



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

CENTRO UNIVERSITARIO UAEM NEZAHUALCÓYOTL

LICENCIATURA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

TESIS:

“PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR, CASO DE ESTUDIO EN EL MUNICIPIO DE CHIMALHUACÁN, EDO. DE MÉXICO”

PRESENTAN:

CABRERA GONZÁLEZ MARIA VICTORIA

GONZÁLEZ ILLESCAS KARINA

ASESOR:

DRA. MA. LUISA QUINTERO SOTO

EDO. MÉXICO NEZAHUALCÓYOTL, MAYO 2018

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	6
DEDICATORIA	7
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO 1. REVISIÓN DE LA LITERATURA	13
1.1 Estado del Conocimiento	13
1.2 Modelo Cognitivo de la depresión Beck	31
1.3 Marco Conceptual	41
1.3.1 Adulto Mayor	41
1.4 Depresión	48
1.4.1 La depresión como Trastorno y su Interacción con otros conceptos	48
1.4.2 Tipos de Depresión	52
1.4.3 Causas y Consecuencias	54
1.5 Vejez y Envejecimiento	58
1.5.1 Etapas del Envejecimiento	60
1.6 Marco Referencial	67

1.6.1 Programas en apoyo al Adulto Mayor	67
1.7 Prevención en la Tercera Edad.....	73
1.7.1 Importancia de la Prevención en la Depresión dentro de la Tercera Edad..	73
1.7.2 El valor de Prevenir.....	74
1.8 Responsabilidades del Sector Salud ante la problemática de Depresión en el Adulto Mayor.	75
CAPÍTULO 2. DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	77
2.1 Unidad de Estudio	77
2.2 Planteamiento del Problema	79
2.3 Hipótesis.....	83
2.4 Objetivos.....	84
2.5 Justificación.....	85
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	88
3.1 Diseño de la Investigación	88
3.2 Criterios de Selección	89
3.3 Recolección de Información	90
3.3.1 Etapa de Gestión	90

3.3.2 Etapa de Intervención	90
3.3.2.1 Programa de Salud “Prevención de la depresión en la vejez”	92
3.4 Etapa de Evaluación.....	136
3.5 Análisis de la Información.....	136
3.6 Aspectos Éticos	136
3.6.1 Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012	137
3.6.2 Declaración de Helsinki.....	137
3.6.3 Código de Núremberg.....	138
CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	140
4.1 Estudio y Análisis del Programa de Salud “Prevención de la depresión en la vejez”.....	140
4.2 Análisis de los resultados como método de apoyo al Programa de Salud.....	144
4.3 Trato Digno en la Atención.....	151
4.4 Consejería para el Educador de la Salud.....	153
CONSIDERACIONES FINALES.....	156
CONCLUSIONES.....	159
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	162

ANEXOS	181
<i>Anexo 1 “Oficio de Presentación”</i>	181
<i>Anexo 2 “Carta de Asentimiento”</i>	182
<i>Anexo 3 “Consentimiento Informado”</i>	184
<i>Anexo 4” Guía de Observación”</i>	186
<i>Anexo 5 “Guía de la Entrevista”</i>	190
<i>Anexo 6 “Escala de Yesavage abreviada”</i>	192
<i>Anexo 7 “Carta descriptiva General”</i>	194
<i>Anexo 8 “Fotografías”</i>	196

AGRADECIMIENTOS

La presente tesis además de ser un logro académico, significa también un logro personal que ha surgido de un proceso continuo de nuestra formación en las aulas durante nuestra carrera profesional y de ardua investigación realizada para poder presentarla.

Por tal motivo queremos expresar nuestros más profundos agradecimientos a:

En primer lugar agradecemos a la Dra. Quintero Maria Luisa, quien fungió como nuestra Directora de tesis, el habernos dado la oportunidad de poder trabajar conjuntamente y así poder desarrollar y enfocar adecuadamente la investigación.

A nuestras revisoras Dra. Elisa Berta, quien con su conocimiento y su interés nos permitió visualizar desde diversas perspectivas la temática, dándonos así la oportunidad de desarrollar una investigación de interés. Así mismo le queremos agradecer a la Dra. Silvia Padilla, que nos ayudo a que profundizáramos en la temática, además de ayudarnos a clarificar la metodológica empleada.

Quisiéramos por otra parte agradecer a la Universidad Atonoma de Estado de México, Centro Universitario Nezahualcoyotl, por la formación brindada a través de sus grandes profesores, quienes en su mayoría fueron una inspiración y ejemplo a seguir.

Agradeciendo en especial al profesor Leonardo Ibarra, y a la profesora Gabriela Bustamante, quienes con su dedicación, pasión, experiencia, sabiduría y formación constante han logrado que obtengamos conocimientos que puedan aplicarse como profesionistas, además de los consejos que nos ayudan a crecer personalmente. Y así mismo a la profesora Adriana Macias, quien también con su profesionalismo y personalidad nos ha inspirado a trabajar con la población de adultos mayores.

Victoria y Karina.

DEDICATORIA

Dedicado a mi familia por estar ahí siempre y apoyarme en los momentos más difíciles y por creer en mí, en especial a mi madre Margarita por que entrega todo, siendo amable, noble y honesta, el pilar de nuestra casa, sin su apoyo no sería lo que soy.

A mi hermano Eddy quien desde pequeña me ha inspirado con sus acciones a superarme y ser mejor persona, a quien admiro y que pocas veces he podido demostrarle mi gratitud y cariño pero que siempre tengo presente y le agradezco su apoyo inmensamente.

A la vida por haberme presentado a una persona, que, sin su apoyo incondicional, hoy no estaría concluyendo esta etapa, quien con su cariño, paciencia, honestidad y reflexión logró que no desistiera en terminar la universidad, le doy gracias a Daniel M., porque creyó en mí e hizo que confiara en mi capacidad, él es parte de este gran logro, a ti por ser luz en mi camino cuando todo era oscuridad y no permitir que cayera.

A mi compañera de tesis Victoria, sé que es difícil trabajar conmigo, pero hemos aquí culminando uno de tantos logros que aspiramos, te deseo total éxito en tu vida, tienes el carisma y potencial para lograrlo.

Karina.

Quiero dedicarle este logro a mis padres, pero en especial deseo hacer suyo el logro, a el hombre mas importante de mi vida, a mi padre Mario. Por las horas que paso sin dormir, por las veces que creyo en mi, aun sin merecerlo, y en especial por hacer de mi la mujer que soy. Este triunfo es de mis padres y solo de ellos, solo me queda agradecerles por el amor, la ternura y la paciencia con la me educaron. A mi madre Roberta en especial, le agradezco que nunca me dejara caerme, por los regaños, por que de ellos aprendi, y por las tardes que me ayudo; con las tareas, y a enfrentar la vida sin estar preparada, aun que en el fondo ella tampoco lo estuviera.

