad Multidisciplinaria Oriental.

Atentamente,

"HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA"

**LICDA. LOURDES ELIZABETH PRUDENCIO COREAS
SECRETARIA**



AGRADECIMIENTOS

A DIOS CREADOR SUPREMO:

Gracias te doy mi Dios y mi señor por haberme permitido culminar mi carrera universitaria y dar este nuevo paso en mi vida como profesional. Por ser mi guía, dándome la fortaleza necesaria para emprender este camino, por tu amor infinito que tienes padre celestial ¡Bendito seas hoy y siempre!

A MIS PADRES:

Bianca y Sydney por darme la vida, por el apoyo suficiente en cada momento para mi formación profesional, sobre todo el sacrificio y esfuerzo y entrega que me dieron para salir adelante en la vida. Infinitamente les doy las gracias por ser como son y por ser mis padres ¡los quiero mucho!

A MIS HERMANOS:

Fany y Meiquisedec por su comprensión y apoyo.

A MIS FAMILIARES, AMIGOS Y COMPAÑEROS:

Muchas gracias por la comprensión y el apoyo que me brindaron. A mis compañeros de trabajo y amigos Karina, Fior y Nahún por facilitar los medios necesarios para la realización del trabajo de grado, de esta manera alcanzar esta meta.

Con mucho cariño le agradezco al licenciado Edwin Velásquez, por contribuir desinteresadamente en la realización de este trabajo.

AL DOCENTE DIRECTOR:

El licenciado Ricardo García Cantón por su conocimiento, esfuerzo y dedicación. Logró instruir el desarrollo de este trabajo, brindándonos sus conocimientos. Gracias licenciado por su capacidad y experiencia para dirigir un trabajo como este y por ser nuestro docente director.

YANCY THOMAS.

AGRADECIMIENTOS

Es un momento muy interesante donde se recuerda a todas aquellas personas que de una u otra forma han contribuido a que haya podido dar este paso muy importante en mi vida, no solo compartiendo amistad, sino también ideas en la búsqueda del conocimiento de la psicología y la ciencia en general.

Es por ello que quiero agradecer a mis padres Rosa y Joaquín por su esfuerzo y sacrificio y el apoyo que siempre me brindan

A mis hermanos Laura y Tito por su apoyo moral que siempre me manifiestan.

Al licenciado y amigo Edwin Velásquez por contribuir desinteresadamente en la realización de este trabajo de Graduación.

A mis amigas y compañeras especialmente a Karina y familia, a Yancy y Fior por su dedicación al proceso de trabajo de grado que con la ayuda de Dios hemos logrado realizar. A Edwin por su cooperación y apoyo moral.

Al licenciado Ricardo Cantón por aportar sus conocimientos como asesor.

Nahún Vásquez

AGRADECIMIENTOS

Al culminar el proceso universitario, es primordial reconocer el aporte de todas las personas que han colaborado, para que en conjunto esto tenga valor:

A DIOS TODOPODEROSO:

Por regalarme todos los elementos necesarios para darle forma a este proceso, por rodearme de personas adecuadas y por enseñarme que en la vida las situaciones que perduran son aquellas en las que cómo seres humanos debemos doblegar nuestra voluntad.

Gracias señor por mi vida y por darme todo, lo que ha esta fecha he necesitado.

A MIS PADRES:

José Lázaro y Catalina Ilvea, por su apoyo incondicional, su esfuerzo y sacrificio. ¡He aquí el fruto! Gracias por recordarme el camino a seguir e instruirme para ser mejor persona. Dios les bendiga y guarde siempre. Gracias Dios por haberme dado unos padres excepcionales.

A MIS HERMANOS:

Zaira Elizabeth, Francis Eunice, Lina Esther, Lázaro Abdías y Eliezer Balbino, por su apoyo y por haberme escuchado y comprendido cuando lo necesité. Dios les cuide y bendiga donde quiera que vayan.

A MIS AMIGOS Y FAMILIARES:

Gracias por colaborar y brindar su apoyo moral durante todo el proceso académico.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE TRABAJO DE GRADO:

Flor, Yancy y Nahún, agradezco su amistad y toda su dedicación y esfuerzo al proceso del trabajo de grado. Dios les bendiga y acompañe siempre.

Al licenciado y amigo Edwin Velásquez por su contribución desinteresada en la realización de este trabajo de grado.

AL DOCENTE DIRECTOR:

El licenciado Ricardo García Cantón por su aporte y colaboración durante nuestra formación académica pero en especial durante este proceso de trabajo de grado.

KARINA MARISEL VENTURA.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Quien guió mis pasos, en la culminación de esta meta y a mi Madre Santísima por cuidarme y haber estado conmigo siempre.

A MIS PADRES

Manuel y Mabel, por ser los instrumentos que el Señor utilizó para regalarme la vida, gracias por su apoyo y fortaleza incondicional.

A MI HERMANA

Mabel Navarro, con mucho cariño, por mostrarme en cada momento su apoyo incondicional.

A MIS TIOS (AS), PRIMOS (AS).

Por estar conmigo y ayudarme cuando los he necesitado. GRACIAS.

A MIS AMIGOS

Por colaborarme de una u otra manera para alcanzar mi sueño.

A MIS COMPAÑEROS DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

El conocerles me permitió experimentar diferentes vivencias, que formaron en mí a un mejor profesional, los quiero.

AL ASESOR

Lic. RICARDO CANTON, porque con su valioso conocimiento, construyó el cimiento teórico-práctico, para la realización de este trabajo.

A TODOS USTEDES LECTORES, MUCHAS GRACIAS.

FLOR DE MARIA NAVARRO CALDERON.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
INTRODUCCIÓN.....	i
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO.....	1
1.1. Teorías del envejecimiento.....	1
1.2. Características psicológicas de los ancianos.....	5
1.3. Perfil de un anciano institucionalizado.....	12
1.4. La depresión.....	13
1.4.1. Definición de la depresión.....	13
1.4.2. Depresión en ancianos.....	15
1.4.3. Factores que predisponen a la depresión en la edad senil.....	17
1.4.4. Tipos de depresión en ancianos.....	20
1.4.5. Cómo diagnosticar la depresión.....	24
1.4.6. Prevalencia de la depresión en ancianos.....	32
1.5. Terapia cognitiva.....	33
1.5.1. Modelos de terapia cognitiva.....	34
1.5.2. Terapia cognitiva de grupo.....	38
1.5.3. Fases de la terapia cognitiva.....	40
1.5.4. Técnicas cognitivas para el tratamiento de la depresión senil.....	42

1.6. Terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión senil.....	54
1.6.1. Tratamiento cognitivo conductual	55
1.6.2. Terapia conductual.....	58
1.6.3. Técnicas cognitivo conductuales para el tratamiento de la depresión senil.....	62
1.7. Evolución de la psicoterapia de grupo	70
1.7.1. Psicoterapia de grupo.....	71
1.7.2. Utilización de la terapia de grupo.....	73

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	75
2.1. Antecedentes.....	75
2.2. Delimitación del problema	80
2.3. Formulación del problema.....	84
2.4. Objetivos de la investigación.....	86

CAPÍTULO III

DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	88
3.1. Variable independiente: Terapia Cognitiva	88
3.2. Variable independiente: Terapia Cognitivo Conductual	90
3.3. Variable dependiente: Depresión.....	93
3.4. Control de variables	94

3.5. Variables intervinientes.....	98
------------------------------------	----

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA	102
4.1. Población.....	102
4.2. Muestra	102
4.3. Instrumentos.....	104
4.4. Procedimiento.....	107
4.5. Diseño.....	112
4.6. Las hipótesis del estudio.....	114

CAPÍTULO V

ANÁLISIS DE RESULTADOS	116
5.1 Análisis estadístico.....	116
5.2 Interpretación de los resultados	124

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones.....	133
6.2 Recomendaciones.....	133

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
---	-----

ANEXOS	141
---------------------	-----

1-Entrevista.....	142
-------------------	-----

2-Prueba de memoria.....	144
3-Escala de depresión de Burns.....	146
4-Lista de la muestra, selección de los grupos.....	148
5-Programas, bitácoras del grupo cognitivo y sus respecti- vas hojas de tareas.....	150
5.1-Lecturas cortas, día planeado.....	158
5.2-Diario de estados anímicos.....	188
6-Programas, bitácoras del grupo cognitivo conductual y sus respectivas hojas de tarea	198
6.1-Relajación.....	203
6.2-Registro de actividades.....	227
6.3-Programación de actividades.....	212
7-Listas de asistencias.....	250
7.1-Grupo cognitivo.....	250
7.2-Grupo cognitivo conductual.....	251
7.3-Grupo de control.....	252
8-Hojas de control de variables.....	253
8.1-Grupo cognitivo.....	253
8.2-Grupo cognitivo conductual.....	254
9-Hoja de observación.....	255

10-Resultados obtenidos de la pos prueba de la escala de depresión de Burns.....	256
11-Desarrollo de la prueba "F".....	258
12-Cálculo de la prueba "t" de Student para el grupo cognitivo conductual comparado con el grupo cognitivo.....	266
13-Cálculo de la prueba "t" de Student para el grupo cognitivo comparado con el grupo de control.....	275
14-Cálculo de la prueba "t" de Student para el grupo cognitivo conductual comparado con el grupo de control	284
15-Tabla de números aleatorios "random".....	293

INTRODUCCIÓN

El presente informe, expone todo el proceso que incluyó una investigación realizada en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel, para dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación: ¿Será menor o mayor el nivel de depresión de un grupo de ancianos después de ser sometido al programa psicoterapéutico cognitivo, que el nivel de depresión de otro grupo de ancianos sometido al programa psicoterapéutico cognitivo conductual, durante cinco meses del año 2003. Ambos grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel?

La segunda pregunta fue: ¿Será menor o mayor el nivel de depresión de un grupo de ancianos después de ser sometido al programa psicoterapéutico cognitivo conductual, durante cinco meses del año 2003, que el nivel de depresión de otro grupo de ancianos que no será sometido a ningún tratamiento. Ambos grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel?

La tercera y última pregunta que se formuló es: ¿Será menor o mayor el nivel de depresión de un grupo de ancianos

después de ser sometido al programa psicoterapéutico cognitivo, durante cinco meses del año 2003, que el nivel de depresión de otro grupo de ancianos que no será sometido a ningún tratamiento. Ambos grupos institucionalizados en el Asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel?.

El estudio era de carácter experimental y fue aplicado en la modalidad de terapia grupal. Este reporte de investigación da a conocer los resultados de los objetivos específicos y general que se propusieron para el estudio.

El objetivo general que se planteó es: Determinar si el nivel de depresión de dos grupos de ancianos que reciben tratamiento psicológico, durante cinco meses del año dos mil tres, es diferente al de otro grupo de ancianos que no recibe ningún tratamiento psicológico. Dichos ancianos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

Mientras que los objetivos específicos planteados fueron:

-Determinar si el nivel de depresión de un grupo de ancianos sometido, durante cinco meses del año dos mil tres, al programa psicoterapéutico cognitivo conductual, es

diferente al de otro grupo de ancianos deprimidos sometido al programa psicoterapéutico cognitivo, durante el mismo periodo de tiempo. Ambos grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

-Determinar si el nivel de depresión de un grupo de ancianos sometido, durante cinco meses del año dos mil tres, al programa psicoterapéutico cognitivo conductual, es menor al de otro grupo de ancianos deprimidos no sometido a ningún programa psicoterapéutico durante el mismo periodo de tiempo. Ambos grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

-Determinar si el nivel de depresión de un grupo de ancianos sometido, durante cinco meses del año dos mil tres, al programa psicoterapéutico cognitivo, es menor al de otro grupo de ancianos sometido a ningún programa psicoterapéutico durante el mismo periodo de tiempo. Ambos grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

Por otra parte, la investigación se realizó de tal manera que permitiera probar las siguientes hipótesis, iniciando con la hipótesis general: El nivel de depresión de

dos grupos de ancianos que reciben tratamiento psicológico durante cinco meses del año dos mil tres, será diferente al de otro grupo de ancianos que no será sometido a ningún tratamiento psicológico. Dichos ancianos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

También, se propusieron las siguientes hipótesis específicas: El nivel de depresión de un grupo de ancianos que será sometido al programa psicoterapéutico cognitivo conductual, durante cinco meses del año 2003, será diferente al de otro grupo de ancianos deprimidos, sometido al programa psicoterapéutico cognitivo durante el mismo período de tiempo. Ambos grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

La otra hipótesis fue: El nivel de depresión de un grupo de ancianos sometido a un programa psicoterapéutico cognitivo conductual, durante cinco meses del año 2003, será menor que el de otro grupo de ancianos que no será sometido a ningún programa psicoterapéutico. Dichos grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

La última hipótesis era: El nivel de depresión de un grupo de ancianos sometido a un programa psicoterapéutico cognitivo, durante cinco meses del año 2003, será menor que el de otro grupo de ancianos que no será sometido a ningún programa psicoterapéutico. Ambos grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

Las variables independientes fueron: Las técnicas basadas en los modelos cognitivo conductual y cognitivo. La depresión constituyó la variable dependiente.

La realización de este estudio surgió, por la alta incidencia de depresión presentada por los ancianos del asilo, en donde no existían aportes basados en la ciencia psicológica para resolver el problema. Los modelos terapéuticos, han dado buenos resultados en el tratamiento de la depresión en ancianos, por esa razón, se consideró importante practicarlos con los ancianos en el asilo y determinar su eficacia.

La muestra se seleccionó tomando en cuenta a los ancianos que viven en el asilo y que estaban en condiciones para incorporarse a cualquiera de los tres grupos. De una población de 119 ancianos, al aplicar la escala de Burns a 36 de ellos, 25 ancianos presentaron el trastorno depresivo

grave y moderado estos formaron los tres grupos de estudio, designando ocho ancianos en cada grupo.

Los resultados encontrados muestran que si existió diferencia en el nivel de depresión de los grupos de ancianos sometidos a tratamiento comparados con el grupo sin tratamiento, siendo esta diferencia favorable para los grupos que recibieron tratamiento. A la vez, no existió diferencia en el nivel de depresión entre los grupos experimentales.

Lo anterior, permitió concluir que la terapia cognitiva y cognitivo conductual son efectivas en el tratamiento de la depresión de ancianos institucionalizados y que los dos modelos son igualmente efectivos. Este estudio constituye un aporte importante a la institución y a la psicología nacional.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Teorías del envejecimiento

Existen dos enfoques diferentes que fundamentan las teorías de la vejez. El primero, se refiere a que el envejecimiento es un proceso programado que está preestablecido por cada especie y está sujeto sólo a modificaciones menores. El segundo, explica el envejecimiento como el resultado de "ultrajes" hechos al cuerpo (Papalia, citado por Magaña y coautores, 1989).

Lo anteriormente plasmado, significa que ambos enfoques implican aspectos distintos, entonces no se puede atrasar el proceso de envejecimiento, más aún, si está influenciado por las tensiones a las que a diario está sujeto el ser humano.

A continuación, se describen las principales teorías de la vejez, planteadas por Magaña y coautores en 1989. Estos investigadores formulan diez teorías, de las cuales se retoman cinco.

1. Teoría programada: "Sostiene que cada especie trae su pauta de envejecimiento y su propia esperanza de vida.

El envejecimiento debe constituir en alguna forma parte de la estructura misma del organismo, de modo que un individuo se reproduzca, envejezca y finalmente muera. Las fuerzas de la naturaleza ayudan a la nueva generación a sobrevivir y desempeñar la parte que le corresponde en el programa" (Magaña y coautores, op. cit., Pág. 20). Esto concuerda con la ley biológica de todo ser vivo que consiste en nacer, desarrollarse, reproducirse, envejecer y morir, proceso por el cual deben pasar todos los seres humanos.

2. Teoría de la terminación del programa genético: Según esta teoría, "existe una cantidad de material genético básico (DNA: ácido desoxirribonucleico) en cada célula. A medida que éstas se desarrollan y envejecen, se agota el DNA y mueren" (Magaña y coautores, op. cit., Pág.21.) Es por esto que a medida que la persona envejece se da un deterioro en todos los procesos tanto físicos como psicológicos.

3. Teoría del gen: Esta teoría presenta tres variaciones:

- "Cada individuo nace con uno o más genes nocivos que se activan posteriormente en la vida, originando el envejecimiento y finalmente la muerte".
- "Las personas tienen dos distintos tipos de genes, uno que proporciona bienestar en la juventud y otro que produce declinación posteriormente en la vida. Al principio de la misma, predominan los genes "buenos" y en la edad mediana prevalecen los genes "malos".
- "Solamente está involucrado un conjunto de genes, pero en la edad mediana cambian su carácter de buenos a nocivos" (Ibíd.).

4. Teoría del desgaste y la desnutrición: Esta teoría compara al ser humano con las máquinas, las cuales se van desgastando debido al uso continuo, plantea que: "las tensiones internas y externas, agravan el proceso de desgaste y desnutrición. A medida que envejecen las células son cada vez menos capaces de reparar o de reemplazar los componentes dañados, de modo que mueren" (Magaña y coautores, op. cit., Pág. 22). Los tipos de preocupaciones, conflictos emocionales y la manera de abordar los problemas, generan deterioro. El cual poco

a poco imposibilita desarrollar de manera adecuada las actividades de la vida. La alimentación no adecuada, causa desnutrición que luego produce una serie de enfermedades. Por otra parte, el abuso de sustancias como el alcohol y las drogas ocasionan reacciones físicas y psicológicas. Entre las psicológicas especialmente se encuentran las siguientes: sentimientos de culpa, de inutilidad y desvalorización personal. Esto afecta el funcionamiento biopsicosocial.

5. Teoría auto inmune: Sostiene que "los sistemas de nuestro organismo, han sido diseñados para repeler sustancias dañinas tales como: virus, bacterias y proteínas extrañas, endotóxicas y exotóxicas. Con la edad, este sistema puede llegar a ser confuso, de modo que no puede distinguir elementos que le son propios, tales como proteínas y por ello los ataca, agrediéndose a sí mismo (Magaña y coautores, op. cit., Pág.23). Según esta teoría, los ancianos son proclives a padecer de una serie de enfermedades, porque su sistema se ha deteriorado y con esto las defensas que les ayudan a repeler microorganismos dañinos como bacterias y virus.

1.2. Características Psicológicas de los ancianos.

La vejez es la última etapa de un ser humano, ésta se ve influenciada por factores ambientales, sociales, físicos y psicológicos, los cuales pueden contribuir a una mejor calidad de vida. "Resulta importante hacer un análisis de las características psicológicas de un anciano, concentrándose en dos áreas de estudio: área intelectual y área afectiva." (Magaña y coautores, op. cit., Pág. 40)

Área intelectual:

Comprende habilidades y capacidades que ayudan al individuo en el funcionamiento laboral, social y físico. Por ejemplo, a una persona se le dificultará, con el paso de los años, desarrollar la misma actividad que realizaba con mucha destreza cuando fue joven.

En la ancianidad podemos observar una diversidad de problemas que se presentan en el área intelectual, de los cuales se pueden mencionar los siguientes:

1.- "Lenguaje: Petrovski lo define como "Un sistema de signos verbales que se trasmite a cada individuo por la sociedad" (1982., Pág. 189).

"En esta área se toman en cuenta algunos trastornos del lenguaje hablado en el anciano: lenguaje depresivo, la lentitud y en algunos casos la disminución del habla, que refleja depresión y cansancio en la persona. En caso contrario, se puede presentar un aumento del lenguaje" (Petrovski, op. cit., Págs. 41 y 42). Los síntomas descritos anteriormente son comunes en los ancianos. Lo observado en la población estudiada, es que en la mayoría predomina la lentitud verbal o no se comprende lo que hablan.

2.- "Percepción: Petrovski la define como: "la imagen de objetos o fenómenos que se crea en la conciencia del individuo al actuar directamente sobre los órganos de los sentidos; proceso durante el cual se realiza el ordenamiento y la asociación de las distintas sensaciones en imágenes integrales de cosas y hechos" (op. cit., Pág. 223).

Además, la percepción se entiende como la conducta de dar cuenta de los objetos externos, sus cualidades y relaciones. Una distorsión perceptiva, implicará para la

persona, trastornos en la esfera intelectual y una problemática mayor de acuerdo a la índole o gravedad del mismo, se pueden presentar ilusiones y alucinaciones (Magaña y coautores, op. cit.).

3.- "La memoria: Petrovski la define así: "la memorización, almacenamiento y ulterior reproducción de la experiencia por el individuo" (op. cit., Pág. 260). Los ancianos pierden su poder de fijación para sucesos recientes conservando fácilmente recuerdos de hechos pasados. Ejemplos concretos de estos problemas se pueden mencionar la amnesia, la hipermnnesia y la hipomnesia (Magaña y coautores, op. cit.).

4.- "Pensamiento: Petrovski lo define de la siguiente manera: "procesos psíquicos socialmente condicionados de búsquedas y descubrimientos de lo esencialmente nuevo y esta indisolublemente ligado al lenguaje" (op. cit., Pág. 282). Este proceso mental, juega un papel importante en la adaptación de la persona, ya que consiste en la formación y/o asociación de ideas en el anciano, dentro de las alteraciones que se presentan se pueden mencionar: ideas delirantes, ideas de muerte. La idea principal que los ancianos tienen es que van a fallecer más rápido, debido a que se encuentran internos en el asilo. También presentan incoherencia al

momento de comunicar un suceso, proporcionando información distorsionada, por ejemplo, cuando hacen mención de sus seres queridos, primero comentan que están vivos, pero luego se percibe contradicción y pasan de un tema a otro (Magaña y coautores, op. cit.).

Área afectiva:

La relación existente entre las actitudes del sujeto hacia las personas u objetos significativos para la satisfacción de sus necesidades, se centran particularmente en sentimientos agradables que le permitirán encontrarle sentido a la vida. Cuando se llega a la edad senil esto cambia, pues los ancianos no encuentran algún estímulo que les permita motivarse a seguir viviendo, en el área afectiva los ancianos se ven más afectados, pues ellos necesitan del apoyo y comprensión de sus familiares y amigos, sin embargo, es lo que menos tienen.

"En la vejez el individuo emocionalmente sano puede alcanzar su propia realización, y vivir una época de agradable productividad consolidando el bagaje de habilidades y conocimientos que ha logrado desarrollar a través de los años." (Magaña y coautores, op. cit., Pág. 45).

Reconociendo así, que el anciano posee un cúmulo de experiencias. En esta etapa el anciano enfrenta profunda crisis, por la pérdida de su trabajo, de la salud, de sus seres queridos, bienes materiales, disminuyendo los recursos emocionales que tiene.

Los mayores pierden entonces sus emociones y sentimientos lamentando estas pérdidas, ajustándose al cambio que implican y reorganizando sus vidas, lo que aumenta sus posibilidades de caer en depresión, si no se cuenta con el afecto y comprensión social.

Los principales problemas que se pueden reconocer de índole emocional en los ancianos son:

1.- "Angustia: inquietud extrema e irracional; este estado va acompañado de alteraciones neurovegetativas, palpitaciones cardíacas, sudor, temblores y visión confusa" (Magaña y coautores, op. cit., Pág. 50). Estos síntomas se relacionan con algún problema psicológico, por ejemplo, la depresión, generando así el origen de los síntomas antes citados.

2.- "Depresión: pérdida de voluntad, tristeza, disminución del apetito, reducción del sueño manifiesto por no poder dormir, en tanto, que en lo latente es un no querer dormir, por el temor que en las horas nocturnas pudiese morir. Descuido en su aspecto personal, falta de energía en actividades cotidianas, aislamiento social, sentimientos de desamparo, fracaso y llanto frecuente" (Ibíd.).

Específicamente, este es el problema en estudio, pues los ancianos institucionalizados en el asilo presentan una serie de síntomas propios de la depresión, dificultando el funcionamiento normal de su psiquis.

3.- "Aislamiento: las experiencias, impresiones y recuerdos son separados de su significado emocional y experimentados sin sentimiento y afecto" (Ibíd.).

El anciano se aísla de cualquier grupo social, al cual pudiera haber pertenecido, piensa que la etapa en la que vive, debe solamente preocuparse en sí mismo, sin importarle el hecho de callar todo lo que piensa y siente, respecto a lo que sucede a su alrededor. Esto trae como consecuencia que las otras personas que conviven con él, lo aislen, de cualquier actividad a realizar, aún sabiendo que

es muy capaz de ejecutarla, y esto a su vez, lo puede conducir a una depresión.

4.- "Ansiedad: estado afectivo caracterizado por un sentimiento de inseguridad, difuso, vago y muy desagradable de miedo y aprehensión" (Ibíd.).

La inseguridad que los ancianos sienten, que cualquier día pueden llegar a morir, o que debido a sus condiciones críticas, se acelere el proceso de muerte. Los hace sentirse incapaces de confiar en sí mismos provocándoles ansiedad, aún cuando ellos piensan que lo que les sucede es normal.

Así como se ve afectada el área psicológica, la salud física de los ancianos se deteriora, sin recibir un tratamiento adecuado este deterioro es aún mayor. Dentro de los padecimientos físicos más sobresalientes, se pueden mencionar: "Asma, bronquitis, diabetes, hipertensión arterial, desnutrición, artritis, paraplejía, obesidad" (Martínez y coautores, 2002, Pág. 82).

1.3. Perfil de un anciano institucionalizado

Existe diversidad de características, las cuales se pueden adjudicar a cualquier anciano, pero estas se presentan con mayor gravedad y frecuencia en aquellos ancianos que se encuentran institucionalizados en un asilo, esto por la influencia de las condiciones propias del lugar o por factores externos a la residencia, que los hace vulnerables a padecimientos psicológicos, como es el caso de la depresión. "La población que vive en una residencia presenta el siguiente perfil:

- Población frágil.
 - Población con discapacidad física leve, moderada o grave.
 - Población con discapacidad psíquica, leve, moderada y grave.
 - Población con síndromes geriátricos, (caídas, úlceras, inmovilismo, etc.).
 - Población autónoma sin condicionantes.
 - Población con condicionantes socio familiares."
- (Martínez y coautores, op. cit., Pág. 5).

Algunas de estas características se presentan al momento de que el anciano ingresa al asilo, y bien pudiera deberse a la adaptación por la cual debe de atravesar o antes de su ingreso, cualquiera que fuera la causa, "el tratar en formato de grupo, permite contar con una mayor integración de cada uno de los residentes. De igual forma se puede desarrollar un dinamismo entre ellos, corrección de factores comunes y lograr un mayor nivel de implementación de programas y actividades" (Ibíd.).

1.4. La depresión.

1.4.1. Definición de depresión.

Son diferentes los conceptos tendientes a explicar este trastorno afectivo; a menudo la población salvadoreña que visita al psicólogo simplemente expresa sentirse triste y con deseos de llorar.

La tristeza, es el síntoma que caracteriza a la depresión, acompañándose de sentimientos de culpa y otros signos. Consiste en "Un estado en el que se presentan una serie de síntomas anímicos tales como tristeza, anhedonia,

irritabilidad y sentimientos de culpa, igualmente hay lentitud psicomotriz, malestares físicos y problemas de relaciones interpersonales" (Belloch y coautor, 1995, Pág. 96).

La depresión también se refiere a la presencia de síntomas afectivos que son la esfera de los sentimientos o emociones, especialmente los que se refieren a la: "Tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida. Del mismo modo, la presencia de síntomas de tipo cognitivo, volitivo e incluso somático". (<http://www.PSIQUIATRIA.COM> - [Girona. Volumen 2. No 3. Septiembre 1998](#)).

Por lo anterior, se puede decir que la depresión afecta de manera total la vida psíquica, haciendo énfasis principalmente en la esfera afectiva.

Un anciano con depresión presenta una agrupación de síntomas que pueden ser valorados y ordenados en criterios diagnósticos. Merani (1995, Pág. 44) afirma que la depresión es un "Estado mental que se distingue por aflicción y desconfianza, acompañado generalmente por ansiedad."

1.4.2. Depresión en ancianos.

La vejez es una etapa muy difícil, en la cual se manifiesta el deterioro de las capacidades físicas y psicológicas. En el área psicológica, aparecen una serie de pensamientos que propician la depresión en el anciano. Carballo, (1997, Pág. 24), menciona que: "Los cambios sociales, psicológicos y fisiológicos de la vejez crean serias dificultades que predisponen al individuo a experimentar sentimientos de frustración, decepción, fracaso, apatía y angustia. Los individuos, bien entrados en la senilidad, son más propensos a sufrir enfermedades psicóticas depresivas. Puede que los estados depresivos se intensifiquen a procesos degenerativos y cambios adversos en la vida de los ancianos".

Un estudio realizado en México, "Concluyó que la depresión en ancianos, que viven en residencias y clínicas, es un fenómeno que pasa habitualmente inadvertido. Sin embargo, se les diagnostica y solamente se prescriben los fármacos necesarios para su tratamiento" (<http://www.PSIQUIATRIA.COM> -Girona. Vol. 2. N° 3. Septiembre 1998. Pág. 1 de 11). Esto demuestra que se concede poca importancia a la intervención psicológica.

Cuando es abreviado el diagnóstico de depresión en personas de edad senil, los médicos recurren a pensar que el estado de ánimo del enfermo es consecuencia de su situación, o lo confunden con la demencia, o bien se comete el error de diagnosticarlo como algo normal en el anciano y no se le presta la atención debida, mucho menos se le brinda el tratamiento adecuado.

Según Papalia y coautores (2001, Pág. 659) "la depresión se diagnostica con menos frecuencia en los ancianos aún cuando los síntomas de la depresión sean más comunes entre ellos que entre los jóvenes".

Específicamente el camino que conlleva a que un anciano sufra de depresión, se basa en que algunos meditan sobre aspectos pasados de su vida, esto lo realizan con desesperación, pues sienten que malgastaron su vida y fracasaron en lograr posibles metas que se establecieron, esto hace que el anciano se sienta poco realizado e inseguro de su propia vida.

La psicogeriatría, que es la rama encargada de estudiar la edad senil, hace referencia a que los signos que fueron explicados con anterioridad son propios de la depresión.

1.4.3. Factores que predisponen a la depresión en la edad senil.

Magaña y coautores (op. cit.) mencionan una serie de factores que conllevan a la depresión en los ancianos, los que se analizan a continuación:

1.-Aspecto familiar:

Cuando se hace referencia a la edad senil, esta va apegada a la idea de que el anciano no carece de un futuro, sino más bien sólo de un pasado, y como consecuencia es una crueldad privarle de sus querencias, de su casa, sus muebles, los objetos a los cuales tiene apego.

En consecuencia, la dificultad que puede generarse entre el anciano y el hecho que una persona más joven lo desprenda de sus objetos, lo vuelve suspicaz e irritable, o bien puede caer en estados depresivos, generando el pensamiento que su familia espera con ansias su muerte. Ante esta

situación, tan desagradable para el anciano, se aísla y se va quedando solo, pensando así que la familia llega a ocuparlo sólo para satisfacer sus necesidades inmediatas.

Este aislamiento, que propicia la familia, trae como consecuencia un deterioro mental más rápido por falta de estímulos apropiados. Cuando se interna en una institución o en un asilo a un anciano, se le priva del inalienable derecho del hombre a la relación familiar y al cultivo del amor en grupo.

2.-Aspecto social.

El hombre seguirá siendo un ser social, cuyos conceptos de los valores no podrán llevarse por el individuo solo y sin relación afectiva con los demás. Es así como el anciano necesita poder seguir siendo un miembro valioso y reconocido en nuestra sociedad.

Tanto la jubilación como la escasez de trabajo, generan un deterioro en la salud física y mental en el anciano, esto trae consigo consecuencias, tanto para la sociedad, como para el anciano mismo.

Para el anciano significa una disminución de los ingresos, la insatisfacción provocada por los problemas financieros y la depresión, se asocia con el deterioro físico de la edad. Para la sociedad es un aumento de la proporción de personas dependientes, a quienes hay que mantener por más tiempo y en mejores condiciones.

3.-Aspecto económico.

Dentro de la sociedad, la mayoría de las personas que llegan a la vejez son totalmente dependientes de su familia. Un grupo reducido recibe una pequeña pensión eventualmente para su personal subsistencia. Esta situación es otra fuente de preocupación permanente en el anciano. Llevándolo poco a poco a un estado depresivo.

Pues lo poco que recibe le mantiene preocupado y triste, y aquellos que dependen totalmente de su familia o de una institución altruista, como lo son los asilos, tienden a generar en los ancianos una mayor preocupación sobre su futuro, llevándolos a una depresión, que al no recibir la atención psicológica necesaria puede generar en ellos ideas suicidas, en casos extremos llevarlas a cabo.

1.4.4. Tipos de depresión en ancianos.

La depresión se presenta en cualquier etapa de la vida de un ser humano; pero, en la ancianidad se es más vulnerable a sufrir una depresión. A continuación se hace un análisis al respecto.

“El síndrome depresivo siempre ha sido objeto de investigación y controversias, estableciéndose con frecuencia una diferencia entre las formas reactivas y las endógenas. La historia clínica de algunos pacientes muestra causas ambientales y psicológicas como factores determinantes, entonces, la depresión es llamada exógena o reactiva. Cuando se carece de factores desencadenantes evidentes la depresión se considera endógena” (Calderón, 1991, Pág. 198).

El trastorno depresivo mayor, es una de las clasificaciones que se asocia a la depresión. Se clasifica a una persona que presenta un episodio depresivo mayor, cuando cumple una serie de condiciones adicionales, entre las cuales se pueden mencionar: que de ningún modo ha presentado un episodio de manía, es decir, no se trata de un caso de esquizofrenia.

El trastorno depresivo mayor, se puede catalogar de dos tipos: episodio único (para aquellos casos en los que el episodio actual sea el primero que han tenido en sus vidas) y recurrente (para aquellos otros casos en los que ha habido por lo menos algún otro episodio depresivo mayor en su vida), (Belloch y coautor, op. cit.).

De igual forma, se puede señalar la depresión normal, la cual puede presentar cualquier anciano. Este tipo de trastorno se produce durante los periodos de "decaimiento" que pueden durar varios días, el individuo continúa en sus actividades usuales. Su ritmo se hace más lento, pero su nivel de rendimiento está intacto. Sus compañeros lo describen como una persona insólita, tranquila, reservada o taciturna.

La rama encargada de estudiar la edad senil, la psicogeriatría, logra distinguir las siguientes categorías:

A-) "Estados depresivos en la primera categoría (antes de la vejez), es una recaída tardía o evolución crónica de un estado depresivo endógeno, reaccional o neurótico, el cuadro clínico da la impresión de haberlo vivido ya el paciente, pero predominan los síntomas de tipo orgánico" (Magaña y coautores, op. cit., Pág. 26).

B-) "Estado depresivo que aparece por primera vez en la vejez, entendiendo el proceso de envejecimiento como una pérdida progresiva de los valores durante la existencia; (salud, fuerza, inteligencia, poder, dinero) paralelo a una disminución biológica global y la consecuente regresión en el plano social e individual hacia un estado de clara dependencia, con la perspectiva exclusiva de la muerte. Siguiendo esta concepción, el humor depresivo estaría ligado al proceso de envejecimiento normal y reflejaría la posición existencial del anciano" (Ibíd.).

C-) "Depresión reactiva: es la más frecuente en la edad senil. Su aparición estaría fundamentalmente en función de la personalidad y experiencias previas del sujeto. En las depresiones reactivas puede ocurrir que el acontecimiento desencadenante sea el mismo paso a la vejez, sin una especificación precisa en cuanto a causa. Por otro lado, también puede existir una adaptación precaria que viene a romperse ante un acontecimiento posterior" (Ibíd.).

En el primer caso, existiría una depresión debido a la falta de capacidad del anciano para adaptarse a la nueva situación. Si el sujeto no sabe abandonar ciertas

actividades, que ya no puede cumplir, precisamente por su edad; (Colaborar con generaciones nuevas, aceptar la reducción de su capacidad sexual, etc) su reacción habitual, será la depresión, estará favorecida por acontecimientos desencadenantes comunes, como separaciones de sus seres queridos, disminución de recursos materiales.

En cuanto al segundo caso, se encuentra a personas adaptadas, integradas que durante su vida han sido extraordinariamente resistentes al impacto de los acontecimientos desequilibrados en el sentido de la depresión, que han podido tolerar estas circunstancias, incluso algunas muy acentuadas.

"La depresión más grave, como consecuencia de la jubilación, suele darse en sujetos hiperactivos, en los que el trabajo invade la totalidad de la vida. Para ellos es imposible el descanso; la fatiga está ausente y hay desinterés por otras formas de vida. En estos sujetos al fallar el mecanismo compensador que representa el trabajo, se descubren cuadros depresivo severos" (Magaña y coautores, op. cit., Pág. 29).

1.4.5. Cómo diagnosticar la depresión.

Durante la vejez se presenta una serie de cambios, relativos al envejecimiento normal, por ejemplo deterioro cognitivo, problemas afectivos y enfermedades físicas.

En un anciano, aparecen síntomas somáticos relacionados con dolencias físicas: dolores de cabeza, pérdida del apetito, síntomas que suelen ser parte del proceso de envejecimiento. No obstante, son signos característicos de la depresión. Sin embargo, el diagnóstico comúnmente se realiza como parte del proceso natural del envejecimiento dificultando profundizar más en las causas del trastorno.

Fernández Ballesteros, (citada por Yépes, 2002,) propone algunos factores específicos que sirven como pautas para un diagnóstico adecuado de la depresión senil. Menciona que el terapeuta debe tener presente el listado de preocupaciones típicas de la vejez, para así lograr detectar las preocupaciones del anciano, que por lo general son: pérdida de amigos, aspectos sociales del envejecimiento y enfermedades.

Fernández Ballesteros, (citada por Yépes, op. cit.) considera que el funcionamiento psicológico del anciano debe evaluarse en una triple vertiente, que comprende funcionamiento cognitivo, afectivo y social. Cognitivo como la memoria, la orientación espacio-temporal, razonamiento; cuando hay déficit en estas capacidades se somete a una evaluación más precisa al anciano.

- El área afectiva puede evaluarse a través de la entrevista clínica, o escalas para evaluar depresión como la de Zung y Beck; para el caso de los ancianos del asilo San Antonio se aplicó la escala de depresión de Burns.

- En lo social se evalúan las actividades sociales gratificantes del anciano. En ancianos institucionalizados esto se vuelve más complicado, pues debido a su internamiento, su acceso a actividades sociales es limitado. Únicamente disfrutaban de visitas de investigadores, personas altruistas y pocas visitas familiares.

- Otro aspecto interesante es conocer el estado médico del anciano. Esto es importante porque algunos síntomas psicopatológicos pueden deberse a enfermedades médicas, las cuales es necesario tratar; o de lo contrario, estos

síntomas pueden deberse a depresión y no ser diagnosticada adecuadamente. Por eso, es fundamental, establecer de forma clara el diagnóstico para poder dar el tratamiento adecuado.

El CIE-10, Trastornos Mentales y del Comportamiento, sugiere que para "Diagnosticar un episodio depresivo de cada una de las formas; leve, moderada o grave, por lo general, la persona que la padece sufre un humor depresivo, una 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 y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo" (1994, Pág. 152).

Asimismo, se presentan otras manifestaciones como: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, aparecen ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones, trastornos del sueño, pérdida del apetito.

Por otra parte, la depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, puede presentar variaciones circadianas

características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada anciano.

En algunos casos pueden predominar sobre la depresión, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz. Así también irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas.

Un aspecto a tomar en consideración a la hora de diagnosticar un episodio depresivo, es en cuanto a cualquier nivel de gravedad antes mencionado, se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque si se presenta en periodos cortos y con síntomas graves o de comienzo brusco, puede diagnosticarse como un episodio depresivo, dependiendo de la intensidad de los síntomas presentados.

Entre los criterios para definir la gravedad del episodio depresivo leve, se tiene la presencia de dos síntomas enumerados anteriormente, y ninguno de éstos debe presentarse en un grado intenso, con una duración de al menos dos semanas.

En cuanto al episodio depresivo moderado, deben estar presentes dos de los tres síntomas más típicos descritos para el episodio depresivo leve. Así como al menos tres o cuatro de los demás síntomas y es probable que se presenten en grado intenso.

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Durante el episodio depresivo grave, la persona suele presentar angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada.

Con pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de inutilidad o de culpa y riesgo de suicidio es importante en casos graves. Se presume que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante dicho episodio, así no es probable que la persona sea capaz de continuar una actividad laboral, social o doméstica satisfactoria.

Es decir, que para el diagnóstico deben manifestarse tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, más cuatro de los demás síntomas deben ser de intensidad grave. Sin embargo, se presentan síntomas importantes como, la agitación o la inhibición psicomotora, la persona puede estar poco dispuesta o ser incapaz de describir muchos

síntomas con detalle. En este caso, está justificado una evaluación global de la gravedad del episodio. Si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1999) plantea, las características que se deben tener en cuenta al momento de diagnosticar un episodio depresivo mayor.

La característica esencial, es un periodo de al menos dos semanas, durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida del interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas más, como por ejemplo: cambios de apetito o peso, del sueño, de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte y planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.

Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, a diario, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor, es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado, "como en un pozo".

En algunos casos la tristeza suele ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista (por ejemplo, al señalar que el sujeto parece que está a punto de llorar.) En algunos sujetos que se quejan de sentirse sin sentimientos o ansiosos, la presencia de los estados de ánimo depresivos puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas, (Por ejemplo, las molestias y dolores físicos en lugar de sugerir sentimientos de tristeza. Muchas muestran una alta irritabilidad.Criterio A).

Se evita el diagnóstico de episodio depresivo mayor, si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto (criterio B). El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor, es variable, pero hasta en los casos leves ha de haber malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, (criterio C).

Por definición un episodio depresivo mayor, no es debido a los efectos fisiológicos directos de las drogas o (por ejemplo, en el contexto de una intoxicación por alcohol o la abstinencia de cocaína) a los efectos secundarios de algún medicamento o a la exposición de tóxicos. Asimismo, el episodio no es debido a los efectos fisiológicos directos de ninguna enfermedad médica (ejemplo, hipertiroidismo, criterio D). Además si los síntomas empiezan antes de transcurrir dos meses de la pérdida de un ser querido y no persisten más allá de los dos meses, generalmente se consideran como resultado de un duelo, a menos que estén asociados a un deterioro funcional importante, inclusive preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideas suicidas, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor (criterio E).

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes que comience un episodio depresivo mayor completo, puede haber un período prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves que pueden durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo también es variable.

1.4.6. Prevalencia de la depresión en ancianos.

Es muy probable que la prevalencia de depresión mayor, entre la población senil, es más alta de lo que se piensa. Un estudio realizado en México, indica que la prevalencia de enfermedades depresivas en 4,559 pacientes no demenciados, con edades entre los 65 y 100 años, el índice de depresión encontrado en mujeres fue de 4.4% y hombres 2.7%. Estos autores estimaron que la prevalencia de depresión durante toda la vida es de 2.4% en hombres y 9.6% en mujeres (Girona, 1998).

1.5. Terapia cognitiva.

Hollon y DeRubeis (citados por Sue, 1996) encontraron que el tratamiento con terapia cognitiva, reduce el riesgo de episodios depresivos que ocurren después del tratamiento.

Aquellos pacientes que son tratados con esta terapia, tienen menos probabilidad de desarrollar síntomas subsecuentes depresivos, comparándolos con aquellos que reciben tratamiento con fármacos. Desde luego, con este enfoque se ayuda a la persona a efectuar cambios en el estilo de pensamiento, es decir, las atribuciones que hace a los sucesos que la deprimen, lo cual favorece a que efectúe cambios en su vida.

“Se han hecho intentos para combinar, tanto esta terapia como la cognitivo conductual y medicación, los resultados han sido muy alentadores”. (Sue, op. cit., Pág. 367).

1.5.1. Modelos de terapia cognitiva.

Existen algunas diferencias entre métodos cognitivos, que van desde detallar las técnicas aisladas hasta, los que implican formular teorías integrales. Los métodos también varían, en el grado que incorporan estrategias y tecnología tomadas de terapias conductuales y humanísticas. La mayor parte de los métodos de terapia cognitiva no han elaborado sistemas integrales de aplicación, si no que se concretan a refinar las aplicaciones de estrategias aisladas o a

desarrollar nuevas técnicas. Los diferentes enfoques discrepan en su comprensión y uso de las cogniciones del paciente (Yost y coautores, 1991).

“En muchos de los procedimientos más antiguos, se utilizaban imágenes visuales para estimular ansiedad en los pacientes, en lugar de consecuencias nocivas manifiestas” (Yost y coautores, op. cit., Pág. 21).

Los métodos conductuales encubiertos abarcan: “La desensibilización sistemática, sensibilización encubierta, modelamiento o ensayo encubierto y la terapia implosiva. Estas aplicaciones, suelen representar técnicas aisladas, dirigidas al cambio conductual o ansiedad subjetiva. Los procesos cognitivos se utilizan como vehículo para obtener el cambio” (Ibíd.).

El objetivo primordial del tratamiento consiste en que: por medio de la aplicación de los procedimientos cognitivos cambiar la reestructuración sistemática de cogniciones; es decir, que este cambio sea un bienestar subjetivo e interno del cliente.

Aunque, estos enfoques no dejan de recalcar la importancia del cambio conductual y afectivo difieren de las estrategias conductuales encubiertas, por el hecho de que su meta principal no es que el anciano adquiriera una nueva habilidad de conducta, sino reorientar y reajustar creencias y actitudes arraigadas de modo que sean más congruentes con las exigencias de la realidad. Se han desarrollado al menos tres métodos integrados encaminados a la reestructuración cognitiva, (Yost y coautores, op. cit.).

El primer método de modalidad de modificación cognitiva, fue desarrollado por Albert Ellis y Horper (1961), y recibió el nombre de "Terapia Racional Emotiva". Ellis estableció algunos fundamentos básicos y cimientos teóricos de todas las terapias posteriores de cambio cognitivo, haciendo hincapié en la relación indirecta entre determinadas situaciones y los sentimientos y conductas consecuentes. Se suponía que este nexo era indirecto, debido a las influencias mediadoras de las creencias y valores encubiertos que una persona tenía ante las circunstancias, mismos que determinaban los sentimientos y las acciones en forma más directa que los sucesos externos (Yost y coautores, op. cit.).

"La suposición de que una situación (A) activaba ciertas creencias, interpretaciones y actitudes aprendidas y muchas

veces distorsionadas (B) para producir sentimientos o conducta inadecuados y a veces neuróticos (C) se mantiene, como principio esencial de la terapia de cambio cognitivo" (Yost y coautores, op. cit., Págs. 21 y 22).

Ellis, (citado por Yost y coautores, op. cit.) logró concluir que las actitudes irracionales que los pacientes manifiestan, cambian, si se les proporcionan alternativas más racionales que pueden aprender a fin de integrarlas a su conducta.

Un segundo método es la terapia de auto-instrucción, creada por Meichenbaum, visualiza el problema del cambio de un modo bastante parecido al de Ellis. Lo que diferencia una terapia de la otra, es la función que asume el terapeuta. Ellis afirma que este actúa como crítico, en tanto que Meichenbaum opina que debe hacer las veces de defensor y maestro (Ibíd.).

"Meichenbaum recomienda que se entrene a los pacientes para que asuman la función de observadores externos al examinar su propia conducta, a fin de que sistemáticamente se enseñen a ellos mismos estrategias de confrontación. Los pacientes se vuelven sus propios críticos e instructores. El

terapeuta los anima a que observen el proceso de su conducta y se autoinstruyan y autodirijan" (Ibíd.).

De todas las terapias cognitivas, la que ha recibido más atención en años recientes, es la propuesta por Beck y sus colaboradores en 1979, correspondiente al tercer método. No pretenden identificar una cantidad finita de actitudes inadecuadas o irracionales que caractericen a todos los pacientes. Beck opina al igual que Ellis, que es preferible corregir actitudes, que limitarse a generar estrategias de solución de problemas (Yost y coautores, op. cit., Pág. 22 y 23). Siendo esto la clave para modificar sentimientos y conductas patológicas.

"Beck admite ser un ecléctico, pues recurre a conceptos de las psicoterapias Gestal y conductual, orientadas a relaciones interpersonales. Gracias a este eclecticismo, tan amplio, su enfoque es compatible con muchos otros y ofrece cierta flexibilidad que atrae a los clínicos en general. Si bien, las aplicaciones de terapia cognitiva, difieren en cuanto al énfasis que hacen en variables cognitivas, conductuales e interpersonales, manifiestan asimismo la flexibilidad de dicha terapia para utilizarse con una amplia variedad de psicopatologías y grupos de edad" (Ibíd.).

1.5.2. Terapia cognitiva de grupo.

La terapia cognitiva de grupo surgió de un deseo de diseñar un tratamiento económico para la depresión, el cual pudiera ser puesto en práctica por enfermeros en programas de salud para personas de edad avanzada. El primer proyecto, fue dirigido por la doctora Maureen Chaisson-Stewor, quien contó con la colaboración del doctor Larry E. Butler. Estos investigadores llegaron a las siguientes conclusiones:

- a) la depresión es un trastorno grave entre adultos de edad avanzada;*
- b) las investigaciones no médicas resultan en particular provechosas para este sector, en vista de que padecen numerosos problemas médicos y ello propicia complicaciones;*
- c) la terapia cognitiva es una intervención psicológica establecida y eficaz contra la depresión;*
- d) desde el punto de vista económico, la terapia de grupo es un tratamiento psicológico que justifica plenamente los costos en que incurre (Yost y coautores, op. cit., Pág. 9).*

Luego de esta investigación, se propiciaron los primeros pasos para crear un programa que estableciera los requisitos idóneos, que conllevaran a erradicar el problema de la depresión en personas de edad avanzada. El programa fue creado por Larry E. Buttler y subvencionado por Upjohn Pharmaceuticals, en donde al final de la evaluación de este proyecto se obtuvieron resultados muy optimistas (Ibíd.).

1.5.3. Fases de la terapia cognitiva.

La experiencia de algunos investigadores ha demostrado la importancia de entrenar a los pacientes en unos cuantos conceptos fundamentales, tanto como para auto vigilancia como para propiciar el cambio y desarrollar experiencias terapéuticas individuales para cada miembro del grupo. Beck y sus colaboradores en 1979 proponen un tratamiento de una duración de 20 sesiones, que puede subdividirse en cuatro fases de terapia activa (Yost y coautores, op. cit., Pág. 25).

El tratamiento inicia con la fase de preparación, que en realidad se verifica independientemente de la experiencia de

grupo. En esta fase, el terapeuta enfoca los problemas particulares y los patrones percibidos durante el proceso de selección y detección de pacientes; a fin de enseñarles en que consistirá el tratamiento. Como segunda fase encontramos la de identificación y colaboración, cuyo principal propósito es ayudar a los pacientes a identificar dificultades en sus vidas, de manera que pueda lograrse un cambio posterior. Una de las tareas esenciales del terapeuta es establecer una relación de colaboración entre los miembros del grupo, la cual proporciona apoyo social e impulsa la participación activa del paciente en la terapia (Ibíd.).

La fase intermedia, se define por el paso de un proceso educativo, enseñando al paciente a identificar problemas en términos de tratamiento, a otro dirigido a los procesos de cambio. Durante esta fase de cambio, el paciente tiene la oportunidad de experimentar y practicar varios métodos para transformar experiencias cognitivas, afectivas y conductuales (Ibíd.).

Por último, en la etapa final de la terapia surge el cambio, en la medida que el paciente consolida lo aprendido y se dirige hacia la autodeterminación y la autosuficiencia. Las habilidades claves enseñadas durante esta fase de

consolidación y terminación, son procedimientos para extender la red de apoyo social del paciente, a la vez se le previene a padecer de un estrés futuro y se motiva a que aprenda métodos de auto evaluación. Dichos métodos le ayudan a saber cuándo deberá practicar estrategias asimiladas con anterioridad, (Ibíd.).

1.5.4. Técnicas cognitivas para el tratamiento de la Depresión senil.

Cuando una persona padece de depresión todo el mundo racional que la rodea lo cambia por un irracional y eso incluye las relaciones interpersonales que establece, así como, pensamientos y costumbres. A continuación, se exponen las diferentes técnicas cognitivas aplicadas a los ancianos institucionalizados en el asilo San Antonio orientadas a superar la depresión:

1.5.4.1. Lecturas cortas.

Al emplear esta técnica se explica a los ancianos a través de ejemplos y sus propias experiencias, que el vínculo entre lo que se piensa y los sentimientos, tiene mucha importancia en su estado de

ánimo. Haciendo énfasis en que son ellos mismos quienes pueden controlar sus sentimientos e ideas y no otras personas.

Al analizar las experiencias de los ancianos en las que expresan sentimientos negativos, si bien es cierto, que el paciente puede experimentar dolor y angustia, después surge la sensación interna de bienestar en el paciente, en este caso el alivio proviene de la catarsis. Este proceso ayuda a identificar aquellos sentimientos positivos que favorecen la salud mental en el anciano, así como ser capaz de pronunciar con facilidad los sentimientos negativos. La técnica lecturas cortas, motiva al depresivo a pensar de forma más positiva y proponerse tareas más útiles.

1.5.4.2. Exigencias a otros

Esta técnica al emplearla, implica que los ancianos asuman conciencia de que cada persona es diferente a la otra. Por tal motivo, esta técnica propicia hacer un análisis con los ancianos sobre las ideas irracionales que influyen negativamente en las relaciones interpersonales. Junto con el paciente se discuten los siguientes puntos:

- El querer exigir a otros es imposible, pues existen circunstancias donde posiblemente lo que la persona exige no pueda cumplírsele.
- No todos los deseos personales se pueden cumplir.
- Cada persona reacciona de forma diferente ante los problemas que surgen en las relaciones interpersonales.
- Idealizar a las personas.
- Buscar la aprobación de los demás.
- Todas las personas tienen que comportarse como a mí me gusta.

Entender las diferentes normas y situaciones con las cuales convive cada persona es condición importante para mejorar las relaciones interpersonales. Si otras personas se abstienen de hacer lo que los ancianos desean, debe evitarse el rencor contribuyendo a mejorar su salud mental y la de otras personas.

1.5.4.3: Expectativas poco realistas de sí mismo.

En lo que respecta a las expectativas poco realistas de sí mismo, los ancianos se enteran que, al emplear alguna regla o norma estricta para con ellos mismos y fracasar en su

cumplimiento les hace sentir decepcionados. Lo anterior permite al anciano clasificar qué normas o reglas (que se experimentaron a lo largo de la vida) en verdad le brindaron placer ejecutarlas, sin necesidad de sentirse decepcionado y evitar que a largo tiempo esa desilusión se convierta en depresión.

1.5.4.4. Exageración de la importancia de sí mismo.

Al practicar esta técnica de exageración de la importancia de sí mismo, se clarifica la irracionalización, es decir, eliminar mediante el análisis racional el sentirse centro de atención de todas las miradas de las demás personas. Pues antes que los ancianos se anticipen a la situación que les hace sentirse el centro de atención y conllevar a la depresión, es preciso buscar evidencia de tal hecho y si ellos son en verdad el centro de atención, valorar los aspectos positivos y sustraer lo bueno para poder valorarse aún más como seres humanos.

1.5.4.5. Generalización excesiva.

El objetivo fundamental es reestructurar cogniciones negativas las cuales llevan a una visión pesimista del mundo.

En esta técnica se ofrece la oportunidad de exponer sentimientos que causan problemas, permitiendo hablar sobre aspectos que a nadie han podido contar, de esta manera expresar el problema y liberar así situaciones, que mayormente los ancianos no pueden manejar. La técnica generalización excesiva, permite brindar orientaciones que el hecho de generalizar, lleva a detectar aspectos negativos y los aspectos positivos, se les resta importancia siendo estos, en la mayoría de situaciones, los que más ayudan al momento de afrontar un problema.

1.5.4.6. Exageración.

Tiene como objetivo reemplazar la orientación que tiene el paciente en cuanto al enfoque y atención que pueda darle a los aspectos negativos de la vida. Porque al darle mucha atención a los aspectos negativos se omiten los positivos y placenteros, que en ocasiones son los que fortalecen

sentimientos y ayudan a que la vida se vuelva menos trágica. Por consiguiente, orientar la atención hacia lo bueno o agradable, es condición importante para equilibrar los sentimientos negativos.

1.5.4.7: Adivinación del pensamiento.

Tiene como objetivo explorar aquellas ideas que posee el anciano sobre las "suposiciones" de lo que piensan los demás sobre su persona. Dichas ideas, pueden convertirse en problemas, como por ejemplo, en una situación de encierro y rutina, lo cual se puede volver habitual en los ancianos.

Por tanto, al abordar problemas con las características antes mencionadas, el procedimiento debe iniciar con esclarecer todo tipo de ideas irracionales. En este sentido, es importante dirigir una discusión sobre las siguientes ideas irracionales típicas en las personas con depresión:

- Analizar con los ancianos que lo que piensen los demás de "nosotros", no cambiará en nada la vida que se pueda tener.
- Los sucesos en la vida no dependen de las suposiciones de otras personas al contrario, no es

recomendable que ellos ocupen su tiempo tratando de "adivinar", qué están pensando sus compañeros ya que esto, genera problemas en las relaciones interpersonales y en su vida personal. Pues, si los ancianos invierten su tiempo en "adivinar", lo que piensan los demás de ellos no les beneficia. La técnica les permite a los ancianos controlar cuando esto ocurre, por tanto deben centrar este tiempo en otra actividad que les genere placer.

1.5.4.8. Culparse a sí mismo.

El objetivo principal, es que el anciano comprenda que los sucesos ocurridos a su alrededor no son responsabilidad de sus actos. El asumir compromisos por los hechos de otras personas genera sentimientos de culpa y la culpa excesiva esta relacionada directamente con la depresión. Cuando un anciano piensa que es un estorbo a la familia, surgen los sentimientos de culpa, igual ocurre con su ingreso al asilo. La técnica culparse a sí mismo permite analizar esas ideas irracionales. El proceso consiste en recordar un suceso y relatarlo, luego cuestionar con las **preguntas: ¿Qué tanta culpa es suya? ¿Cuánta culpa se otorgaría a otra persona?** Un

análisis en este sentido, permite comprender lo dañino que resultan las ideas irracionales para la salud mental.

1.5.4.9. Terapia de apoyo.

El objetivo de la técnica consiste en suprimir síntomas depresivos y reestructurar las conductas desadaptadas, que por lo general, sufren los ancianos institucionalizados.

Asimismo la terapia de apoyo permite a estas personas, tomar conciencia de sus actos pasados y presentes a través de orientaciones psicológicas. Pues, al extraer de ellos ideas irracionales y "cerradas", se logra obtener un equilibrio pleno, entre síntomas depresivos manifiestos y del concepto estructurado que tienen de la vida.

1.5.4.10. Descatastrofización.

El objetivo de la técnica consiste en preparar a los ancianos a tomar una actitud positiva cuando enfrenten dificultades. Pues las personas deprimidas por lo común, se anticipan a esperar un peor resultado posible de una situación. Esta técnica ayuda a los ancianos a disminuir

síntomas depresivos, como: preocupación excesiva, insomnio, irritabilidad y otros indicadores propios del trastorno.

1.5.4.11. Reatribución.

El objetivo de la reatribución es analizar el pensamiento y las suposiciones automáticas que manifiestan las personas deprimidas, por medio de una orientación de la realidad. Ya que los ancianos institucionalizados perciben las situaciones desde otras perspectivas. Pues su misma condición y estilo de vida, les impide tener otro marco de referencia de las situaciones y de la realidad. Por esto, la técnica contribuye a que el anciano afronte de otra forma las situaciones que se le presentan, reduciendo síntomas depresivos como: falta de interés hacia la vida, sentirse inútil o desvalorado por su condición.

1.5.4.12. Redefinir.

Se aplica con el objetivo de orientar y encaminar hacia la realidad los pensamientos de los ancianos que están experimentando un periodo depresivo. Ya que por medio del análisis de sus cogniciones se trata de visualizar el marco de las circunstancias que aumentan el estado de depresión en los ancianos. Asimismo, establecen un equilibrio entre los

síntomas de la depresión, su disminución y la toma de conciencia de los mismos.

1.5.4.13. Descentramiento.

El descentramiento tiene como finalidad estructurar a las personas que sufren algún síntoma depresivo, centrándose en el propio malestar hasta el extremo. Esto permite a la persona hacer conciencia que pasar desanimado o triste todo el tiempo, perjudica su salud física y mental. El proceso consiste en seleccionar un síntoma y concentrarse en él hasta el extremo, comprendiendo así como éste afecta el desarrollo de sus actividades cotidianas, y evaluar de esta manera cuales son los sentimientos que surgen.

1.5.4.14. Imaginación.

La técnica se enfoca en hacer recuentos de los momentos en que el paciente ha presentado síntomas de depresión. Este procedimiento se hace mediante el recuerdo y la imaginación. Fundamentalmente, la técnica promueve que los ancianos tomen conciencia del problema real y de las circunstancias. Se proporciona información que antes y durante los episodios de la depresión, a ellos se les dificultaba expresar los

sentimientos negativos. Logrando que los ancianos, por medio de la expresión de estos sentimientos, se sientan mejor al final del desarrollo de la técnica.

1.5.4.15. Revelación de uno mismo.

Consiste en relatar un hecho que los ancianos no hayan expresado anteriormente. Esto se hace durante la sesión y luego se insta a cultivar la cualidad de comentar a los amigos íntimos vivencias propias, aunque sean penosas. Eso ayuda a renunciar a sentimientos de incompetencia, porque hablar de sí mismos favorece la comunicación.

El facilitarles la suficiente confianza para que todos expresen lo que consideran "tonto", permite la identificación entre unos y otros y contribuye a evitar pensar que sus experiencias son exclusivas. Esto brinda mayor seguridad en sí mismos reduciendo de esa forma los sentimientos de incompetencia y depresión.

1.5.4.16: Venciendo sentimientos de inutilidad.

Debido a la vejez y su condición de institucionalizado el anciano de un asilo, reiteradamente es víctima de sentimientos de inutilidad. El sentimiento típico es que se sienten solos. El problema se aumenta más cuando el anciano debido al olvido, deja de recibir visitas de familiares y amigos. Además, sus padecimientos físicos lo agobian más que antes, se siente angustiado, triste y con el sentimiento de que su existencia más bien es un "estorbo". Todas estas emociones, ocasionan que el anciano albergue sentimientos de incompetencia y se auto clasifica como inútil, lo que a su vez, propicia que surjan otros tipos de sentimientos que por lo general, suelen ser perjudiciales para el anciano. Clasificándose como personas incompetentes o cualquier otra característica negativa que consideren propia.

Por lo tanto, el análisis de los sentimientos antes mencionados, debe implicar, tanto al terapeuta como al anciano, a propiciar una discusión sobre sentimientos puntuales que estén apoyando emociones negativas. Por ejemplo, es interesante observar como surgen ideas irracionales cuando se pone en discusión aspectos como los siguientes:

- Evitar clasificarse como una persona mala o inútil.
- Valorar los aspectos positivos.

Se explica que clasificarse, partiendo de una característica, es muy arriesgado porque cada persona posee diversidad de cualidades.

1.5.4.17. Diario de estados anímicos.

Esta técnica ayuda a evaluar qué tan fundamentados están los pensamientos negativos, al darles un valor numérico (entre uno y cien) y sustituirlos por otros pensamiento más reales y positivos.

Aprender a sustituir los pensamientos negativos por otros positivos ayuda al paciente a sentirse menos deprimido. Practicar el diario de estados anímicos facilita reducir los sentimientos negativos y sentirse menos triste (Ver anexo 5.2, página 188).

Las técnicas anteriores han sido tomadas de los siguientes autores: Yost y coautores, 1991; Engler, 1996; Burns, 1999; Ellis, 1980; Martínez y coautores, 1999. (Ver

programas cognitivos, bitácoras y sus respectivas hojas de tareas, anexo 5, página 150).

1.6. Terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión senil.

Papalia y coautores (op. cit.) mencionan que la terapia que proporciona buenos resultados en el tratamiento de la depresión en los ancianos es la terapia cognitivo conductual, agregando también que un tratamiento combinado con fármacos reduce la recurrencia del estado depresivo.

En el estudio realizado en el asilo San Antonio de la ciudad de San miguel, la terapia se aplicó, tomando únicamente las técnicas basadas en el modelo cognitivo conductual sin combinarlas con medicina. Kovacs (citado por Sue, op. cit.) encontró que la terapia cognitivo conductual es la terapia promisorio para el tratamiento de las personas deprimidas.

1.6.1. Tratamiento cognitivo conductual.

Desde luego, existen otros enfoques en el tratamiento sobre la depresión; pero, aparte del psicoanálisis, terapias interpersonales y familiares que también han tenido éxito, el enfoque cognitivo conductual es el más prometedor.

Sue (op. cit. Pág. 368), menciona que el componente cognitivo implica enseñar al paciente a:

1. Identificar pensamientos autocríticos negativos que ocurren de manera automática.
2. A notar la conexión entre los pensamientos negativos y la depresión resultante.
3. Examinar cuidadosamente cada pensamiento negativo y decidir si puede ser apoyado.
4. Intentar reemplazar los pensamientos negativos distorsionados con interpretaciones realistas de cada situación.

En esta terapia es muy importante incluir todos los pensamientos negativos y hacer una lista de ellos. En el ámbito nacional, esto resulta muy difícil, pues las personas esperan soluciones inmediatas haciendo poco esfuerzo, agregado a ello, el nivel de analfabetismo de la población impide por ejemplo, la elaboración de un listado de síntomas propios.

En este listado, se deben incluir todos los pensamientos y emociones asociados con aquellos sucesos angustiantes que le ocurren al paciente cada día.

Llevando un listado a la sesión terapéutica, el terapeuta lo utiliza para demostrar al paciente que su angustia surge a partir de sus pensamientos negativos.

El objetivo de esta terapia es entrenar a la persona a cambiar sus pensamientos negativos por interpretaciones lógicas y razonables. Según el enfoque cognitivo conductual, al cambiar los pensamientos las emociones seguirán el ejemplo.

El segundo componente es la terapia conductual. De acuerdo con este enfoque una persona deprimida no está realizando suficientes actividades placenteras y recompensantes; por lo tanto, se aleja de los demás despreciándose a sí misma, interpretando dicho aislamiento provocado por ella, como señal de que no posee popularidad (Sue, op. cit., Pág. 369).

Una persona que haya fracasado en un proyecto personal; por ejemplo, en una carrera académica, en la educación de los hijos, o un amor no correspondido puede deprimirse y empezar a aislarse ella misma, en vez de buscar apoyo, resultando así un incremento de sus síntomas depresivos.

Los ancianos institucionalizados pierden la cercanía con sus familiares, dejando de compartir actividades placenteras con ellos, lo que al estar internos en el asilo extrañan, incrementando así la depresión. Los conductistas piden a los pacientes, llevar un listado diario de actividades o eventos cotidianos y que estimen el grado de placer en cada evento.

Es decir, anotar el grado de placer que les producen las actividades realizadas, logrando que ellos ejecuten más actividades, incrementando la posibilidad de que se vean envueltos en acontecimientos placenteros reforzantes.

Esta terapia cognitivo conductual, es muy promisoría como tratamiento plausible para la depresión. Kovacs, citado por Sue, (op. cit., Pág. 371), menciona que: "los pacientes tratados con esta terapia se les reduce el riesgo de episodios depresivos que ocurren después del tratamiento. Una

combinación de terapias cognitivas y cognitivo conductual con medicación, produce resultados positivos”.

1.6.2. Terapia conductual.

La terapia cognitivo conductual plantea la relación entre pensamiento y conducta observable. En tiempos pasados, como hoy en día, son muchos los que se han dedicado al estudio de la conducta; por ejemplo, Jonh B. Watson (citado por Sprinthall y coautores, 1996, Pág. 176), afirmaba que “las conductas observables constituyen datos relevantes para la psicología y que son las respuestas y no los pensamientos, ni la conciencia las que deben ser analizadas y estudiadas”.

Otro aporte relevante a tomar en cuenta es el de Skinner (citado por Sprinthall y coautores, op. cit., Pág.177), que respalda el planteamiento de su antecesor Watson. Skinner define el aprendizaje como una: “conexión entre el estímulo (E) y la respuesta (R); aunque no siempre se produzcan en ese orden”.

“La psicología de Skinner esta basada en una visión completamente ambiental de la conducta; ya que las consecuencias de una respuesta influyen más que la acción

misma, estas consecuencias ocurren siempre en el ambiente exterior, y es este el que causa los cambios que se producen en la conducta" (Sprinthall y coautores, op. cit., Pág. 178).

"Desde la perspectiva cognitiva, el paciente presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro" (<http://www.cognitivoconductual.org/home.htm> Pág. 3 de 7). Cuando un anciano se ve a sí mismo incapaz e inútil, despreciable o defectuoso, con relación a su entorno interpreta en términos de daños y pérdidas la mayor parte de sus experiencias importantes, al tiempo que piensa que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones. Esto es concebido a raíz de la depresión, porque en dicho trastorno es normal la presencia de la desesperanza que lo llevan a concluir que las situaciones venideras serán incontrolables, respondiendo con pasividad y resignándose a no poder controlarlas.

En la terapia cognitivo conductual, se incluyen tres pasos esenciales en todo tratamiento psicológico:

- Evaluación de cada caso (realizando las respectivas entrevistas, observaciones, aplicación de escalas. En este estudio se aplicó la escala de depresión de Burns).

- Planteamiento de hipótesis en cuanto a la gravedad del trastorno.
- Intervención: donde se emplean técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados.

En el proceso de tratamiento o intervención, se generan muchas críticas en cuanto al uso y la efectividad del mismo. Una de las críticas más difundidas hacia la terapia cognitivo conductual es por ejemplo, que los síntomas retornan una vez eliminados, lo cual propicia que aparezcan otros síntomas. No obstante, contrario a esta crítica, un artículo de Internet afirma: "que los índices de eficacia de la terapia cognitivo conductual en el trastorno depresivo oscilan en el 70% de casos recuperados o muy mejorados en estudios de seguimiento a más de dos años" (<http://www.cognitivoconductual.org/home.htm> 2001 Pág.5 de 7).

En la actualidad diversos centros geriátricos emplean la modalidad de terapia cognitivo conductual. Muchos investigadores siguiendo la línea de estudio de Skinner, opinan que la conducta es: la realidad de cada anciano interno; pero en todo caso, las cogniciones juegan un papel importante; porque al existir daños en dichas cogniciones,

afectarán cuando la conducta se presente. El objetivo principal de dicha modalidad de terapia en el presente estudio fue la modificación de conductas. Las técnicas empleadas en este modelo se combinaron con las del modelo cognitivo. Es necesario también mencionar, el lugar donde se aplicó este programa psicoterapéutico, pues no cuenta con las condiciones que tienen muchos centros geriátricos. Para la aplicación del programa planteado se acomodó en la manera posible los recursos existentes en el asilo, de esto se espera que el proceso terapéutico genere respuestas positivas que ayuden a resolver dificultades (tanto psicológicas como somáticas), con las que a diario tienen que enfrentarse buena parte de la población interna en dicho centro.

1.6.3: Técnicas cognitivo conductuales para el tratamiento de la depresión senil.

1.6.3.1. Refuerzo:

-Realizar tareas, practicando distintos tipos de refuerzo y recibir una recompensa, como un alimento, una felicitación o un aplauso. Un anciano comprende que si realiza las actividades, es gratificado, esto lo motiva a seguir el tratamiento y ejecutar las actividades requeridas que son las

que ayudan a disminuir la depresión. Existen dos tipos de refuerzo, uno de carácter positivo y el otro negativo.

El refuerzo positivo: "es un estímulo cuya presencia incrementa la probabilidad de que ocurra la respuesta a la que está asociada". El refuerzo negativo: "es cuando, la ausencia de estímulo aumenta la probabilidad de que se produzca la respuesta" (Ibíd.).

El refuerzo positivo puede ser primario y condicionado. El primario incluye, por ejemplo: comida, dulces, galletas y frutas.

Madsen y Madsen (citados por Sprinthall y coautores, op. cit., Pág. 206) proponen como refuerzo condicionado los siguientes aspectos: palabras habladas y escritas, expresiones faciales y corporales, proximidad, cercanía y contacto; actividades y privilegios, entrega de objetos y premios.

1.6.3.2. Relajación respiratoria.

- La relajación produce un estado de tranquilidad, disminuyendo las tensiones, cansancio e incluso dolores que

suelen ser síntomas que están relacionados con la depresión. Un estado de relajación permite a un paciente expresar sus sentimientos con mayor claridad, al hacerlo le beneficiará y disminuirá su tristeza (Ver anexo 6.1, página 203).

1.6.3.3. Lecturas cortas.

Al emplear esta técnica se explica a los ancianos, a través de ejemplos y sus propias experiencias, que el vínculo entre lo que se piensa y los sentimientos tienen mucha importancia en el estado de ánimo. Se hace énfasis en que son ellos mismos quienes pueden controlar sus sentimientos e ideas y no otras personas.

Al analizar experiencias vivenciadas como sentimientos negativos; para luego haberse sentido mejor, ayuda a ir identificando aquellos sentimientos positivos que les hace sentir bien.

Sentir que son capaces de disfrutar realizando actividades, eso motiva a los ancianos a proponerse tareas útiles y pensar de forma más positiva, disminuyendo su estado depresivo.

1.6.3.4. Orientación.

En la práctica, la técnica de orientación va encaminada a dirigir y comparar las diversas concepciones que poseen los ancianos.

Ciertas concepciones son formadas de acuerdo a las condiciones y estilos de vida de las personas. Otras se atribuyen a los problemas de la vejez. Esta técnica ayuda a tomar conciencia de los actos negativos o equívocos, realizados por haber tomado decisiones apresuradas. Asimismo, liberar sentimientos de culpabilidad, resentimiento, baja tolerancia a la frustración, que son indicadores importantes de la depresión.

1.6.3.5. Actividades graduales.

El objetivo primordial de actividades graduales consiste en que el anciano reestablezca el contacto necesario con las actividades que realizaba antes de estar deprimido. Se explica lo importante de volver a efectuarlas y a la vez establecer una manera gradual de cómo realizarlas. Pudiendo ejecutar varias pequeñas actividades, en lugar de una grande, que el anciano sabe tendrá dificultad para hacer. Esto favorece la disminución de los síntomas depresivos (Ver anexo 6.3, página 212).

1.6.3.6. Entrenamiento en resolución de problemas

El entrenamiento consiste, en idear una manera sencilla de darle solución a un problema, estableciendo una serie de

pasos que van de lo sencillo a lo complejo, que permitan concebir una dificultad o problema grande en pequeñas opciones más fáciles de realizar, esto ayuda al anciano a ir resolviendo poco a poco los problemas y con esto disminuir determinados síntomas relacionados con la depresión.

1.6.3.7. Aprendizaje de habilidades de afrontamiento para situaciones estresantes.

Se plantean actividades creativas y recreativas que ayudan a contrarrestar en determinado momento, situaciones estresantes, las cuales afronta el anciano a diario y que en muchas ocasiones le genera dificultad hacerlas. Efectuar tareas creativas y recreativas motiva a los ancianos a sentir más placentera su estancia dentro del asilo.

1.6.3.8. Realizar actividades constructivas.

El objetivo principal de esta técnica, es el empleo de habilidades propias en el desempeño de una actividad planteada por los terapeutas; anima al anciano a restablecer contacto con la realidad, atributo que poseían antes de entrar al asilo. Realizar actividades

constructivas, favorece positivamente a que el anciano descubra una manera más interesante de emplear su tiempo.

1.6.3.9. Reminiscencia.

El objetivo principal, en este proceso, es que los ancianos puedan expresar aquellos problemas, que a través del tiempo han estado con ellos y que por diferentes motivos no los han comentado con nadie. Practicando esta técnica, junto con la relajación, el anciano tiene la ocasión de expresar con libertad diferentes tipos de sentimientos.

1.6.3.10. Ergoterapia.

Técnica encaminada a favorecer la capacidad de concentración y creatividad en el anciano. La ergoterapia fomenta la recuperación del anciano mediante una labor determinada, (por ejemplo pintar y dibujar) teniendo en cuenta aptitudes, experiencias y limitaciones.

1.6.3.11. Juego de parejas.

Como su nombre lo indica este proceso implica el juego. Esta técnica, especial para juegos en parejas, es una actividad lúdica con la cual se estimula la memoria y concentración del anciano deprimido. Asimismo, ayuda a las personas mayores a manejar con facilidad la rutina dentro del asilo, creando una red más amplia de convivencia entre los ancianos.

1.6.3.12. Actividades físicas.

Se promueven en este caso, con el propósito de mejorar la actividad física, y de este modo mantener o rehabilitar las capacidades físicas. Con la ejercitación, se abre la posibilidad de aumentar la independencia del anciano en las actividades cotidianas mejorando así el estado de ánimo.

1.6.3.13. Actividades programadas.

Se establecen con la intención de potenciar la participación de los ancianos residentes en el asilo, en actividades recreativas. Con las actividades programadas se evaden situaciones de pasividad, inactividad y aburrimiento, aspectos que fomentan la depresión (Ver anexo 6.2, página 227).