También deseo dedicarle este fruto a mis hermanas, Adriana y mi pequeña Anita, por que ellas me inspiran a ser una mejor persona, ya que con esto, deseo demostrarles que si yo he conseguido cumplir algunas metas, ellas podrán también ser capaces de obtener en la vida, todo lo que se propongan.

Por otra parte, le dedico esto al amor de mi vida Eduardo. Quiero agradecerle a la vida, por permitirme conocer a un ser humano diferente, a todo lo que conocía. Por enseñarme a sentirme por primera vez parte de algo hermoso, le agradezco haberme tenido tanta paciencia y amor, como nunca nadie lo había hecho.

Le agradezco mucho a mi compañera Karina, por poder trabajar en conjunto, aun a pesar de las adversidades pues a pesar de ellas continuamos, logrando concluir con este proyecto. En especial por que es una persona admirable, y con mucho empetu haciéndola conseguir siempre lo que desea. Y por que sus ganas de superarse, me alentaron a esforzarme mas.

Con amor Victoria.

RESUMEN

Actualmente los problemas de salud en el adulto mayor han ido en aumento, sin encontrar soluciones favorables para este grupo, por lo que en la presente investigación pretende profundizar en dicho tema. La tesis tuvo como objetivo prevenir la depresión en adultos mayores a través de intervenciones sustentadas en la creación de un Programa de Salud. Donde participaron 60 adultos mayores de manera voluntaria, con una edad promedio de 60 años. El estudio fue cuali-cuantitativo¹, así mismo fue transversal, experimental, analítico y de metodología descriptiva, mismo que se trabajó con adultos mayores de forma directa a través de la aplicación de un consentimiento y asentimiento informado, una guía de observación, una guía de entrevista, la escala de Yesavage Abreviada y la creación de un programa de salud, todo esto se realizó con la finalidad de conocer sus habilidades, aptitudes y el entorno de la población. Los resultados que se recolectaron, fueron procesados e interpretados, para así obtener los argumentos y sustentación de la misma.

Indicadores: Adultos mayores, Depresión, Factores, Familia y Prevención.

¹Es método establecido para estudiar de manera científica una muestra, el enfoque aquí presenta se basa en 2 componentes; números significativos y por otra parte la observación y comprensión de los casos.

ABSTRACT

Currently the health problems in the elderly have been rising, without finding solutions for this group, so in this research aims to deepen this topic. The thesis aimed to prevent depression in older adults through interventions based on the creation of a health program. Attended by 60 older adults on a voluntary basis, with an average age of 60 years. The study was qualitative-quantitative², likewise was transverse, experimental, analytical and descriptive methodology, same that worked with older adults directly through the application of a consent and informed consent, a guide of observation, an interview guide, the scale of Yesavage abbreviated and the creation of a health program, all this was done in order to know their abilities, skills and the environment of the population. The results that were collected, were processed and interpreted, in order to obtain the arguments and analysis the same.

Indicators: Older adults, depression, factors, family and prevention.

² It is established method, to study scientifically a sample, the approach here presents is based on 2 components; significant numbers and on the other hand the observation and understanding of the cases.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se compone de una serie de apartados, que pretenden servir como apoyo en el campo de la investigación para comprender así el trastorno mental de la depresión en adultos mayores y así mismo colaborar por medio de intervenciones ayudado a la reducción de la depresión. Para poder presentar el desarrollo de esta tesis se integraron cuatro capítulos los cuales se conforman de la siguiente forma: el primer capítulo está dedicado a la revisión de la literatura, el segundo a la definición del objeto de estudio, el tercero a la metodología de la investigación y finalmente en el cuarto capítulo se muestran el análisis de datos y resultados.

Una vez que se dio inicio a la investigación, se realizaron diversos instrumentos mismos que fueron aplicados, apoyándonos de estos para conocer a nuestra población objeto de estudio y así poder llevar a cabo soluciones efectivas, por medio de la creación de un programa de salud. Dentro de las herramientas que se aplicaron fue: una guía de observación, guía de entrevista y la escala de Yesavage abreviada, mismos que se realizaron mediante continuas intervenciones ante la población de adultos mayores que conforman nuestro caso de estudio en el municipio Chimalhuacán, Edo. de México.

Para conocer y entender más la depresión en nuestra población objeto de estudio nos dimos a la tarea de elaborar e implementar un Programa de Salud “Prevención de la Depresión en la Vejez”, tal está compuesto de diversos talleres enfocados a promover la Educación para la Salud, para brindar atención integral al adulto mayor, a través de temáticas que influyen en la prevención de la depresión. Buscamos que de manera directa se incida en mejorar la calidad de vida del adulto mayor, evitando así que pueda caer en depresión.

En ese sentido, se realizó el monitoreo de las sesiones de estos talleres y de las pláticas, se llevaron a cabo evaluaciones continuas de los resultados obtenidos para que dentro del proceso

se pudieran ir modificando actividades y estrategias para una mejor intervención hacia los adultos mayores y poder cumplir con los objetivos señalados dentro del Programa de Salud “Prevención de la Depresión en la Vejez”, que se elaboró e implementó dentro de la población objeto de estudio.

Es importante mencionar que el papel del educador para la salud dentro las intervenciones fue de suma importancia, ya que dentro de éste se pudo no solo ejecutar los talleres planeados si no aplicar conocimientos que se adquirieron previamente durante la formación profesional, lo que ayudo a procesar los resultados y evaluar la pertinencia del Programa de Salud “Prevención de la Depresión en la Vejez”.

CAPÍTULO 1. REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.1 Estado del Conocimiento

En este apartado pretendemos reflexionar sobre las aportaciones que han realizado diversos investigadores respecto a la temática de la depresión en adultos mayores, para lo cual hemos revisado y analizado diversos artículos para conocer sus objetivos de investigación, métodos, enfoques teóricos, así como las principales aportaciones y conclusiones a las que han llegado hasta el momento sobre el tema.