1.6.3.14. Evitar el aislamiento.

El objetivo de la técnica consiste en incorporar a los ancianos a los grupos; a la vez, fomentar las relaciones interpersonales por medio de convivios y experiencias, que en calidad de institucionalizados poseen. Porque al mejorar las relaciones el paciente logra cambiar el trato con los otros compañeros del asilo. Por otra parte, evitar el aislamiento favorece a los ancianos vencer la soledad, sentirse tristes debido al abandono, así también el sentirse improductivos por la carencia de amigos.

1.6.3.15. Establecimiento de beneficios.

El propósito es conocer como ha progresado la disminución de los síntomas depresivos presentados al inicio del tratamiento; de igual

manera, indagar cuáles han sido las técnicas más practicadas por los ancianos.

Las técnicas anteriores han sido tomadas de: Yost y coautores, 1991; Sprinthall y coautores, 1996; Martínez, 1999; Martínez y coautores, 2002; Camerine, 2003; (Ver programas, bitácoras y respectivas hojas de tarea (anexo 6, página 198)).

1.7: Evolución de la psicoterapia de grupo.

Kadis y coautores, (1982) mencionan que el método de psicoterapia grupal fue uno de los resultados del interés y del estudio de las ventajas que se alcanzan de la asociación de los seres humanos.

El inicio y desarrollo de la psicoterapia de grupo se remonta desde que Pratt (citado por Kadis y coautores, op. cit.) empezó a tratar los problemas emocionales que presentaban sus pacientes tuberculosos. En el año de 1921, Lassell inició tratando la demencia precoz utilizando los métodos de Pratt, consistentes en conferencias e instrucciones que les daba a sus pacientes.

También Marsh (Kadis y coautores, op. cit.), utilizó la técnica de conferencias en aulas, aunque amplió el procedimiento mediante la utilización de altavoces para comunicarse con la población total del hospital. El método de Snowdn consistía en ocho conferencias en relación a sus problemas particulares.

Durante el periodo de discusión, el terapeuta tomaba aparte unos minutos a cada paciente para indicarle como la conferencia se relacionaba con su problema particular. Así logró ayudar a unas 40 personas durante la sesión semanal de tres horas, todo esto en un periodo de dos meses.

1.7.1: Psicoterapia de grupo.

En la formación académica se da énfasis a la psicoterapia individual y de hecho en el desarrollo de la carrera, las distintas técnicas están orientadas a esa modalidad. Las primeras experiencias psicoterapéuticas siempre se obtienen a través de la psicoterapia individual. Entrevistando al paciente, se evalúa su problemática y se orienta a superarla.

La psicoterapia grupal es otra modalidad muy importante que requiere habilidades con fundamentación teórica; así como experiencia para el manejo y control de los miembros del grupo.

Cuando un paciente es atendido de forma individual y la problemática es tal, que requiere incluir a los miembros del grupo familiar; a esto Ladis (citado por Kadis y coautores, op. cit.) lo considera una forma esencial y primaria de psicoterapia de grupo.

Teniendo esa forma esencial de psicoterapia grupal aparece la terapia de grupo, donde el individuo sale de su entorno primario, a relacionarse con otros entornos, dando lugar a un nuevo campo de interacción; una situación imparcial en lo relacionado a las reacciones y contribuciones del individuo, así como las de los demás miembros respecto a él.

Lo anterior le hace "Quedar obligado a darse cuenta o defenderse contra tal comprensión, aunque dependerá del grado de condicionamiento de influencia de sus interacciones primarias y actuales" (Kadis y coautores, op. cit., Pág. 15). En realidad la psicoterapia de grupo permite al participante

no sólo, expresar sus problemas para encontrar apoyo, sino a defenderse cuando se siente agredido; así como dar sugerencias a otros miembros del grupo.

Además, tiene la oportunidad directa de comparar y contrastar su modo de actuar con el de los otros; puede darse cuenta que lo que considera particular a él, es común y viceversa.

También, puede familiarizarse con nuevas formas de sufrimiento y resolución de problemas, representados por sus compañeros que están en la misma habitación de él (Kadis y coautores, op. cit. Pág. 16).

Todo ese nuevo encuentro terapéutico debe hacerse en presencia del terapeuta, asegurándose que lo aprendido sea significativo y terapéutico y ser usado constructivamente. El carácter terapéutico de estas reuniones, estará personificado en el terapeuta y mantenido por él.

1.7.2. Utilización de la terapia de grupo.

Actualmente la terapia de grupo se emplea "En una variedad de enfoques, especialmente en grupos diagnósticos,

así también, con pacientes que tienen problemas de relaciones interpersonales. Esta modalidad de terapia ha dejado de ser un procedimiento marginal, para convertirse en el tratamiento de elección de muchas situaciones" (Kadis y coautores, op. cit., Pág. 20).

La psicoterapia de grupo, vista desde este punto, puede emplearse en personas con diferentes problemas psicológicos.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Antecedentes.

La terapia cognitiva ha ganado adeptos rápidamente entre los psicoterapeutas. Por ejemplo, Beuttler, Crago, Arismendi, Smith, Glas y Miller, 1980, son autores que promueven esta terapia. La eficacia ha llegado a ser indiscutible, en especial en el tratamiento de la depresión, también porque en corto tiempo se han acumulado estudios que constan su utilidad.

En un análisis de seguimiento de investigaciones similares pero más selectivas; Shapiro y Shapiro en 1982 (citados por Yost, op. cit.) "Concluyeron que entre las psicoterapias, los tratamientos cognitivos y conductuales por lo general mostraban los efectos más pronunciados en una serie de perturbaciones psicológicas" (Pág. 19).

Estos trabajos, junto con estudios específicos de Beck, Hollon, Young y otros en 1984, afirman que los tratamientos cognitivos conductuales influyen de modo muy penetrante en

pacientes con depresiones reactivas moderadas y graves, aún sí sus efectos se comparan con otros tradicionales de índole psicofarmacológica, cuyo valor se conoce desde hace mucho tiempo.

Al parecer, los efectos singulares de la terapia cognitiva en el autoconcepto y la desesperanza, hacen a este tratamiento particularmente útil para atender la depresión, y aquellos (los efectos) difícilmente se consiguen con otro tipo de terapia.

Yost y coautores (op. cit.) citan a Chaisson quien dirigió un proyecto en el cuál participaron otros investigadores, donde su análisis se orientó a psicoterapia cognitiva en formato de grupo, ellos concluyeron que:

- La depresión es un trastorno grave entre adultos de edad avanzada.

-Las intervenciones no médicas resultan poca provechosas para los ancianos, en vista de que padecen diversas complicaciones médicas.

-Que la terapia cognitiva es una intervención psicológica establecida y eficaz contra la depresión.

-Desde el punto de vista económico la terapia de grupo es un tratamiento psicológico que justifica plenamente los gastos en que incurre.

-Basándose en esos resultados, elaboraron un programa de terapia cognitiva en formato de grupo para aplicarlo a ancianos deprimidos (Pág. 9)

Al someter a prueba esta intervención en 1983 y 1984 Chaisson, Buetler, Yost y Allender, obtuvieron resultados optimistas.

Ante eso, se elaboró un estudio más amplio, cuyos resultados preliminares son muy alentadores aún sin que hubiera concluido el estudio (Yost y coautores, op. cit.).

En el estudio realizado por Magaña y coautores (op. cit.) en el asilo "Sara Saldívar", se plantean diferentes tipos de terapias que en el tratamiento de la depresión resultan efectivas; dichas terapias son:

Ludoterapia, ergoterapia, dinámicas grupales, favorecer las relaciones interpersonales, terapias ocupacionales. La finalidad de estas es que el anciano deprimido se integre al medio donde se encuentra institucionalizado, desarrollando

así mayor empatía con todos los ancianos. Creando de esta manera un ambiente en el cual el anciano se sienta útil, esto a su vez, ayuda a disminuir los niveles de depresión.

Otro estudio consultado, es el que ha estructurado Eulen Servicios Sociales y Sanitarios, realizado en 35 centros residenciales de personas mayores, en las ciudades de Madrid y de Valencia.

El objetivo de ellos, al aplicar dicho programa, es "conseguir la mayor autonomía personal de los residentes del centro, de forma que puedan valerse por sí mismos en el máximo de actividades de la vida diaria, o conseguir que, a pesar de la discapacidad, se retrase la evolución de la dependencia sacando el máximo provecho de aquellas funciones capaces de realizar por sí mismos. Estas actividades van dirigidas a mejorar su ámbito psicológico y físico, para mejorar su calidad de vida" (Martínez y coautores, op. cit.)

Los investigadores han elaborado un "programa de gestión asistencial denominado PROWORK, permitiendo utilizar esta herramienta a todos los profesionales del centro, de manera que el trabajo interdisciplinario y de equipo se realice con más eficacia. Consigue a su vez, comprobar y evaluar con el

tiempo los resultados obtenidos en las diferentes áreas asistenciales derivados de la aplicación, en función de los perfiles de los residentes" (Martínez y coautores, op. cit., Pág., 9).

Dentro de este programa se plantea la depresión, como un indicador más del deterioro de la salud mental y física de los ancianos. Entre las causas que Eulen Servicios Sociales y Sanitarios detectaron, se encuentran: "Las biológicas, los factores ambientales o situacionales, factores personales y la RBC-emocionales motivacionales, donde se encuentra la autoestima, entre otros" (Martínez y coautores, op. cit., Pág., 64).

Otro estudio fue realizado en el oriente de El Salvador por Arias S. y colega (2002), consistió en la implementación de un programa de psicoterapia ocupacional y autoestima, desarrollado en adultos mayores internos en el asilo "Hogar de ancianos San Vicente de Paúl", en el departamento de Usulután. Las investigadoras deseaban conocer la relación existente entre la depresión y la autoestima en estas personas.

En su trabajo llegaron a concluir que tanto el programa de psicoterapia ocupacional y la autoestima, ayudaron a

minimizar los niveles de depresión, reduciendo la presencia de los síntomas e indicadores propios de tal alteración emocional de los ancianos.

2.2. Delimitación del problema.

Los ancianos tienen que luchar soportando malestares físicos y mentales, los cuales muchas veces son considerados propios de su edad. Al no recibir la debida atención familiar y terapéutica se acrecientan los síntomas físicos y psicológicos, de manera que el anciano llega al punto de ser incapaz de controlarlos, llevándolo a un aislamiento que con el transcurrir del tiempo, el anciano se acostumbra a la soledad, restándole importancia a las relaciones interpersonales.

Por consiguiente, en la mayoría de ocasiones se da la presentación de síntomas depresivos, que al no recibir un adecuado tratamiento, con las debidas técnicas, pueden generar crisis más graves.

Los ancianos que permanecen en albergues son muy vulnerables ha desarrollar un estado depresivo, por carecer del apoyo familiar, y el permanecer en un mismo ambiente con

condiciones no muy satisfactorias, afectando su estado de ánimo.

Por otra parte, los pensamientos e ideas negativas sobre su propia vida, en cuanto a satisfacción de logros obtenidos o frustraciones, o por falta de apoyo familiar, pueden resultar en un incremento de la depresión.

El lugar donde se aplicó el programa psicoterapéutico, la encargada del área de salud menciona que ella trata de brindarle la debida atención a los ancianos internos en cuanto a sus problemas y necesidades; pero, debido al tiempo, en ocasiones no puede hacerlo con la dedicación que ellos necesitan; también se menciona la asistencia médica, (aunque no se da con mucha frecuencia). Con respaldo psicoterapéutico adecuado, se obtendrían mayores resultados en cuanto a la disminución de los estados depresivos.

Los medicamentos no siempre son exitosos, por la razón que muchos problemas tienen origen psicológico. Lo anterior no indica que se reste méritos a los fármacos; la dificultad resulta, al suspender un tratamiento médico a base de fármacos el problema resurge, se ha demostrado que con la

aplicación de terapia cognitiva y cognitivo conductual las posibilidades de recurrencia son menores.

Los ancianos no reciben ningún tipo de antidepresivo; esto según el Dr. Zaldívar, médico a cargo del área de salud; debido a los efectos secundarios que provocan. Por lo tanto, es necesaria la intervención psicoterapéutica.

Los ancianos deprimidos tienen problemas de relaciones interpersonales con sus compañeros, aislándose así de los demás, lo que provoca mayor soledad, dando lugar a la aparición de otros síntomas. Los que están con sus familias y no en albergues, disfrutan del aprecio y apoyo de sus seres queridos, lo que favorece la superación de un trastorno afectivo que les interfiera en su estado de ánimo al igual que en la realización de sus actividades cotidianas.

Lo contrario ocurre con ancianos institucionalizados en asilos, aunque gocen del apoyo y aprecio de las encargadas y amigos del albergue, si a esto se agrega, la implementación de actividades profesionales psicoterapéuticas, es probable que exista una superación de la depresión. A pesar que dicho problema, es visto como algo normal por la alta ocurrencia con que se presenta y los intentos por superarla sean

cotidianos, la dificultad puede agudizarse. Para el año de 1999 algunos investigadores (Vásquez y coautores), que cursaban la asignatura de salud mental comunitaria encontraron que de 23 entrevistados el 43% sufrían depresión moderada, según la escala de depresión "EAD".

Para el año 2003, el médico afirmaba que un 30% de los ancianos sufre depresión, mostrando síntomas, tales como: llanto, aislamiento, agresividad, falta de apetito; pero en la opinión de la encargada de salud más de la mitad de ellos presenta el problema.

No hay estudios previos que indiquen que se ha buscado solución a dicha dificultad. Una alternativa práctica fue implementar un tratamiento que sometido al análisis científico proporcionara pautas de funcionalidad del tratamiento de la depresión en ancianos institucionalizados. El tiempo pasa y seguro que el problema de la depresión se incrementaría pues no existía proceso psicoterapéutico práctico dirigido a superar el problema. La depresión es un problema y debía buscársele solución y un ensayo para solucionar esta problemática, es la aplicación de un programa de tratamiento basado en los modelos cognitivo conductual y cognitivo.

La psicoterapia basada en ambos modelos, ha tenido éxito en el tratamiento de la depresión en ancianos, sobre todo en aquellos que no están en un albergue, pero es interesante la aplicación de dicho programa en modalidad de grupo a ancianos institucionalizados. Por esto, la presente investigación se centró en darle respuesta a las siguientes preguntas:

2.3. Formulación del problema:

- *¿Será menor o mayor el nivel de depresión de un grupo de ancianos después de ser sometido al programa psicoterapéutico cognitivo, durante cinco meses del año 2003, que el nivel de depresión de otro grupo de ancianos que no será sometido a ningún tratamiento. Los dos grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel?*

- *¿Será menor o mayor el nivel de depresión de un grupo de ancianos después de ser sometido al programa psicoterapéutico cognitivo conductual, durante cinco meses del año 2003, que el nivel de depresión de otro grupo de ancianos que no será sometido a ningún tratamiento. Los dos grupos institucionalizados, en asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel?*

- *¿Será menor o mayor el nivel de depresión de un grupo de ancianos después de ser sometido al programa psicoterapéutico cognitivo que el nivel de depresión de otro grupo de ancianos sometido al programa cognitivo conductual, durante cinco meses del año 2003. Los dos grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel?*

2.4. Objetivos de la investigación.

****Objetivo general:***

-Determinar si el nivel de depresión de dos grupos de ancianos que reciben tratamiento psicológico, durante cinco meses del año dos mil tres, es diferente al de otro grupo de ancianos que no reciben ningún tratamiento psicológico. Dichos ancianos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

****Objetivos específicos:***

-Determinar si el nivel de depresión de un grupo de ancianos sometido, durante cinco meses del año dos mil tres, al programa psicoterapéutico cognitivo conductual,

es diferente al de otro grupo de ancianos deprimidos sometido al programa psicoterapéutico cognitivo, durante el mismo periodo de tiempo. Ambos grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

-Determinar si el nivel de depresión de un grupo de ancianos sometido, durante cinco meses del año dos mil tres, al programa psicoterapéutico cognitivo conductual, es menor al de otro grupo de ancianos deprimidos no sometido a ningún programa psicoterapéutico, durante el mismo periodo de tiempo. Ambos grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

-Determinar si el nivel de depresión de un grupo de ancianos sometido, durante cinco meses del año dos mil tres, al programa psicoterapéutico cognitivo, es menor al de otro grupo de ancianos deprimidos no sometido a ningún programa psicoterapéutico, durante el mismo periodo de tiempo. Ambos grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

CAPÍTULO III

DEFINICIÓN DE VARIABLES

3.1. Variable independiente: Terapia Cognitiva

Definición conceptual:

"Basada en el modelo cognitivo, postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien, la forma en que ella interpreta la situación" (Ellis y Beck, citado por Camerine, disponible en: <http://www.CognitivoConductual.org/home.htm>).

Esta terapia, destaca que las personas piensan y perciben sobre sí mismas, su mundo y el futuro son relevantes e importantes y tienen efecto directo en cómo se sienten y actúan.

Esta terapia implicó enseñarles a los ancianos:

1. "Identificar pensamientos autocríticos negativos que ocurren de manera automática.

2. A notar la conexión entre los pensamientos negativos y la depresión resultante.
3. A examinar con cuidado cada pensamiento negativo y decidir si puede ser apoyado.
4. A intentar reemplazar los pensamientos negativos distorsionados con interpretaciones realistas de cada situación" (Sue, op. cit., Pág. 372)

Definición Operacional:

- Fue la aplicación de técnicas cognitivas, que se tomaron de varios autores, consultando diversas fuentes bibliográficas: libros, páginas Web, etc.

En total fueron 17 técnicas, siendo estas: lecturas cortas, generalización excesiva, exageración, adivinación del pensamiento, terapia de apoyo, culparse a sí mismo, exigencias a otros, expectativas poco realistas de sí mismo, exageración de la importancia de sí mismo, descatastrofización, reatribución, redefinir, descentramiento, imaginación, diario de estados anímicos, revelación de uno mismo y venciendo sentimientos de inutilidad.

En total, fueron 20 sesiones, en las cuales se emplearon 17 técnicas, debido a que lecturas cortas se desarrolló en dos sesiones; en la sesión inicial se estableció la consolidación del grupo. En la sesión final se aplicó la posprueba y la finalización de la terapia.

El programa fue configurado por los investigadores con el objetivo de reducir los niveles de depresión de los ancianos del asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel, contribuyendo a mejorar la salud mental de la población interna.

La aplicación del programa comprendió un periodo de cinco meses, efectuándose un total de 20 sesiones, una por semana, con una duración de hora y media. En cada sesión estuvieron presentes los cuatro terapeutas.

3.2. Variable Independiente: Terapia Cognitivo Conductual.

Definición Conceptual:

"Este enfoque enfatiza el papel del proceso de aprendizaje en generación de trastornos. Es decir

ciertas conductas que se aprenden se transforman en hábitos perjudiciales para la persona; hace hincapié en las condiciones presentes como causantes del trastorno. Los tratamientos en este enfoque son breves e implican la sustitución de las conductas desadaptativas por nuevos patrones de conducta que no produzcan ansiedad. El terapeuta asigna tareas específicas, entrena al paciente en ciertas habilidades" (disponible en la siguiente página Web: <http://www.psicoplanet.com/otros02-05.htm>)

Definición Operacional:

Consistió en la aplicación de técnicas cognitivo conductuales, que se tomaron de varios autores, consultando diversas fuentes bibliográficas, como libros, páginas Web, etc.

En total fueron 15 técnicas, las cuales son: refuerzo primario y secundario, reminiscencia, lecturas cortas, relajación respiratoria, ergoterapia, juego de parejas, actividades físicas, realizar actividades constructivas, actividades programadas, programación y ejecución de actividades graduadales, entrenamiento en resolución de

problemas, aprendizaje de habilidades de afrontamiento para situaciones estresantes, técnica de orientación, aislamiento y establecimiento de beneficios.

El programa psicoterapéutico comprendió 20 sesiones, pero se mencionan 15 técnicas, porque las lecturas cortas tienen continuidad en varias sesiones; además, la primera sesión implicó la consolidación del grupo y la última a la aplicación de la posprueba y finalización de la terapia.

El programa fue configurado con el objetivo de disminuir los niveles de depresión de los ancianos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel. Contribuyendo a mejorar la salud mental de la población interna.

La aplicación del programa comprendió un período de cinco meses, efectuándose un total de veinte sesiones, una por semana, con una duración de hora y media, en cada sesión estuvieron presentes los cuatro terapeutas.

3.3. Variable Dependiente: Depresión.

Definición Conceptual: Depresión:

"Es un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en diagnósticos racionales.

Recoge la presencia de síntomas afectivos- esfera de los sentimientos y emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, también se presentan síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático" (Sudupe A. Y Tabuado O. 2001).

Definición operacional.

Consistió en la aplicación de la escala de depresión de Burns; que consta de 15 ítems con cuatro alternativas de respuesta (nada, bastante, mucho, poco), a los tres grupos de ancianos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel. Antes y después de la aplicación del tratamiento a dos grupos,

uno sometido al programa cognitivo, el otro al programa cognitivo conductual y el último sin ningún tratamiento.

Entonces, para pertenecer a los grupos de estudio el nivel de depresión presentado era moderado y grave.

3.4: Control De Variables.

Variables Independientes.

Terapia Cognitivo y Cognitivo Conductual.

Con ambos grupos se realizó lo siguiente:

En la primera sesión se obtuvo el nombre de los ancianos que sabían leer y escribir, para que realizaran anotaciones de las tareas asignadas. En el grupo psicoterapéutico cognitivo todos los ancianos sabían leer, lo cual facilitó un mejor control de la variable. Esto permitió que la tarea se asignara de forma escrita, sin tener que estar ofreciendo muchas indicaciones verbales.

Contrario al grupo psicoterapéutico cognitivo conductual, donde de un total de ocho sujetos, solamente dos sabían leer: un anciano y una anciana. Por lo tanto, estos dos ancianos alfabetizados ayudaron a anotar las tareas de los otros compañeros. Debido a reglas de la institución (los hombres no pueden visitar las habitaciones de las mujeres y viceversa) el proceso obligó a que la anciana colaborara más haciendo las anotaciones.

Los terapeutas visitaban a los ancianos un día no correspondiente a la sesión, para orientar sobre las tareas asignadas en la sesión anterior.

En el grupo cognitivo, las visitas se hicieron los viernes a la 1:00 PM. Para el grupo cognitivo conductual, las visitas se realizaban los martes a partir de las 1:00 PM. Se entrevistaba a los ancianos de forma individual.

El grupo cognitivo tenía menos dificultades porque podían hacer sus anotaciones. Caso contrario, en el grupo cognitivo conductual, se presentaron problemas. Por ejemplo, cuando los terapeutas llegaban el día correspondiente a la revisión de la tarea, se daba el caso de que los terapeutas

debían nuevamente explicar la tarea. Esto se observó con mayor frecuencia en dos ancianos.

La hoja de registro de tarea general, que se entregaba contiene un espacio para anotar el número de sesión, fecha, nombre de la técnica, participación durante la sesión. La hoja consta de tres opciones: mucho, poco y nada. Se incluye además un espacio que permite escribir el nombre de la tarea a realizar durante la semana. Estas anotaciones las hicieron los terapeutas, previo a entregárselas. También, se agrega una indicación ilustrativa para que los ancianos marquen con una crucita el tiempo en que realizarían la tarea (la figura del sol representando el día y la figura de la media luna para la noche), (Ver anexo 8.1, página 253).

Con una crucita marcaban en la casilla correspondiente a las opciones si han hecho o no las tareas, la opción "si" y "no" tenía varias casillas donde les permitía marcar el número de veces que realizaban la tarea.

Es necesario mencionar, que en ocasiones hubieron tareas específicas que tenían su propia hoja para esa sesión; estas fueron entregadas por los terapeutas el día correspondiente a la sesión.

La diferencia en la hoja de ambos grupos es que el cognitivo conductual tenía un espacio para anotar conductas reforzadas y tipo de refuerzo (Ver anexo 8.2, página 254).

Control de variable dependiente.

DEPRESIÓN: A los ancianos que formaron parte de los grupos experimentales y de control, se les aplicó la escala de depresión de Burns una semana antes de iniciar el tratamiento. Este proceso implicó entrevistar, de forma directa a cada anciano. Esto se realizaba exponiendo cada ítem y explicando aquellos términos que el anciano no comprendía, luego se permitió una pausa para meditar la opción de respuesta. Sí era necesario, se les explicaba varias veces.

Al finalizar el tratamiento, se aplicó la escala de depresión de Burns, durante la última sesión, como instrumento de pos prueba a los grupos sometidos al tratamiento. Ese mismo día, se reunió al grupo de control

para aplicarles la escala, empleando el mismo procedimiento inicial, es decir, de forma individual.

3.5: Variables Intervinientes:

Las variables intervinientes encontradas en el estudio, se mencionan a continuación:

-Problemas auditivos: consiste en la incapacidad de escuchar adecuadamente los sonidos emitidos del exterior.

¿Cómo se controló?: Era necesario colocarse cerca de los ancianos, pues esto permitía reducir la desventaja auditiva. Cabe destacar, que en ambos grupos (grupos experimentales) participaron dos ancianos con este problema.

-Los ruidos: Perturbación sonora compuesta por un conjunto de sonidos de amplitud, frecuencia (gritos y ruidos de buses) y fase variables y cuya mezcla suele provocar una sensación sonora desagradable al oído (Editorial Océano, Diccionario enciclopédico. Edición 1998).

¿Cómo se controló? Esta variable fue difícil de controlar debido a que la institución está situada geográficamente en una zona con mucho tráfico.

-Pérdida de la memoria: Pérdida progresiva de experiencias pasadas o de enseñanzas pasadas hasta la desaparición completa del recuerdo. Este hecho normal ocurre sin perturbaciones de la conducta, (Merani, op. cit. Pág. 103). Una de las características primordiales que sufren las personas durante la etapa senil, es pérdida de la memoria, la cual aparece como indicador propio de dicho periodo de la vida.

El olvido es en ocasiones persistente y constante, es muy notorio durante el desenvolvimiento de las actividades desarrolladas por la persona; gradualmente pierde el equilibrio entre lo que pensó y llegó a realizar en un momento determinado.

Por otra parte, debe diferenciarse de una pérdida cuantitativa y cualitativamente alta, aquí la persona manifiesta un deterioro de memoria persistente y constante.

Sin embargo, el ser humano por ende es biopsicosocial y por su naturaleza desarrolla mecanismos de defensa, manifestando en ocasiones, olvidos temporales que ocultan cierta información de su vida para protegerse.

Esta variable interviniente fue controlada a través de la aplicación de una prueba para medir la memoria a corto término, que consistió en dos técnicas: una es la de las tres palabras, la otra fue la prueba de los pares de palabras. Esta prueba se aplicó antes que se formaran los respectivos grupos. Los ancianos que obtuvieron un resultado de memoria deficiente, no formaron parte de ningún grupo.

-Deterioro del pensamiento: Es otra peculiaridad que adolecen las personas mayores; pues al deteriorarse el pensamiento se perciben fallos en la capacidad del análisis y la síntesis.

Esta variable se controló fomentando la catarsis y siendo tolerantes con los problemas que cada uno de ellos exponían. Es decir, al ser escuchados y comprendidos, esto influye en mejorar el estado de ánimo del anciano.

-Religión: Conjunto de creencias, mitos o dogmas acerca de la divinidad y de prácticas rituales para darle culto

(Diccionario enciclopédico Océano Uno Color, editorial océano, op. cit.). La religión, como se sabe fomenta ideas irracionales, convierte a la persona con poca capacidad de análisis y pierde objetividad en la manera de resolver los problemas.

¿Cómo se controló? Por medio de la fomentación de un análisis y discusión de ideas infundadas. Por ejemplo algunos ancianos mencionan: "que Dios es el único que resuelve todos los problemas".

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA.

4.1. Población.

La población fue constituida por 119 ancianos y ancianas institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

4.2. Muestra.

El tipo de muestra que se utilizó fue no probabilística, específicamente de sujetos tipo, porque los sujetos se seleccionaron de acuerdo a criterios establecidos por los investigadores. Como los que a continuación se describen:

Para seleccionar la muestra, fue necesario visitarlos y entrevistar a los ancianos que gozaban de una salud estable y sin condiciones físicas incapacitantes.

Se entrevistó a 50 ancianos, esto sirvió para descartar a quiénes tenían problemas para contestar y proporcionar

información coherente. Ayudando a seleccionar los ancianos y ancianas, que poseen capacidades espacio temporal, conciencia y facultades mentales normales de acuerdo a su condición, comparado con los que sufren de algún deterioro mental o padecimiento físico grave.

Después de esa entrevista quedaron 43 ancianos, a ellos se les aplicó la prueba de memoria a corto término, para excluir los que presentaron problemas de memoria a corto término y evitar que esa variable interviniente dañara el proceso.

Resultaron siete con problemas de memoria, luego quedaron 36 ancianos y se les aplicó la escala de depresión de Burns. Los ancianos que tuvieron depresión moderada y grave, según esta escala, conformaron la muestra.

Resultando 25 ancianos (as). Que fueron asignados y distribuidos a los tres grupos en forma aleatoria. Es decir, que cada grupo estaba formado por ocho ancianos. Las características demográficas de los ancianos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel fueron: nueve hombres, quince mujeres; nueve provienen de la zona rural y quince de la zona urbana. Las

edades oscilan entre los cincuenta y uno a noventa y seis años de edad cronológica; tres solteros, cuatro viudos, catorce abandonados, dos separados y un acompañado.

La muestra es representativa, pues de ciento diecinueve ancianos que viven en la institución, el estudio abarcó veinte y cuatro ancianos en total. La asignación y distribución de los ancianos se hizo aleatoriamente, ocho para cada grupo. Cabe mencionar que del grupo cognitivo se retiró un anciano del proceso.

4.3. Instrumentos.

La entrevista fue aplicada a cincuenta ancianos, con el objetivo de explorar datos generales del anciano, así como el tiempo de estar en la institución, motivo de ingreso, actitudes del anciano hacia los encargados del local, enfermeras y otros ancianos compañeros del albergue (Ver anexo 1, Página 142).

También, se aplicó la prueba de memoria de corta duración a 43 ancianos y consistió en dos técnicas: la técnica de las tres palabras, "hormiga, canasta, página". Si el anciano fallaba en la repetición de una palabra indica

memoria deficiente. La segunda consistió en los pares de palabras las cuales eran cuatro: "bomba-finca, pantalón-camisa, pájaro-jaula, duende-goma". Si el anciano fallaba en la repetición de un par de las frases mencionadas indicaba memoria deficiente (Coello, 1986, ver anexo 2, página 144).

El instrumento que se utilizó para medir la depresión fue la escala de Burns, la cual es válida y confiable por el mismo autor. Se aplicó como preprueba a treinta y seis ancianos, de estos, veinte y dos ancianos presentaron depresión moderada y tres con depresión grave. Esta misma escala se aplicó como pos prueba.

La escala comprende quince ítems que exploran aspectos sobre: la tristeza, el desánimo, baja autoestima, sentimientos de inferioridad, culpa, indecisión, irritabilidad y frustración, pérdida de interés por la vida, desmotivación, desvalorización, cambios en el hábito de comer, cambios en el hábito de dormir, falta de libido, hipocondría e impulsos suicidas (Ver anexo 3, página 146).

Para todos los ítems existen casillas denominadas y puntuadas de la siguiente manera: nada equivale a cero, algo

equivale a uno, bastante equivale a dos y mucho equivale a tres.

La forma de contestar la escala es marcando con una equis (X), en una de las casillas antes mencionadas.

Después, la puntuación obtenida, de acuerdo al valor asignado, se colocan al margen derecho. Al final se suman todas las puntuaciones señaladas.

Una vez elaborado el resultado de la sumatoria se comparan con los rangos establecidos de la escala, de esta manera los rangos se asignan de la siguiente forma: de 0-4 depresión mínima, 5-10 depresión límite, de 11-20 depresión leve, de 21-30 depresión moderada y de 31-45 depresión grave. De esta forma se obtiene el nivel de depresión.

Por otra parte, se elaboró un registro diario haciendo uso de listas de chequeo. Los registros facilitaron observar el desenvolvimiento comportamental y actitudinal de los ancianos.

Algunos indicadores, que comprende la lista de chequeo al momento de registrar la información en cada sesión

psicoterapéutica, se encuentran: aspectos sobre el comportamiento, tomando en consideración la participación de los ancianos así como la colaboración, pedir el turno para hablar. En cuanto al aspecto de las actitudes, se valoró si reflejaban desmotivación, por ejemplo, percibir aburrimiento en los ancianos, el sentirse enfermo, presentar ideas irracionales sobre temas en discusión. (Ver anexo 9, página 255).

4.4. Procedimiento.

1. Se realizó una breve entrevista para determinar quiénes eran los ancianos aptos para poder incorporarse a la muestra y ser parte del estudio. Se exploró datos personales tales como: nombre, procedencia, edad, tiempo de permanecer en la institución, datos sobre la familia, la atención que reciben dentro del asilo, mencionar el nombre de la ciudad, (para explorar en el anciano la ubicación espacio temporal) nombre de la institución, lugar donde vive actualmente, el mes y día.
2. Se aplicó, además, la prueba de memoria a corto plazo, mediante la entrevista directa. El objetivo de esta

prueba, era excluir a los ancianos con problemas de memoria a corto plazo de los grupos en estudio. Es probable, que la variable memoria a corto plazo afectara el proceso terapéutico. Por ejemplo, olvido de tareas. Este instrumento se aplicó a cuarenta y tres ancianos.

El siguiente paso, fue el psicodiagnóstico, consistente en la administración de la escala para explorar el nivel de depresión (utilizando la escala de depresión de Burns). La escala se aplicó mediante la entrevista directa. Los investigadores interrogaron de forma individual a cada anciano dando oportunidad de pensar su respuesta de acuerdo a las alternativas que ofrece cada uno de los ítems.

Se entrevistó a treinta y seis ancianos. De los cuarenta y tres sometidos a la prueba de memoria, ocho obtuvieron dificultades.

De esos treinta y seis ancianos, veinticinco resultaron con depresión, veintidós con depresión moderada y tres con depresión grave.

3. Luego la muestra se asignó a los grupos de forma aleatoria de la siguiente manera: se elaboró un listado con los 25 nombres de cada uno de los ancianos, con depresión grave y moderada, acordando no incluir al último de la lista (número 25) en la distribución aleatoria.

Se determinó que los primeros ocho dígitos proporcionados por la tabla random, se asignaron al grupo experimental uno, grupo cognitivo conductual, los próximos ocho, fueron para el grupo experimental dos, grupo cognitivo. Por consiguiente, los últimos ocho sujetos restantes de la lista, conformaron el grupo de control (Ver anexo 15, Pág. 293).

Utilizando la tabla de números aleatorios random, se eligió un punto cualquiera de la tabla, desplazándose vertical, horizontal y diagonal, hasta obtener los ocho dígitos que concordaran con el listado de los 24 ancianos. Por ejemplo, se decidió optar por la fila 5, para desplazarse en forma horizontal, encontrando el primer dígito 17, entonces el anciano que en el listado le correspondió este número formó parte del grupo cognitivo conductual, y así sucesivamente hasta complementar los ocho sujetos de este grupo.

Para asignar los sujetos del segundo grupo experimental, es decir el grupo cognitivo, se siguió el mismo procedimiento mencionado anteriormente, sólo que partiendo de otro punto de la tabla, contando con que los dígitos que aparecieron en el desplazamiento y que ya estaban en el grupo anterior, de acuerdo a lista fueron omitidos, hasta completar los ocho de este grupo.

Por lo tanto los números restantes de la lista formarían el grupo de control.

Luego, se comunicó a cada uno de los ancianos, perteneciente a los grupos experimentales, el día y hora de las reuniones.

4. Realizado lo anterior, se asignaron los días a trabajar con cada grupo. Con el grupo cognitivo se acordó trabajar los martes de 1:40 PM a 3:10 PM; en cada sesión se registraba la asistencia (Ver anexo 7.1 página 250). La primera sesión, se realizó el 16 de septiembre de 2003; la última sesión se realizó el día 10 de febrero de 2004. Donde se aplicó la post prueba (escala de depresión de Burns). El día de orientar a los ancianos sobre las tareas fue viernes a la 1:00 PM.

- Con el grupo cognitivo conductual la primera sesión se efectuó el 19 de septiembre de 2003, acordando trabajar los viernes de 1:40 PM. a 3:10 PM; en cada reunión se registraba la asistencia (Ver anexo 7.2 página 251).

La última reunión fue el 6 de febrero de 2004. Donde se aplicó la posprueba. El día de orientar a los ancianos sobre las tareas fue martes a la 1:00 PM.

- Grupo de control, se les visitaba cada tres semanas, (Ver anexo 7.3 página 252); nadie se retiró de la institución ni falleció, la posprueba se aplicó el 10 de febrero después de haber finalizado con el grupo cognitivo.

4.5. Diseño.

El diseño de investigación es de carácter experimental:

Incluye tres grupos, dos reciben tratamiento; uno terapia cognitivo conductual y el segundo terapia cognitiva. El último es el grupo único de control. Este diseño involucra la aplicación de preprueba y posprueba.

Gráficamente se representa así:

R	Yb	X	Ya	GE₁
	Yb	X	Ya	GE ₂
	Yb	-X	Ya	GC

En donde:

Yb: Equivale a la preprueba (medición de variable dependiente: depresión, antes del tratamiento).

Ya: Equivale a la posprueba (medición de variable dependiente: depresión, después del tratamiento).

X: Es el tratamiento. 20 sesiones de terapia cognitiva y 20 sesiones de terapia cognitivo-conductual.

-X: Se refiere al grupo de control que no recibe tratamiento.

R Asignación aleatoria.

GE₁: Grupo experimental uno.

GE₂: Grupo experimental dos.

GC: Grupo de control único.

Para analizar los datos se emplean los puntajes obtenidos después de la aplicación del tratamiento. Para comparar la diferencia entre ellos y obtener si hubo efectos del tratamiento.