Primeramente, mencionamos que Gutiérrez, Gil, Jiménez, y Lugo (2001) llevaron a cabo en Cuba el estudio: “Suicidio en la tercera edad: un problema de salud comunitaria”, donde establecieron como objetivo determinar si el estado depresivo y las enfermedades crónicas invalidantes son factores de riesgo en ancianos. El método utilizado fue descriptivo retrospectivo en los casos suicidas de la tercera edad. Dando como resultado el análisis de variables epidemiológicas y socioculturales, estableciendo que la tasa de mortalidad en 1992 fue 0 y la más alta en 1995 con 83.5%, ocupación pensionados 67.5%, estado conyugal soltero 52.5%. Al relacionar los métodos suicidas con el estado depresivo (ED) la mayor incidencia corresponde al ahorcamiento (77.5%). Se llegó a la conclusión de que los suicidios se presentan más en los hombres, a pesar de que comenten más intentos de suicidios las mujeres, las condiciones como estaciones y el estrato urbano influyen por el aislamiento y dolencias.

En Colombia, Whetsell, Frederickson, Aguilera y Maya (2005) desarrollaron el estudio: “Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores”,

el objetivo fue observar la relación que tiene la salud con los niveles de espiritualidad y su fortaleza entre ellos, para esto el método utilizado fue descriptivo correlacionar, la muestra fue probabilística y se hizo al azar con instrumentos como: la Escala de Fortaleza Relacionada con la Salud y la de Bienestar Espiritual, arrojando que la población oscila entre 71 y 74 años de edad, siendo más mujeres, con estudios de primaria y religión católica (mayoritariamente), la espiritualidad se relacionó positivamente con fortaleza, sexo, edad, educación y religión, y de forma negativa con estado civil y salario. La conclusión fue que el análisis de esta relación puede ayudar a comprender mejor el impacto que tienen estas dos características de la personalidad en la vida de los ancianos y puede ser usado para guiar el desarrollo de intervenciones de enfermería, como otras variables.

Martínez Mendoza, Martínez Ordaz, Esquivel y Velasco (2005) hicieron el estudio: “Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado” en el Distrito Federal Actualmente CDMX, para determinar la prevalencia de depresión y factores asociados de adultos mayores de 65 años hospitalizados, para lo cual se usó el método descriptivo, prospectivo y transversal, el muestreo fue no probabilístico de tipo consecutivo, se incluyeron 320 personas con edad promedio de 72 años donde diez pacientes se catalogaron como portadores de demencia (3.1%) y fueron eliminados del estudio. Se encontró depresión en 50% y dependencia en 62% con la escala de Katz, y en 75% con la de Lawton. En conclusión, se encontró que la prevalencia de depresión fue alta ya que al tener que depender de otras personas provocan mayor incidencia en ellos, aún más si están internados por enfermedad crónica degenerativa y esta asociación se vuelve doble ya que puede provocar un desencadenamiento de la misma enfermedad por la que fue internado el adulto mayor.

La Universidad Intercontinental de México en colaboración de Vera, Sotelo y Domínguez (2005) desarrollaron un estudio acerca del “Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores”. El objetivo de este trabajo fue analizar la variación del bienestar subjetivo en una muestra de la población de adultos mayores en la zona urbana rural del estado de Sonora. Para ello se obtuvo una muestra de 160 sujetos de hombres y mujeres, entre los 60 los 90 años, del estado de Sonora. Los datos fueron analizados con frecuencias t de student y ANOVAS. Como resultado se encontró que se percibe con puntajes más altos a las

personas que reportan mayor apoyo social, una frecuencia alta de contactos y una extensa red de apoyo social.

Se realizó en Cuba el estudio descriptivo “Enfrentamiento de la muerte por el adulto mayor con enfermedad terminal”, de Torregrosa, Núñez, Morales, Sablón (2005) con el objetivo de conocer el comportamiento de las personas ante la muerte de un adulto mayor. La investigación fue constituida por pacientes de 60 años y más, en el cual participaron 130 personas con enfermedad terminal, se aplicó una encuesta según criterios de expertos cuyas variables fueron: edad, escolaridad, sexo, afectación psicológica por las dimensiones de la muerte, lugar donde se desea morir, actitud de sus familiares y los trastornos psicológicos. En el cual los resultados con respecto al grupo de edades que predominaron fue el de 81 y más años con 57 personas y el sexo femenino con 82 para el 43.84% y 63.07%, respectivamente.

El estudio “¿Estamos preparados para la atención primaria del adulto mayor?” realizado en Perú por Zelada y Mayta (2006) planteo como objetivo conocer el nivel de conocimientos previos sobre geriatría en el Programa de Atención al Adulto Mayor del Ministerio de Salud. La metodología aplicada fue una encuesta hacia los responsables y miembros de dicho programa donde los resultados arrojaron que el 70% no recibió conocimientos sobre el tema, el 59% considero que fue mala y el 10% que está realmente capacitado para resolver problemas del adulto mayor. Se llegó a la conclusión que el 93% desea tener una capacitación a través de talleres teórico-práctico ya que se considera necesaria la capacitación en el personal debido a que existe un serio déficit en su formación fundamentalmente dado que faltan planes curriculares que contemplen la enseñanza de la geriatría, y aunque existen programas, estos siguen siendo insuficientes para llenar el vacío de conocimiento, además de que tienen que ser una prioridad para las autoridades encargadas del Ministerio de Salud (MINSA).

Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen (2006) en Chile efectuaron el estudio “Funcionamiento social del adulto mayor”, teniendo como objetivo conocer la autoestima de los ancianos según roles social, desde su visión y la de sus cuidadores y la percepción del funcionamiento familiar. Aplicaron el método descriptivo relacional donde se incluyó a 300 ancianos y a sus cuidadores familiares de los consultorios de atención primaria. Se aplicó una

encuesta en domicilio, con tres escalas: Groningen Social Disabilities Schedule; Escala de Funcionamiento Familiar de Smilkeinstein y el Test de Autoestima de Rosenberg. Los resultados arrojaron que el 51% de los ancianos reportan una alta autoestima. La percepción de funcionamiento familiar de éstos se ubica en un 84%, lo que corresponde a la más alta categoría de esta variable. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en la evaluación de la percepción de funcionamiento social, entre la autoevaluación del anciano y la evaluación que hace el cuidador respecto del anciano. Es importante destacar una alta consistencia entre ambas mediciones, correlación de un 74%. Respecto a la relación entre las mediciones del auto-reporte de funcionamiento social de los ancianos y la escala de autoestima, se encontró una correlación positiva, a mejor funcionamiento social obtenido del auto-reporte, mayor autoestima. Lo mismo ocurre entre las variables auto-reporte de Funcionamiento social de los ancianos y la Escala de Percepción de funcionamiento familiar-Apgar. Se concluye que esta investigación podrá ser considerada por los profesionales de salud para que en el trabajo con ancianos y sus familias se fomente la independencia, la funcionalidad y la calidad de vida.