4.6. Las hipótesis del estudio.

****Hipótesis general:***

-El nivel de depresión de dos grupos de ancianos que reciben tratamiento psicológico durante cinco meses del año dos mil tres, será diferente al de otro grupo de ancianos que no será sometido a ningún tratamiento psicológico. Dichos ancianos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

****Hipótesis específicas:***

-El nivel de depresión de un grupo de ancianos que será sometido al programa psicoterapéutico cognitivo conductual, durante cinco meses del año dos mil tres, será diferente al de otro grupo de ancianos deprimidos, sometido al programa psicoterapéutico cognitivo durante el mismo periodo de tiempo. Ambos grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

-El nivel de depresión de un grupo de ancianos sometido a un programa psicoterapéutico cognitivo conductual, durante cinco meses del año dos mil tres, será menor que el otro grupo de ancianos deprimidos que no será sometido a ningún programa psicoterapéutico. Ambos grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

-El nivel de depresión de un grupo de ancianos sometido a un programa psicoterapéutico cognitivo, durante cinco meses del año dos mil tres, será menor que el otro grupo de ancianos deprimidos que no será sometido a ningún programa psicoterapéutico. Ambos grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

CAPÍTULO V.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

5.1 Análisis Estadístico.

Para analizar los resultados de la investigación, se utiliza la prueba estadística paramétrica Análisis de Varianza Unidireccional (ANVA). Esta prueba permite evaluar, a través de las puntuaciones obtenidas la diferencia entre los tres grupos incluidos en el estudio: dos que reciben tratamiento, que son los grupos experimentales y el grupo sin tratamiento, que es el grupo de control. Si existe diferencia, se explica que es debido a efectos del tratamiento.

Al aplicar la fórmula a las puntuaciones obtenidas de la escala de depresión de Burns, (ver anexo 10, página 256), a los dos grupos experimentales y de control, se encuentran los siguientes datos: Valor F calculado: 12.20, utilizando un nivel de significación de 0.05, con 2 grados de libertad calculados, para el numerador y 20 grados de libertad asociados al denominador, se obtiene el valor F tabla de 3.49 (Ver anexo 11, página 258).

TABLA 1: Tabla que representa los resultados del estudio derivado de la prueba paramétrica Análisis de Varianza Unidireccional (ANVA.)

DESCRIPCIÓN	PUNTAJES
Grupo experimental 1 (N1) *	7
Grupo experimental 2 (N2)	8
Grupo control único (N3)	8
Razón "F"	12.20
Grados de libertad	20
Valor "F" tabla	3.49

Donde:

Grupo experimental 1 (N1)*: número de sujetos 7, a los que se les aplicó terapia cognitiva.

Grupo experimental 2 (N2): número de sujetos 8, a los que se les aplicó terapia cognitiva-conductual.

Grupo de control único (N3): número de sujetos 8, no recibieron tratamiento.

Razón "F": valor calculado 12.20.

Grados de libertad: 20.

Valor "F" tabla: 3.49.

Aplicando la regla de decisión, donde si el valor "F" calculado es mayor o igual al valor "F" de la tabla se acepta la hipótesis de investigación. En caso contrario, si ese valor es menor se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación.

Al comparar el valor "F" calculado 12.20 con el valor "F" encontrado en la tabla el resultado es 3.49. El valor "F" calculado es mayor que el valor "F" de la tabla. Obtenido este dato, se propone comprobar si se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

La hipótesis nula se enuncia así:

Ho: No existirá diferencia significativa en los puntajes promedios obtenidos al aplicar la escala de depresión de Burns; en tres grupos de ancianos, después que dos reciben tratamiento psicológico y el otro ningún tratamiento, durante cinco meses del año dos mil tres. Dichos ancianos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

Calculado el valor "F" 12.20 se compara con el valor de la tabla de los valores críticos, bajo el nivel de significación de 0.05 y los 2 grados de libertad calculados, para el

numerador y los 20 grados de libertad para el denominador, se observa que el valor "F" calculado resulta superior al valor "F" de la tabla, que es 3.49. Esto indica diferencias entre los grupos, y permite aceptar la hipótesis de investigación y rechazar la hipótesis nula. Es decir, los grupos de ancianos que fueron sometidos a tratamiento psicológico, presentaron diferencia en sus puntajes con respecto al grupo de control. Esta diferencia, se explica como derivación de los efectos del tratamiento a favor de los grupos experimentales.

Existen diferencias entre los grupos, como resultado del tratamiento aplicado a dos de ellos. Para verificar esta diferencia es necesario, emplear una prueba estadística que permita comparar, tanto las puntuaciones de los dos grupos experimentales, como cada uno de ellos con el grupo de control.

Para esta comparación, se aplica la prueba estadística de distribución "t" de Student. Para aplicar esta prueba, comparando puntuaciones del grupo que recibió tratamiento cognitivo, con el que recibió tratamiento cognitivo conductual, se plantea la siguiente hipótesis nula:

Ho: No existirá diferencia entre las medias obtenidas al aplicar la escala de depresión de Burns; en dos grupos de ancianos, después que uno recibe tratamiento cognitivo y el otro tratamiento cognitivo conductual, durante cinco meses del año dos mil tres. Ambos grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

Los datos obtenidos son:

El valor "t" calculado es 1.68 dato que se compara con el valor de la tabla de distribución "t" de Student, que es 1.77 sobre el nivel de significación de 0.05 y los 13 grados de libertad encontrados, se observa que el valor "t" calculado es menor al valor "t" de la tabla ($1.68 < 1.77$), (Ver anexo 12, página 266).

Como el valor "t" calculado es menor al valor "t" de la tabla, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis específica de investigación en la cual se indica que existiría diferencia en el nivel de depresión de ambos grupos.

Si bien es cierto, que existe diferencia entre las medias, dichas diferencias no son significativas, porque

dichas puntuaciones se ubican en el nivel leve de depresión (11.37 y 15.57), según la escala de depresión de Burns; es decir, no existe diferencia en el nivel de depresión del grupo cognitivo comparado con el grupo cognitivo conductual.

Para continuar con el análisis estadístico, es necesario comparar las puntuaciones del grupo cognitivo con el grupo de control. Para ello se formula la siguiente hipótesis nula:

Ho: La media obtenida al aplicar la escala de depresión de Burns, a un grupo de ancianos sometido a tratamiento cognitivo, durante cinco meses del año dos mil tres, no será menor a la media obtenida al aplicar la escala de Burns, al grupo que no recibe ningún tratamiento. Ambos grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

Calculado el valor "t" 3.05 se compara con el valor de la tabla de distribución "t" de Student 1.77, siempre sobre el nivel de significación de 0.05 y 13 grados de libertad, el valor "t" encontrado es mayor al de la tabla (3.05 > 1.77). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis específica de investigación (Ver anexo 13 página 275).

La media del grupo cognitivo es menor que la media del grupo de control, esto permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis específica de investigación; afirmando que el grupo de sujetos sometido al tratamiento cognitivo presentaron un menor nivel de depresión (el grupo cognitivo obtuvo un puntaje de 15.57 en promedio en la escala de Burns y el grupo de control 23.50 de puntaje promedio en la misma escala) que el grupo que no recibió tratamiento.

Para completar el análisis estadístico se efectúa una última comparación, las puntuaciones del grupo sometido al tratamiento cognitivo conductual con el grupo que no recibió ningún tratamiento, para ello se formuló la siguiente hipótesis nula:

Ho: La media obtenida al aplicar la escala de depresión de Burns, a un grupo de ancianos sometido a tratamiento cognitivo conductual, durante cinco meses del año dos mil tres, no será menor a la media obtenida al aplicar la escala de Burns al grupo que no recibe ningún tratamiento. Ambos grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

Calculado el valor "t" 5.74, se compara con el valor de la tabla "t" de Student, sobre el nivel de significación de 0.05 y 14 grados de libertad, siendo el valor "t" encontrado de 1.76 ($5.74 > 1.76$); (Ver anexo 14 página 284). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis específica de investigación.

La diferencia de la media obtenida del grupo cognitivo conductual es menor (11.37). Se debe recordar, que en la escala de depresión de Burns, se sostiene que a mayor puntuación mayor depresión y a menor puntuación menor depresión.

Se afirma que los ancianos del grupo sometido a tratamiento cognitivo conductual, presentaron un menor nivel de depresión que el grupo que no recibió ningún tratamiento.

5.2. Interpretación de resultados.

Teniendo como base los resultados obtenidos y al aceptar la hipótesis de investigación, se observa que existen diferencias entre los grupos experimentales y el de control.

Esta diferencia es el resultado de la aplicación del tratamiento recibido en los dos grupos experimentales.

El rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación, permite afirmar que se alcanzó el objetivo general de investigación, el cual era: determinar si el nivel de depresión de dos grupos de ancianos que reciben tratamiento psicológico, durante cinco meses del año dos mil tres, es diferente al de otro grupo de ancianos que no recibe ningún tratamiento psicológico. Dichos ancianos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

Es decir, el estudio establece diferencias entre los grupos experimentales y el de control, lo que permite indicar que la diferencia es efecto de las variables independientes: programa psicoterapéutico cognitivo y cognitivo conductual. Esto quiere decir que los grupos de ancianos sometidos a tratamiento cognitivo y cognitivo conductual, presentaron un nivel de depresión leve, al finalizar el tratamiento. Siendo un nivel menor que el grupo que no recibió ningún tratamiento, pues el nivel de depresión de este grupo fue moderado.

Además, el estudio demostró que se alcanzaron los tres objetivos específicos propuestos para el estudio. Siendo uno de estos objetivos específicos el siguiente: Determinar si el nivel de depresión de un grupo de ancianos sometido, durante cinco meses del año dos mil tres, al programa psicoterapéutico cognitivo, es menor al de otro grupo de ancianos deprimidos no sometido a ningún programa psicoterapéutico, durante el mismo periodo de tiempo. Ambos grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

En otras palabras la investigación demuestra que el nivel de depresión del grupo cognitivo resultó menor que el nivel de depresión del grupo de control, basándose en la escala de Burns. De acuerdo con esta escala se ubican el grupo cognitivo en el nivel de depresión leve y el grupo que no recibió tratamiento en el nivel de depresión moderada.

El otro objetivo logrado es el siguiente: determinar si el nivel de depresión de un grupo de ancianos sometido, durante cinco meses del año dos mil tres, al programa psicoterapéutico cognitivo conductual, es menor al de otro grupo de ancianos deprimidos no sometido a ningún programa psicoterapéutico, durante el mismo periodo de tiempo. Ambos

grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

En la investigación se encontró que el grupo cognitivo conductual obtuvo un nivel de depresión leve, y el grupo de control un nivel de depresión moderada, según la escala de depresión de Burns.

El tercer objetivo alcanzado es el siguiente: determinar si el nivel de depresión de un grupo de ancianos sometido, durante cinco meses del año dos mil tres, al programa psicoterapéutico cognitivo conductual, es diferente al de otro grupo de ancianos deprimidos sometido al programa psicoterapéutico cognitivo, durante el mismo periodo de tiempo. Ambos grupos institucionalizados en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

Los resultados demuestran que los programas psicoterapéuticos cognitivo y cognitivo conductual disminuyeron la depresión en los ancianos, porque ambos grupos se ubican en el nivel de depresión leve (según la escala de Burns). Este resultado permite afirmar que ambas terapias son efectivas en el tratamiento de la depresión.

Los resultados de este estudio, donde los ancianos sometidos a tratamiento cognitivo y cognitivo conductual presentaron menor nivel de depresión que el grupo sin tratamiento, apoyan lo que teóricamente se sostiene: que la terapia cognitiva es una intervención psicológica establecida y eficaz contra la depresión (Yost y coautores, op. cit.). También, la afirmación que la terapia cognitiva conductual, es actualmente la terapia promisoría para el tratamiento de la depresión (Sue, op. cit.).

Asimismo, los datos apoyan lo que afirman Arismendi, Miller y otros investigadores, en 1980 concluyeron que la eficacia y la utilidad de la terapia cognitiva son indiscutibles en el tratamiento de la depresión. De igual forma, este estudio apoya el planteamiento de Shapiro y Shapiro, en 1982 afirmando que los tratamientos cognitivos y conductuales muestran sus efectos más pronunciados en el tratamiento de la depresión (citados por Yost y coautores, op. cit.).

Esta investigación apoya el estudio de Magaña y coautores (op. cit.), realizado en el asilo "Sara Saldívar" de San Salvador. En el cual, los investigadores recomiendan

emplear técnicas cognitivas conductuales para el tratamiento de la depresión.

Sobre la base de los datos obtenidos, este estudio apoya la investigación realizada por Arias y colega (op. cit.), en el asilo "San Vicente de Paúl" en la ciudad de Usulután, quienes aplicaron un programa de terapia ocupacional y de autoestima, concluyendo que el programa minimizó los niveles de depresión.

La investigación efectuada en el asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel, no encontró antecedentes sobre la comparación de la efectividad de los programas cognitivo y cognitivo conductual.

Se logró la aplicación completa de los programas psicoterapéuticos, aunque con retraso de tiempo. Esto, debido a las actividades que los encargados del asilo programaban: rifas, viajes fuera de la ciudad, posadas realizadas en diciembre, que incluían la participación de los ancianos retrasando el tiempo programado para el desarrollo de las sesiones.

Al inicio del proceso psicoterapéutico, el estudio tuvo como limitante controlar la variable religión, debido a que algunos de los ancianos se centraban en la ideología de la religión y no permitían que otras personas les presentaran otras formas de ver la vida. Como sucedió en el caso P.M. quien solamente asistió a dos sesiones, para en la tercera, argumentar que no creía en lo que se estaba realizando, sus ideales sobre la religión es lo único que cree. De esto, se desprenden ideas irracionales que algunos ancianos mostraban durante el proceso, por ejemplo se mencionan las siguientes: recordar y hablar sobre experiencias de su vida, es volver al pasado, porque en su opinión todos los problemas hay que dejárselos a Dios.

Sin embargo, esto disminuyó en el proceso del tratamiento con la discusión de sus ideas. Cuando los terapeutas orientaban sobre otros puntos de vista de comprender la vida, ellos correspondían a este nuevo aprendizaje, por ejemplo, relatando experiencias pasadas en las cuales los ancianos reconocieron que como seres humanos poseen capacidades para resolver los problemas.

Los resultados pueden verse afectados porque los ancianos carecen de visitas familiares y amigos; sus

conversaciones son con compañeros de habitación, permanecen solos, su interacción con otras personas es mínima. Entonces, sólo el hecho de interactuar con los investigadores, pudo influir en la disminución de su estado depresivo.

Estos efectos positivos encontrados donde el tratamiento redujo la depresión no pueden generalizarse porque la muestra es pequeña. Para generalizar los resultados es necesaria una muestra mayor. Además, es preciso aplicar estos programas a una mayor cantidad de ancianos institucionalizados en diversos albergues del país.

La contribución teórica del estudio, revela que los programas cognitivo y cognitivo conductual, son alentadores en el tratamiento de la depresión, cuando se aplica a ancianos institucionalizados que carecen de enfermedades físicas y psicológicas incapacitantes. Es decir, funciona con ancianos con lenguaje coherente, sin problemas de audición o visuales graves.

También es necesario tomar en cuenta el nivel educativo de los ancianos, porque se encontró dificultad a la hora de redactar las tareas. No es recomendable que los ancianos

realicen anotaciones de sus demás compañeros. Se sugiere que para aquellas hojas de tareas en las cuales se emplea un lenguaje técnico, tratar de modificarlas de acuerdo al nivel educativo que poseen las personas que participan en el estudio.

Por lo tanto, es recomendable que participen personas alfabetizadas. Otros investigadores deben valorar las características antes descritas al realizar un estudio similar. Este estudio representa una contribución más a la ciencia psicológica, especialmente al tratamiento de la depresión en ancianos deprimidos, ya que anteriormente no se contaba con una antesala a dicha investigación.

La aplicación práctica de este estudio es que facilita el trabajo en grupo, además, su aplicación no incurre en muchos gastos económicos.

Se sugiere para futuras investigaciones tomar como parámetro las siguientes ideas de investigación:

-Aplicar los modelos de terapia cognitiva y cognitivo conductual, en formato de grupos a ancianos deprimidos institucionalizados y comparar los resultados con ancianos no

institucionalizados para determinar en cual de los dos contextos son más efectivas dichas terapias en la reducción de la depresión.

-En este estudio la terapia cognitiva y cognitivo conductual han resultado efectivas en el tratamiento de la depresión; por lo tanto, es necesario comparar estos modelos aplicados con otras terapias a ancianos deprimidos, como por ejemplo: terapia interpersonal y terapia psicodinámica.

-Asimismo se sugiere ampliar el tiempo de las sesiones que incluyen técnicas complejas, por ejemplo: diario de estados anímicos y actividades graduales, a la vez el periodo de aplicación del programa completo.

CAPÍTULO VI.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones.

Al finalizar el desarrollo de la investigación se concluye lo siguiente:

➤ Las modalidades de terapia cognitiva y cognitiva conductual, son efectivas en el tratamiento de la depresión de ancianos institucionalizados.

➤ De los programas psicoterapéuticos cognitivo y cognitivo conductual, las dos terapias son igualmente efectivas en el tratamiento de la depresión.

6.2. Recomendaciones

◀ El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debería destinar recursos financieros para brindar asistencia psicológica integral, basada en los modelos psicoterapéuticos cognitivo y cognitivo conductual para ayudar a los ancianos a gozar de una mejor salud mental.

◀ Es necesario que las autoridades del asilo San Antonio, fomenten la ejecución de los programas de tratamiento aplicados a los ancianos, para mejorar y mantener estable su salud mental. Los modelos cognitivo y cognitivo conductual son métodos efectivos para el tratamiento de la depresión en ancianos institucionalizados.

◀ A los estudiantes de psicología, es necesario tomar conciencia sobre la necesidad de brindar atención psicológica en instituciones que albergan a personas de la tercera edad, pues estos son olvidados por la sociedad.

◀ Sería interesante diseñar otras investigaciones teniendo como base los resultados del estudio y explorar la efectividad de otros modelos psicoterapéuticos y comparar cuál es más práctico en el tratamiento de la depresión de ancianos institucionalizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- **Arias Soto, A. C. y Argueta Campos, L.A.** *Implementación de un programa de psicoterapia ocupacional y autoestima para los adultos mayores internos en el Asilo Hogar de Ancianos San Vicente de Paúl de Usulután. Tesis para optar al grado de licenciatura en Psicología. Universidad Capitán General Gerardo Barrios. Facultad de Ciencias y Humanidades. San Miguel, 2002, 90 páginas.*
- **Asociación Americana de Psiquiatría,** *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: MASSON, S.A., 4° edición, 1999, 909 páginas.*
- **Belloch, A. y Sandín, B.** *Manual de Psicopatología. Valencia: Editorial McGraw-Hill, 2° edición, 1995.*
- **Burns, D. D.** *El Manual de Ejercicios Para Sentirse Bien. Barcelona: Paidós, 1999, 638 páginas.*
- **Carballo Selva, C; Díaz E. y Lemus N.** *La falta de Apoyo familiar como factor que incide en el deterioro de la salud mental de las personas de la tercera edad, de la*

zona metropolitana de San Salvador y sus alrededores atendidos por la Fundación Salvadoreña para la Tercera Edad (FUSATE). Tesis para optar al grado de licenciatura en Psicología. Universidad Dr. José Matías Delgado. Facultad de Ciencias y Humanidades. San Salvador, 1997, 109 páginas.

- *Calderón Narváez, G. Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento. México DF: Editorial Trillas S.A. de C.V. 1990, 258 páginas.*
- *Coello Cortés, R. Examen del estado mental. Tegucigalpa: Editorial Universidad Nacional Autónoma de Honduras. 2° edición, 1986, 236 páginas.*
- *Diccionario Enciclopédico Océano Uno Color. Barcelona: Editorial Océano. 1998, 1,848 páginas.*
- *Engler, B. Introducción a las teorías de la personalidad. México DF: Editorial Mc Graw-Hill. 4° edición, 1996, 557 páginas.*
- *Ellis, A. Terapia Racional Emotiva. México DF: Editorial Pax, 1980, 257 páginas.*

- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. *Metodología de la investigación*. México DF: Editorial McGraw-Hill, 2° edición, 1998, 501 páginas.
- <http://www.cognitivoconductual.org/home.htm>. Camerine. 7 páginas.
- <http://WWW.PSIQUIATRIA.COM> - Girona. Volumen 2 N°3. Septiembre 1998. 11 Páginas.
- <http://WWW.Psicologia.Oneline.Com/ESMUbeda/libros/Urgencia16htm> Sadupe A. y Tabuado O. 2001.
- <http://WWW.Psicoplanet.Com/otros02-05.htm>. Yépes. 2001, 7 páginas.
- Kadis, A.; Krasner, J.; Winick, Ch. y Foulkes, S. H. *Manual de psicoterapia de grupo*. México DF: Editorial Fondo de cultura económica. 2° edición, 1982, 212 páginas.
- Martínez Gómez, J. M.; García, S. M.; Rodríguez, A. B. y Martín P. G. *Gestión Asistencial de Residencias para*

mayores; manual práctico. Barcelona: Editorial Grupo Eulen S.A. 2002, 238 páginas.

- **Martínez, O.** *La crisis de ansiedad. estrategias de superación personal,* 1999, 20 páginas, (<http://estrat.htmlonecode>.)
- **Magaña Benavides, D.; Cruz González, S. N. y Frigoyen Moreno L. del C.** *Estudio para detectar los factores relevantes que se relacionan con la aparición de la depresión en mujeres seniles del centro de asistencia de ancianos Sara Zaldivar. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología. Universidad Tecnológica. Facultad de Ciencias y Humanidades.* 1989, 124 Páginas.
- **Merani, A.** *Diccionario de Psicología.* México DF: Editorial Grijalbo S. A. de C. V. 3° edición, 1995, 270 páginas.
- **Organización Mundial de la Salud,** *Trastornos mentales y del comportamiento. CIE-10,* Barcelona: Editorial Técnicas Gráficas, formas S. A. 1994, 424 páginas.

- Papalia, D. E.; Olds, S. W. y Feldman, R. D. *Desarrollo Humano*. Bogotá: Editorial Mc Graw-Hill. 8° edición, 2000, 708 páginas.
- Petrovski, A. *Psicología General. Manual didáctico para los institutos de pedagogía*. Sin país, sin editorial, sin edición, 1982, 421 páginas.
- Rodríguez, A. *Investigación Experimental en psicología y educación*. México DF: Editorial Trillas S.A., 1980, 213 páginas.
- Sue, D. *Comportamiento Anormal*. México DF: Editorial McGraw Hill, 4° edición, 1996.
- Sprinthall, N. A.; Sprinthall, R. C. y Oja, CH.N. *Psicología de la educación*, Madrid: Editorial McGraw Hill, 6° edición, 1996, 439 páginas.
- Vásquez, N.; Reyes, H. M. y Cruz, M. U. *Diagnóstico Comunitario, en el asilo San Antonio*. Trabajo de campo realizado como requisito para aprobar la asignatura Salud Mental Comunitaria. Año 1999, Facultad Multidisciplinaria

Oriental, Sección de Psicología, Facilitada por el
Licenciado Ricardo Cantón.

- Yost E.B.; Buetler E. L.; Corbishley M. A. y Allender J.
R. Terapia cognoscitiva de grupo, tratamiento para
personas de edad avanzada con depresión, México DF:
Editorial Limusa, S.A. de C.V., 1991, 168 páginas.

ANEXOS

ANEXO 1: Entrevista.

Universidad de El Salvador
Facultad multidisciplinaria Oriental
Departamento de Ciencias y Humanidades
Sección de Psicología

Objetivo:

Obtener información sobre aspectos
relativos de la vida en los ancianos internos
en el asilo San Antonio.

Datos Generales:

Nombre: _____

Edad: _____ Género: _____

Estado Civil: _____ Fecha: _____

1. ¿Cuánto tiempo tiene de encontrarse en
el asilo?: _____

2. ¿Le agrada la estancia en este lugar?:

3. ¿Sabe cuales son los días de visita?;
¿Viene alguien a visitarlo?:

4. ¿Cuántos hijos tiene usted?: _____

5. ¿Le gusta la comida que le ofrecen en
este lugar?: _____

6. ¿Mencione la fecha en que estamos?:

ANEXO 2: Prueba de memoria.

Universidad de El Salvador
Facultad Multidisciplinaria Oriental
Departamento de Ciencias y Humanidades
Sección de Psicología

PRUEBA PARA EVALUAR MEMORIA DE CORTA DURACIÓN

Objetivo: Comprobar la presencia o ausencia de memoria de corta duración en los ancianos del asilo San Antonio, de la ciudad de San Miguel.

Nombre: _____

Edad: _____ Género: _____ Fecha: _____

PRUEBA DE LAS TRES PALABRAS

Indicación:

Le mencionaré tres palabras, las cuales deberá aprendérselas de memoria, después se le

preguntará y usted las dirá. Las palabras son:
Hormiga, Canasta, Página.

1- _____, 2- _____, 3- _____.

PRUEBA DE LOS PARES DE PALABRAS.

Indicación: Le mencionaré de dos en dos una serie de palabras, ponga mucha atención, pues es necesario que recuerde las palabras que van juntas.

Por ejemplo, si fueran "rojos" y "azules"; cuando mencione "rojo", usted dirá "azul". (Se le explicará cuantas veces sea necesario).

Bomba-----Finca

Pantalón -Camisa

Pájaro ----Jaula

Duende ----Goma

ANEXO 3:

ESCALA DE DEPRESIÓN DE BURNS.

Nombre: _____ Fecha: _____

Género: Masculino: _____ Femenino: _____ Edad: _____

Indicaciones: Lo que sigue, es una lista de síntomas que las personas muestran a veces. Señale (X) en el espacio de la derecha que mejor describa las molestias que el síntoma o problema le haya causado durante la última semana.

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1. Tristeza: ¿se ha sentido triste o con el ánimo por los suelos?				
2. Desánimo: ¿Le parece que no hay esperanza en el futuro?				
3. Baja autoestima: ¿Se desvaloriza a sí mismo o se considera un fracasado?				
4. Inferioridad: ¿Se siente incompetente o inferior a los demás?				
5. Culpa: ¿Se vuelve auto crítico y se culpa a sí mismo por todo?				
6. Indecisión ¿Tiene usted dificultades para tomar decisiones sobre determinadas cosas?				
7. Irritabilidad y frustración: ¿Ha sentido rencor o rabia durante gran parte del tiempo?				

<i>8. Pérdida de interés por la vida: ¿Ha perdido interés por su profesión, por sus aficiones, su familia o sus amigos?</i>				
<i>9. Pérdida de motivación: ¿Se siente abrumado y tiene que obligarse a sí mismo a hacer cosas?</i>				
<i>10. Desvalorización: ¿Le parece que tiene aspecto de mayor y que resulta poco atractivo?</i>				
<i>11. Cambios en el hábito de comer: ¿Ha perdido apetito o come, acaso, en exceso, o se atiborra de forma compulsiva?</i>				
<i>12. Cambios en el hábito de dormir: ¿Padece insomnio y le cuesta dormir profundamente de noche? ¿O tiene excesivo sueño y duerme demasiado?</i>				
<i>13. Falta de libido: ¿Ha perdido interés por el sexo?</i>				
<i>14. Hipocondría: ¿Se preocupa mucho por su salud?</i>				
<i>15. Impulsos suicidas: ¿Ha llegado a pensar que no merece la pena vivir y que sería mejor que estuviese muerto?</i>				

Sume el total de puntos para los 15 ítems y anótelo aquí: _____

ANEXO 4 :

Lista de la muestra. Selección de los grupos.

A continuación se presenta la lista de los nombres de los ancianos con depresión grave y moderada que formaron los tres grupos de estudio en la investigación. (Por la respectiva privacidad de los participantes en el estudio su nombre se presenta en iniciales).

1. J. G.

2. A. A .R

3. E. B.

4. J. G. Del C.

5. R. E. C.

6. D. R.

7. J. S. M.

8. E. R.

9. F. Vda. de G.

10. V.G.

11. C. A. J.

12. J. A. C.

13. E. Vda. de P.

14. J. V.

15. P. M.

16. A. S. P.

17. J. S. B. C.

18. M. R. V.

19. E. S. M.

20. M.V.CH. V.

21. I. R.

22. A. A. S. P.

23. D. S. C.

24 M. de la P. T.

25 D. A. M.

ANEXO 5: Programas, bitácoras del grupo cognitivo y sus respectivas hojas de tareas.

Universidad de El Salvador
 Facultad Multidisciplinaria Oriental
 Departamento de Ciencias y Humanidades
 Sección de Psicología

**Programa psicoterapéutico cognitivo a ser aplicado en el Asilo San Antonio por Nahún Vásquez, Flor Navarro, Yancy Thomas y Karina Ventura.
 Sesión N° 1.**

<i>Fecha</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Metodología</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Responsable</i>
16 de septiembre de 2003.	<p>Proporcionar la mayor información posible al grupo sobre el desarrollo del programa ya estructurado, de la forma más clara y sencilla.</p> <p>Concientizar sobre la problemática que atraviesan y la necesidad de recibir un tratamiento adecuado.</p>	<p>Presentación.</p> <p>Proporcionar información acerca de la depresión y cómo se pretende combatirla.</p>	<p>Presentación de los ancianos y terapeutas.</p> <p>Es importante llegar a un acuerdo con los ancianos sobre la forma de cómo les gustaría que los llamen. Lo primero a realizar será: hablar de que el asistir a terapia y acudir a un psicólogo no es estar loco.</p> <p>Información acerca de la depresión y cómo se origina. Será una explicación sencilla, de esta forma evitar confusión Explicar en qué consiste la terapia cognitiva como alternativa para tratar la depresión. Despedida.</p>	<p>Materiales:</p> <p>Carteles. Plumones. Sillas. Películas.</p> <p>Reloj. Humanos:</p> <p>Terapeutas. Ancianos.</p>	<p>40 minutos.</p> <p>45 min.</p>	<p>Thomas. Nahún.</p> <p>Karina y Flor.</p>

Universidad de El Salvador
Facultad Multidisciplinaria Oriental
Departamento de Ciencias y Humanidades
Sección de Psicología.

Programa psicoterapéutico cognitivo a ser aplicado en el asilo San Antonio por Nahún
 Vásquez, Yancy Thomas, Flor Navarro y Karina Ventura.

Fecha	Objetivo	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable
23 de septiembre de 2003.	Estimular el sentido de colaboración entre los ancianos y los terapeutas. Explicación sobre pensamientos disfuncionales.	Lecturas Cortas.	Saludo y Presentación. Para esta sesión es importante discutir con los ancianos ejemplos concretos sobre pensamientos disfuncionales. Para esta discusión, es preciso hacer uso de un cuadro de registro de tres columnas, en el cual se relacionan los pensamientos y sentimientos. Por ejemplo en la primera columna se escribe la situación; en la segunda el pensamiento; y por último el sentimiento surgido.	<u>Materiales:</u> Pizarrón, yeso, sillas, papel bond, lápices, borrador, sacapuntas y un reloj.	40 min.	Karina y Nahún.
			Los ancianos expondrán ejemplos de situaciones en las cuales han experimentado sentimientos ambivalentes. Por ejemplo, si experimentaron un sentimiento negativo, pero después se sintieron un poco mejor. Todos estos sentimientos se escriben en el pizarrón.	Humanos:	25 min.	Flor y Yancy.
			Luego, es importante analizar con los ancianos ideas irracionales como por ejemplo: “el hecho de que mucha gente cree que los sentimientos como alegría y tristeza, son causados por la conducta de otras personas o por cosas que les suceden, por tanto el individuo supone que no tiene control sobre sus sentimientos”. En este caso, el discutir tales ideas propicia que los ancianos concluyan y reconozcan las ideas irracionales. Despedida.	Terapeutas. Ancianos.	25 min.	Todos los terapeutas.

Fecha	Objetivo	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable
30 de septiembre de 2003.	Motivar a los ancianos del grupo, para que reinicien aquellas actividades que consideraban placenteras, antes que apareciera la depresión.	Lecturas Cortas.	- Saludo y bienvenida. Explicación de que las personas cuando se deprimen, cuentan con poca energía y motivación para realizar muchas de sus actividades normales. Dejan de realizar las actividades que anteriormente consideraban placenteras. Exposición de ejemplos que incluyan aspectos planteados con anterioridad.	<u>Materiales:</u>	15 min.	Marineth.
			- Se realizarán una serie de preguntas tales como, ¿Qué actividades podría llevar a cabo pero ha descartado desde que le inició la depresión? Se explicará que esa pérdida de placer y falta de energía son síntomas de dicha alteración.	Sillas, papel bond, lápices y reloj.	10 min.	Nahún.
			- Luego, se hablará sobre la importancia que tiene el volver a practicar alguna actividad placentera; por tal razón, cada uno de los ancianos deberá optar por una y decidir en qué tiempo la ejecutará; también deberán pensar, ¿cómo se sienten cuando realizan las actividades placenteras? .	Humanos: Terapeutas. Ancianos.	30 min.	Karina y Flor.
			Despedida.		30 min.	Todos los terapeutas.
					5 min.	Marineth.

Universidad de El Salvador
 Facultad Multidisciplinaria Oriental
 Departamento de Ciencias y Humanidades
 Sección de Psicología.

**Programa psicoterapéutico cognitivo a ser aplicado en el
 asilo San Antonio, por Nahún Vásquez, Yancy Thomas,
 Flor Navarro y Karina Ventura.
 Sesión N° 4.**

Fecha	Objetivo	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable
07 de octubre de 2003.	- Estimular el sentido de autocontrol, por medio de la planificación y ejecución de un día estructurado.	LECTURAS CORTAS.	- Saludo y revisión de la tarea que se dejó en la reunión anterior, se motivará a aquellos ancianos que la cumplieron a seguirla haciendo y a los que no, se pedirá la razón del por qué no la realizaron, haciéndoles conciencia de la importancia de cumplir con las tareas asignadas.	Materiales: Pizarra, borrador, yeso, sillas,	20 min.	Flor.
			- Cuando una persona planifica lo que realizará el día siguiente, este tiende a transcurrir más rápido y ser menos pesado que otro día sin planes, esta afirmación se explicará.	papel bond, lápices y reloj.	20 min.	Nahún.
			- En la pizarra se escribirá, cómo sería un día estructurado, es decir, los ancianos manifestarán que actividades deberían incluir en un día planificado.	Humanos: Terapeutas.	20 min.	Karina.
			- Después que se obtenga el día planificado se les preguntará cuántos de ellos están dispuestos a seguir este orden por una semana, esta será la tarea asignada. Despedida.	Ancianos.	15 min.	Marineth.

Sesión N° 5.

Objetivo	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable
Mostrarles la forma como se pueden cambiar las cogniciones negativas, las cuales llevan a una visión pesimista del mundo.	GENERALIZACIÓN EXCESIVA.	1. Verificar quien de los miembros logró completar la actividad, cuales fueron las sensaciones surgidas, pero sobre todo, si lograron sentir el mismo placer que sentían antes.	<u>Materiales:</u> Pizarra.	10 min.	MARINETH.
		2. Se les solicitará que recuerden una ocasión reciente, en la cual les sucedió algún suceso traumático y tal experiencia los hizo pensar que esta reincidiera o que toda la gente se comportaría de forma igual. Se les mostrará ejemplos para una mejor comprensión y en la pizarra estarán escritos los registros, tanto del suceso, como del pensamiento y sentimientos y al mismo tiempo de los pensamientos alternativos. Se pueden indicar las palabras claves, ejemplos: “siempre”, “todos”, “ningún” y “nadie”.	Yeso. Borrador. Sillas.	10 min.	KARINA.
		3. Luego, se anotará un nuevo registro de cuatro columnas, en donde se anotará los ejemplos que los miembros del grupo expongan, y se les pide a los ancianos que uno a uno deberán expresarlos, y al mismo tiempo deberán exponer un pensamiento alternativo a la generalización, tales como los que se les explicaron y deberán ser escritos en el pizarrón.	<u>Humanos:</u> Terapeutas. Ancianos.	25 min.	FLOR.
		4. Se les explicará que generalizar nos lleva a detectar solamente aspectos negativos y no nos permite poder observar los positivos, además deberán aplicar esta nueva enseñanza a su estilo de vida, pues en la próxima reunión se les pedirá		10 min.	NAHÚN.

			<p>nuevos ejemplos, los cuales hayan sido aplicados en la semana.</p> <p>5. Se les dará las gracias por su asistencia. Además recordarles la nueva tarea e invitarles a la próxima reunión.</p>		5 min.	MARINETH.
--	--	--	---	--	--------	-----------

**Programa psicoterapéutico cognitivo a aplicarse en el Asilo San Antonio por Nahún Vasquez, Yancy Thomas, Flor Navarro y Karina Ventura.
 Sesión N° 6.**

Fecha	Objetivo	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable
21 de octubre de 2003.	Indicarles la manera errónea, en la cual enfocan su tiempo y atención en los aspectos negativos y hacen caso omiso a lo positivo y placentero.	EXAGERACIÓN.	1. Se comenzará por citar cinco ejemplos, en forma voluntaria, de la tarea que fue asignada y se preguntará como se han sentido a raíz de lo aprendido en la anterior sesión.	<u>Materiales.</u>	15 MIN.	KARINA.
			2. Explicarles como la gente deprimida tiende a conferirle demasiada importancia a sucesos desagradables de sus vidas, al mismo tiempo, se expondrán ejemplos de cómo suceden tales situaciones.	Pizarra.	15 MIN.	FLOR.
			3. En la pizarra estarán escritas las palabras o frases en las cuales se emplea la exageración. Estas mismas fueron aplicadas en los ejemplos que se brindaron, los ancianos deben pensar en algún suceso en el cual se hayan sentido mal. Luego, se les pedirá que manifiesten lo que se dijeron a ellos mismos para exagerar la importancia del acontecimiento, si muestran dificultad se proporcionarán más ejemplos, se anotarán en la pizarra aquellas exageraciones que fuesen muy fuertes.	Yeso.	25 MIN.	MARINETH.
			4. Explicación sobre formas de contrarrestar la exageración, al mismo tiempo, recalcar que es natural sentirse mal por sucesos desagradables, pero no deben permitirse que adquieran una importancia si se quiere evitar la depresión.	Borrador.		
			5. La tarea que se asignará, será aplicar esta nueva enseñanza a todas aquellas exageraciones que pudiesen tener y recordando la más importante que se presentó durante la semana.	Sillas.		
			6. Se agradecerá su asistencia, invitándolos a la siguiente reunión.	Reloj.	15 MIN.	NAHÚN.
			<u>Humanos:</u>	5 MIN.	KARINA.	
			Terapeutas.	5 MIN.	FLOR.	
			Ancianos.			

**Programa psicoterapéutico cognitivo a aplicarse en el asilo Antonio
 Por Nahún Vásquez, Yancy Thomas, Flor Navarro y Karina Ventura.
 Sesión N° 7.**

Fecha	Objetivo	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable
04 de noviembre de 2003.	Demostrarles que al hacer suposiciones acerca de lo que piensan los demás, pueden convertirse en problemas, pues muchas veces éstas son erróneas.	ADIVINACIÓN DEL PENSAMIENTO.	1. La primera actividad consistiría en que cinco ancianos expongan un ejemplo, de lo que se aprendió en la anterior reunión y cuáles fueron los sentimientos surgidos, al igual que los pensamientos.	Materiales:	15" Min.	Nahún.
			2. Luego, se mencionarán las razones del por qué se aplica esta técnica; como por ejemplo, al hacer malas suposiciones podemos hacer sentir mal a otra persona y a nosotros mismos. De igual forma se expondrán ejemplos demostrativos.	Pizarra. Yeso. Sillas. Mesas. Reloj.	15" Min.	Flor.
			3. Se les pedirá a los miembros del grupo que recuerden momentos de su vida en que adivinaron pensamientos negativamente y se sintieron mal debido a ello, descubriendo más adelante que sus interpretaciones eran equivocadas. Después deberán decidirse por una sola ocasión, y si es posible que sea reciente, en donde todavía no hayan podido confirmarse sus sospechas, esta la tendrán que decir a los demás miembros y a los terapeutas, para anotarlas en la pizarra, luego tendrán que pensar en una adivinación más positiva.	Humanos:	30" Min.	Yancy.
			4. Preguntar qué sienten y piensan después de haber pasado de la exageración negativa a la positiva. Como tarea se les pedirá que al final de cada día dediquen unos minutos a examinar sus interacciones personales, así como las suposiciones que parecen haber hecho en cuanto a los sentimientos e ideas de otros.	Ancianos y terapeutas.	20" Min.	Karina.

		<p>Una vez que se establezca la primera fase de la tarea, se pasará a explicar la segunda fase, los ancianos deben buscar evidencia alguna, pueden imaginar otras explicaciones posibles de la conducta de la persona cuya mente tratan de leer, se darán ejemplos para una mejor comprensión.</p> <p>5. Recordarles que en la siguiente sesión pueden exponer sus ejemplos de la tarea en forma voluntaria. Agradecerles su asistencia, e invitarlos a la siguiente reunión.</p>		<p>15MIN.</p> <p>5 MIN.</p>	<p>Karina.</p> <p>Nahún.</p>
--	--	---	--	-----------------------------	------------------------------

Universidad de El Salvador
 Facultad Multidisciplinaria Oriental
 Departamento de Ciencias y Humanidades
 Sección de Psicología

**Programa psicoterapéutico cognitivo a ser aplicado en el asilo San Antonio por Nahún Vásquez, Yancy Thomas, Flor Navarro y Karina Ventura.
 Sesión N° 8.**

Fecha	Objetivo	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable
11 de noviembre de 2003.	Dar a conocer que no todas las circunstancias que suceden a nuestro alrededor son culpa nuestra.	CULPARSE A SÍ MISMO.	1. Se expondrán cinco ejemplos de adivinación del pensamiento, es decir, sobre la tarea anterior y se les pedirá que manifiesten los pensamientos; fuesen negativos o positivos que les surgieron.	<u>Materiales:</u> Papel bond. Lápices. Borradores. Sillas. Reloj. <u>Humanos:</u> Terapeutas. Ancianos.	10 MIN.	FLOR.
			2. Se les explicará en que consiste la técnica culparse a sí mismo, cuando la gente sufre de depresión, de igual manera se expondrán ejemplos de como sucede tal situación.		10 MIN.	KARINA.
			3. Se pedirá a los ancianos que piensen en ocasiones en que se culparon a ellos mismos y esto los hizo sentir muy mal. La pauta: “Por mi culpa” servirá para que se recuerden de un suceso, de esta manera deberán completar la oración, la cual escribirán en una hoja de papel bond. En forma de debate manifestarán esa situación y se les preguntará: ¿Qué tanta culpa creen que es suya?, ¿Pueden pensar que alguien más pudiera ser responsable?, ¿Cuánta culpa adjudicarían a otra persona en una situación semejante? .Todos podrán opinar con respecto a la situación del compañero, y esto ayudará a los ancianos a descubrir que casi todos ellos tienen diferentes opiniones al respecto.		25 MIN.	NAHÚN.
			4. Antes de explicarles en que consiste la tarea, se les orientará sobre como detectar cuando una persona se culpa en exceso.		15 MIN.	MARINETH.

			<p>Después se les dará una hoja en donde deberán anotar los sucesos negativos del día y encontrar una manera de culparse a ellos mismos, aunque directamente no tuvieran nada que ver. Los que no pudiesen escribir se les pedirá que lo hagan mentalmente, esto solo se hará un sólo día por semana y ellos deberán elegir qué día. Un segundo nivel de tarea consistiría en indicarles a los ancianos que examinen incidentes presentes y pasados donde se hayan culpado ellos mismos y que piensen en otras personas que también pudieron haber sido responsables.</p> <p>5. Recordarles que para la siguiente sesión ellos pueden exponer sus ejemplos, invitarles a la siguiente reunión y darles las gracias por su asistencia.</p>		15MIN.	MARINETH.
					5MIN.	KARINA.

Universidad de El Salvador
 Facultad Multidisciplinaria Oriental
 Departamento de Ciencias y Humanidad
 Sección de Psicología.

Programa psicoterapéutico cognitivo a aplicarse en el asilo San Antonio por Nahún Vásquez, Yancy Thomas, Flor Navarro y Karina Ventura. Sesión N° 9.

Fecha	Objetivo	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable
18 de noviembre de 2003.	Lograr cambiar la cognición errónea de las personas deprimidas, que se suscitan cuando se esta expuesto a que otras personas no piensen o actúen como ellos quieren.	EXIGENCIAS A OTROS.	1. Saludo y bienvenida. Exposición de cinco ejemplos de la tarea anterior, en forma voluntaria y cuáles fueron sus sentimientos a raíz de esas situaciones.	<u>Materiales:</u>	10 min.	NAHÚN.
			2. Al comenzar con la nueva técnica se expone en qué consiste las exigencias a otros, cómo sucede y las implicaciones que conlleva. Exposición de ejemplos concretos, tomando en cuenta las frases en las cuales se detecta la exigencia.	Sillas.	15 min.	MARINETH.
			3. Para que ellos conozcan, cuando exigen que otros se apeguen a sus ideas y reglas, se les explicará cuales son las palabras claves (tales como debe, debería o tiene que), y cuales son los sentimientos (enojados, decepcionados, etc.) que se originan. Luego, se pedirá que recuerden alguna ocasión en que se sintieron decepcionados por la conducta de alguna persona y se realizarán las siguientes preguntas: Cuándo esa persona no se comportó como usted esperaba?, ¿Qué tan fuerte fueron sus reacciones?, ¿Qué concluyó sobre el carácter de aquella o él de usted?, ¿Qué creencia o norma le pidió que respetase? Y se pedirá que logren identificar las que no son razonables o sugieren compromisos.	Reloj.		
			4. La tarea a encomendar estará encaminada a que los ancianos durante la semana vigilen sus sentimientos con respecto a como los tratan o como se comportan los demás en general, y se deben observar si dicen o emplean un “Debe”. Como segunda tarea deberán decidir si mantener o descartar cierta norma de conducta de los demás. Para que ellos puedan entender esta situación se dramatizará un ejemplo, que incluya el siguiente pensamiento: “no debo esperar que todos los demás piensen como yo. La gente tiene derecho a vivir a su modo”.	<u>Humanos.:</u> Terapeutas. Ancianos.	30 min.	FLOR.
					15 min.	KARINA.

			5. Darles las gracias por su asistencia, recordándoles que en la siguiente sesión se hablará sobre los sentimientos surgidos a raíz de lo puesto en práctica.		10 min.	NAHÚN.
--	--	--	---	--	---------	--------

Programa psicoterapéutico cognitivo a aplicarse en el asilo San Antonio, por Nahún Vásquez, Yancy Thomas, Flor Navarro y Karina Ventura. Sesión N° 10.

Fecha	Objetivo	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable.
25 de noviembre de 2003.	- Lograr por medio de esta actividad que los ancianos puedan llegar a controlar su conducta.	EXPECTATIVAS POCO REALISTAS DE SI MISMO.	1. Saludo y bienvenida. Revisar conjuntamente con los ancianos del grupo la tarea que se les fue asignada en la sesión anterior.	<u>Materiales:</u>	10 MIN.	NAHÚN.
			2. Explicarles de la manera más sencilla situaciones donde se plantean exigencias para con uno mismo y el objetivo que se pretende alcanzar.	Sillas.	10 MIN.	MARINETH.
			3. Después cuestionar a los ancianos, sobre diversos aspectos, primeramente que recuerden alguna ocasión en que se sintieron decepcionados o molestos con su propia conducta, y pensaron que debían haber procedido de otro modo. Luego se preguntará: ¿Qué “debo” o “regla” observaron?, se cuestionará si cuando rompen una regla les significa en verdad que uno es un completo fracaso en cualquier aspecto de su vida, así podrán exponer la situación en donde se sintieron fracasados.	Papel bond. Reloj.	25 MIN.	KARINA.
			4. Permitiendo que adquieran conciencia que las personas tienen reglas muy diferentes, pero sin dejar de ser seres humanos decentes y responsables. Permitiendo ayudar que los ancianos sientan la libertad de elegir una regla menos estricta o perdonarse sus propios fallos.	Lápices. <u>Humanos:</u> Terapeutas.	10 MIN.	FLOR.
			5. Al igual que muchos pensamientos depresivos “debo” y “tengo” son a menudo automáticos. El primer paso es estar conscientes de ellos. Por tal razón se les pedirá a los ancianos que pueden escribir tres situaciones donde se sintieron decepcionados, molestos, etc;	Ancianos.	10 MIN.	NAHUN.

			<p>Y los que no pueden escribir que las identifiquen, pues serán discutidos en la siguiente sesión.</p> <p>6. El segundo nivel de tarea consistirá en que los ancianos cuestionen sus “debos”. Puesto que estos se han reunido a lo largo de la vida, y muchos ancianos se rehúsan a abandonarlo.</p> <p>7. Agradecerles su asistencia, invitarles a la siguiente reunión.</p>		<p>10 MIN.</p> <p>5 MIN.</p>	<p>MARINETH.</p> <p>FLOR.</p>
--	--	--	--	--	------------------------------	-------------------------------

Universidad de El Salvador
 Facultad Multidisciplinaria Oriental
 Departamento de Ciencias y Humanidades
 Sección de Psicología

**Programa psicoterapéutico cognitivo a aplicarse en el asilo
 San Antonio por Yancy Thomas, Flor Navarro, Karina
 Ventura y Nahún Vásquez.
 Sesión N° 11**

Fecha	Objetivo	Técnica	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable
02 de diciembre de 2003.	Analizar el pensamiento y las suposiciones automáticas en los ancianos, después de escuchar una reseña de noticia actual.	Reatribución.	<p>Saludo y bienvenida. Exposición de tareas. Explicación de la actividad a desarrollar. Un terapeuta leerá una noticia actual de nuestro medio.</p> <p>Después se preguntará que piensan al respecto, se observará qué actitud muestran, así como qué sienten ante la situación, esto será escrito en el pizarrón. Se reforzarán las opiniones evaluando así datos sobre el contenido de lo escuchado, fecha actual, etc; esto dará la pauta para retomar las ideas confusas y orientarlas. Como tarea se pedirá que recuerden una situación donde estuvieron involucrados en una envidia.</p> <p>Despedida.</p>	<p>Materiales:</p> <p>Sillas, mesas, periódico, pizarra, yeso, borrador, reloj.</p> <p>Humanos:</p> <p>Ancianos. Terapeutas.</p>	<p>5 min.</p> <p>15 min.</p> <p>40 min.</p> <p>20min.</p> <p>5 min.</p>	<p>Yancy.</p> <p>Flor.</p> <p>Karina.</p> <p>Todos los terapeutas.</p> <p>Nahún.</p>

Universidad de El Salvador
 Facultad Multidisciplinaria Oriental
 Departamento de Ciencias y Humanidades
 Sección de Psicología

**Programa psicoterapéutico cognitivo a aplicarse en el asilo San Antonio por Yancy Thomas, Flor Navarro, Karina Ventura y Nahún Vásquez.
 Sesión N° 12**

Fecha	Objetivo	Técnica	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable
09 de diciembre de 2003.	Lograr identificar a los ancianos que se consideran estar fuera de contexto al plantear un problema y orientarlos a manifestar expectativas concretas de la realidad.	Redefinir.	Saludo y revisión de tarea. Luego un terapeuta leerá un problema en voz alta. Seguidamente, se darán las indicaciones sobre como ellos definieran la solución al problema, esto lo escribirán en hojas de papel bond. Una vez finalizada la actividad, se procederá a leer las respuestas de los ancianos y orientar aquellas alternativas fuera del contexto de la realidad. Como tarea tendrán que buscar en periódicos o revistas una situación similar, luego mencionar posibles soluciones de acuerdo a su punto de vista. Por último, se dará la despedida a los asistentes y se invitará a la siguiente reunión.	Materiales: Sillas. Mesas. Papel bond. Lápices. Borradores. Sacapuntas. Reloj. Humanos: Ancianos y Terapeutas.	5min. 15min. 30min. 30min.	Karina. Flor. Nahún. Yancy.

Programa psicoterapéutico cognitivo a aplicarse en el asilo San Antonio por Nahún Vásquez, Yancy Thomas, Flor Navarro y Karina Ventura.
 Sesión N° 13.

Fecha	Objetivo	Técnica	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable
23 de diciembre de 2003.	Orientar a los ancianos positivamente, al anticiparse a un resultado en una situación.	DESCATASTROFIZACIÓN.	<p>Saludo y bienvenida a los ancianos. Revisión de la tarea asignada en la sesión anterior. Luego un terapeuta narrara una anécdota vivida y mencionará la frase, “¿Qué pasa si sucede la peor cosa posible?”. Seguido dará respuestas desfavorables que ocurren al anticiparse de tal forma explicando algunas de las razones por las cuales no es recomendable anticiparse así.</p> <p>Después se pedirá, a cada uno de los ancianos que comente un suceso que haya vivido y exprese los sentimientos, pensamientos que tuvo cuando se anticipó de la peor manera. Las intervenciones de los ancianos se anotarán en el pizarrón, se propondrán alternativas positivas sobre cómo manejar la situación.</p> <p>Como tarea tendrán que pensar en la peor cosa que pudiera pasarles y que solución le darían. Al finalizar la sesión se darán las palabras de agradecimiento por la participación.</p>	<p>Materiales:</p> <p>Sillas. Mesas. Pizarrón. Yeso. Borrador. Reloj.</p> <p>Humanos:</p> <p>Ancianos. Terapeutas.</p>	<p>5 min.</p> <p>20 min.</p> <p>30 min.</p> <p>30min.</p>	<p>Nahún y Flor.</p> <p>Karina y Yancy.</p> <p>Nahún.</p>

Universidad de El Salvador
 Facultad Multidisciplinaria Oriental
 Departamento de Ciencias y Humanidades
 Sección de Psicología

Programa psicoterapéutico cognitivo a aplicarse en el asilo San Antonio por Nahún Vásquez, Yancy Thomas, Flor Navarro y Karina Ventura.

Sesión N° 14

Fecha	Objetivo	Técnica	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable
30 de diciembre de 2003.	Ayudar a los ancianos deprimidos, a través de la manifestación de síntomas hasta el extremo.	DESCENTRAMIENTO.	<p>Saludo y bienvenida a todos los ancianos. Se revisara la tarea asignada en la sesión anterior, narrando las posibles soluciones de cada caso en particular. Luego se preguntará cuál ha sido el síntoma que más han presentado durante la semana anterior, se pedirá que lo manifiesten y en qué situaciones se ha presentado.</p> <p>Después se les preguntará qué sintieron y cómo se encuentran en este momento; se escribirán en la pizarra las opiniones brindadas por ellos, se analizarán haciendo énfasis que pasar todo el día tristes o desanimados no les beneficiará para la realización de las actividades cotidianas, se orientará para cada caso en particular. Como tarea deberán descubrir otros síntomas por los cuales se hallan sentido tristes o desanimados.</p> <p>Despedida y agradecimientos por su asistencia y participación, animándoles a practicar lo aprendido, invitándoles a la siguiente sesión.</p>	<p>Materiales:</p> <p>Sillas, mesas, reloj, yeso, pizarrón, borrador.</p> <p>Humanos:</p> <p>Ancianos. Terapeutas.</p>	<p>5min.</p> <p>20min.</p> <p>30min.</p> <p>10min.</p>	<p>Nahún.</p> <p>Karina.</p> <p>Flor.</p> <p>Yancy.</p>

**Programa psicoterapéutico cognitivo a aplicarse en el asilo San Antonio por
 Nahún Vásquez, Yancy Thomas, Flor Navarro y Karina Ventura.
 Sesión N° 15**

Fecha	Objetivo	Técnica	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable
6 de enero de 2004.	Explorar por medio del recuerdo de imágenes algunos síntomas depresivos y estados de ánimo manifestados por los ancianos.	Imaginación.	Saludo a todos los asistentes. Se pedirá que comenten sobre la tarea asignada en la pasada sesión. Luego, se indicará que imaginen la última vez en qué se sintieron tristes, con desánimo, aburridos, etc. Para esto cerrarán los ojos y se sentarán cómodos.	Materiales:	5min.	Flor.
			Después cada anciano tendrá la oportunidad de narrar su experiencia y mencionar que sintió, que hizo al respecto de lo imaginado; se escribirán las intervenciones de ellos en la pizarra y se darán alternativas para enfrentar dichos síntomas. En caso que alguien exponga que se sintió triste porque no llegó nadie a visitarlo, explicarles que esto no es para que se desanimen por completo ya que deben tener en cuenta el apoyo de los otros internos, del personal y los terapeutas. Como tarea harán uso de la imaginación y tratar otros síntomas y situaciones en las que se sintieron deprimidos.	Sillas. Mesas. Pizarrón. Yeso. Borrador y reloj.	30min.	Yancy.
			Despedida y agradecimientos por su asistencia.	Humanos: Ancianos y terapeutas.	30min.	Karina.
					20min. 5min.	Nahún.

**Programa psicoterapéutico cognitivo a aplicarse en el asilo San Antonio por Nahún Vásquez, Yancy Thomas, Flor Navarro y Karina Ventura.
 Sesión N° 16.**

Fecha	Objetivo	Técnica	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable.
13 de enero de 2004.	Que aprendan a identificar los sentimientos negativos y sustituirlos por positivos.	DIARIO DE ESTADOS ANÍMICOS.	- Saludo, revisión de tareas anteriores. - Explicación de la técnica. Antes se entregará la hoja del “diario de estados anímicos”. Pidiendo que expliquen la situación que en ese momento les preocupa, los terapeutas lo irán anotando a cada anciano. -Luego anotar los sentimientos negativos, y le darán una puntuación de 0 (mínimo) a 100 (máximo). Por ejemplo, si se sienten tristes, solitarios, etc. Esas anotaciones las harán los terapeutas. Posterior a esto se procederá a emplear la técnica de las tres columnas, donde le darán una puntuación a los pensamientos negativos; como por ejemplo, que su vida no tiene sentido. Luego identificar las distorsiones, y posterior, sustituir esos pensamientos por respuestas racionales y una puntuación. - Nuevamente el crédito de ese pensamiento y describir cómo se sienten en ese momento, con opciones de: nada mejor, algo mejor, bastante mejor, mucho mejor. Esta misma tarea se dejará para la semana.	Humanos: Ancianos y terapeutas. Materiales: Papel, lápiz, sillas y plumones.	15” mim. 20” mim. 45” mim. 20” mim.	Karina. Nahún. Marineth. Flor.

Universidad de El Salvador
 Facultad Multidisciplinaria Oriental
 Departamento de Ciencias y Humanidades
 Sección de Psicología

Programa psicoterapéutico cognitivo a ser aplicado en el asilo San Antonio por: Karina Marisel Ventura, Yancy Thomas, Flor de Maria Navarro y Nahún Vásquez. Sesión N° 17.

Fecha	Objetivo	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Encargado
20 de enero de 2004.	Enseñarles a valorar sus cualidades positivas, para mejorar las formas de pensar y vivir.	Venciendo sentimientos de inutilidad.	Saludo y bienvenida. Hablar sobre las tareas de la sesión anterior. Se les pedirá que mencionen las características que ellos consideren más negativas. Luego, se explicará que como personas, tenemos distintos rasgos y que por uno que consideremos malo no nos describirá por completo. Todas las características son diferentes y debemos valorarnos, a partir de aquellas que consideremos positivas y eso ayudará a ser mejores personas. Los ancianos mencionarán tres cualidades positivas, para anotarlas en la pizarra, y comentarlas. Despedida.	Humanos: Ancianos internos y terapeutas. Materiales: Sillas, papel, etc.	25min. 40min 25min. 5min.	Todos los terapeutas. Nahún. Karina y Flor. Yancy.

Universidad de El Salvador
 Facultad Multidisciplinaria Oriental
 Departamento de Ciencias y Humanidades
 Sección de Psicología

**Programa psicoterapéutico cognitivo, a ser aplicado en el asilo San Antonio
 por: Karina Ventura, Yancy Thomas, Flor de María Navarro y Nahún
 Vásquez.
 Sesión N° 18.**

Fecha	Objetivo	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Encargado
27 de enero de 2004.	Ayudarles a renunciar a pensamientos de inutilidad e inadecuación	Revelación de uno mismo.	Saludo y bienvenida. Recordatorios de la sesión anterior.		20 min.	Marineth.
			Se iniciará explicando que muchas veces desean hablar de algún problema personal, pero no encuentran con quien hacerlo.	Humanos: Ancianos Y terapeutas.		Nahún.
			Cada anciano expondrá un problema, motivándoles a perder el temor para conversar sobre sus "secretos". Como tarea, comentar con otros amigos algo que consideren importante.	Materiales: Sillas. Papel.	50min.	Karina.
		Despedida.			15min.	Flor.

Universidad de El Salvador
 Facultad Multidisciplinaria Oriental
 Departamento de Ciencias y Humanidades
 Sección de Psicología

Programa cognitivo a ser aplicado en el asilo San Antonio por Yancy Thomas, Flor Navarro, Karina Ventura y Nahún Navarro.
Sesión N° 19.

Fecha	Objetivo	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable
03 de febrero de 2004.	Conocer los beneficios obtenidos en la participación del grupo terapéutico.	Establecimiento de beneficios.	Saludo y bienvenida. Revisión de tareas, así como hablar de la última sesión,	Materiales: Pizarra, yeso, sillas, papel bond, lapiceros	15min.	Nahún.
			Se procederá a pedirle a cada anciano que mencione lo que le gustó y lo que no le gustó del grupo.	Humanos: Ancianos y terapeutas.	25min.	Karina.
			Se anotará en la pizarra y se hará un análisis de los comentarios.		45min.	Todos los terapeutas.
			Despedida e invitarlos a la última sesión.		5min.	Yancy.

Universidad de El Salvador
 Facultad Multidisciplinaria Oriental
 Departamento de Ciencias y Humanidades
 Sección de Psicología

Programa psicoterapéutico cognitivo a ser aplicado en el asilo San Antonio por Nahún Vásquez, Yancy Thomas, Flor Navarro y Karina Ventura.
Sesión N° 20.

Fecha	Objetivo	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Encargado
10 de febrero de 2004.	Determinar como consideran los ancianos su evolución dentro del grupo.	SESIÓN FINAL.	Saludo y bienvenida. Verificar cuántos de ellos han logrado realizar una nueva amistad, que expliquen en qué lugar, cuándo sucedió y cuáles fueron sus sensaciones.	<u>Humanos:</u> -Terapeutas. -Ancianos internos. <u>Materiales:</u> -Sillas. -Pizarra. -Yeso. -Papel bond.	10 minutos.	Flor.
			Que los ancianos mencionen por lo menos tres métodos que fueron aprendidos y que sirven para enfrentar los problemas, si no se recuerdan se les hará un recordatorio, luego que ellos decidieron cuales fueron los cambios que se observaron en cada uno y sus demás compañeros, esto se escribirá en la pizarra.		15 minutos.	Marineth.
			Aplicación de la posprueba.		15 minutos.	Nahún.
			Despedida por cada uno de los terapeutas y un breve refrigerio, mencionarles que es necesario practicar las terapias para combatir los síntomas depresivos, así tendrán oportunidad de tener una mejor salud mental y física.		40 minutos.	Karina.

ANEXO 5

BITÁCORA DE LA SESIÓN UNO: GRUPO COGNITIVO.

Fecha 16-septiembre-2003

- Se proporcionó la siguiente información.
- Datos generales de terapeutas y ancianos.
- Descripción teórica sobre qué es la depresión, su origen y sus síntomas.
- Comentario de lo importante de recibir un tratamiento adecuado. Explicación sobre la labor del psicólogo.
- Definición de terapia cognitiva, como alternativa para superar la depresión.
- Exposición del procedimiento a seguir durante las reuniones. Asistir, participar y hacer tareas.
- Acuerdos:
- Reunión: Días martes 1:40 a 3:00 P.M
- Revisión de tareas viernes 1:00 P.M de forma individual.
- Realizar las tareas asignadas
- No faltar sin motivo justificado y no llegar tarde
- Si alguien del grupo enferma, irlo a visitar.

Observación:

Mostraron una actitud de participación y cooperación, todos saben leer.

BITÁCORA DE LA SESIÓN DOS: GRUPO COGNITIVO.

Fecha: 23 –septiembre– 2003.

- Saludo de bienvenida y luego se instó a colaborar con el grupo.
- Objetivo de la sesión: motivarles a tener un sentido de colaboración con el grupo, así como comenzar a clasificar sus pensamientos difusos.
- Técnicas lecturas cortas.
- Las situaciones ocurridas, las ideas y los sentimientos, son determinantes en nuestro estado de ánimo. Pensar de forma positiva ante la situación desfavorable permite enfrentarla mejor.
- Registro de las tres columnas: situación, ideas y sentimiento. Exposición de dos ejemplos.
- Experiencias personales de los ancianos en las que al inicio tuvieron un mal sentimiento y luego se sintieron mejor. La mayoría relata la experiencia de ingreso al asilo. Una anciana lloró, otro anciano la trato de débil. Los terapeutas explicaron que todos somos diferentes.
- Comentario sobre que cada persona es responsable de su bienestar.
- Sin tareas.

Observaciones:

Todos participaron.

BITÁCORA DE LA SESIÓN TRES: GRUPO COGNITIVO.

Fecha: 30 –septiembre– 2003.

- Saludo Y bienvenida. Recordatorios de la sesión anterior. El anciano P.M se retiró diciendo: “que no le gusta lo que se discute en las reuniones”.
- Objetivo: motivarles a reiniciar actividades placenteras que han dejado de hacer.
- Técnica Lecturas Cortas:
- Explicación de la técnica.
- Exposición sobre relación entre actividades placenteras y la depresión.
- Descripción de cómo la depresión reduce la energía o motivación para realizar actividades placenteras.
- Relato de dos ejemplos
- Mención por parte de los ancianos de actividades placenteras que han dejado de hacer.
- Comentario. Dejar de hacer esa actividad placentera, genera síntomas depresivos. Se motivó a que durante la semana ejecuten esa actividad, como tarea.
- Se entregó la hoja de registro, donde anotaron la actividad y la hora. El viernes se pasaría por su habitación verificando la realización de la tarea.
- Despedida.

BITÁCORA DE LA SESIÓN CUATRO: GRUPO COGNITIVO.

Fecha: 07 –octubre– 2003.

- Saludo de bienvenida, recordatorio de la sesión anterior, exposición de la tarea y entrega de la hoja de registro a los ancianos.
- Objetivo: Estimular el sentido de autocontrol por medio de la planificación y ejecución de un día estructurado.
- Técnica Lecturas Cortas:
- La sesión incluyó:
- Explicación sobre programación de actividades.
- Información sobre que disminuir la actividad da lugar a culpa, aburrimiento y otros síntomas depresivos.
- Se aclaró que al programar las actividades se promueve el autocontrol. Un día estructurado es menos aburrido que otro sin planes. Un ejemplo.
- Obtención del listado de actividades diarias de cada anciano/a. Desde levantarse hasta acostarse. Ellos decidieron que actividades realizar.
- Ese listado se hará por una semana, es la tarea.
- Despedida y recordatorio que para el viernes deben estar haciendo la tarea.

ANEXO 5.1.

LECTURAS CORTAS, Sesión N° 4 (Día planeado)

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha: _____ Grupo Cognitivo: _____

Actividades a realizar: _____

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Total.							

BITÁCORA DE LA SESIÓN CINCO: GRUPO COGNITIVO.

Fecha: 14 – octubre – 2003.

- Saludo de bienvenida, recordatorio de sesión anterior y exposición de la tarea, una anciana se disculpó por no haber estado la sesión anterior.
- Objetivo: Mostrar la forma de como se pueden cambiar las cogniciones negativas.
- Técnica: Generalización excesiva.
- Se mencionó que es un error ver un sólo incidente como signo de que todo va mal, esto es una distorsión de la realidad. Mención de los ejemplos.
- Elaboración de registro de cuatro columnas: suceso, pensamiento, sentimiento y pensamientos alternativos.
- Relato de ejemplos donde los ancianos han vivido lo explicado.
- Comentario sobre que generalizar no permite observar lo positivo.
- Tarea: consiste en observar vivencias donde se emplean frases: “siempre”, “todos”, “ningún” y “nadie”. Anotar en la hoja el suceso y la solución.
- Despedida.

BITÁCORA DE LA SESIÓN SEIS: GRUPO COGNITIVO.

Fecha: 21 – octubre– 2003.

- Saludo a los ancianos presentes. Revisión de la tarea asignada en la sesión anterior. Todos los ancianos la realizaron excepto doña F.V.G.
- Descripción del objetivo, el cual consistió en: indicarles la manera errónea en la cual enfocan su tiempo y atención en los aspectos negativos y hacen caso omiso a lo positivo y placentero.
- Explicación de la técnica exageración en relación a la depresión. En muchas ocasiones las personas les dan demasiada importancia a los sucesos desagradables en su vida; mencionando las palabras o frases en las cuales se emplea la exageración, y formas de contrarrestarla, se expusieron dos ejemplos para una mejor aplicación.
- La participación de los ancianos fue abierta, aunque algunos opinaron poco.
- Como tarea se asignó la aplicación de la técnica en situaciones que recuerden o que pudieron tener durante la semana.
- Despedida.

BITÁCORA DE LA SESIÓN SIETE: GRUPO COGNITIVO.

Fecha: 04 – noviembre – 2003.

- Saludo y bienvenida.
- Revisión de la tarea asignada. Todos la llevaron excepto un anciano.
- El objetivo propuesto es explicar que al hacer suposiciones acerca de lo que piensan los demás, pueden convertirse en problema, pues muchas veces estas son erróneas.
- Explicación de la técnica adivinación del pensamiento: ocurre cuando la gente supone que sabe lo que siente o piensa la otra persona.
- Aplicación de la técnica a los ancianos, haciendo énfasis en recuerdos de su vida que adivinaron pensamientos negativamente y se sintieron deprimidos al enterarse que estaban equivocados en su razonamiento.
- Todos los ancianos participaron, aunque se le dificultó un poco a uno de ellos, los demás ancianos lo realizaron bien.
- Se asignó la tarea para la siguiente sesión.
- Despedida.

BITÁCORA DE LA SESIÓN OCHO: GRUPO COGNITIVO.

Fecha: 11 – noviembre – 2003.

- Bienvenida a los ancianos y revisión de la tarea asignada.
- Descripción del objetivo propuesto: darles a conocer que no todas las circunstancias que suceden a nuestro alrededor son culpa nuestra.
- Explicación de la técnica culparse a sí mismo, en relación a la depresión. Las personas buscan culparse y verse involucradas en los problemas. Debido a este razonamiento disfuncional se genera auto culpa excesiva en las personas.
- Aplicación y orientación de la técnica, haciendo énfasis en la pauta: “Por mi culpa”. Se mencionó un ejemplo.
- Todos los ancianos participaron. Uno de ellos fue breve.
- Se explicó la tarea en base a dos niveles:
 - 1- Anotar sucesos negativos del día y encontrar una manera de sentirse culpable.
 - 2- Examinar incidentes presentes y pasados en los cuales se auto-culparon.
 - Despedida.

BITÁCORA DE LA SESIÓN NUEVE: GRUPO COGNITIVO.

Fecha: 18 – noviembre – 2003.

- Bienvenida a los ancianos y revisión de la tarea asignada.
- Descripción del objetivo propuesto: lograr cambiar la cognición errónea de las personas deprimidas, que aparece cuando se está expuesto a que otras personas no piensen o actúen como ellos quieren.
- Explicación de la técnica exigencias a otros: en la depresión aparece cuando la persona exige que las cosas sucedan según su punto de vista. Se explicó cómo sucede, las implicaciones que conlleva, las frases en las cuales se detecta la exigencia. Exposición de un ejemplo.
- Aplicación de la técnica a los ancianos; participaron todos. Una anciana hizo comentarios fuera del contenido de la técnica, mencionó que le habían robado.
- Asignación de la tarea: recordar una situación en la cual hayan aplicado una exigencia.
- Despedida.

BITÁCORA DE LA SESIÓN DIEZ: GRUPO COGNITIVO.

Fecha: 25 – noviembre – 2003.

- Saludo de bienvenida a los ancianos
- Revisión de la tarea asignada. Todos la llevaron, excepto uno.
- Descripción del objetivo propuesto: lograr por medio de esta actividad que los ancianos puedan llegar a controlar su conducta.
- Explicación de la técnica expectativas poco realistas de sí mismo: la explicación versó sobre situaciones en las que se sintieron molestos con su conducta y pensaron que debieron actuar de otra manera.
- Todos los ancianos participaron y se concientizó en cuanto a las normas que tienen las personas, que son diferentes y por lo tanto se deben respetar aprendiendo a aceptar su condición.
- Asignación de la tarea, la cual consistió en dos pasos:
 - 1- Anotar tres situaciones donde se sintieron molestos, decepcionados.
 - 2- Cuestionar sus debos o reglas.
 - Despedida.

BITÁCORA DE LA SESIÓN ONCE: GRUPO COGNITIVO.

Fecha: 02-diciembre-2003.

- Saludo y bienvenida.
- Exposición de la tarea.
- Objetivo de la técnica: analizar el pensamiento y las suposiciones automáticas en los ancianos, referente a una noticia del acontecer nacional.
- Técnica: Reatribución: cuando se plantea un problema, cada persona puede fundar su opinión en suposiciones automáticas o tratar de investigar a fondo el origen del problema, así emitir una opinión basada en la realidad.
- Lectura y opiniones sobre una noticia del acontecer nacional, tomado de la Prensa Gráfica. Todos los ancianos opinaron sobre la noticia.
- Tarea: recordar una situación donde fue involucrado el sentimiento de la envidia.
- Despedida.

BITÁCORA DE LA SESIÓN DOCE: GRUPO COGNITIVO.

Fecha: 09 – diciembre – 2003.

- Saludo y Bienvenida.
- Exposición de tarea.
- Objetivo: Identificar una problemática fuera de contexto y manifestar expectativas concretas de solución.
- Explicación de la técnica redefinir: el análisis de las cogniciones permite visualizar las actitudes o circunstancias que aumentan el estado depresivo; logrando así, establecer un equilibrio en la toma de conciencia y disminución de síntomas depresivos.
- Planteamiento de un problema cotidiano.
- Sugerencia de solución por los ancianos.
- Mención de ejemplos.
- Despedida.

BITÁCORA DE LA SESIÓN TRECE: GRUPO COGNITIVO.

Fecha: 23 – diciembre – 2003.

- Saludo y Bienvenida.
- Objetivo: Orientar a los ancianos, que al iniciar una actividad o una tarea es necesario pensar o esperar un resultado positivo.
- Explicación de la técnica:
- Descatastrofización: se explicó que en las personas deprimidas, es frecuente la anticipación del peor resultado ante un problema, esto conduce al incremento de síntomas depresivos tales como: preocupación excesiva, insomnio e irritabilidad.
- Los ancianos comentaron un suceso de su vida, distinguiendo sentimientos y pensamientos surgidos al anticiparse negativamente.
- Tarea: recordar un suceso en el cual se plantearon la pregunta: ¿Qué pasa si sucede la peor cosa posible?
- Despedida.

BITÁCORA DE LA SESIÓN CATORCE: GRUPO COGNITIVO.

Fecha: 30-diciembre-2003.

- Saludo y bienvenida. Revisión de la tarea. Todos participaron.
- Objetivo de la técnica. Minimizar la presencia de síntomas depresivos.
- Explicación de la técnica:
- Descentramiento: se explicó que el conocimiento del nivel de soporte al exponer un malestar al extremo, permite hacer conciencia del resultado negativo que puede generarse, esto en ocasiones se convierte en malestar intenso que el anciano no puede manejar.
- Exposición de sentimientos positivos y negativos. Comentando principalmente, aquellos que fomentan la depresión y a su vez obstaculizan la realización de actividades cotidianas.
- Tarea: descubrir un síntoma que los ancianos perciban que les hace sentir tristes o desanimados durante el resto de la semana.
- Despedida.

BITÁCORA DE LA SESIÓN QUINCE: GRUPO COGNITIVO.

Fecha: 06-enero-2004.

- Saludo y bienvenida. Revisión de la tarea.
- Objetivo de la técnica: explorar por medio del recuerdo de imágenes, momentos de la vida donde experimentaron síntomas que fomentan la depresión.
- Explicación de la técnica imaginación: la que permite el recuerdo de acontecimientos, en los cuales se experimentaron síntomas depresivos; al expresarlos los ancianos tomaron conciencia sobre la evolución de su padecimiento.
- Exposición de un suceso por cada uno de los ancianos, recordando síntomas depresivos. Orientación de los terapeutas sobre opciones para el manejo adecuado de dichos síntomas.
- Tarea: por medio de la imaginación, detectar otros síntomas o situaciones en las que se sintieron deprimidos.
- Despedida.

BITÁCORA DE LA SESION DIEZ Y SEIS: GRUPO COGNITIVO.

Fecha: 13-enero-2004.

- Saludo y bienvenida.
- La tarea revisada consistió en que los ancianos expusieran una situación en la cual se sintieron tristes.
- Explicación del objetivo: que aprendan a identificar los sentimientos negativos y sustituirlos por sentimientos positivos.
- Técnica: Diario de estados anímicos, finalidad: consiste en la valoración de sentimientos, emociones y pensamientos negativos, sustituyéndolos por respuestas racionales.
- Se proporcionó la hoja de “Diario de estados anímicos”. Al final del desarrollo de la sesión, los ancianos concluyeron que se sentían bastante mejor.
- La tarea estuvo orientada a enfatizar más en los procedimientos de la técnica, para que de esta manera ellos la practiquen durante el resto de la semana.
- Despedida.