El estudio desarrollado por Arvizu, Contreras y Hernández (2007), “Impacto de un programa de ejercicio en grupo para adultos mayores con depresión”, en Xalapa Veracruz tiene como objeto determinar si el programa de ejercicio en grupo, del Instituto Nacional del Envejecimiento mejora la sintomatología depresiva de los adultos mayores en el cual se incluye una muestra de 38 usuarios de los adultos mayores con diagnóstico de depresión de acuerdo a una escala de Hamilton. En el cual los participantes realizaron ejercicios de una hora por sesión, tres días a la semana durante un año y medio que duró el programa de activación física (ejercicio en grupo) del Instituto Nacional del envejecimiento. El cual dio como resultado al iniciar el estudio el promedio de depresión de acuerdo a la escala de Hamilton de 17.68 y el cuestionario de Calderón 42.06 al finalizar el estudio los puntajes fueron de 8.65 y de 30.89 respectivamente del promedio de asistencias programadas se obtuvo el 9 el máximo y 8.7 como mínimo. Como conclusión el ejercicio podría ser utilizado para el tratamiento de la depresión leve a moderada en los adultos mayores.

El trabajo titulado “Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores”, de Espinosa, et al., (2007), tiene como objetivo proporcionar a los médicos

de atención primaria una guía que de los suficientes elementos técnico-médicos para facilitar el diagnóstico oportuno y tratamiento integral de los ancianos con depresión. La metodología utilizada comprendió dos fases: el diseño- validación de la guía clínica, además de la selección de datos históricos (bases de datos), dando como resultados el: diagnóstico diferencial, criterios de referencia al psiquiatra y un tratamiento. Su conclusión fue que esta guía se debía tener un riguroso proceso para que fuera aprobada y así pudiera ser utilizada por los médicos y fuera de apoyo en sus labores, así como poder ser actualizada y evaluada según fuera necesario manteniendo así su validez con base a evidencias científicas.

Martí Noguera, Martínez, Martí Vilar y Marí (2007), en Santiago, Chile realizaron una investigación que lleva por título, “Responsabilidad social universitaria: acción aplicada de valoración del bienestar psicológico en personas adultas mayores institucionalizadas”, que tuvo como objetivo orientar la responsabilidad social universitaria, la cual deberá tener un contenido movilizador, que suscite una convergencia entre los actores sociales, contribuyendo a construir un sentido nuevo a la reflexión sobre los temas claves de la comunidad como es el adulto mayor. La investigación se realizó a partir de la intervención en el desarrollo de acciones, modificando a su vez patrones del pensamiento, obteniendo como resultado que la comunidad aceptara participar en dicha actividad. A manera de conclusión la resolución de conflictos en este caso se refiere a la bondad de las actividades que se desarrollan a diario, y estas a su vez son consideradas como un espacio común que aportan bienestar.

Se realiza por Alcalá, Camacho y Giner (2007) una investigación llamada “Afectos y depresión en la tercera edad”, teniendo por objeto analizar si existe diferencias en la efectividad de la depresión de la tercera edad respecto a la depresión de la edad adulta. Para ello se aplicó la escala PANA-X a 120 sujetos (30 pacientes depresivos mayores de 65 años, 30 pacientes depresivos entre 25 y 50 años y dos grupos controles de 30 sujetos cada uno). Los datos permiten establecer dos diferencias fundamentales de la depresión en la tercera edad frente a la depresión en el adulto: una menor intensidad de la afectividad negativa y una menor intensidad en los efectos de miedo, hostilidad y culpa. También se concluye que la tristeza no es un elemento diferenciador entre ambas poblaciones depresivas.

Acosta y García (2007) con apoyo de la Universidad Veracruzana hablaron acerca de la “Ansiedad y depresión en adultos mayores” en Xalapa, México. Tiene como objetivo determinar el funcionamiento psicológico en adultos mayores del noroeste de México. Participaron 82 sujetos jubilados y pensionados, quienes respondieron la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en su versión corta en español, así como la versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck, para medir los constructos de depresión y ansiedad, respectivamente, tomados como indicadores de funcionamiento psicológico. Los resultados indican la presencia de estos problemas clínicos en los participantes, más no se identificó relación de estos con el sexo y estado civil. Además, se revelaron en el estudio las excelentes propiedades psicométricas de los instrumentos de medición utilizados.

En Colombia Durán, Valderrama, Uribe Rodríguez y Uribe Linde (2008) elaboraron el estudio “Integración social y habilidades funcionales en el adulto mayor”, el cual tiene como objetivo identificar la relación entre las variables en la integración social y habilidades funcionales en el adulto mayor y conocer si existen diferencias en función del sexo, la edad y el estado civil. Los resultados muestran diferencias significativas en la integración social en función del estado civil, siendo mayor en los adultos mayores solteros y viudos. En función de la edad, se encuentran diferencias significativas en las habilidades funcionales, siendo mayor en los adultos entre los 60 y 65 años. No se encontraron diferencias significativas en función del sexo. Se concluye que la autonomía y las habilidades funcionales del adulto mayor están estrechamente relacionadas con la frecuencia de las actividades físicas y de integración social, lo que favorece su calidad de vida y obstaculiza la aparición de cambios biopsicosociales³ significativos en esta etapa.

La investigación “Situación económica y bienestar psicológico en adultos mayores de Balancán, Tabasco” de Acosta y Palacios (2008), plantea como objetivo determinar si la situación económica es un factor influyente sobre el bienestar psicológico de los adultos mayores del municipio de Balancán. Para esto se usó un método de diseño observacional, prospectivo, transversal y analítico además de una escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff, los resultados que arrojaron fueron que 100 adultos mayores de 60 años de edad. 53% femeninos y

³Es modelo de enfoque participativo en la salud, el cual postula su atención en los factores biológicos (quimicobiologos), psicológicos (emociones y conductas) y sociales (contexto).

47% masculinos; Grupos quinquenales predominantes: 60-64 años 24%, 65-69 años 25%, 70-74 años 20%, 75-79 años 16%. 89% con status económico bajo y 11% con status económico alto, 100% con alto bienestar psicológico. Concluyendo que no se encontró asociación alguna entre la situación económica y el bienestar del adulto mayor y que los adultos mayores que son de clase baja no tienen afectación en el aspecto psicológico.