DIARIO DE ESTADOS ANÍMICOS

PRIMER PASO: DESCRIBA LA SITUACIÓN QUE LE PREOCUPA: _____

SEGUNDO PASO: ANOTE SUS SENTIMIENTOS NEGATIVOS y puntúe cada uno de ellos de 0 (mínimo) a 100 (máximo). Emplee términos como tristes, ansiosos, furiosos, culpables, solitarios, desesperanzados, frustrados, etc.

<u>Emoción</u>	<u>Puntuación</u>	<u>Emoción</u>	<u>Puntuación</u>	<u>Emoción</u>	<u>Puntuación</u>
1 _____		3 _____		5 _____	
2 _____		4 _____		6 _____	

TERCER PASO: TÉCNICA DE LAS TRES COLUMNAS

<u>Pensamientos automáticos</u> Anote sus pensamientos negativos y calcule el crédito que le merece cada uno de 0 a 100.	<u>Distorsiones</u> Identifique las Distorsiones de cada Pensamiento automático	<u>Respuestas racionales</u> Sustitúyalos por Pensamientos más realistas y calcule el crédito que le merece cada uno de 0 a 100.

Pensamientos automáticos	Distorsiones	Respuestas racionales
---------------------------------	---------------------	------------------------------

--	--	--

CUARTO PASO: RESULTADOS: Evalúe nuevamente el crédito que le merece cada pensamiento automático de 0 a 100 y señale la casilla que describe como se siente en este momento:

Nada mejor ; algo mejor ; bastante mejor ; mucho mejor

***BITÁCORA DE LA SESIÓN DIEZ Y SIETE: GRUPO
COGNITIVO.***

Fecha: 20-enero-2004.

- Bienvenida y saludo a los asistentes.
- Revisión de la tarea, todos la entregaron.
- Objetivo: enseñarles a valorar sus cualidades positivas para mejorar sus formas de pensar y vivir.
- Técnica: venciendo sentimientos de inutilidad.
- Al pedirles que mencionaran sus características positivas y negativas, el resultado fue el siguiente: la característica negativa más sobresaliente fue decepcionarse con facilidad, y la positiva responsable.
- Se explicó que deben practicar las cualidades positivas más que las negativas, pues esto los llevará a sentirse mejor a sí mismos y con sus demás compañeros del albergue.
- Tarea: practicar una cualidad positiva durante la semana.
- Despedida.

BITÁCORA DE LA SESIÓN DIECIOCHO: GRUPO COGNITIVO.

Fecha: 27-enero-2004.

- Saludo. Revisión de la tarea.
- Se realizó un recordatorio de la sesión anterior.
- Objetivo: Ayudarles a renunciar a los pensamientos de inutilidad.
- Técnica: Revelación de uno mismo.
- Todas las personas se reservan sus experiencias vergonzosas, por temor a ser ridiculizadas. Se les motivó a hablar sobre lo anterior.
- La mayoría de los problemas se centraron con sus familias, a excepción de la anciana V.V. quien comentó que siempre ha sido feliz y no ha vivido experiencias negativas.
- Existió participación de los miembros del grupo al exponer soluciones de cómo pudieron haber resuelto el problema cuando este surgió.
- Tarea: comentar una experiencia vergonzosa con un amigo.
- Despedida.

BITÁCORA DE LA SESIÓN DIECINUEVE: GRUPO COGNITIVO.

Fecha: 3-febrero-2004.

- Saludo.
- Explicación del objetivo: lograr la relajación de los ancianos y conocer los beneficios obtenidos en la participación del grupo terapéutico.
- Técnica: establecimiento de beneficios.
- Los ancianos comentaron que todas las reuniones habían sido interesantes y desde su punto de vista no existió aspecto negativo, todo fue positivo.
- Despedida.

BITÁCORA DE LA SESIÓN VEINTE: GRUPO COGNITIVO.

Fecha: 10-febrero-2004.

- Saludo.
- Objetivo: determinar como consideran los ancianos su evolución dentro del grupo.
- Técnica: Sesión final.
- Los ancianos mencionaron que todos son amigos y que se ayudan unos a otros, pues todos ellos son como una familia.
- Se realizó un recordatorio de las técnicas desarrolladas.
- Aplicación de la pos prueba.
- Refrigerio.
- Despedida.

<i>Fecha</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Metodología</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Encargado</i>
	<i>Estimular el sentido de colaboración entre los miembros del grupo y los terapeutas, así como comenzar a reconocer y clasificar pensamientos disfuncionales.</i>	<i>Lecturas cortas y Relajación respiratoria.</i>	<p><i>Saludo y bienvenida. Luego, se explicará en qué consiste la técnica y como les ayudará a reducir algunos síntomas de la depresión.</i></p> <p><i>Seguidamente se realizará un ejercicio de relajación respiratoria y se expondrá la técnica. Se les pedirá que relaten un suceso, donde han experimentado un mal sentimiento y después se sintieron un poco mejor, ambos sentimientos se anotarán en el pizarrón.</i></p> <p><i>Para continuar, se les explicará el hecho de que mucha gente cree que los sentimientos tales como alegría, tristeza, son causados por la conducta de otras personas o por cosas que nos suceden. Por tanto, el individuo supone que no tiene control sobre sus sentimientos, siendo esto erróneo, ya que la persona debe aprender a cambiarlos por aquellos positivos.</i></p> <p><i>Al finalizar se darán las gracias por la participación brindada por cada uno de ellos y se invitará a que asistan a las próximas reuniones.</i></p>	<p><u><i>Materiales:</i></u></p> <p><i>Pizarrón, yeso, sillas, papel bond, lápices, borrador, sacapuntas y reloj.</i></p> <p><u><i>Humanos:</i></u></p> <p><i>Terapeutas.</i></p> <p><i>Ancianos.</i></p>	<p><i>5" mim.</i></p> <p><i>10" mim.</i></p> <p><i>45"mim.</i></p> <p><i>25" mim.</i></p> <p><i>5"mim.</i></p>	<p><i>Karina.</i></p> <p><i>Nahún.</i></p> <p><i>Yancy.</i></p> <p><i>Flor.</i></p> <p><i>Todos los terapeutas.</i></p> <p><i>Karina.</i></p>

Universidad de El Salvador
 Facultad Multidisciplinaria Oriental
 Departamento de Ciencias y Humanidades
 Sección de Psicología

Programa Psicoterapéutico N-3.
 Grupo cognitivo conductual: A ser aplicado en el asilo
 "San Antonio" por: Nahún Vásquez, Flor de María Navarro,
 Yancy Marineth Thomas y Karina Marisel Ventura.

<i>Fecha</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Metodología</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Encargados</i>
<i>3 de octubre de 2003.</i>	<i>Estimular la memoria remota.</i>	<i>Bienvenida.</i>	<i>Saludo y bienvenida.</i>	<i>Humanos:</i>	<i>20 "</i>	<i>Karina.</i>
		<i>Técnica de la reminiscencia e imaginación.</i>	<i>Cada anciano tendrá la oportunidad de pensar e imaginar una experiencia que tenga repercusión en la vida actual, con la finalidad de evaluar sentimientos positivos y negativos, explicando que es más relevante, recordar lo positivo de las experiencias , porque lo negativo la mayoría de ocasiones desencadena síntomas depresivos; por lo tanto, es mejor hacer énfasis resaltando los aspectos positivos.</i>	<i>Terapeutas. Ancianos.</i>	<i>50 "</i>	
		<i>Despedida.</i>	<i>Agradecerles su participación y despedida.</i>	<i>Materiales: -Papel. -Lapiceros. -Sillas.</i>	<i>20 "</i>	<i>Min.</i>

Universidad de El Salvador

Facultad Multidisciplinaria Oriental
 Departamento de Ciencias y Humanidades
 Sección de Psicología

Programa Psicoterapéutico N-4.

Grupo cognitivo conductual: A ser aplicado en el asilo
 "San Antonio" por: Nahún Vásquez, Flor de María Navarro,
 Yancy Marineth Thomas y Karina Marisel Ventura.

<i>Fecha</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Metodología</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Encargado</i>
	<p>Motivar a los miembros del grupo para que reinicien aquellas actividades que consideraban placenteras, antes que apareciera la depresión.</p>	<p>Técnica de orientación y Lecturas cortas.</p>	<p>Saludo y bienvenida a todos los ancianos y revisión de la tarea anterior. Se explicará sobre las conductas inapropiadas que a diario practican aun sabiendo que son inadecuadas, se pedirá que expongan una de estas conductas (un terapeuta se encargará de tomar nota de lo expresado).</p>	<p><u>Materiales:</u> Sillas, pizarra, papel bond, lápices, plumones y un reloj.</p>	25"mim.	Flor.
			<p>Al observar que los ancianos tienen dificultad, los terapeutas podrán exponer ejemplos sobre algunas conductas inadecuadas, para que los ancianos puedan contar con un marco de referencia.</p>		<p><u>Humanos:</u> Terapeutas. Ancianos.</p>	10"mim.
			<p>Se realizarán una serie de preguntas, tales como: ¿Qué actividades podría llevar a cabo, pero ha descartado desde que se sintió triste?. Se explicará que la pérdida de placer y falta de energía son síntomas de la depresión.</p>	35"mim.		Nahún.
			<p>Luego, se hablará de la importancia que tiene el volver a practicar una actividad, así como mantener una conducta apropiada. Por tal razón cada uno de los miembros deberá optar por una actividad y decidir en que tiempo la ejecutará, de igual manera piensen ¿Cómo se sienten cuando la realizan?.</p>	20"mim.		Karina.
			<p>Al finalizar la sesión se hará la despedida, se recordará que deben practicar lo aprendido en la reunión y se invitará a que continúen asistiendo.</p>	5"mim.	Flor.	

<i>Fecha</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Metodología</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Responsables</i>
	<i>Incentivar a los ancianos a desarrollar un sentido de auto manejo, es decir, de poder controlar al menos algunos aspectos de su vida.</i>	<i>Programación de actividades y juego de parejas</i>	<p><u>Saludo y bienvenida a los ancianos.</u> <i>Hacer mención acerca de sus pensamientos y las emociones que les resultan, sobre la disminución en el funcionamiento diario.</i></p> <p><i>Se entregará a cada anciano una hoja, con las horas diurnas de la siguiente semana, y se les orientará a escribir todas las actividades que realizan a cada hora durante un día específico y en los espacios restantes deberán escribir alguna actividad que puedan realizar y que sea diferente a las demás y sobre todo de gusto propio. También se podrán ayudar mutuamente, de cómo se debe hacer en los espacios vacíos, recalcando que la tarea a ubicar debe ser una actividad que facilite su cumplimiento.</i></p> <p><i>Cuando se haya completado se pedirá que la realicen en el resto de la semana, y que observen que tanta dificultad tienen al efectuarla. Es esencial recalcar que realizar la actividad a la hora correcta es lo que cuenta al principio y no que tan bien se realiza, ni durante cuanto tiempo, y se expondrá un ejemplo. Recordarles que no deben perder su programa de actividades, también deberán marcar con una crucita la actividad que ejecuten.</i></p> <p><i>Se establecerán dos grupos de 3 cada uno, se les entregará una cantidad igual de tarjetas, cada uno tendrá una oportunidad por turno si acierta, esto le acredita a otro turno, por ende saldrá un ganador, a este se le entregará un estímulo, de esta manera se motivará a los demás a participar con más audacia dentro del juego para obtener una recompensa.</i></p> <p><i>Se dará las gracias e invitarlos a la siguiente reunión.</i></p>	<p><u>Materiales:</u> <i>Borrador. Pizarra. Yeso. Sillas. Papel bond. Lápiz. Reloj.</i></p> <p><u>Humanos:</u> <i>Ancianos y terapeutas.</i></p>	<p><i>05 minutos.</i></p> <p><i>15 minutos.</i></p> <p><i>25 minutos.</i></p> <p><i>10 minutos.</i></p> <p><i>45 minutos.</i></p> <p><i>05 minutos.</i></p>	<p><i>Marineth.</i></p> <p><i>Nahún.</i></p> <p><i>Karina.</i></p> <p><i>Flor.</i></p> <p><i>Todos los terapeutas.</i></p> <p><i>Marineth.</i></p>

Fecha	Objetivo	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsables
	Practicar a través de la elaboración de una manualidad, las aptitudes que cada anciano posea.	Ergoterapia y refuerzo positivo.	<p>Saludo y bienvenida. Exposición de tarea y recordatorios de la sesión anterior.</p> <p>Se elaborará una manualidad utilizando papel crespón, cada uno de los ancianos escogerá el modelo y colores según su preferencia. Dicha manualidad será terminada dentro de la presente sesión.</p> <p>Al finalizar las manualidades serán expuestas, para recibir los comentarios de los otros internos.</p> <p>A los que terminen y lo realicen bien se aplicará el refuerzo positivo primario.</p> <p>Al finalizar se agradecerá por su participación, recordándoles practicar lo aprendido e invitarlos a la siguiente reunión. Tarea, realizar una manualidad de su preferencia.</p>	<p><u>Materiales:</u></p> <p>Papel bond. Papel crespón. Lápices. Tijeras. Pega. Reloj. Plumones. Mesas. Sillas.</p> <p><u>Humanos:</u></p> <p>Ancianos y terapeutas.</p>	<p>15 minutos.</p> <p>20 minutos.</p> <p>40 minutos.</p> <p>10 minutos.</p> <p>10 minutos.</p>	<p>Nahún.</p> <p>Todos los terapeutas.</p> <p>Karina.</p>

<i>Fecha</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Técnica</i>	<i>Metodología</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Responsable</i>
	<i>Orientar a los ancianos positivamente a anticiparse a un resultado de una situación.</i>	<i>Descatastrofización y refuerzo positivo.</i>	<p><i>Saludo y bienvenida. Comentarios sobre la tarea. Explicar que por su participación se les dará un refuerzo al final de la actividad. Así como también se motivará con frases positivas, tales como: "ustedes pueden", "toda idea expresada por ustedes será respetada", para que luego un terapeuta narre una anécdota vivida y mencionará la frase: "¿Qué pasa si sucede la peor cosa posible?". Seguido dará respuestas desfavorables que ocurren al anticiparse, de tal forma, se explicarán algunas de las razones por las cuales no es recomendable anticiparse así. Después se pedirá a cada uno de los ancianos comentar un suceso que haya pasado en su vida y exprese los sentimientos y pensamientos que tuvo cuando se anticipó de la peor manera. Las intervenciones de los ancianos se anotarán en el pizarrón, se propondrán alternativas positivas sobre cómo manejar la situación.</i></p> <p><i>Al finalizar la sesión se darán las palabras de agradecimiento por la participación. Y se les proporcionará el refuerzo primario, que consistirá en una golosina. La tarea consiste en recordar un suceso en el cual se anticiparon negativamente.</i></p> <p><i>Despedida.</i></p>	<p><u><i>Materiales:</i></u></p> <p><i>Sillas. Mesas. Pizarrón. Yeso. Borrador. Reloj y golosinas.</i></p> <p><u><i>Humanos:</i></u></p> <p><i>Ancianos. Terapeutas.</i></p>	<p><i>5min.</i></p> <p><i>20 min.</i></p> <p><i>30 min.</i></p> <p><i>30min.</i></p>	<p><i>Nahún y Flor.</i></p> <p><i>Karina y Yancy.</i></p> <p><i>Nahún.</i></p>

Fecha	Objetivo	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsables
	Que los miembros del grupo aprendan a disfrutar de la vida mediante actividades que les proporcionen placer.	Técnica del placer y Refuerzo primario.	<p>Saludo de bienvenida a todos los asistentes y se revisará la tarea asignada anteriormente.</p> <p>Se explicará en qué consiste la técnica del placer y se pedirá que piensen en una actividad que anteriormente les producía placer. Luego, se entregará una hoja que contendrá el nombre de la actividad y el horario, se les dirá que escriban la tarea conjuntamente con los terapeutas, incluyendo la ocupación en su horario semanal, en la hora que se les facilite.</p> <p>Después, cada anciano deberá decir al grupo qué es lo que ha planificado, y se les explicará que deben disfrutar dicha actividad. Fijando los valores en la escala de placer, la cual será registrada en la hoja que se les proporcionará, en donde: 1= se refiere a una cantidad muy pequeña de placer, 2= bastante placer, 3= más placer del esperado, el cual deberán registrar por medio de una crucita.</p> <p>Se mencionará que los que realicen la actividad y marquen por medio de crucitas la respuesta correcta en la que consideren sentir el nivel de placer, se les entregará un refuerzo el cual consistirá en una fruta.</p> <p>Antes de terminar la reunión, es importante recalcar que no deben atribuirse valoraciones negativas tales como: "no lo disfruto tanto como solía divertirme", se darán las gracias por haber asistido y se invitará para la próxima reunión. Tarea, seguir el procedimiento explicado.</p>	<p>Materiales:</p> <p>Sillas. Papel bond. Lapiceros. Hojas de registro. Reloj. Frutas.</p> <p>Humanos:</p> <p>Ancianos. Terapeutas.</p>	<p>15 minutos.</p> <p>20 minutos.</p> <p>20 minutos.</p> <p>10 minutos.</p> <p>5 minutos.</p>	<p>Flor.</p> <p>Karina.</p> <p>Yancy.</p> <p>Nahún.</p> <p>Flor.</p>

Fecha	Objetivo	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsables
	Mostrarles a los ancianos la forma de como se pueden cambiar las cogniciones negativas, las cuales pueden llevar a una visión pesimista del mundo.	Relajación respiratoria y Generalización excesiva.	<p>Saludo de bienvenida a todos los participantes y revisión de tareas.</p> <p>Después se realizará un ejercicio de relajación respiratoria, preparándolos para aplicar la técnica generalización excesiva. En la cual deberán recordar un suceso traumático reciente y que tal experiencia les hizo pensar que toda la gente se comportaría de forma igual. Se mencionarán ejemplos para una mejor comprensión, en la pizarra estarán escritos los registros del suceso, pensamiento y sentimientos. Al mismo tiempo de los pensamientos alternativos.</p> <p>Luego se anotará en un registro de cuatro columnas los ejemplos que los miembros del grupo expongan, y deberán expresarlos uno a uno, así mismo exponer un pensamiento alternativo a la generalización, tal como los que se explicaron.</p> <p>Se les explicará, que generalizar nos lleva a detectar solamente aspectos negativos, sin permitir poder observar los positivos; además, deberán aplicar esta nueva enseñanza a su estilo de vida, para la próxima reunión se les pedirá nuevos ejemplos, los cuales hayan sido aplicados en la semana.</p> <p>Se darán las gracias por su asistencia. Además se les recordará la nueva tarea y se invitará a la próxima reunión.</p>	<p><u>Materiales:</u></p> <p>Sillas. Pizarrón. Yeso. Borrador. Reloj.</p> <p><u>Humanos:</u></p> <p>Ancianos y terapeutas.</p>	<p>20 minutos.</p> <p>25 minutos.</p> <p>10 minutos.</p> <p>5 minutos.</p>	<p>Yancy.</p> <p>Karina.</p> <p>Flor.</p> <p>Nahún.</p> <p>Yancy.</p>

Fecha	Objetivo	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsables
	<p>Estimular el sentido de autocontrol, por medio de la planificación y ejecución de un día estructurado.</p> <p>Lograr la convivencia del anciano con el entorno que le rodea, a través de un recorrido por el asilo.</p>	<p>Lecturas cortas y</p> <p>Actividades físicas.</p>	<p>Saludo y bienvenida. Exposición de tarea. Explicar la importancia en cumplir con las tareas asignadas.</p> <p>Se expondrá en que consiste la técnica de lecturas cortas, haciendo énfasis en que cuando una persona planifica lo que realizará el día siguiente, este transcurre más rápido y es menos pesado que otro día sin planes.</p> <p>Para evitar la rutina se hará un recorrido por cada área del asilo, antes de esto se mencionará cuál es el objetivo: saludar y preguntar a otros internos; ¿Cómo se sienten el día de hoy? Al regresar al lugar de las sesiones se recopilarán las respuestas, luego se promoverá este tipo de actividad, ya que ayuda a que su estadía dentro del asilo se vuelva menos rutinaria.</p> <p>Después del recorrido, en la pizarra se escribirá como sería un día estructurado, todo esto lo deberán decir los miembros del grupo. Es decir, los ancianos serán los que manifiesten que actividades incluye el día planificado.</p> <p>Tarea, poner en práctica el día planificado.</p> <p>Despedida y agradecimiento por su colaboración.</p>	<p><u>Materiales:</u></p> <p>Pizarra. Yeso. Borrador. Sillas. Mesas. Reloj.</p> <p><u>Humanos:</u></p> <p>Ancianos y Terapeutas.</p>	<p>20 minutos.</p> <p>20 minutos.</p> <p>20 minutos.</p> <p>20 minutos.</p> <p>10 minutos.</p>	<p>Flor.</p> <p>Nahún.</p> <p>Todos los terapeutas.</p> <p>Karina.</p> <p>Yancy.</p>

Universidad de El Salvador
 Facultad Multidisciplinaria Oriental
 Departamento de Ciencias y Humanidades
 Sección de Psicología

Programa Psicoterapéutico N-11.
 Grupo cognitivo conductual: A ser aplicado en el asilo
 "San Antonio" por: Nahún Vásquez, Flor de María Navarro,
 Yancy Marineth Thomas y Karina Marisel Ventura.

<i>Fecha</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Metodología</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Encargado</i>
	<p><i>Desarrollar en los miembros del grupo la habilidad de ejecución, manejo de sí mismo y perseverancia en la ejecución de una actividad planteada con anticipación.</i></p>	<p><i>Redefinir y aplicar la técnica "programación de ejercicios de actividades graduadas".</i></p>	<p><i>Saludo y comentarios sobre la tarea. Explicación de la actividad a realizar durante la sesión.</i></p>	<p><u><i>Humanos:</i></u> -<i>Terapeutas.</i> -<i>Ancianos internos.</i></p> <p><u><i>Materiales:</i></u> -<i>Sillas.</i> -<i>Papel bond.</i> -<i>Lapiceros.</i> -<i>Reloj.</i></p>	15" minutos	Nahún.
			<p><i>Se pedirá a los ancianos mencionar las actividades y pasatiempos que les agraden. Luego, se anotará en una hoja de papel bond. Una vez realizado lo anterior, se pedirá a cada uno que proponga la actividad por la cuál comenzará. Esta lista será elaborada por los terapeutas, explicándoles los beneficios e importancia de realizar actividades.</i></p>		25" minutos	Flor de María.
			<p><i>Luego, se les explicará que en muchas ocasiones lo que se necesita, es plantear la actividad placentera, de tal manera que se adapte a la situación en la cual ellos estén viviendo en este momento, simplificando así la realización de la misma.</i></p>		40" minutos	Karina.
			<p><i>Los terapeutas harán énfasis en las conductas planteadas, las cuales deben ser practicadas durante la semana.</i></p>		15" minutos	Marineth.
			<p><i>Tarea, realizar una actividad que hace tiempo dejaron de hacer y ahora existe oportunidad de practicarla.</i></p> <p><i>Despedida.</i></p>		25" minutos	Nahún.

Fecha	Objetivo	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsables
	Practicar un ejercicio de relajación respiratoria.	Ejercicio de relajación respiratoria	<p><u>Saludo y bienvenida.</u> Explicar en que consiste la técnica culparse a sí mismo; se expondrán ejemplos de cómo sucede tal situación. Se realizará un ejercicio de relajación respiratoria, con la finalidad de estabilizar tranquilidad en el estado de ánimo.</p> <p>Después, se pedirá a los ancianos que piensen en ocasiones en que se culparon a sí mismos y eso los hizo sentir mal, la pauta: "por mi culpa", servirá para que recuerden un suceso, y de esta manera puedan completar la oración. Escribirán esa situación y se les preguntará: ¿Qué tanta culpa creen que es suya?, ¿Pueden pensar que alguien más pudiera ser responsable?, ¿Cuánta culpa adjudicarían a otra persona en una situación semejante?. Todos podrán opinar con respecto a la situación del compañero lo cual ayudará a descubrir que todos ellos tienen diferentes opiniones al respecto. Se orientará sobre como detectar cuando una persona se culpa en exceso.</p> <p>Se describirá la tarea: como primer paso se les dará una hoja donde deberán anotar los sucesos negativos del día y encontrar una manera de culparse ellos mismos, aunque directamente no tuvieran nada que ver. Los que no puedan escribir se pedirá hacerlo mentalmente, esto se hará un día por semana y ellos deberán elegir que día. Un segundo nivel de tarea consiste en indicarles que examinen incidentes pasados y presentes donde se hayan culpado a sí mismos, y que piensen en otras personas que también pudieron haber sido responsables.</p> <p>Despedida.</p>	<p>Materiales:</p> <p>Sillas. Mesas. Pizarra. Yeso. Borrador. Reloj. Papel bond. Lapiceros.</p> <p>Humanos:</p> <p>Ancianos y terapeutas.</p>	<p>15 minutos.</p> <p>20 minutos.</p> <p>30 minutos.</p> <p>15 minutos.</p> <p>10 minutos.</p> <p>5 minutos.</p>	<p>Flor.</p> <p>Karina.</p> <p>Nahún.</p> <p>Yancy.</p> <p>Flor.</p> <p>Karina.</p>

Universidad de El Salvador
 Facultad Multidisciplinaria Oriental
 Departamento de Ciencias y Humanidades
 Sección de Psicología

Programa Psicoterapéutico N-13.
 Grupo cognitivo conductual: A ser aplicado en el asilo
 "San Antonio" por: Nahún Vásquez, Flor de María Navarro,
 Yancy Marineth Thomas y Karina Marisel Ventura.

<i>Fecha</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Metodología</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Encargado</i>
	Lograr la realización activa del cambio en la solución de problemas.	Entrenamiento en resolución de problemas.	<p>Saludo y bienvenida. Recordatorios de la sesión anterior.</p> <p>Se pedirá a los ancianos que piensen en una situación problemática que les moleste en ese momento. Luego deberán expresarla para anotarla en el pizarrón.</p> <p>Se hará lectura de los problemas escritos y se instará que expresen sus ideas, con la finalidad de tener una participación abierta y activa de los miembros del grupo.</p> <p>Se explicará que todos tienen que opinar para plantear solución a los problemas expuestos, se dará un tiempo para comentar. Luego, las soluciones dadas por ellos se anotarán en la pizarra, se opinará sobre las mejores opciones, incentivándolos a poner en práctica las recomendaciones de sus compañeros.</p> <p>Se les agradecerá su asistencia a la reunión y se les invitará para la próxima sesión.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>-Terapeutas.</p> <p>-Ancianos internos.</p> <p><u>Materiales:</u></p> <p>-Obsequios.</p> <p>-Papel bond.</p> <p>-Lapiceros.</p> <p>-Reloj.</p>	<p>10"min.</p> <p>30"mim.</p> <p>25"mim.</p> <p>20" mim.</p>	<p>Nahún.</p> <p>Karina.</p> <p>Flor.</p> <p>Marineth.</p>

Universidad de El Salvador

Facultad Multidisciplinaria Oriental

Departamento de Ciencias y Humanidades

Sección de Psicología

Programa Psicoterapéutico N-14

Grupo cognitivo conductual: A ser aplicado en el asilo

“San Antonio” por: Nahún Vásquez, Flor de María Navarro,

Yancy Marineth Thomas y Karina Marisel Ventura.

Fecha	Objetivo	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Encargado
	<i>Incentivar a través de la práctica de habilidades, al enfrentarse a situaciones estresantes de forma positiva.</i>	<i>Aprendizaje de habilidades de afrontamiento para situaciones estresantes y venciendo sentimientos de inutilidad.</i>	<i>Saludo y bienvenida. Los ancianos mencionarán algunas actividades de su preferencia en las que empleen algunas características positivas. Se incluirá alguna característica negativa que dificulta la realización de la actividad expuesta. Luego, explicar que el ser humano en su totalidad posee rasgos y características negativas, estas muchas veces son las que dificultan que realicemos las actividades de manera correcta. Se hará una lista de cualidades negativas brindando orientaciones de cómo cambiarlas. Se dará las gracias por su asistencia, e invitarles para la próxima sesión. Tarea practicar una característica positiva.</i>	<u><i>Humanos:</i></u> <i>-Terapeutas. -Ancianos internos.</i> <u><i>Materiales:</i></u> <i>-Sillas. -Mesas. -Reloj.</i>	<i>5” minutos. 10” minutos. 20” minutos. 30” minutos. 5” minutos.</i>	<i>Marineth. Flor de María. Nahún y Karina.</i>

Universidad de El Salvador
 Facultad Multidisciplinaria Oriental
 Departamento de Ciencias y Humanidades
 Sección de Psicología

Programa Psicoterapéutico N-15.
 Grupo cognitivo conductual: A ser aplicado en el asilo
 "San Antonio" por: Nahún Vásquez, Flor de María Navarro,
 Yancy Marineth Thomas y Karina Marisel Ventura.

<i>Fecha</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Metodología</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Encargado</i>
	<i>Estimular la creatividad e imaginación por medio de manualidades.</i>	<i>Realizar actividades constructivas.</i>	<p><i>Saludo y bienvenida. Revisión de la tarea.</i></p> <p><i>Luego se explicarán los beneficios y la importancia de elaborar actividades manuales en la vida diaria de las personas.</i></p> <p><i>Se mostrará el diseño de la manualidad a realizar y se entregará a cada participante los materiales necesarios para ello, dándoles las explicaciones respectivas.</i></p> <p><i>Al finalizar la sesión se dará un refuerzo positivo por la participación y se elogiarán los mejores trabajos.</i></p> <p><i>Despedida.</i></p>	<p><u><i>Humanos:</i></u></p> <p><i>-Terapeutas.</i></p> <p><i>-Ancianos internos.</i></p> <p><u><i>Materiales:</i></u></p> <p><i>-Sillas.</i></p> <p><i>-Mesas.</i></p> <p><i>-Resistol.</i></p> <p><i>-Papel crespón.</i></p> <p><i>-Tijeras.</i></p> <p><i>-Papel bond.</i></p> <p><i>-Plumones.</i></p> <p><i>-Reloj.</i></p>	<p><i>5"mim.</i></p> <p><i>10"mim.</i></p> <p><i>25"mim.</i></p> <p><i>15"mim.</i></p> <p><i>5"mim.</i></p>	<p><i>Karina.</i></p> <p><i>Flor.</i></p> <p><i>Nahún.</i></p> <p><i>Marineth.</i></p> <p><i>Karina.</i></p>

Fecha	Objetivo	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Encargado
	Suprimir las conductas desadaptadas y fomentar una actitud de auto comprensión al ser parte de un grupo social.	Evitar el aislamiento.	<p>Saludo y bienvenida. Revisión de la tarea asignada en la reunión anterior, se felicitará a quienes la hayan hecho.</p> <p>Se harán preguntas sobre: ¿Cuántos amigos tiene usted?; ¿Con quién se lleva mejor o prefiere estar sólo que hacer amistad con otra persona?, con la finalidad de conocer sus relaciones interpersonales.</p> <p>Después de respondidas las interrogantes se procederá a explicarles algunas razones por las cuales surge el aislamiento y cómo perjudica en las funciones que conlleva en el desempeño de las personas.</p> <p>Por otra parte, se pedirá a los ancianos que piensan y sienten al estar solos, después deberán escribirlo en un papel.</p> <p>Se leerá cada situación personal y se explicará la terapia de apoyo haciendo énfasis sobre el problema y cómo afrontarlo.</p> <p>Al finalizar la sesión se dejará como tarea que practiquen las medidas abordadas en cada situación, se invitará a la siguiente reunión.</p>	<p><u>Humanos:</u> -Terapeutas. -Ancianos internos.</p> <p><u>Materiales:</u> -Sillas. -Mesas. -Papel bond. -Reloj. -Lápices.</p>	<p>15"mim.</p> <p>40"mim.</p> <p>20"mim.</p> <p>10"mim.</p> <p>10"mim.</p> <p>5"mim.</p>	<p>Marineth.</p> <p>Flor.</p> <p>Karina.</p> <p>Nahún.</p> <p>Marineth.</p> <p>Flor.</p>

Fecha	Objetivo	Técnica	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable
	<i>Analizar el pensamiento y las suposiciones automáticas en los ancianos, después de escuchar una reseña de noticia actual.</i>	<i>Reatribución y relajación respiratoria.</i>	<i>Saludo y bienvenida. Practicar un ejercicio de relajación respiratoria. Explicar la actividad a desarrollar, un terapeuta leerá una breve reseña de noticia actual de nuestro medio. Al terminar de leer la noticia se preguntará qué piensan al respecto, se observará que actitud muestran, así como qué sienten ante la situación expuesta. Se reforzarán las opiniones evaluando así datos sobre el contenido de lo escuchado, fecha actual, etc; esto dará la pauta para retomar las ideas confusas y orientarlas. Despedida.</i>	<i>Materiales: Sillas. Mesas. Periódico. Pizarra, yeso y borrador. Reloj. Humanos: Ancianos. Terapeutas.</i>	<i>20 min. 10 min. 40 min. 20min. 5 min.</i>	<i>Yancy. Flor. Karina. Todos los terapeutas. Nahún.</i>

Universidad de El Salvador

Facultad Multidisciplinaria Oriental
Departamento de Ciencias y Humanidades
Sección de Psicología

Programa Psicoterapéutico N-18.

Grupo cognitivo conductual: A ser aplicado en el asilo
"San Antonio" por: Nahún Vásquez, Flor de María Navarro,
Yancy Marineth Thomas y Karina Marisel Ventura.

<i>Fecha</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Metodología</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Encargado</i>
	<i>Ayudar a los ancianos deprimidos, a través de la manifestación de síntomas hasta el extremo, por medio de la motivación de un refuerzo positivo.</i>	<i>Descentramiento y refuerzo.</i>	<p><i>Saludo y bienvenida. Discusión de la tarea. Seguidamente se les explicará que para esta actividad, irán acumulando una serie de puntos, los cuales se puntuarán a partir de la participación que se obtenga de ellos, en cada paso señalado por el terapeuta.</i></p> <p><i>Luego, se les preguntará cuál ha sido el síntoma que más se ha presentado durante la semana en curso. Se pedirá a los ancianos que lo manifiesten. El terapeuta anotará en una hoja de papel bond, y al final dependiendo de sus intervenciones así será su premio.</i></p> <p><i>Después se preguntará que sintieron y cómo se encuentran en este momento. Se escribirán en la pizarra las opiniones brindadas por los ancianos. Se analizarán dichas opiniones, haciendo énfasis que pasar todo el día tristes o desanimados no les beneficiará para la ejecución de las actividades cotidianas. Se comentará dependiendo de cada caso en particular.</i></p> <p><i>Seguidamente se revisarán todas las anotaciones que los terapeutas han hecho sobre las respuestas que los ancianos han dado, para que de esta manera se les proporcione su recompensa.</i></p> <p><i>Se dará las gracias por su asistencia y participación, animándoles a practicar lo aprendido, invitándoles a la siguiente sesión.</i></p>	<p><u><i>Humanos:</i></u></p> <p><i>-Terapeutas.</i> <i>-Ancianos internos.</i></p> <p><u><i>Materiales:</i></u></p> <p><i>-Papel bond.</i> <i>-Lápices.</i> <i>-Sillas.</i> <i>-Reloj.</i> <i>-Pizarra.</i></p>	<p><i>15” Minutos.</i></p> <p><i>20” minutos.</i></p> <p><i>35” minutos.</i></p> <p><i>15” minutos.</i></p> <p><i>10” minutos.</i></p>	<p>Nahún.</p> <p>Flor de María.</p> <p>Karina.</p> <p>Marineth.</p> <p>Nahún.</p>

Universidad de El Salvador
 Facultad Multidisciplinaria Oriental
 Departamento de Ciencias y Humanidades
 Sección de Psicología

Programa Psicoterapéutico N-19.
 Grupo cognitivo conductual.
 A ser aplicado en el asilo "San Antonio"
 por: Yancy Thomas, Karina Marisel Ventura,
 Flor de María Navarro y Nahún Vasquez.

<i>Fecha</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Metodología</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Responsable</i>
	<i>Aplicar un ejercicio de relajación y conocer los beneficios obtenidos en la participación del grupo terapéutico.</i>	<i>Relajación respiratoria y establecimientos de beneficios.</i>	<i>Saludo y bienvenida.</i>	<i>Materiales:</i>	<i>15min.</i>	<i>Nahún.</i>
<i>Revisar tareas.</i>			<i>Pizarra.</i>			
<i>- Aplicación de la técnica de relajación respiratoria.</i>			<i>Yeso.</i>	<i>25min.</i>	<i>Karina.</i>	
			<i>- Se preguntará a cada anciano que mencione lo que le gustó y lo que no le gustó del grupo. Se anotará en la pizarra y se hará un análisis de los comentarios.</i>	<i>Humanos:</i>	<i>45min.</i>	<i>Todos los terapeutas.</i>
			<i>- Despedida e invitarlos a la última sesión.</i>	<i>Ancianos y terapeutas.</i>	<i>5min.</i>	<i>Yancy.</i>

Universidad de El Salvador

Facultad Multidisciplinaria Oriental
Departamento de Ciencias y Humanidades
Sección de Psicología

Programa Psicoterapéutico N-20.

Grupo cognitivo conductual: A ser aplicado en El Asilo
"San Antonio" por: Nahún Vásquez, Flor de María Navarro,
Yancy Marineth Thomas y Karina Marisel Ventura.

<i>Fecha</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Metodología</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Encargado</i>
	<i>Fomentar la participación y sentido de pertenencia al grupo terapéutico.</i>	<i>Actividades programadas.</i>	<i>Saludo y bienvenida. Este día, se prepararán actuaciones especiales de algunos ancianos con habilidades especiales, como el canto, declamación de poemas. Se preparará una merienda, la cual se compartirá con todos los ancianos. Luego se aplicará la pos prueba. Reunidos todos los integrantes del grupo, los terapeutas darán las gracias por su participación en el proceso terapéutico, recordando que cuando consideren necesario pueden hacer uso de las terapias practicadas durante el proceso.</i>	<i>Humanos: -Terapeutas. -Ancianos internos. Materiales: -Mesas. -Sillas. -Pizarrón. -Yeso. -Borrador -Reloj. -Merienda. -Grabadora. -Papel para decorar. -Tijera.</i>	<i>15''mim. 35''mim. 40''mim.</i>	<i>Flor de Maria. Karina y Nahún. Marineth.</i>

ANEXO 6

BITÁCORA DE LA SESIÓN UNO: GRUPO COGNITIVO CONDUCTUAL.

Fecha: 19 – septiembre – 2003.