González, Sánchez y Mendoza (2009) hicieron el estudio: “Relación del daño oxidativo al ADN y depresión en adultos mayores con residencia en área rural y urbana” en el Distrito Federal (Actualmente CDMX), con el objetivo de determinar la relación del daño oxidativo al ADN y depresión en adultos mayores con residencia en área rural contra urbana. Para lo cual se utilizó la siguiente metodología: se llevó a cabo un estudio de tipo observacional, transversal y comparativo en una población de 76 adultos mayores de 60 años y más, los resultados que arrojó fue de un porcentaje mayor de daño al ADN en los adultos mayores con depresión en comparación con los sanos tanto en el área rural como en la urbana. Rural RM= 3.73 (IC 95% 0.67-20.0, $p > 0.05$); área urbana RM= 8.66 (IC 95% 1.5-48, $p < 0.05$). En sus conclusiones se podía vislumbrar que para que existiera un daño oxidativo al ADN tenía que influir mucho el lugar de residencia urbana y que este a su vez derivaba a un mayor índice de depresión en los adultos mayores.

El estudio “Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión”, de Muñoz, Price, Reyes, Ramírez y Costa, (2010), indica como objetivo comprender cómo los cuidadores familiares viven la depresión de los adultos mayores en Brasil, en su contexto cultural. El método empleado fue un estudio cualitativo de trayectoria etnográfica, arrojando resultados como la evidencia de que se necesitan directrices y el apoyo de profesionales de la salud y de asociaciones a través de programas psico-educativos, que puedan permitir la percepción de que no están solos los cuidadores y familiares en esta experiencia ya que sufren con los adultos mayores. En conclusión se pudo observar la comprensión de significados que tienen estas experiencias para los cuidadores, familiares y los adultos mayores, sus repercusiones de atención y la percepción afectada por la falta de información, provocando profundas limitaciones en los estilos de vida y las emociones de todos los involucrados, reconociendo la educación que se necesita.

En la Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela, se redactó el artículo que lleva por título “Bienestar subjetivo en adultos mayores venezolanos”, de Arraga y Sánchez (2010), mismo que tiene por objetivo determinar el bienestar subjetivo de adultos mayores venezolanos. Mediante el estudio descriptivo, no experimental, de campo, con 633 personas entre 60 y 85 personas a quienes se les aplicó la Escala de felicidad de Lima-adaptada, arrojaron que el 78.4% de los participantes posee alto nivel de bienestar subjetivo, el 19.6% moderado y el 2.1% bajo. De las dimensiones que conforman la variable, “Satisfacción con la vida”, “Alegría de vivir”, y “Sentido positivo de la vida” obtuvieron puntajes superiores al 62% mientras que “Realización personal” alcanzó el 51%. Se concluye que hay un alto nivel de felicidad en adultos mayores venezolanos y reflejan el regocijo y complacencia por los logros alcanzados en su vida, lo que pudiera constituirse en un predictor de salud, interesante de indagar.

En la investigación “Intervención psicológica en adultos mayores”, de Rodríguez, Valderrama y Molina (2010), tiene como objetivo plantear propuestas de intervenciones en el adulto mayor, ya que es una etapa donde el individuo inicia diferentes cambios desde lo biológico hasta lo social y para ello se hace referencia a la situación actual del adulto mayor, en el cual los estudios realizados en esta etapa y específicamente los relacionados con el diseño de programas de intervención, se expone la propuesta de intervención psicológica que pretende no solo mejorar la calidad de vida del adulto mayor, si no generar planes de acción que contribuyan al mejoramiento de su calidad de vida, a partir de una mirada integral a las necesidades propias de la población, su cultura, condiciones sociodemográficas. Sí no también al aumento de la esperanza de vida y la baja tasa de fecundidad, es decir abarcarlo desde sus diversas áreas de funcionamiento, sistemas de evaluación y programas de intervención para hacer frente a los problemas comportamentales y psicológicos de los adultos mayores.

Por su parte Serra, Mendieta y Vidán (2011) en su artículo “Anciano frágil”, hace mención de la fragilidad que presentan los adultos mayores, como un estado clínico de prevalencia, que aumenta el riesgo de una mala evolución en el paciente. Esta investigación es realizada junto con el grupo del Hospital General Universitario, en colaboración del servicio de Geriátrica, en Madrid. El abordaje con el que se maneja dicha investigación, es multidisciplinario, por un lado, tratando las enfermedades que puedan desembocar en una mayor fragilidad, como así mismo

umentar la actividad física, pues dicha activación, así como una serie de ejercicios demuestran mejorar la potencia de los músculos, además del aspecto funcional de la velocidad, la marcha y la independencia en la realización de las actividades diarias. A manera de conclusión la mejor manera de prevenirla es garantizar una nutrición adecuada y llevar una vida físicamente activa.

Ezquiaga, García López, Díaz, y García Barquero, (2011) presentan la investigación “Depresión” Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica”, en donde su objetivo es mencionar que la presencia de síntomas depresivos provoca una discapacidad superior a la derivada de enfermedades médicas comunes como la hipertensión, la diabetes o la artritis, y similar a la producida por las enfermedades cardiovasculares. La metodología utilizada es cualitativa, realizando entrevistas a semiprofundidad con una muestra de 40 entrevistados a nivel superior. Los resultados que se obtuvieron fueron: reacciones emocionales o malestar psíquico, trastornos depresivos con una significación clínica, no puede aportar claras indicaciones para el abordaje de los distintos trastornos depresivos en la atención primaria. Sería necesario desarrollar protocolos de actuación, con abordajes específicos, biológicos, psicoterapéuticos y psicosociales en función de los datos de eficacia de cada consecuencia que se presenta y cada paciente específico, restringiendo los tratamientos farmacológicos a los cuadros en que han mostrado eficacia.

En México Flores, Huerta, Herrera, Alonso y Calleja (2011), en su artículo “Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores”, se indica como objetivo conocer los problemas de salud más frecuentes en los adultos mayores que impactan fuertemente su calidad de vida. En la investigación se encontró evidencia de la influencia que tienen los factores familiares, así como de los factores religiosos y espirituales, sobre la sintomatología depresiva. El objetivo de la investigación es identificar la relación de ambas variables con la depresión en adultos mayores. Para ello se realiza un estudio con 141 participantes hombres y mujeres de 60 a 91 años de edad, residentes de la Ciudad de México, contestando a tres instrumentos: la sub escala de Ambiente familiar positivo de la Escala de Funcionamiento Familiar, el Inventario de Sistema de Creencias y la Escala de Depresión Geriátrica. Se encontraron correlaciones positivas significativas entre las variables de la familia (cohesión y comunicación) con los sentimientos antidepresivos, y correlaciones negativas con los síntomas depresivos. Se concluye

en la necesidad de efectuar más investigación enfocada a las variables psicosociales, particularmente familiares y espirituales, que afectan el bienestar de los adultos mayores.

El artículo que lleva como título, “La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención” de Sotelo, Rojas, Sánchez e Irigoyen (2012) tuvo como objetivo identificar la depresión, ya que esta conlleva a un deterioro tanto en el bienestar de los ancianos, como en la salud pública en general. Para diagnosticar un problema como la depresión existen varias clases de escalas, sin embargo, las de mayor difusión son las de Geriatric Depression Scale (DGS) de Brink y Yesavage y la Rating Scale for depression de Hamilton. Como resultado se puede obtener una gran variación de datos, y esto se debe a que muchos de los estudios en los que se aplican diferentes escalas como lo es la de Yesavage, es por la variación de los test. A manera de conclusión podemos decir que el panorama expuesto en dicha investigación es una ayuda y un audaz programa de educación médica continua para los médicos familiares de México responsables de la salud de importantes grupos de población especialmente de los núcleos integrados por ancianos.

A través de la sociedad chilena de Psicología clínica, se llevó a cabo la investigación “Bienestar psicológico, apoyo percibido y percepción de salud en adultos mayores” de Vivaldi y Barra (2012), la cual tuvo como objetivo examinar las relaciones entre el bienestar psicológico, el apoyo social percibido y la percepción de salud en adultos mayores. La muestra estuvo constituida por 250 personas, 146 mujeres y 104 hombres, con edades de entre 60 y 87 años (promedio de 70.8 años) de la ciudad de Concepción (Chile). Los resultados mostraron que el bienestar psicológico presentaba mayores relaciones con el apoyo social percibido que con la percepción de salud, que los hombres informaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de salud que las mujeres y que las personas casadas o con pareja estable informaron mayor bienestar psicológico que aquellas sin pareja estable. Se proponen diversos factores explicativos para los resultados obtenidos. Por último, en futuros estudios sería importante diferenciar por edades dentro de este grupo etario, ya que no solo existe la tercera edad, sino que en la actualidad se habla de una cuarta edad, de acuerdo con la funcionalidad del adulto mayor.

Borda et al. (2013) en la Universidad del Norte Colombia realizaron el estudio “Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo”. La presente investigación tiene como objetivo establecer la prevalencia y factores de riesgo para depresión en adultos mayores de 65 a 95 años de centros de cuidado geriátrico de Barranquilla. El estudio es descriptivo transversal, con análisis de casos y controles, participaron 66 adultos mayores. Se aplicó encuesta de factores de riesgo, Minimental test y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, se estudiaron las variables de independientes; edad, sexo, nivel educativo, ingresos económicos, fuentes de ingresos, comorbilidad y tipo, polifarmacia y tipo de institución. Como resultado presentaron fuerza de asociación significativa: el sexo masculino y ser soltero. Mostraron fuerza de asociación no significativa, la fuente de ingresos, los ingresos económicos menores de un salario mínimo legal vigente. Como conclusión se dice que la depresión está en un tercio de la población institucionalizada, este estudio afecto a los adultos con primaria incompleta y algún trastorno neurológico o psiquiátrico, así como a los hombres, los solteros, los que tienen ingresos muy bajos, que provienen de las familias con ingresos menores a 1 salario mínimo, que tienen hipertensión arterial y viven en hogares geriátricos públicos.

En España, en la Sociedad Iberoamericana de Pedagogía Social de Sevilla se realizó la investigación “Análisis del bienestar psicológico y calidad de vida en personas adultas mayores” De Juanas, Limón y Navarro (2013), que tiene como objetivo describir el estado en el que se encuentran estas personas para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores. Para ello se tenía como propósito analizar una muestra de 328 participantes de la Comunidad de Madrid, para hacer la asociación entre el bienestar psicológico, estado de salud percibida y hábitos saludables que se encuentran directamente relacionados con la calidad de vida de los mayores. Los resultados obtenidos muestran la tendencia a que las personas que afirman que su estado de salud ha sido muy malo tienden a presentar resultados más altos en auto-aceptación y propósito de vida que aquellos que lo consideran bueno o muy bueno. Finalmente, los mayores que no salen con otras personas, tienen menos posibilidades de hablar con otras personas sobre sus problemas, se distraen menos de lo que desean y reciben menos elogios, por lo que obtienen puntuaciones más bajas para las dimensiones de bienestar psicológico.

“Depresión función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal” documento de Durán, et al. (2013) realizado en México planteo como objetivo identificar la asociación entre la depresión y la función cognitiva de las personas mayores para orientar la planificación de las estrategias de intervención educativa, donde se utilizó el método descriptivo, transversal y correlacionar con adultos mayores de una zona urbano-marginal, dando como resultado al 40.1% sin depresión, 3.9% con depresión leve y 25% con depresión establecida; así como 58.3% función cognitiva íntegra y 41.7% deterioro cognitivo, existiendo una correlación negativa entre depresión y función cognitiva ($r_s = -0.242$; $p = 0.000$). En la conclusión se aprecia que en los resultados obtenidos no existe una correlación conforme a lo esperado y que posiblemente sus resultados se hayan visto afectados por el tipo de personas que asistieron en busca más bien de atención médica, el cual muestra que su actividad social puede ser mayor.

Patiño, Arango y Zuleta (2013) en la investigación colombiana “Ejercicio físico y depresión de adultos mayores: una revisión sistemática”, menciona como objetivo determinar el efecto de diferentes tipos de ejercicio en la depresión de adultos mayores mediante una revisión sistemática de ensayos clínicos. Utilizaron el método de estudio de caso donde se incluyeron los ensayos clínicos con asignación aleatoria en paralelo, publicados en cualquier idioma y sin restricción de año, debido a que este tipo de estudios es la mejor evidencia para evaluar la efectividad de una intervención. En los resultados se identificaron 11 estudios ($n = 7.195$). En general, el ejercicio produce mejoría de la depresión en adultos mayores, con mayor evidencia a corto plazo (3 meses) y con trabajos de fuerza a alta intensidad. Con base al resultado se concluye que el ejercicio para las personas adultas mayores con depresión es benéfico, pero los estudios tienen una fuerte limitante ya que, son de baja calidad metodológica y heterogénea, haciendo necesario realizar ensayos clínicos que puedan vislumbrar con mayor efectividad la dosis de beneficios.

En Venezuela se aborda la investigación “Perspectiva sobre la inclusión social de los adultos y las adultas mayores en Venezuela”, de Oberto (2013) donde establece como objetivo resaltar que es necesaria la participación activa y solidaria de todos los sectores de la sociedad para garantizar la satisfacción plena de los derechos que les corresponden, el cual cuenta con

porcentajes relevantes en el año 2009. Respecto a la tasa específica de actividad ésta es mayor significativamente para los hombres 39.8% contra 14.2% para las mujeres para el año 2011. Con esta investigación se describen las situaciones de los adultos y adultas mayores. Se concluye que las normas regulan la protección y marcan los programas sociales realizados para su inclusión social, hasta el momento la protección se ha brindado a través de las tareas sociales y se ha cumplido el orden reglamentario de lograr la justicia social para los adultos y adultas mayores.