- Se inició con la presentación de terapeutas y ancianos.
- Objetivo: Consolidación del grupo.
- Descripción sobre que es la depresión, su origen y sus síntomas.
- Definición de terapia cognitivo conductual, como solución a la depresión.
- Importancia de asistir a las sesiones y hacer las tareas.
- Escucharon una canción y luego comentaron una situación graciosa.

Acuerdos:

- Reunión: Días viernes 1:40 – 3:10 PM.
- Revisión de tareas martes 1:00 PM. de forma individual.
- Realizar las tareas asignadas.
- No faltar injustamente.
- Visitar a alguien que se enferme y que sea miembro del grupo.

Observación: Todos participaron, solo dos saben leer. Un anciano y una anciana.

BITÁCORA DE LA SESIÓN DOS: GRUPO COGNITIVO CONDUCTUAL.

Fecha: 26-septiembre-2003.

- Saludo de bienvenida a los ancianos.
- Objetivo: estimular el sentido de colaboración, así como comenzar a reconocer y clasificar pensamientos disfuncionales.
- Técnica: Lecturas cortas y relajación respiratoria.
- Explicación teórica sobre qué es la relajación respiratoria. Ejercicio de entrenamiento de relajación respiratoria. Su éxito dependerá del entrenamiento particular que lleven a cabo.
- Descripción de cómo las situaciones, las ideas y los sentimientos se relacionan con nuestro estado de ánimo. Así como cada persona es responsable de su propio bienestar.
- Exposición de un ejemplo.
- Relato por parte de los ancianos de una historia personal en la que experimentaron un mal sentimiento pero luego se sintieron mejor.
- Comentario: la tristeza y la alegría no son causadas por otras personas sino por uno mismo.
- Tarea: pensar y relatar en la siguiente sesión una historia similar.
- Entrega de la hoja de registro y despedida.

Observaciones: Todos los ancianos participaron.

Anexo: 6.1.

RELAJACION RESPIRATORIA.

- Limpie y mantenga bien abierta la nariz.
- Con los ojos abiertos o cerrados dirigir la atención a sus movimientos respiratorios. (comprobará que la parte del cuerpo que se mueve es el pecho).
- Coloque una o las dos manos sobre el estómago. Tome aire lentamente por la nariz y compruebe que sus manos se desplacen empujadas por el abdomen. Haga una pequeña pausa y suelte el aire por la boca. Observe cómo sus manos vuelven a la postura inicial.
- Repita estos movimientos sin apresuramiento.
- Respire durante diez minutos (puede variar entre 10 y 15 minutos). Repítanse frases como “Soy importante”, “Estoy bien”, “Puedo dominarme”, (Martínez O., 1999).

***BITÁCORA DE LA SESIÓN TRES: GRUPO COGNITIVO
CONDUCTUAL.***

Fecha: 03 –octubre– 2003.

- Saludo y exposición de la tarea, una anciana no la llevó, pero se comprometió a realizarla. El anciano que sabe leer, aclaró que él no puede visitar a las ancianas a recordarles de la tarea, porque es prohibido pasarse al sitio de señoras.
- Objetivo: Estimular la memoria remota a través del relato de una experiencia.
- Técnica: Reminiscencia e imaginación.
- Muchas experiencias pasadas aún afectan la vida.
- Es preciso recordar hechos positivos y negativos, pero resaltar los positivos ayuda a mejorar el estado de ánimo.
- Tarea: durante la semana pensar y recordar hechos positivos.
- Despedida.

***BITÁCORA DE LA SESIÓN CUATRO: GRUPO COGNITIVO
CONDUCTUAL.***

Fecha: 10 –octubre– 2003.

- Saludo y bienvenida. Exposición de tareas. E.R. no llegó a la sesión.
- Objetivo: motivar a los ancianos del grupo a reiniciar actividades que consideraban placenteras, antes de la depresión.
- Técnica: Orientación y Lecturas cortas: explicación sobre la práctica de conductas ejercidas aún sabiendo que son inadecuadas para su salud mental. Mención de un ejemplo.
- Exposición de conductas inadecuadas por los ancianos. Se mantienen inactivos aun sabiendo que realizar una actividad ayuda.
- Descripción sobre relación entre actividades placenteras y depresión, de cómo la depresión reduce la motivación para la realización de actividades.
- Tarea: practicar una actividad placentera.
- Despedida.

***BITÁCORA DE LA SESIÓN CINCO: GRUPO COGNITIVO
CONDUCTUAL.***

Fecha: 24 –octubre– 2003.

- Saludo y bienvenida a los asistentes. Revisión de tareas asignadas en la sesión anterior.
- Descripción del objetivo propuesto: incentivar a los ancianos a desarrollar un sentido de auto manejo, es decir, poder controlar al menos algunos aspectos de la vida.
- Explicación de la técnica programación de actividades y juego de parejas: incluye los pensamientos y emociones que llevan a la disminución de las actividades que realizan a diario. Elaboración de lista de actividades de su agrado.
- En la realización del juego de parejas, los ancianos mostraron una actitud alegre, al ir ganando en el turno que correspondiera.
- Asignación de la tarea: realizar durante la semana actividades descritas por los ancianos en la lista.
- Despedida.

ANEXO: 6.3: PROGRAMACION DE ACTIVIDADES, PROGRAMA 5.

Nombre: _____ **Edad:** _____

Fecha: _____ **Grupo:** _____

Escriba la actividad a realizar:

Hora.	Día.	Actividad.

Otras actividades: _____

***BITÁCORA DE LA SESIÓN SEIS: GRUPO COGNITIVO
CONDUCTUAL.***

Fecha: 31 –octubre – 2003.

- Saludo y bienvenida a los ancianos. Revisión de tareas de la sesión anterior. Todos la llevaron, excepto I.G que faltó a la reunión.
- Objetivo propuesto: practicar a través de la elaboración de una manualidad las aptitudes que cada anciano posea.
- Explicación de la técnica ergoterapia y refuerzo positivo: en qué consiste y los beneficio que trae a personas deprimidas.
- Elaboración de una manualidad con papel crespón retorcido.
- Todos los ancianos que asistieron realizaron la manualidad, con ayuda de los terapeutas y se entregó el refuerzo primario.
- Despedida, se invitó a la siguiente reunión.

***BITÁCORA DE LA SESIÓN SIETE: GRUPO COGNITIVO
CONDUCTUAL.***

Fecha: 07 – noviembre – 2003.

- Saludo de bienvenida a los ancianos.
- Descripción del objetivo propuesto: orientar a los ancianos positivamente a anticiparse a un resultado de una situación.
- Explicación de las técnicas descatastrofización y refuerzo positivo.
- Como afecta, la primera en la depresión, al anticiparse negativamente a un suceso sentimientos y pensamientos que llegan a surgir.
- Aplicación de la técnica descatastrofización a través de una anécdota, haciendo uso de la frase: ¿Qué pasa si sucede la peor cosa posible?, se explicó un ejemplo.
- Todos los ancianos participaron, uno de ellos fue breve en su explicación.
- Se asignó la tarea, la cual consistió en recordar un suceso en que se anticiparon negativamente.
- Al finalizar la sesión se entregó el refuerzo primario y se hizo la despedida.

***BITÁCORA DE LA SESIÓN OCHO: GRUPO COGNITIVO
CONDUCTUAL.***

Fecha: 14 – noviembre – 2003.

- Saludo de bienvenida a todos los ancianos. Revisión de la tarea, todos la realizaron excepto uno de ellos.
- Descripción del objetivo propuesto: que los miembros del grupo aprenda a disfrutar de la vida mediante actividades placenteras.
- Explicación de la técnica del placer.
- Los ancianos expusieron una actividad que les producía placer anteriormente, y se les motivó a que la practiquen nuevamente.
- La aplicación de la técnica fue la tarea asignada durante toda la semana. El refuerzo primario se les entregó cuando realizaron las actividades.
- Despedida.

***BITÁCORA DE LA SESIÓN NUEVE: GRUPO COGNITIVO
CONDUCTUAL.***

Fecha: 21 – noviembre – 2003.

- Bienvenida a los ancianos presentes, revisión de la tarea asignada. Todos la realizaron, una anciana pidió permiso para faltar a la sesión por encontrarse enferma.
- Objetivo propuesto: mostrarles a los ancianos la forma de cómo se pueden cambiar las cogniciones negativas; las cuales pueden llevar a una visión pesimista del mundo.
- Realización de ejercicio de relajación respiratoria; los ancianos manifestaron sentirse bien cuando lo practicaron.
- Aplicación de la técnica generalización excesiva, se explicaron los términos en los que se detecta, formas para registrar la generalización por medio del suceso, pensamientos, sentimientos y pensamientos alternativos que se presentan como indicadores; ya que en la depresión la persona percibe todo incidente negativamente.
- Todos los ancianos comprendieron y participaron en el desarrollo de la técnica.
- La tarea consistió en practicar la técnica generalización excesiva en eventualidades en el asilo.
- Despedida.

Anexo: 6.1.

RELAJACION RESPIRATORIA.

- Limpie y mantenga bien abierta la nariz.
- Con los ojos abiertos o cerrados dirigir la atención a sus movimientos respiratorios. (comprobará que la parte del cuerpo que se mueve es el pecho).
- Coloque una o las dos manos sobre el estómago. Tome aire lentamente por la nariz y compruebe que sus manos se desplacen empujadas por el abdomen. Haga una pequeña pausa y suelte el aire por la boca. Observe cómo sus manos vuelven a la postura inicial.
- Repita estos movimientos sin apresuramiento.
- Respire durante diez minutos (puede variar entre 10 y 15 minutos). Repítanse frases como “Soy importante”, “Estoy bien”, “Puedo dominarme”, (Martínez O., 1999).

***BITÁCORA DE LA SESIÓN DIEZ: GRUPO COGNITIVO
CONDUCTUAL.***

Fecha: 28-noviembre-2003.

- Saludo y revisión de tareas.
- Objetivo: lograr la convivencia positiva de los ancianos con el entorno social.
- Explicación de las técnicas lecturas cortas y actividades físicas:
se hizo énfasis que cuando una persona planifica lo que realiza el día siguiente, este tiende a transcurrir más rápido y ser menos complejo que otro día sin planes.
- Realización de un recorrido por cada área del asilo.
- Tarea: elaborar un día planificado durante la semana.
- Despedida.

***BITÁCORA DE LA SESIÓN ONCE: GRUPO COGNITIVO
CONDUCTUAL.***

Fecha: 05 – diciembre – 2003.

- Saludo y Bienvenida.
- Objetivo: Estimular en los ancianos la habilidad de manejo de sí mismos y perseverancia en la ejecución de actividades.
- Técnica Empleada: Redefinir y programación de actividades graduales.
- Revisión y exposición de tareas.
- Explicación de las técnicas.
- Redefinir: se utilizó con el objetivo de orientar hacia la realidad los pensamientos que se experimentan en un periodo depresivo.
- Programación de Actividades Graduales: se presenta con la finalidad de reestablecer el contacto con las actividades y pasatiempos practicados antes de ingresar al asilo.
- Se plantearon actividades y pasatiempos que les agradan, se mencionó paso a paso como deberían ser realizados, tomando en cuenta los sentimientos que surgen en la ejecución de dicha actividad.
- Tarea: practicar una actividad durante la siguiente semana, para que puedan relatar en la siguiente reunión.
- Despedida, se invitó a la siguiente reunión.

Anexo: 6.2.

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES GRADUALES N° 11.

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha: _____ Grupo: _____

Lista de actividades o pasatiempos: _____

Actividades a realizar por preferencia:

1.- _____

2.- _____

3.- _____

Registro de actividades. Marca "X" en la actividad realizada:

Actividad	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Total.							

***BITÁCORA DE LA SESIÓN DOCE: GRUPO COGNITIVO
CONDUCTUAL.***

Fecha: 12 – diciembre – 2003.

- Saludo y Bienvenida.
- Objetivo: dar a conocer a los ancianos, que no todas las circunstancias que suceden a nuestro alrededor son culpa nuestra y lograr relajar a los ancianos para que relaten un suceso.
- Relajación: estabilizar el estado de ánimo, creando un ambiente de tranquilidad en los ancianos.
- Culparse a sí mismo: explicación sobre que no todas las malas experiencias o errores son culpa de ellos.
- Aplicación de la técnica.
- Ejercicio de Relajación.
- Comentario de experiencias de cada uno de los ancianos.
- Tarea: elegir un día de la semana en el cual observaron experiencias negativas, registrando qué parte de culpa ellos se atribuyeron en dicho suceso.
- Despedida.

***BITÁCORA DE LA SESIÓN TRECE: GRUPO COGNITIVO
CONDUCTUAL.***

Fecha: 19 – diciembre– 2003.

- Saludo y Bienvenida.
- Objetivo: Establecer una conducta positiva entre una situación problemática.
- Técnica Entretenimiento en resolución de problemas: abordar la resolución de los problemas desde lo más sencillo a lo más complejo.
- Ejemplo de una situación problemática.
- Sugerencias para solucionar problemáticas expuestas.
- Tarea: explorar una problemática pasada que influyó en su vida cotidiana.
- Despedida.

***BITÁCORA DE LA SESIÓN CATORCE: GRUPO COGNITIVO
CONDUCTUAL.***

Fecha: 26 – diciembre – 2003.

- Saludo y Bienvenida.
- Revisión de la tarea.
- Objetivo: incentivar a través de la práctica de habilidades, para enfrentarse a situaciones estresantes de forma positiva.
- Técnica. Aprendizaje de habilidades de afrontamiento para situaciones estresantes y venciendo sentimientos de inutilidad, el ser humano en su totalidad posee rasgos y características positivas y negativas. Son las características negativas las que generan dificultades para realizar algunas actividades de agrado personal generando así sentimientos adversos.
- Exposición de cualidades nombrar cualidades negativas. Un anciano mencionó, “que las cualidades negativas es mejor no hacerles caso porque si no se engrandecen”.
- Despedida.

***BITÁCORA DE LA SESIÓN QUINCE: GRUPO COGNITIVO
CONDUCTUAL.***

Fecha: 02 –enero– 2004.

- Saludo y Bienvenida.
- Objetivo: estimular la creatividad en la realización de actividades manuales.
- Explicación de la Técnica: Actividades constructivas: el emplear habilidades propias en el desempeño de una actividad; ayuda al anciano a reestablecer la confianza en sí mismo, permitiendo la realización de muchas actividades que temía realizar cuando estaba deprimido.
- Presentación del material y las indicaciones a seguir en la elaboración de un pollito de lana. Al inicio dos ancianos se mostraron indiferentes para realizar la actividad; pero al observar a sus compañeros que realizaban la manualidad, decidieron después hacerla. Los terapeutas los orientaron en la realización de la misma.
- Despedida.

***BITÁCORA DE LA SESIÓN DIEZ Y SEIS: GRUPO COGNITIVO
CONDUCTUAL.***

Fecha: 9-enero-2004.

- Saludo. Tres ancianos presentaron su manualidad terminada correspondiente a la tarea.
- Objetivo: suprimir las conductas desadaptadas y fomentar una actitud de auto compresión al ser parte de un grupo social.
- Técnica evitar el aislamiento: orientada a investigar si los ancianos prefieren estar solos o acompañados.
- Se motivó que hablaran sobre las preguntas cuestionadas.
- Todos los ancianos manifestaron que se llevan mejor con sus compañeros de dormitorio, aunque siempre conversan con sus demás compañeros del albergue.
- Sobre el hecho de qué sentirían al estar solos, algunos comentaron: sentirse tristes y afligidos, porque nadie les hablaría, ni tendrían compañía al igual que en el asilo.
- Tarea: consistió en explicarles lo importante de hacer amistades, no sólo con los demás ancianos, sino también con los empleados de la institución. Fomentar más las relaciones interpersonales.
- Despedida.

***BITÁCORA DE LA SESIÓN DIECISIETE: GRUPO COGNITIVO
CONDUCTUAL.***

Fecha: 16-enero-2004.

- Saludo. Revisión de la tarea, todos la presentaron.
- Objetivo: analizar el pensamiento y las suposiciones automáticas en los ancianos, después de escuchar una reseña de noticia actual.
- Técnica. Reatribución y relajación respiratoria: explicando que en ocasiones las decisiones son determinadas por suposiciones sin tomarle importancia al análisis que conlleva.
- Práctica de la relajación respiratoria.
- Lectura de la noticia, los ancianos afirmaron que las “peleas” no son buenas, ya que cada ser humano debe ser respetado en todos sus aspectos.
- Se realizaron preguntas sobre la fecha actual, todos los ancianos respondieron de forma correcta.
- Despedida.

Anexo: 6.1.

RELAJACION RESPIRATORIA.

- Limpie y mantenga bien abierta la nariz.
- Con los ojos abiertos o cerrados dirigir la atención a sus movimientos respiratorios. (comprobará que la parte del cuerpo que se mueve es el pecho).
- Coloque una o las dos manos sobre el estómago. Tome aire lentamente por la nariz y compruebe que sus manos se desplacen empujadas por el abdomen. Haga una pequeña pausa y suelte el aire por la boca. Observe cómo sus manos vuelven a la postura inicial.
- Repita estos movimientos sin apresuramiento.
- Respire durante diez minutos (puede variar entre 10 y 15 minutos). Repítanse frases como “Soy importante”, “Estoy bien”, “Puedo dominarme”, (Martínez O., 1999).

***BITÁCORA DE LA SESIÓN DIEZ Y OCHO: GRUPO COGNITIVO
CONDUCTUAL.***

Fecha: 23-enero-2004.

- Saludo.
- Objetivo: ayudar a los ancianos deprimidos, a través de la manifestación de síntomas hasta el extremo, por medio de la motivación de un refuerzo positivo.
- Técnica descentramiento y refuerzo: se les explicó que cuando se conoce el nivel de soporte, al exponer un malestar al extremo, se hace conciencia del resultado negativo a esperarse.
- También se mencionó que al final de la sesión se les daría una recompensa por su participación.
- La mayoría de ancianos compartieron la idea que padecen de “dolor de cabeza”, durante algunos días, solamente un anciano manifestó que no adolecía de ninguna molestia física.
- Aunque ellos se encontraban un poco enfermos, explicaron que siempre le piden a Dios que los sane.
- Se proporcionó el refuerzo.
- Despedida.

***BITÁCORA DE LA SESIÓN DIEZ Y NUEVE: GRUPO COGNITIVO
CONDUCTUAL.***

Fecha: 30-enero-2004.

- Saludo.
- Objetivo: lograr la relajación y conocer los beneficios obtenidos en la participación del grupo terapéutico.
- Técnica relajación respiratoria y establecimiento de beneficios: conocer la valoración otorgada al desarrollo de todo el programa psicoterapéutico por los ancianos.
- Práctica de la relajación respiratoria.
- Todos los ancianos manifestaron que estaban “contentos y agradecidos”, desde su punto de vista valoraban todo el desarrollo del programa positivamente, no encontraron ningún aspecto negativo.
- Despedida.

***BITÁCORA DE LA SESIÓN VEINTE: GRUPO COGNITIVO
CONDUCTUAL.***

Fecha: 6-febrero-2004.

- Saludo.
- Objetivo: fomentar la participación y sentido de pertenencia al grupo terapéutico.
- Técnica actividades programadas: promover la convivencia entre los ancianos y terapeutas.
- Cuatro ancianos estuvieron encargados de la actuación especial, que consistió en cantos, declamación de poemas. También se celebraron los cumpleaños con una merienda.
- Aplicación de pos prueba.
- Despedida.

ANEXO 10:

Resultados obtenidos en la pos prueba de la escala de depresión de Burns.

Grupo Cognitivo-Conductual.

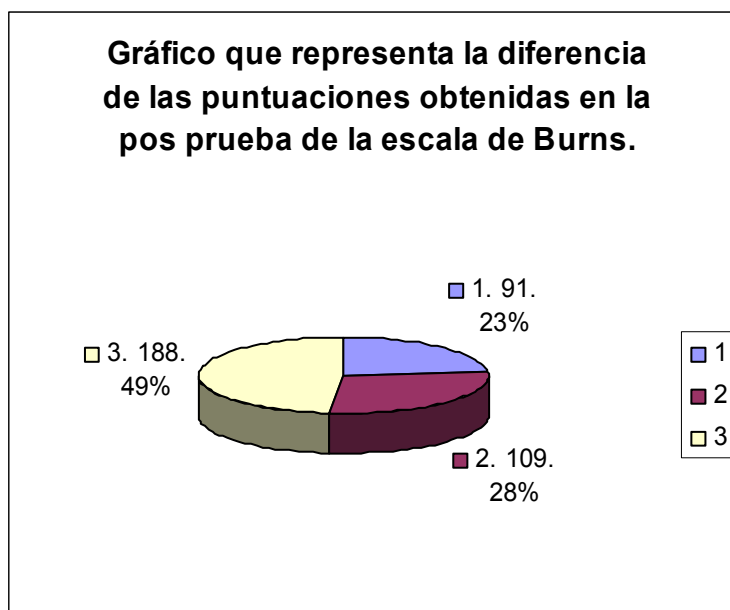
N	Sujetos	Puntuación
1	J.G	16
2	A.A.R.	8
3	E.B.	11
4	J.G. del C.	6
5	R.E.C.	12
6	D.R.	13
7	J.S.M.	7
8	E.R.	18

Grupo Cognitivo.

N	Sujetos	Puntuación
1	F. Vda. de G.	11
2	V.G.	11
3	C.A.J.	18
4	J.A.C.	19
5	E. Vda. de P.	25
6	J. V.	8
7	A.S.P.	17
/	/	/

Grupo de Control.

N	Sujetos	Puntuación
1	I.R.	19
2	M.R.B.	21
3	E.S.M.	20
4	J.S.B.C.	29
5	D.S.C.	26
6	A.A.S.P.	29
7	M.V.CH.V.	17
8	M. de la P.T.	27



En donde:

1-Puntuaciones correspondientes al grupo cognitivo.

2-Puntuaciones correspondientes al grupo cognitivo conductual.

3-Puntuaciones correspondientes al grupo de control.

ANEXO 11:

Cálculo de la prueba "f". Análisis de varianza unidireccional (ANVA).

En el análisis de los resultados se utilizó la prueba paramétrica análisis de varianza unidireccional (ANVA), para evaluar si los grupos experimentales y de control difieren significativamente.

Cuadro que representa las puntuaciones obtenidas en la aplicación de la pos prueba:

N	Sujetos	Puntuación(X)
1	E.R.	18
2	M. de la P.T.	27
3	J.S.M.	7
4	A.S.P.	17
5	M.V.CH.V.	17
6	D.R.	13
7	J. V.	8
8	A.A.S.P.	29
9	R.E.C.	12
10	E. Vda. de P.	25
11	D.S.C.	26
12	J.G. del C.	6
13	J.A.C.	19
14	J.S.B.C.	29
15	E.B.	11
16	C.A.J.	18
17	E.S.M.	20
18	A.A.R.	8

19	V.G.	11
20	M.R.B.	21
21	J.G	16
22	F. Vda. de G.	11
23	I.R.	19
Totales 23		$\Sigma=388$

Para poder aplicar la prueba “F”, fue preciso calcular las siguientes estadísticas:

$$SCT = \text{suma de cuadrados total} = \Sigma^2 - \frac{(\Sigma x)^2}{N}$$

Donde:

$$\Sigma x = 388$$

$$(\Sigma X)^2 = \text{sumatoria de equis al cuadrado} = (388)^2 = 7646$$

$$N = \text{número de sujetos en la muestra} = 23$$

$$SCT = 7646 - \frac{(388)^2}{23} = 7646 - \frac{150544}{23} =$$

$$SCT = 7646 - 6545.39$$

$$SCT = \underline{1100.61}$$

El siguiente paso es calcular la sumatoria de cuadrados tratamiento:

SCTR = suma de cuadrados tratamiento =

$$SCTR = \left[\frac{(\sum x_1)^2}{n_1} + \frac{(\sum x_2)^2}{n_2} + \frac{(\sum x_3)^2}{n_3} \right] - \frac{(\sum x)^2}{N}$$

Sustituyendo la fórmula se obtienen los siguientes datos:

$$SCTR = \left[\frac{(91)^2}{8} + \frac{(109)^2}{7} + \frac{(188)^2}{8} \right] - \frac{(388)^2}{23}$$

$$SCTR = (1035.12 + 1697.28 + 4418) - 6545.39$$

$$SCTR = 7150.4 - 6545.39$$

$$SCTR = \underline{605.01}$$

Luego se calcula:

SCE = suma de cuadrados error =

$$SCE = \sum x^2 - \left[\frac{(\sum x_1)^2}{n_1} + \frac{(\sum x_2)^2}{n_2} + \frac{(\sum x_3)^2}{n_3} \right]$$

Sustituyendo en la fórmula:

$$SCE = (388)^2 - \left[\frac{(91)^2}{8} + \frac{(109)^2}{7} + \frac{(188)^2}{8} \right]$$

$$SCE = 7646 - (1035.12 + 1697.28 + 4418)$$

$$SCE = 7646 - 7150.4$$

$$SCE = \underline{495.6}$$

Obtenida la sumatoria de cuadrados error, se procede a calcular la media cuadrática tratamiento:

MCTR = media cuadrática tratamiento =

$$MCTR = \frac{SCTR}{K-1}$$

$$K-1$$

$$\text{MCTR} = \frac{605.01}{3-1}$$

$$\text{MCTR} = \frac{605.01}{2}$$

$$\text{MCTR} = \underline{302.50}$$

Luego se calcula la media cuadrática error:

MCE = Media cuadrática error. Dividiendo la suma de cuadrados error entre el número de sujetos de la muestra, menos el número de grupos.

Representado por la siguiente fórmula:

$$\text{MCE} = \frac{\text{SCE}}{\text{N-K}}$$

$$\text{MCE} = \frac{495.6}{23-3}$$

$$\text{MCE} = \frac{495.6}{20}$$

$$\text{MCE} = \underline{24.78}$$

Procedemos a calcular la media cuadrática tratamiento:

MCT = media cuadrática tratamiento

$$MCT = \frac{SCT}{N-K}$$

$$MCT = \frac{6545.39}{22}$$

$$MCT = \underline{297.51}$$

El último paso es calcular la razón “f”, dividiendo la media cuadrática tratamiento, entre la media cuadrática error, representado en la siguiente fórmula:

$$F = \frac{MCTR}{MCE}$$

$$F = \frac{302.50}{24.78}$$

$$F = \underline{12.20}$$

Para comparar el resultado de la razón “f”, con el valor “F” tabla, se calculan los grados de libertad para el numerador (gl = K-1; gl = 3-1= 2), de igual manera para el denominador (gl = N-K; gl = 23-3 = 20), este dato se

ubica en la tabla de valores “F” con un nivel de significación de 0.05, con lo que se obtiene:

gl	Nivel de confianza 0.05	Valor “F”
20	<u>3.49</u>	<u>12.20</u>

Como se puede observar en la tabla anterior, el valor encontrado de “F” es 12.20 , se puede notar que es mayor al valor “F” buscado en la tabla de valores de “F” , el cual es 3.49, obtenidos sobre la base de los 20 grados de libertad correspondiente y el nivel de confianza de 0.05.

Por lo tanto, “F” es mayor que el valor “F” encontrado en la tabla, esto quiere decir, que sí hay diferencia significativa en los puntajes promedios obtenidos al aplicar la escala de depresión de Burns; en tres grupos de ancianos, después que dos recibieron tratamiento psicológico y el otro ningún tratamiento.

Entonces, esto significa que se rechaza la hipótesis nula (Ho) y se acepta la hipótesis de investigación (Hi).

TABLA DE VALORES DE "F".

Tabla que representa el valor de "F" calculado = 12.20, para comparar el resultado de la razón "F", con el valor "F" tabla, se calculan los grados de libertad para el numerador, que es $gl = K-1$; $gl = 3-1 = 2$. De igual manera para el denominador $gl = N-K$; $gl = 23-3 = 20$. Este dato se ubica en la tabla de valores "F", con un nivel de significación de 0.05, siendo este: 3.49.

(gl entre grupos) P = 05									
gl	1	2	3	4	5	6	8	12	gl
1	161.4	199.5	215.7	224.6	230.2	234.0	238.9	243.9	1
2	18.51	19.00	19.16	19.25	19.30	19.33	19.37	19.41	2
3	10.13	9.55	9.28	9.12	9.01	8.94	8.84	8.74	3
4	7.71	6.94	6.59	6.39	6.26	6.16	6.04	5.91	4
5	6.61	5.79	5.41	5.19	5.05	4.95	4.82	4.68	5
6	5.99	5.14	4.76	4.53	4.39	4.28	4.15	4.00	6
7	5.59	4.74	4.35	4.12	3.97	3.87	3.73	3.57	7
8	5.32	4.46	4.07	3.84	3.69	3.58	3.44	3.28	8
9	5.12	4.26	3.86	3.63	3.48	3.37	3.23	3.07	9
10	4.96	4.10	3.71	3.48	3.33	3.22	3.07	2.91	10
11	4.84	3.98	3.59	3.36	3.20	3.09	2.95	2.79	11
12	4.75	3.88	3.49	3.26	3.11	3.00	2.85	2.69	12
13	4.67	3.80	3.41	3.18	3.02	2.92	2.77	2.60	13
14	4.60	3.74	3.34	3.11	2.96	2.85	2.70	2.53	14
15	4.54	3.68	3.29	3.06	2.90	2.79	2.64	2.48	15
16	4.49	3.63	3.24	3.01	2.85	2.74	2.59	2.42	16
17	4.45	3.59	3.20	2.96	2.81	2.70	2.55	2.38	17
18	4.41	3.55	3.16	2.93	2.77	2.66	2.51	2.34	18
19	4.38	3.52	3.13	2.90	2.74	2.63	2.48	2.31	19
20	4.35	<u>3.49</u>	3.10	2.87	2.71	2.60	2.45	2.28	20
21	4.32	3.47	3.07	2.84	2.68	2.57	2.42	2.25	21
22	4.30	3.44	3.05	2.82	2.66	2.55	2.40	2.23	22
23	4.28	3.42	3.03	2.80	2.64	2.53	2.38	2.20	23
24	4.26	3.40	3.01	2.78	2.62	2.51	2.36	2.18	24
25	4.24	3.38	2.99	2.76	2.60	2.49	2.34	2.16	25
26	4.22	3.37	2.98	2.74	2.59	2.47	2.32	2.15	26
27	4.21	3.35	2.96	2.73	2.57	2.46	2.30	2.13	27
28	4.20	3.34	2.95	2.71	2.56	2.44	2.29	2.12	28
29	4.18	3.33	2.93	2.70	2.54	2.43	2.28	2.10	29
30	4.17	3.32	2.92	2.69	2.53	2.42	2.27	2.09	30
40	4.08	3.23	2.84	2.61	2.45	2.34	2.18	2.00	40
60	4.00	3.15	2.76	2.52	2.37	2.25	2.10	1.92	60
120	3.92	3.07	2.68	2.45	2.29	2.17	2.02	1.83	120
∞	3.84	2.99	2.60	2.37	2.21	2.09	1.94	1.75	∞

ANEXO 12: Cálculo de la prueba “t” de Student para el grupo cognitivo conductual comparado con el grupo cognitivo.

En el análisis de los resultados se utilizó la prueba estadística “t” de Student, para evaluar si el grupo cognitivo conductual y el grupo cognitivo difieren significativamente con respecto a sus medias.

Para calcular la prueba “t” de Student fue preciso computar las siguientes estadísticas: La media (\bar{X}) de cada uno de los grupos de ancianos, la desviación estándar (S) de cada grupo, los grados de libertad (g l) y la diferencia entre la medias de ambos grupo.

A continuación se calculan cada uno de estos resultados:

Cuadro que representa las puntuaciones obtenidas en la pos prueba por los ancianos del grupo experimental cognitivo conductual:

Grupo Cognitivo Conductual.

X	$X - \bar{X}$	$(X - \bar{X})^2$
6	5.37	28.83
7	4.37	19.09
8	3.37	11.35
11	0.37	0.13
12	-0.63	0.39
13	-1.63	2.65
16	-4.63	21.43

18	-6.63	43.95
$\Sigma = 91$		$\Sigma = 127.82$

Donde:

X = puntuaciones de la pos prueba de los ancianos.

$X - \bar{X}$ = diferencia obtenida de la media con las puntuaciones de la pos prueba.

$(X - \bar{X})^2$ = diferencia obtenida de la media con las puntuaciones de la pos prueba elevada al cuadrado.

Cálculo de la media del grupo cognitivo-conductual:

$$\bar{X} = \frac{\Sigma X}{N} = \frac{91}{8} = 11.37$$

Calculada la media, se resta de cada uno de los puntajes obtenidos en la pos prueba, esto es $(X - \bar{X})$. Luego, cada uno de los resultados se eleva al cuadrado que es $(X - \bar{X})^2$; y su sumatoria es la siguiente:

$$\Sigma = (X - \bar{X})^2 = 127.82$$

Cálculo de la desviación estándar para este grupo:

$$S_1 = \sqrt{\frac{\Sigma (X - \bar{X})^2}{N}}$$

$$S_1 = \sqrt{\frac{127.82}{8}}$$

$$S_1 = \sqrt{15.97} \qquad S_1 = 3.99$$

Cuadro que representa las puntuaciones obtenidas en la pos prueba por los ancianos del grupo experimental cognitivo:

Grupo Cognitivo.

X	$X - \bar{X}$	$(X - \bar{X})^2$
8	7.57	57.30
11	4.57	20.88
11	4.57	20.88
17	-1.43	2.04
18	-2.43	5.90
19	-3.43	11.76
25	-9.43	88.92
0	0	0
$\Sigma = 109$		$\Sigma = 207.68$

Donde:

X = puntuaciones de la pos prueba de los ancianos.

$X - \bar{X}$ = diferencia obtenida de la media con las puntuaciones de la pos prueba.

$(X - \bar{X})^2$ = diferencia obtenida de la media con las puntuaciones de la pos prueba elevada al cuadrado.

Cálculo de la media del grupo cognitivo:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N} = \frac{109}{7} = 15.57$$

Calculada la media, se resta de cada uno de los puntajes obtenidos en la

pos prueba, esto es $(X-\bar{X})$. Luego, cada uno de los resultados se eleva al cuadrado que es $(X-\bar{X})^2$; y su sumatoria es la siguiente:

$$\Sigma = (X-\bar{X})^2 = 207.68$$

Cálculo de la desviación estándar para este grupo:

$$S_2 = \sqrt{\frac{\sum (X-\bar{X})^2}{N}}$$

$$S_2 = \sqrt{\frac{207.68}{7}}$$

$$S_2 = \sqrt{29.66}$$

$$S_2 = 5.44$$

El orden para calcular si existe diferencia significativa entre ambos grupos, es:

1. Calculadas las medias (\bar{X}) de ambos grupos:

$$\bar{X}_1 = 11.37$$

$$\bar{X}_2 = 15.57$$

2. Desviaciones estándar calculadas:

$$(S_1)^2 = 3.99$$

$$(S_2)^2 = 5.44$$

3. Número de sujetos de cada grupo:

$$N_1 = 8$$

$$N_2 = 7$$

4. El último paso es calcular la diferencia entre las medias de cada grupo por medio de la prueba “t” de Student, la cual se calcula con la siguiente fórmula:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(S_1)^2}{N_1} + \frac{(S_2)^2}{N_2}}}$$

Donde:

\bar{X}_1 = media del grupo cognitivo conductual.

\bar{X}_2 = media del grupo cognitivo.

$(S_1)^2$ = desviación estándar del grupo cognitivo conductual, elevada al cuadrado.

$(S_2)^2$ = desviación estándar del grupo cognitivo, elevada al cuadrado.

N_1 = número de sujetos del grupo cognitivo conductual.

N_2 = número de sujetos del grupo cognitivo.

Ahora se procede a calcular la diferencia entre las medias de los grupos.

$$t = 11.37 - 15.57$$

$$\frac{\sqrt{(3.99)^2 + (5.44)^2}}{\frac{8}{7}}$$

$$t = \frac{11.37 - 15.57}{2.49}$$

$$\sqrt{\frac{15.92}{8} + \frac{29.59}{7}}$$

$$t = \frac{11.37 - 15.57}{2.49}$$

$$\sqrt{1.99 + 4.22}$$

$$t = \frac{11.37 - 15.57}{2.49}$$

$$\sqrt{6.21}$$

$$t = \frac{-4.20}{2.49}$$

$$t = \underline{1.68} \text{ (Valor de "t" calculado).}$$

2.49

Una vez obtenido el valor "t" se procede a calcular los grados de libertad (GL), estos constituyen el número de maneras en que los datos pueden variar libremente. Se calculan de la siguiente manera:

gl = grados de libertad.

N₁ = número de sujetos del grupo

$$g l = (N_1 + N_2) - 2 \quad \text{cognitivo conductual.}$$

N_2 = número de sujetos del grupo
cognitivo.

Sustituyendo los valores, tenemos:

$$g l = (8 + 7) - 2$$

$$g l = 15 - 2$$

$g l = 13$

Obtenidos los grados de libertad, se eligió el nivel de confianza de 0.05, este sirve para ubicar el valor en la tabla de Distribución “t” de Student (Ver tabla en anexo siguiente) se obtuvo el siguiente resultado:

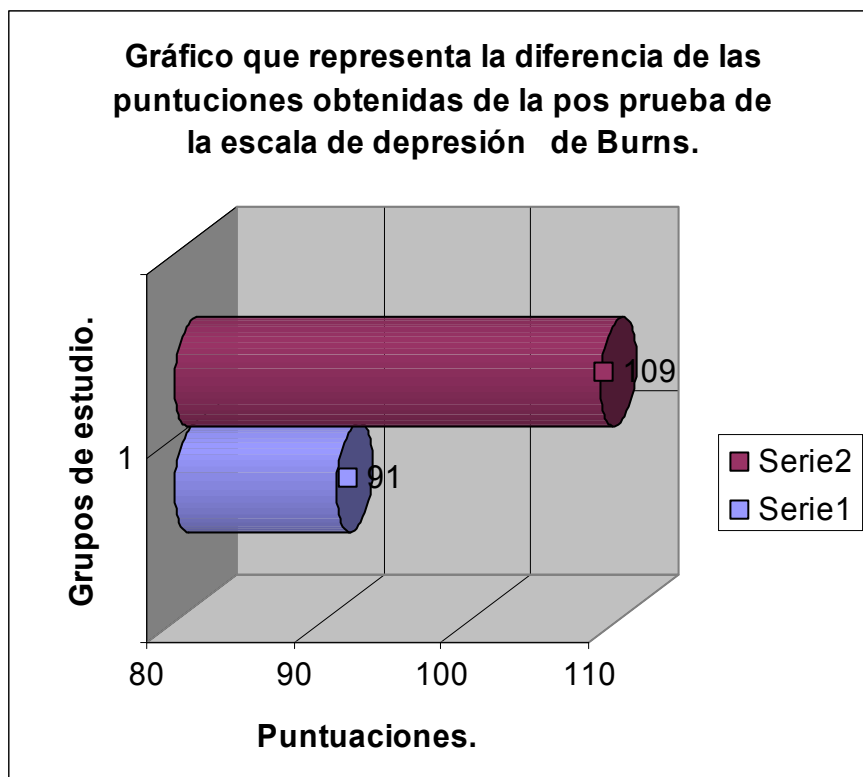
g l	Nivel de confianza 0.05	Valor “t”
13	1.77	1.68

Como se observa en la tabla anterior, el valor “t” encontrado es 1.68 este es menor al valor “t” buscado en la “tabla de Distribución t de Student”, el cual es 1.77 obtenido sobre la base de los 13 grados de libertad correspondiente y el nivel de confianza de 0.05.