Bastidas (2014) en su investigación “Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica” menciona distintas enfermedades que pueden crear condiciones de vida que exceden los recursos de afrontamiento disponibles por los individuos y que actúan sobre factores previos de debilidad, que finalmente determinarán la aparición de síntomas o trastornos depresivos. En el artículo se establece como objetivo analizar aquellos casos en los que no se cuenta con los factores etiológicos de la depresión, y retomar evidencia de que la depresión, diabetes, enfermedad de Parkinson, son factores que pueden incrementar la probabilidad de riesgo e incidencia de cualquiera de las enfermedades ya mencionadas. Concluye que es importante realizar diagnósticos y la intervención apropiada sobre los trastornos del estado de ánimo, debido al riesgo significativo que estas representan para la salud de los adultos mayores.

El documento “Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas”, de Ruiz, Zegbe, Sánchez y Castañeda (2014), indica como objetivo conocer los niveles de depresión en adultos mayores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en los adultos mayores de los Servicios de Salud de Zacatecas (SSZ). Donde se utilizó un cuestionario, para medir la depresión, a través de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, dando como resultado, que la clínica del IMSS fue marginalmente significativa ($\chi^2 = 5.51$; $p < 0.064$) y significativa en la clínica del SSZ ($\chi^2 = 10.98$; $p < 0.004$), en los dos la depresión fue mayor en las mujeres, en la proporción de depresión fue similar entre pacientes con una familia integrada o desintegrada ($\chi^2 = 4.68$; $p < 0.096$), los entrevistados no aislados presentaron mayor depresión que aquellos que se encontraban solos tanto en la clínica del IMSS ($\chi^2 = 18.41$; $p < 0.0001$) como en la del SSZ ($\chi^2 = 9.20$; $p < 0.01$) y la depresión fue mayor en adultos mayores

que presentaron morbilidad tanto en la clínica del IMSS ($\chi^2 = 7.0$; $p < 0.03$) como en la del SSZ ($\chi^2 = 10.22$; $p < 0.006$). En la conclusión se puede apreciar que la prevalencia es mayor y que provoca incapacidad facilitando la presencia de nuevas patologías o el agravio de las ya existentes.

En Lima Perú, los autores Custodio, et al., (2014) realizaron la investigación: “Depresión en la tercera edad como factor de riesgo y su posible rol como pródromo de demencia”, donde señala como objetivo saber cuáles son los riesgos o asociaciones que tiene la depresión y el deterioro progresivo cognitivo. Para ello, se aplicó seguimiento longitudinal y de caso-control dando como resultado después de un re-análisis en una cohorte que se usa para estudios sobre depresión y riesgos de desarrollar demencia de Cuerpos de Lewy (DCL) o enfermedad de Alzheimer (EA). En la conclusión se puede ver que los investigadores no han logrado resolver las dudas sobre si la depresión está caracterizada como un riesgo o como pródromo de demencia, sin embargo las evidencias arrojadas indican que si está asociado como un factor de riesgo para la demencia siendo este resultado más sólido sin embargo no es exclusivo.

En Colombia, se realizó el estudio: “Factores protectores de la depresión de una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: auto eficiencia, escolaridad y otras variables socio-demográficas”, de Serra e Irizarry (2014), teniendo como objetivo evaluar la relación entre autoeficacia, escolaridad y síntomas depresivos para identificar factores protectores de la depresión. Para la metodología utilizaron dos instrumentos estandarizados para medir depresión y autoeficacia: la Escala Auto evaluativa de la Depresión de Zung de 1965 y la Escala de Autoeficacia General. Los resultados arrojaron que el 68.9% de los/las participantes presentaban algún tipo de sintomatología depresiva, donde uno de cada tres adultos mayores (33.3%) presentó síntomas de depresión moderada o severa. En la conclusión se llegó a identificar que la viudez, escolaridad alta, e incluso el sexo, la sociodemográfica entre otras variantes pueden influir de manera significativa para una depresión tardía o temprana en el adulto mayor, aunque cabe destacar que este estudio hace referencia a que pueden variar mucho los resultados dependiendo de las diferentes culturas.

La Universidad de Concepción, en Chile presenta un artículo titulado “Bienestar Psicológico: Adultos mayores activos a través del voluntariado”, de Ferrada y Zavala (2014), el objetivo es comparar el nivel de bienestar psicológico de adultos mayores voluntariados del programa “Asesores Seniors” del servicio nacional de adulto mayor, región del Bío- Bío, Chile y adultos mayores no voluntarios, usuarios de un Centro de Salud Familiar de la misma región. Corresponde a un estudio descriptivo-comparativo. La población del estudio es de 60 adultos mayores, 30 voluntarios en un programa gubernamental y 30 no voluntarios usuarios de un Centro de Salud Familiar. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SAS 9.1. Se realizó análisis univariado y bivariado; arrojando los siguientes resultados: los adultos mayores voluntarios presentaron un mayor nivel de bienestar psicológico en comparación con los adultos mayores no voluntarios, siendo esta diferencia significativa ($p < 0.0001$). Se concluye que el vivir una vejez activa, específicamente participando de un voluntariado, otorga a los adultos mayores un mayor grado de bienestar psicológico.

Pérez, Lizárraga y Martínez (2014), redactaron el artículo “Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor”, donde el objetivo principal fue determinar la prevalencia de desnutrición y depresión en adultos mayores, así como evaluar su asociación. Se realizó un estudio de tipo transversal en población geriátrica de la consulta externa de un Hospital Público de Alta Especialidad de la Ciudad de México. La asociación entre la Evaluación Mínima Nutricional (MNA) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), así como la determinación de factores predictores para desnutrición se examinó usando un análisis multivariado y se determinó la razón de momios (RM). Como resultado 96 pacientes mayores de 65 años, fueron mujeres. El 15.5% de la población se clasificó con adecuado estado nutricional, el 72% con riesgo de desnutrición y 11.3% con desnutrición. Se establece como conclusión que la depresión y el sexo masculino están fuertemente asociados con el riesgo de desnutrición en los adultos mayores.