Por tanto, el valor “t” calculado es < que el valor “t” encontrado en la tabla, esto quiere decir, que no hay una diferencia significativa entre el nivel de depresión del grupo cognitivo conductual en comparación con el grupo cognitivo.

Entonces, esto significa que se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis específica de investigación (H_1).

Gráfico que representa la diferencia de las puntuaciones obtenidas de la pos prueba de la escala de depresión de Burns.



En donde:

1-Puntuaciones correspondientes al grupo cognitivo conductual.

2-Puntuaciones correspondientes al grupo cognitivo.

TABLA DE DISTRIBUCIÓN "t" DE STUDENT.

Tabla que representa el valor de "t" calculado = 1.68, para comparar este resultado, con el valor "t" tabla se calculan los grados de libertad sumando la población total del grupo 1 y la población total del grupo 2; $(gl = N_1 + N_2) - 2 = 8+7 = 15-2 = 13 = gl$. Este dato se ubica en la tabla, con un nivel de confianza de 0.05, siendo este 1.77.

GRADOS DE LIBERTAD (GL)	NIVEL DE CONFIANZA .05	NIVEL DE CONFIANZA .01
1	6.3138	31.821
2	2.9200	6.965
3	2.3534	4.541
4	2.1318	3.747
5	2.0150	3.365
6	1.9432	3.143
7	1.8946	2.998
8	1.8595	2.896
9	1.8331	2.821
10	1.8125	2.764
11	1.7959	2.718
12	1.7823	2.681
<u>13</u>	<u>1.7709</u>	2.650
14	1.7613	2.624
15	1.7530	2.602
16	1.7459	2.583
17	1.7396	2.567
18	1.7341	2.552
19	1.7291	2.539
20	1.7247	2.528
21	1.7207	2.518
22	1.7171	2.508
23	1.7139	2.500
24	1.7109	2.492
25	1.7081	2.485
26	1.7056	2.479
27	1.7033	2.473
28	1.7011	2.467
29	1.6991	2.462
30	1.6973	2.457
35	1.6896	2.438
40	1.6839	2.423
45	1.6794	2.412
50	1.6759	2.403
60	1.6707	2.390
70	1.6669	2.381
80	1.6641	2.374
90	1.6620	2.368
100	1.6602	2.364
120	1.6577	2.358

ANEXO 13: Cálculo de la prueba “t” de Student para el grupo cognitivo comparado con el grupo control.

En el análisis de los resultados se utilizó la prueba estadística “t” de Student, para evaluar si el grupo experimental cognitivo y el grupo de control difieren significativamente con respecto a sus medias.

Para calcular la prueba “t” de Student fue preciso computar las siguientes estadísticas: La media (\bar{X}) de cada uno de los grupos de ancianos, la desviación estándar (S) de cada grupo, los grados de libertad (g l) y la diferencia entre la medias de ambos grupo.

A continuación se calculan cada uno de estos resultados:

Cuadro que representa las puntuaciones obtenidas en la pos prueba por los ancianos del grupo experimental cognitivo:

Grupo Cognitivo.

X	$X - \bar{X}$	$(X - \bar{X})^2$
11	-4.57	20.88
11	-4.57	20.88
18	-2.43	5.90
19	-3.43	11.76
25	-9.43	88.92
8	-7.57	57.30
17	-1.43	2.04
0	0	0
$\Sigma = 109$		$\Sigma = 207.68$

Donde:

X = puntuaciones de la pos prueba de los ancianos.

$X - \bar{X}$ = diferencia obtenida de la media con las puntuaciones de la pos prueba.

$(X - \bar{X})^2$ = diferencia obtenida de la media con las puntuaciones de la pos prueba elevada al cuadrado.

Cálculo de la media del grupo cognitivo:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N} = \frac{109}{7} = \bar{X} = \underline{15.57}$$

Calculada la media, se resta de cada uno de los puntajes obtenidos en la

pos prueba, esto es $(X - \bar{X})$. Luego, cada uno de estos resultados se elevan

al cuadrado que es $(X - \bar{X})^2$; la sumatoria es la siguiente:

$$\sum = (X - \bar{X})^2 = 207.68$$

Cálculo de la desviación estándar para este grupo:

$$S_1 = \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{N}}$$

$$S_1 = \sqrt{\frac{207.68}{7}}$$

$$S_1 = \sqrt{29.66}$$

$$S_1 = 5.44$$

Cuadro que representa las puntuaciones obtenidas en la pos prueba por los ancianos del grupo de control.

Grupo de Control

X	$X - \bar{X}$	$(X - \bar{X})^2$
19	4.5	20.25
21	2.5	6.25
20	3.5	-12.25
29	5.5	30.25
26	2.5	6.25
29	5.5	30.25
17	6.5	42.25
27	3.5	12.25
$\Sigma = 188$		$\Sigma = 160$

Donde:

X = puntuaciones de la pos prueba de los ancianos.

$X - \bar{X}$ = diferencia obtenida de la media con las puntuaciones de la pos prueba.

$(X - \bar{X})^2$ = diferencia obtenida de la media con las puntuaciones de la pos prueba elevada al cuadrado.

Cálculo de la media del grupo de control:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N} = \frac{188}{8} = \bar{X} = \underline{23.50}$$

Calculada la media, se resta de cada uno de los puntajes obtenidos en la pos prueba, esto es $(X - \bar{X})$. Luego, cada uno de los resultados se eleva al cuadrado que es $(X - \bar{X})^2$; y su sumatoria es la siguiente:

$$\sum = (X - \bar{X})^2 = 160.$$

Cálculo de la desviación estándar para este grupo

$$S_2 = \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{N}}$$

$$S_2 = \sqrt{\frac{160}{8}}$$

$$S_2 = \sqrt{20} \quad S_2 = 4.47$$

El orden para calcular si existe diferencia significativa entre ambos grupos, es:

1. Calculadas las medias (\bar{X}) de ambos grupos:

$$\bar{X}_1 = 15.57$$

$$\bar{X}_2 = 23.50$$

2. Desviaciones estándar calculadas:

$$(S_1)^2 = 5.44$$

$$(S_2)^2 = 4.47$$

3. Número de sujetos de cada grupo:

$$N_1 = 7$$

$$N_2 = 8$$

4. El último paso es calcular la diferencia entre las medias de cada grupo por medio de la prueba “t” de Student, la cual se calcula con la siguiente fórmula:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(S_1)^2}{N_1} + \frac{(S_2)^2}{N_2}}}$$

Donde:

\bar{X}_1 = media del grupo cognitivo.

\bar{X}_2 = media del grupo de control.

$(S_1)^2$ = desviación estándar del grupo

cognitivo, elevada al cuadrado.

$(S_2)^2$ = desviación estándar del grupo de control, elevada al cuadrado.

N_1 = número de sujetos del grupo cognitivo.

N_2 = número de sujetos del grupo de control.

Ahora se procede a calcular la diferencia entre las medias de los grupos.

$$t = \frac{15.57 - 23.50}{\sqrt{\frac{(5.44)^2}{7} + \frac{(4.47)^2}{8}}}$$

$$t = \frac{15.57 - 23.50}{\sqrt{\frac{29.59}{7} + \frac{19.98}{8}}}$$

$$t = \frac{15.57 - 23.50}{\sqrt{4.22 + 2.49}}$$

$$t = \frac{15.57 - 23.50}{\sqrt{\quad}}$$

$$\sqrt{6.71}$$

$$t = -7.93$$

$$2.59$$

t = 3.06 (Valor de “t” calculado).

Una vez obtenido el valor “t” se procede a calcular los grados de libertad (GL), estos constituyen el número de maneras en que los datos pueden variar libremente. Se calculan de la siguiente manera:

gl = grados de libertad.

N_1 = número de sujetos del grupo experimental.

N_2 = número de sujetos del grupo de Control.

$$gl = (N_1 + N_2) - 2$$

Sustituyendo los valores, tenemos:

$$gl = (7 + 8) - 2$$

$$gl = 15 - 2$$

$gl = 13$

Obtenidos los grados de libertad, se eligió el nivel de confianza de 0.05, este sirve para ubicar el valor en la tabla de Distribución “t” de Student (Ver tabla en anexo siguiente) se obtuvo el siguiente resultado:

g l	Nivel de confianza 0.05	Valor “t”
13	1.77	3.06

Como se observa en la tabla anterior, el valor “t” encontrado es 3.06 este es mayor al valor “t” buscado en la “tabla de Distribución t de Student”, el cual es 1.77, obtenido sobre la base de los 13 grados de libertad correspondiente y el nivel de confianza de 0.05.

Por tanto, el valor “t” calculado es $>$ que el valor “t” encontrado en la tabla, esto quiere decir, que si hay una diferencia significativa entre el nivel de depresión del grupo experimental el cual se sometió, a la técnica de terapia cognitiva, en comparación con el grupo de control que no se sometió al tratamiento.

Entonces, esto significa que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se comprueba la hipótesis específica de investigación (H_1).

TABLA DE DISTRIBUCIÓN "t" DE STUDENT.

Tabla que representa el valor de "t" calculado = 3.06, para comparar este resultado, con el valor "t" tabla se calculan los grados de libertad sumando la población total del grupo 1 y la población total del grupo 2; $(gl = N_1 + N_2) - 2 = 8+7 = 15-2 = 13 = gl$. Este dato se ubica en la tabla, con un nivel de confianza de 0.05, siendo este 1.77.

GRADOS DE LIBERTAD (GL)	NIVEL DE CONFIANZA .05	NIVEL DE CONFIANZA .01
1	6.3138	31.821
2	2.9200	6.965
3	2.3534	4.541
4	2.1318	3.747
5	2.0150	3.365
6	1.9432	3.143
7	1.8946	2.998
8	1.8595	2.896
9	1.8331	2.821
10	1.8125	2.764
11	1.7959	2.718
12	1.7823	2.681
<u>13</u>	<u>1.7709</u>	2.650
14	1.7613	2.624
15	1.7530	2.602
16	1.7459	2.583
17	1.7396	2.567
18	1.7341	2.552
19	1.7291	2.539
20	1.7247	2.528
21	1.7207	2.518
22	1.7171	2.508
23	1.7139	2.500
24	1.7109	2.492
25	1.7081	2.485
26	1.7056	2.479
27	1.7033	2.473
28	1.7011	2.467
29	1.6991	2.462
30	1.6973	2.457
35	1.6896	2.438
40	1.6839	2.423
45	1.6794	2.412
50	1.6759	2.403
60	1.6707	2.390
70	1.6669	2.381
80	1.6641	2.374
90	1.6620	2.368
100	1.6602	2.364
120	1.6577	2.358

ANEXO 14.

Cálculo de la prueba “t” de Student para el grupo cognitivo conductual comparado con el grupo control.

En el análisis de los resultados se utilizó la prueba estadística “t” de Student, para evaluar si el grupo experimental cognitivo conductual y el grupo de control difieren significativamente con respecto a sus medias.

Para calcular la prueba “t” de Student fue preciso computar las siguientes estadísticas: La media (\bar{X}) de cada uno de los grupos de ancianos, la desviación estándar (S) de cada grupo, los grados de libertad (g l) y la diferencia entre la medias de ambos grupos.

A continuación se calculan cada uno de estos resultados:

Cuadro que representa las puntuaciones obtenidas en la prueba por los ancianos del grupo experimental cognitivo conductual.

Grupo Cognitivo Conductual

X	$X-\bar{X}$	$(X-\bar{X})^2$
6	5.37	28.83
7	4.37	19.09
8	3.37	11.35
11	0.37	0.13
12	-0.63	0.39
13	-1.63	2.65
16	-4.63	21.43
18	-6.63	43.95
$\Sigma = 91$		$\Sigma = 127.82$

Donde:

X = puntuaciones de la pos prueba de los ancianos.

$X-\bar{X}$ = diferencia obtenida de la media restada con las puntuaciones de la pos prueba.

$(X-\bar{X})^2$ = diferencia obtenida de la media con las puntuaciones de la pos prueba elevada al cuadrado.

Cálculo de la media del grupo cognitivo-conductual:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N} = \frac{91}{8} = 11.37$$

Calculada la media, se resta de cada uno de los puntajes obtenidos en la pos prueba, esto es $(X-\bar{X})$. Luego, cada uno de los resultados se eleva al cuadrado que es $(X-\bar{X})^2$; y su sumatoria es la siguiente:

$$\Sigma = (X-\bar{X})^2 = 127.82$$

Cálculo de la desviación estándar para este grupo:

$$S_1 = \sqrt{\sum \frac{(X-\bar{X})^2}{N}}$$

$$S_1 = \sqrt{\frac{127.82}{8}}$$

$$S_1 = \sqrt{15.97} \quad S_1 = 3.99$$

Cuadro que representa las puntuaciones obtenidas en la pos prueba por los ancianos del grupo de control.

Grupo de Control

X	X- \bar{X}	(X- \bar{X}) ²
17	6.5	42.25
19	4.5	20.25
20	3.5	12.25
21	2.5	6.25
26	2.5	6.25
27	3.5	12.25
29	5.5	30.25
29	5.5	30.25
$\Sigma = 188$		$\Sigma = 160$

Donde:

X = puntuaciones de la pos prueba de los ancianos.

X- \bar{X} = diferencia obtenida de la media con las puntuaciones de la pos prueba.

—

$(X-\bar{X})^2$ = diferencia obtenida de la media con las puntuaciones de la pos prueba elevada al cuadrado.

Cálculo de la media del grupo de control:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N} = \frac{188}{8} = \bar{X} = 23.50$$

Calculada la media, se resta de cada uno de los puntajes obtenidos en la pos prueba, esto es $(X-\bar{X})$. Luego, cada uno de los resultados se eleva

al cuadrado que es $(X-\bar{X})^2$; y su sumatoria es la siguiente:

$$\sum (X-\bar{X})^2 = 160.$$

Cálculo de la desviación estándar para este grupo

$$S_2 = \sqrt{\frac{\sum (X-\bar{X})^2}{N}}$$

$$S_2 = \sqrt{\frac{160}{8}}$$

$$S_2 = \sqrt{20} \quad S_2 = 4.47$$

El orden para calcular si existe diferencia significativa entre ambos grupos, es:

1. Calculadas las medias (\bar{X}) de ambos grupos:

$$\bar{X}_1 = 11.37$$

$$\bar{X}_2 = 23.50$$

2. Desviaciones estándar calculadas:

$$(S_1)^2 = 3.99$$

$$(S_2)^2 = 4.47$$

3. Número de sujetos de cada grupo:

$$N_1 = 8$$

$$N_2 = 8$$

4. El último paso es calcular la diferencia entre las medias de cada grupo por medio de la prueba “t” de Student, la cual se calcula con la siguiente fórmula:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(S_1)^2}{N_1} + \frac{(S_2)^2}{N_2}}}$$

Donde:

\bar{X}_1 = media del grupo cognitivo conductual.

\bar{X}_2 = media del grupo de control.

$(S_1)^2$ = desviación estándar del grupo cognitivo conductual, elevada al cuadrado.

$(S_2)^2$ = desviación estándar del grupo de control, elevada al cuadrado.

N_1 = número de sujetos del grupo cognitivo conductual.

N_2 = número de sujetos del grupo de control.

Ahora se procede a calcular la diferencia entre las medias de los grupos.

$$t = \frac{11.37 - 23.50}{\sqrt{\frac{(3.99)^2}{8} + \frac{(4.47)^2}{8}}}$$

$$t = \frac{11.37 - 23.50}{\sqrt{\frac{15.92}{8} + \frac{19.98}{8}}}$$

$$t = \frac{11.37 - 23.50}{\sqrt{1.99 + 2.49}}$$

$$t = \frac{11.37 - 23.50}{\sqrt{4.48}}$$

$$t = \frac{12.13}{2.11}$$

t = 5.74 (Valor de “t” calculado).

Una vez obtenido el valor “t”, se procede a calcular los grados de libertad (GL), estos constituyen el número de maneras en que los datos pueden variar libremente. Se calculan de la siguiente manera:

gl = grados de libertad.

N_1 = número de sujetos del grupo experimental.

$$gl = (N_1 + N_2) - 2$$

N_2 = número de sujetos del grupo de Control.

Sustituyendo los valores, tenemos:

$$gl = (8 + 8) - 2$$

$$gl = 16 - 2$$

$gl = 14$

Obtenidos los grados de libertad, se eligió el nivel de confianza de 0.05, este sirve para ubicar el valor en la tabla de Distribución “t” de Student (Ver tabla en anexo siguiente) se obtuvo el siguiente resultado:

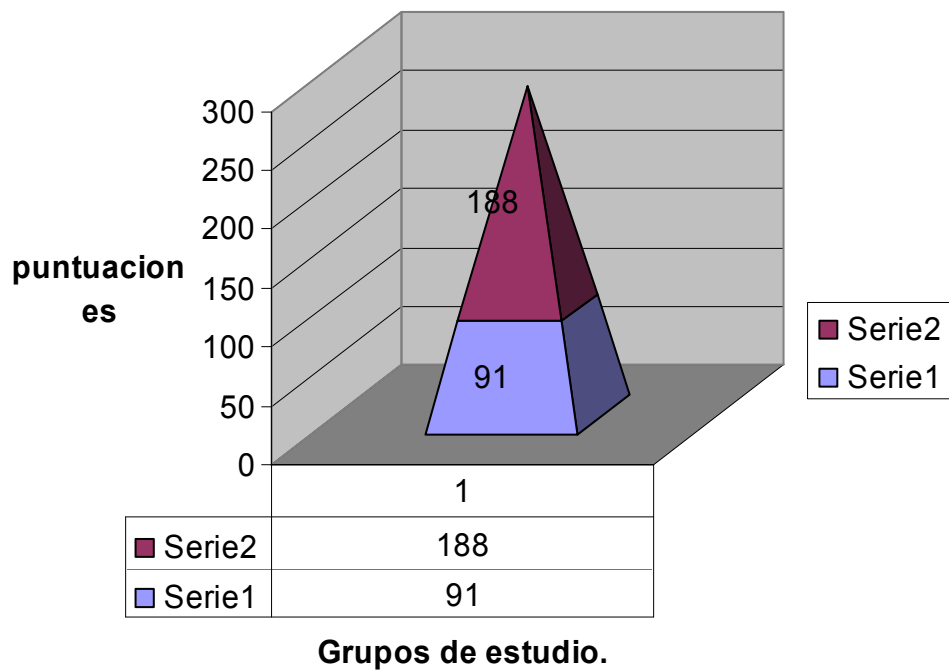
gl	Nivel de confianza 0.05	Valor “t”
14	1.76	5.74

Como se observa en la tabla anterior, el valor “t” encontrado es 5.74, este es mayor al valor “t” buscado en la “tabla de Distribución t de Student”, el cual es 1.76 obtenido sobre la base de los 14 grados de libertad correspondiente y el nivel de confianza de 0.05.

Por tanto, el valor “t” calculado es $>$ que el valor “t” encontrado en la tabla, esto quiere decir, que si hay una diferencia significativa, entre el nivel de depresión del grupo experimental, el cuál se sometió a la técnica de terapia cognitivo conductual, en comparación con el grupo de control que no se sometió al tratamiento.

Entonces, esto significa que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se comprueba la hipótesis específica de investigación (H_1).

Gráfico que representa la diferencia de las puntuaciones obtenidas de la pos prueba de la escala de Burns.



En donde:

1-Puntuaciones del grupo cognitivo conductual.

2-Puntuaciones del grupo de control.

TABLA DE DISTRIBUCIÓN "t" DE STUDENT.

Tabla que representa el valor de "t" calculado = 5.74, para comparar este resultado, con el valor "t" tabla se calculan los grados de libertad sumando la población total del grupo 1 y la población total del grupo 2; $(gl = N_1 + N_2) - 2 = 8+8 = 16-2 = 14 = gl$. Este dato se ubica en la tabla, con un nivel de confianza de 0.05, siendo este 1.76.

GRADOS DE LIBERTAD (GL)	NIVEL DE CONFIANZA .05	NIVEL DE CONFIANZA .01
1	6.3138	31.821
2	2.9200	6.965
3	2.3534	4.541
4	2.1318	3.747
5	2.0150	3.365
6	1.9432	3.143
7	1.8946	2.998
8	1.8595	2.896
9	1.8331	2.821
10	1.8125	2.764
11	1.7959	2.718
12	1.7823	2.681
13	1.7709	2.650
14	1.7613	2.624
15	1.7530	2.602
16	1.7459	2.583
17	1.7396	2.567
18	1.7341	2.552
19	1.7291	2.539
20	1.7247	2.528
21	1.7207	2.518
22	1.7171	2.508
23	1.7139	2.500
24	1.7109	2.492
25	1.7081	2.485
26	1.7056	2.479
27	1.7033	2.473
28	1.7011	2.467
29	1.6991	2.462
30	1.6973	2.457
35	1.6896	2.438
40	1.6839	2.423
45	1.6794	2.412
50	1.6759	2.403
60	1.6707	2.390
70	1.6669	2.381
80	1.6641	2.374
90	1.6620	2.368
100	1.6602	2.364
120	1.6577	2.358

ANEXO 15: TABLA DE NÚMEROS ALEATORIOS "random".

Tabla que se utilizó para la asignación aleatoria de los ancianos, a los tres grupos en estudio.

1	53	95	67	80	79	93	28	69	25	78	13	24	100	62	62	21	11	04	54	44	59	90	78	83	04	97	61	52	75	91	76	98	40	41	02	56	78	62	79	16
2	62	12	27	41	05	04	19	34	84	78	71	45	73	79	33	57	29	58	75	20	79	78	68	31	25	30	97	31	82	51	72	23	58	27	17	69	94	75	68	79
3	90	16	47	72	20	60	70	71	02	67	21	65	07	39	58	81	64	11	70	04	79	44	47	07	74	34	55	28	90	19	35	15	27	66	20	26	81	37	61	63
4	10	59	04	76	80	06	82	20	60	92	33	61	76	83	73	12	84	43	90	71	82	28	21	61	31	92	100	75	22	31	11	05	74	38	84	78	69	70	24	77
5	32	17	36	64	08	30	80	95	61	33	65	05	39	88	36	44	42	43	05	88	81	13	63	15	47	92	20	62	05	60	44	83	22	50	59	80	29	12	71	11
6	54	71	27	89	41	53	60	10	02	91	76	95	98	91	64	65	23	57	16	00	90	52	26	90	49	31	68	29	58	10	13	08	54	63	58	07	29	25	38	80
7	10	60	18	77	34	59	28	99	15	11	70	34	27	78	67	19	97	30	23	60	00	22	11	12	54	50	93	25	69	54	02	60	04	53	16	80	45	30	72	51
8	42	20	24	36	78	58	82	81	49	91	35	53	30	92	57	19	97	40	58	13	39	42	25	03	97	64	100	55	24	07	30	58	96	05	30	55	23	39	53	27
9	73	55	87	48	49	97	60	92	27	78	02	55	29	76	99	21	45	72	56	24	16	33	50	84	12	65	04	30	48	56	97	74	23	90	00	05	99	03	60	53
10	21	56	41	23	58	57	49	49	70	33	06	79	95	03	70	38	26	26	05	89	49	00	68	57	53	91	66	81	53	83	15	81	17	65	00	47	08	65	77	61
11	09	60	37	99	06	41	69	97	18	44	100	18	46	03	90	57	22	82	15	38	73	97	74	09	35	82	66	34	84	14	28	36	24	87	76	96	89	34	09	29
12	63	26	41	08	21	38	15	63	38	100	68	89	24	39	19	29	93	97	40	91	70	41	95	83	33	25	33	94	44	39	43	23	53	15	54	81	74	31	17	94
13	98	72	09	45	69	50	07	86	05	80	00	08	28	96	45	00	13	95	24	24	92	51	11	11	37	51	21	07	89	89	09	68	26	79	43	16	19	89	66	82
14	87	89	65	22	98	55	86	09	66	43	64	55	80	30	15	99	26	25	71	07	22	39	97	26	50	12	86	22	65	70	94	86	38	11	60	57	16	41	46	20
15	05	91	68	44	67	02	71	96	15	73	78	03	12	87	53	09	11	12	21	32	57	72	16	35	27	51	91	43	58	61	06	62	50	24	11	19	73	14	42	48
16	75	93	62	49	95	82	30	81	24	04	11	36	71	96	49	47	65	48	28	08	91	58	40	55	32	07	86	84	95	59	53	70	54	25	96	38	43	05	02	04
17	76	15	55	38	29	00	08	20	71	42	81	51	44	76	93	42	87	89	38	51	88	65	83	80	66	91	09	68	30	63	28	75	64	90	11	80	94	99	35	54
18	26	76	93	84	08	40	96	69	84	82	89	05	16	43	34	37	64	39	14	77	95	100	52	99	86	81	65	85	21	09	68	57	34	10	29	61	33	49	00	11
19	08	35	06	83	76	08	87	81	13	33	14	86	38	23	33	22	58	47	60	36	97	89	20	59	52	09	76	75	52	82	45	65	89	88	39	93	71	55	29	67
20	59	73	37	06	26	44	00	24	89	24	78	80	20	08	19	31	32	53	40	32	32	23	57	74	49	17	97	49	71	00	73	11	78	58	34	20	30	43	40	63
21	87	94	75	45	72	15	39	100	46	99	59	12	22	95	76	18	27	73	88	41	31	99	37	31	23	89	35	14	14	73	26	59	10	15	75	04	34	38	00	63
22	05	74	08	91	37	05	13	55	13	07	19	24	76	04	25	93	78	09	50	85	98	71	37	53	67	75	09	56	96	71	58	15	70	36	19	49	45	18	36	02
23	49	82	39	40	51	15	71	53	68	86	50	93	31	22	64	77	46	17	28	25	02	17	67	68	56	44	100	55	80	26	87	85	52	76	40	61	50	68	72	07
24	02	25	92	97	41	39	98	100	99	67	44	00	99	93	31	69	26	72	56	25	71	42	28	22	96	76	19	63	97	05	96	44	82	35	00	33	26	68	75	07
25	59	41	49	100	13	00	15	33	82	61	28	59	82	08	17	76	24	58	91	25	03	02	76	87	10	18	23	69	93	27	35	39	08	70	79	48	30	65	65	63
26	40	13	20	51	81	15	12	45	16	57	47	54	92	60	70	55	98	12	90	27	95	66	23	91	78	86	27	98	16	30	79	82	07	23	41	81	08	32	08	08
27	80	25	91	36	83	59	19	09	47	61	84	89	98	18	11	56	99	03	26	67	21	24	80	60	44	42	48	77	24	63	00	30	98	86	100	14	55	86	71	13
28	48	33	07	70	61	95	51	32	89	87	72	06	40	88	52	44	19	96	95	62	12	100	82	05	17	62	65	100	63	09	88	88	48	70	64	81	29	71	62	67
29	89	05	07	93	48	60	69	97	61	21	87	68	20	04	61	63	75	08	76	92	37	35	40	70	25	86	34	54	53	95	45	62	32	83	60	48	00	44	94	22
30	97	64	36	36	99	98	23	18	66	28	58	48	34	18	64	71	48	90	63	57	15	14	24	26	65	29	38	85	99	17	63	08	87	100	28	82	67	65	10	81
31	59	73	71	62	66	34	17	41	32	65	50	73	82	07	20	85	01	65	74	85	23	19	45	61	48	98	84	51	63	70	33	06	49	38	55	78	94	26	04	29
32	88	75	43	66	66	38	56	31	25	36	26	91	36	100	88	42	74	27	36	40	33	92	18	09	54	51	40	24	82	06	79	51	52	09	38	18	13	16	86	42
33	34	16	43	38	50	28	34	14	41	02	06	97	56	73	75	17	56	31	100	84	32	25	33	52	26	78	83	44	00	81	63	29	23	97	64	06	63	74	29	77
34	14	61	81	02	69	73	03	89	79	64	67	80	75	05	66	77	97	30	88	82	52	87	25	63	11	67	93	99	61	39	94	16	38	87	03	25	25	49	22	68
35	15	39	05	99	29	36	25	40	46	28	34	63	75	18	21	23	13	85	15	43	88	70	92	44	23	73	62	47	60	45	12	06	90	100	29	26	31	39	32	93
36	68	49	01	55	11	06	63	23	50	33	80	34	82	20	66	48	27	16	86	78	74	89	09	23	66	62	83	28	34	87	92	99	60	23	79	82	06	62	02	75
37	01	72	18	84	84	86	61	41	22	61	45	36	37	16	20	28	98	36	72	39	67	100	71	08	19	29	00	24	95	26	46	01	02	68	40	08	03	99	19	06
38	58	73	55	11	09	96	81	84	21	34	50	92	65	91	59	33	23	04	77	93	03	37	95	14	84	27	67	46	61	88	65	55	20	58	89	100	74	77	28	30
39	91	63	65	63	70	90	57	20	09	13	28	77	72	00	12	30	48	06	28	89	94	06	58	72	73	16	86	19	95	49	37	58	49	05	51	55	90	22	03	37
40	39	45	37	74	91	85	29	45	98	15	11	50	26	16	36	76	01	40	76	01	88	15	60	27	55	00	83	96	36	53	80	47	63	53	58	95	55	25	67	68
41	94	12	62	59	14	42	32	75	41	41	00	58	05	78	89	48	35	01	78	70	20	98	38	93	67	35	35	40	38	44	02	48	66	86	47	74	48	87	71	21
42	03	33	41	22	45	37	65	03	96	27	62	77	16	97	81	78	26	48	94	59	77	82	54	01	63	24	64	31	31	14	49	71								

52	03	70	75	49	90	92	62	00	47	90	78	63	44	60	13	55	38	64	60
53	31	06	46	39	27	93	81	79	100	94	43	39	79	02	18	82	40	30	56
54	69	27	97	71	52	38	45	35	14	74	40	96	40	08	38	67	44	81	05
55	02	76	36	72	07	28	55	13	31	78	67	98	50	25	94	39	71	28	00
56	03	04	20	08	43	33	69	31	69	32	35	18	23	84	69	64	13	43	86
57	79	55	89	01	25	68	100	58	44	92	73	29	70	47	03	51	37	24	24
58	99	06	65	35	66	98	66	47	47	22	01	54	94	13	00	31	40	55	69
59	46	98	01	46	43	86	42	91	63	01	93	84	51	08	79	47	54	85	90
60	06	14	71	51	07	10	79	41	58	03	27	33	74	67	18	94	04	57	99
61	92	31	31	40	12	19	74	73	20	94	33	41	40	74	79	42	23	41	29
62	87	08	68	74	61	66	94	27	71	81	37	82	83	07	08	46	65	63	37
63	50	48	52	100	68	75	38	65	59	57	78	24	29	52	24	98	78	48	77
64	67	96	52	88	76	79	16	12	42	33	35	50	54	69	21	57	62	21	84
65	54	42	22	99	28	90	74	46	26	13	48	45	99	03	38	94	86	53	41
66	99	51	72	02	75	81	92	71	85	26	77	73	23	14	02	46	07	13	02
67	35	63	58	46	91	44	56	26	59	56	21	91	19	83	06	61	47	53	10
68	81	98	63	17	77	45	47	96	25	38	23	26	80	20	47	40	39	14	71
69	90	47	44	40	40	09	60	62	13	79	39	00	99	57	37	39	02	08	42
70	29	30	16	54	83	76	50	00	61	100	51	74	78	15	09	16	17	22	44
71	47	94	70	80	51	26	11	78	34	29	10	55	90	42	04	06	83	72	95
72	69	14	17	73	79	25	71	14	52	98	77	82	15	25	08	34	38	80	82
73	54	58	47	09	00	06	36	94	27	03	18	05	36	98	74	36	30	08	87
74	24	63	57	91	08	58	38	29	72	05	56	71	81	50	67	59	41	09	17
75	14	24	69	85	97	51	68	80	16	92	59	72	97	23	89	44	16	71	19
76	86	21	31	59	72	17	77	45	43	29	34	97	67	45	23	88	91	68	12
77	05	28	80	31	99	77	39	23	69	00	15	49	100	02	22	64	73	92	53
78	29	71	48	04	87	32	17	90	89	09	99	34	58	08	61	73	98	48	89
79	90	94	19	80	70	36	02	17	48	63	82	39	85	26	65	27	81	69	83
80	62	66	48	74	86	06	66	41	15	65	06	41	85	57	84	64	70	39	64
81	67	54	03	54	23	40	25	95	93	55	59	46	77	55	49	82	26	08	87
82	75	27	62	15	81	36	22	26	69	42	44	91	55	00	84	48	68	65	05
83	70	19	07	100	94	53	81	76	73	40	22	58	49	42	96	18	66	89	08
84	75	07	09	20	58	92	41	42	79	26	91	44	63	87	45	21	23	15	06
85	55	70	10	23	25	73	91	72	29	47	93	58	21	75	80	52	09	12	36
86	83	42	62	53	55	12	11	54	19	02	45	43	67	13	05	74	30	93	11
87	94	20	76	23	65	72	55	27	44	19	10	72	50	67	83	18	67	22	49
88	51	10	72	04	59	47	66	32	17	06	75	08	54	23	37	03	46	83	95
89	99	50	22	02	92	09	98	09	40	23	34	08	63	58	49	31	70	30	83
90	09	12	03	23	02	00	82	75	36	63	71	19	78	26	66	63	16	75	07
91	20	40	50	29	51	82	81	47	73	69	74	100	80	37	14	67	01	90	92
92	90	92	54	52	74	00	88	71	45	49	38	54	80	02	85	42	75	47	20
93	25	06	92	30	19	31	22	41	00	22	79	87	84	61	06	19	67	97	60
94	13	12	94	76	29	61	30	67	29	76	27	70	97	16	83	88	100	22	48
95	91	77	51	03	92	85	46	22	00	58	84	64	87	93	94	94	13	98	41
96	29	12	39	35	32	47	30	81	40	32	37	08	48	81	50	77	18	39	07
97	43	96	86	14	91	24	22	85	16	51	42	37	31	100	94	76	45	50	67
98	57	44	72	45	87	21	07	29	26	82	69	99	10	39	76	29	11	17	85
99	63	10	10	76	07	75	19	91	02	31	45	94	54	72	10	38	52	07	12
100	34	28	11	95	04	82	51	07	69	53	93	36	81	66	93	88	15	73	54

63	92	17	100	02	40	93	83	89	88	20	01	14	43	75	65	65	63	53	51	57
31	81	84	62	41	59	04	46	56	100	58	26	51	32	08	24	99	30	36	32	69
12	13	98	21	39	36	74	39	83	77	79	37	89	04	20	21	91	98	90	37	49
39	31	69	14	22	50	40	54	12	71	98	25	26	20	61	52	93	90	76	46	19
53	10	28	46	41	29	74	46	64	39	04	47	55	98	22	69	09	15	34	94	16
29	95	79	80	35	00	09	65	42	99	69	90	22	16	34	81	44	03	24	96	70
20	59	12	35	63	52	35	02	56	40	85	02	85	02	58	26	94	48	00	85	70
02	19	26	78	95	01	04	72	81	80	60	49	67	32	10	28	90	72	25	28	53
37	40	96	68	06	95	55	82	16	36	58	68	68	69	07	11	31	17	39	82	85
01	00	13	31	19	63	90	75	17	33	49	13	54	32	26	66	38	01	07	35	16
63	88	20	20	75	16	70	26	75	22	48	06	01	89	99	21	48	06	09	67	85
64	93	100	50	95	76	94	84	25	67	98	94	23	75	40	33	86	87	76	24	98
95	13	66	49	11	48	20	54	51	65	63	33	98	80	13	84	70	85	93	74	22
18	35	10	64	79	70	05	55	92	41	92	14	63	52	94	56	05	40	55	50	17
40	52	28	72	82	81	51	07	45	09	26	47	34	47	47	95	45	38	82	85	20
33	7	97	68	76	44	73	73	0	80	55	84	77	74	27	5	17	57	75	63	2
15	60	83	28	56	78	09	27	52	79	68	90	48	12	51	55	77	48	10	55	21
58	01	28	01	64	50	28	08	69	70	96	26	100	06	31	89	00	31	91	05	23
71	94	59	17	43	50	34	12	14	45	30	79	63	76	72	18	67	87	47	90	93
73	24	19	13	98	00	64	44	90	20	13	66	81	97	81	11	38	07	37	93	64
97	82	87	98	29	97	69	24	62	100	12	28	84	86	10	69	25	66	93	21	57
02	23	76	42	76	87	64	99	05	07	13	33	19	18	37	96	73	95	91	24	24
17	85	42	29	80	53	92	06	44	100	10	24	31	05	06	37	63	93	42	05	97
83	42	53	54	93	63	19	59	30	80	75	08	91	48	79	02	40	06	56	57	60
30	03	41	73	63	76	18	82	08	13	30	78	45	42	77	77	99	98	40	14	82
64	07	19	80	64	04	34	30	65	63	11	72	20	15	22	30	82	77	51	87	61
90	24	25	98	38	79	45	84	30	49	64	98	48	15	14	00	12	63	67	12	77
20	40	25	87	45	88	52	19	33	17	63	60	62	46	12	59	99	05	88	74	89
87	62	78	25	71	57	06	98	59	79	34	20	77	87	83	12	74	29	12	16	93
54	10	53	29	37	82	05	77	54	04	69	07	40	18	32	85	37	73	42	49	49
45	35	11	73	30	16	03	75	56	58	98	46	93	58	96	29	73	06	71	08	46
69	17	54	07	86	29	18	86	98	05	56	78	00	78	24	34	73	95	11	44	36
72	60	78	88	27	45	80	66	25	37	75	07	67	29	27	12	90	60	97	15	94
93	09	58	84	88	90	73	47	49	53	95	62	28	11	61	00	91	49	32	82	28
74	75	27	81																	