El artículo “Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados”, de Quintero, Henao, Villamil y León (2015) presenta como objetivo evaluar el impacto de la terapia de la risa sobre el grado de depresión y el sentimiento de soledad, en un grupo de adultos mayores internados en centros gerontológicos. Se hizo una

investigación exploratoria con diseño cuasi experimental, en la cual se aplicaron la escala de depresión de Yesavage y la escala “Este” que mide el sentimiento de soledad. Se llevaron a cabo ocho sesiones semanales de terapia de la risa a cargo del grupo “Payaso Hospitalarios” de la Fundación Medicaun de Medellín. Se registró un descenso significativo en el grado de depresión, especialmente en aquellos con depresión inicial establecida ($p < 0,032$). Las personas más receptivas fueron los adultos mayores internados sin pareja, con edades entre 65 y 75 años, pertenecientes al estrato dos y que recibían visitas. No se registraron cambios significativos en el sentimiento de soledad. Como conclusión se resalta la importancia que tiene la terapia de la risa en la disminución de la depresión en adultos mayores. Los resultados concuerdan con la afirmación de que el constructor de soledad es independiente del de depresión.

En el Instituto Nacional de Geriatria de México, Pérez (2015), realizó la investigación “La importancia de la investigación para el bienestar del adulto mayor” que tuvo como objetivo analizar el reto que tienen las ciencias de la salud en mantener el bienestar de los adultos mayores. En esta etapa de la vida es indispensable una visión integral desde distintas disciplinas para lograr el éxito en la obtención de nueva información sólida. Es decir, no basta con generar información desde una óptica individual, es menester integrar en una sola visión los componentes de un fenómeno, por ejemplo: la diabetes mellitus desde la visión de la biología molecular puede dar luz acerca de los fenómenos que ocurren a este nivel para dar lugar a la discapacidad en un adulto mayor, pero también es necesario saber qué impacto real tiene a nivel epidemiológico, actualizar la farmacología de los distintos medicamentos en este grupo de edad, conocer la influencia social en el proceso salud enfermedad, saber qué elementos de la tecnología podrían mejorar el estado de salud global de los adultos mayores diabéticos y, una vez que se obtiene esta información, integrarla para establecer planes de acción. Por lo anterior, es necesario contar con datos consistentes que permitan establecer estrategias certeras con el fin de generar bienestar en el adulto mayor.

Granados y Muñoz, (2015) en Costa Rica, hicieron un estudio: “Factores que inciden en la calidad de vida de las personas adultos mayores”, con el objetivo de conocer cómo mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores. La metodología consta de 5 etapas que son: la elaboración de preguntas clínicas para la práctica de la Enfermería Basada en la Evidencia

(EBE), búsqueda de la información, lectura crítica, implementación de la evidencia y evaluación, dando como resultado que los participantes expuestos a musicoterapia en intervalos de 30-60 minutos pueden reducir el dolor ($p < 0.001$), la incomodidad ($p < 0.001$), y la depresión ($p < 0.001$), así como también, significativamente disminuyó la presión arterial ($p < 0.001$), la frecuencia respiratoria ($p < 0.001$) y la cardíaca ($p < 0.001$), con respecto a otros factores también influyen los sociales, culturales y ambientales debido a que esta población no es estática si no que su movilidad depende de diferentes experiencias. Se concluye que sí es necesario desarrollar más estudios sobre estos factores que pueden influir en los adultos mayores a través de varios instrumentos y revisiones.

En la investigación sobre el “Ajuste psicosocial, bienestar subjetivo y ocio en adultos mayores jubilados mexicanos”, de Acosta, Vales y Palacio (2015) el objetivo fue establecer la relación entre ajustes psicosocial en la jubilación, bienestar subjetivo, actividades de ocio y variables sociodemográficas en adultos mayores jubilados mexicanos. Participaron 181 adultos mayores con una edad media de 69.12 años y un tiempo medio de jubilación de 11.21 años. Los resultados indican que el ajuste psicosocial en la jubilación y el bienestar subjetivo se relacionan significativamente entre sí con las variables sociodemográficas de sexo, nivel de estudios, estatus de salud y estado civil. A su vez, se relacionan con la frecuencia de actividades de ocio (con diferencias entre hombres y mujeres). Estas variables deben tenerse en cuenta para fomentar un mayor ajuste psicosocial y bienestar subjetivo en adultos mayores jubilados.

Téllez, Juárez, Jaime y García (2016), en su estudio: “Prevalencia de Trastornos de sueño en relación con factores socio demográficos y depresión en adultos Mayores de Monterrey, México”, se indica como objetivo detectar los trastornos de sueño que más afectan la calidad de sueño en esta población, por lo que es importante la detección y tratamiento de estos trastornos en los adultos mayores. La metodología utilizada fue transversal comparativa, así mismo se aplicaron diversos instrumentos como el cuestionario de trastornos de sueño Monterrey (CTSM), índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (ICSP) y escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDGY), los resultados que se obtuvieron fueron que los adultos mayores presentaron 50% ronquido, 24% piernas inquietas e insomnio, 44.1% mala calidad de sueño, y 62% síntomas de depresión. La conclusión que se llega es que existe una alta prevalencia de trastornos de

sueño y mala calidad de sueño en general, al igual que los ronquidos son un factor de riesgo de alta incidencia con el cual puede presentarse apnea obstructiva, sin embargo estas variantes pueden diferir según el tipo de instrumento que se aplique a los adultos mayores

1.2 Modelo Cognitivo de la depresión Beck

El origen del Modelo de Beck

Aarón Temkin Beck es un psiquiatra norteamericano, profesor en el departamento de psiquiatría de la Universidad de Pensilvania, quien unos años más tarde se convertiría en el presidente del Instituto para la Terapia e investigación cognitiva que hoy lleva su nombre.

En 1976 el Dr. Aarón T. Beck en su libro terapia cognitiva y el desorden emocional, menciona que una persona que está atravesando por desórdenes mentales, es más vulnerable a experimentar reacciones emocionales inapropiadas, causadas por los niveles de estrés a los que se encuentran expuestos continuamente, acumulándose y convirtiéndose en una carga para la persona. Dando como resultado el desarrollo de desorden mental como la depresión, de acuerdo a esto Beck lo denomina como un trastorno del pensamiento el cual atraviesa por una crisis de ansiedad aguda y desequilibrio de emociones, experimentando tristeza, euforia e ira. En 1983 Beck publica la décima edición de su libro terapia cognitiva de la depresión, haciendo de este el fundamento para desarrollar su Manual de terapia cognitiva de la depresión por teléfono (Beck, 1983).

Desarrollo del Modelo Cognitivo:

El modelo surge como una necesidad de aceptación generalizada ante la comunidad de psicólogos psiquiatras. El cual fue elaborado por medio de técnicas adecuadas las cuales arrojaron datos empíricos, lo cual compararía dichas formulaciones. Sin embargo el enfoque del modelo seguía dirigido específicamente a controlar la psicopatología. Los resultados apoyaron su hipótesis, donde el Dr. mencionaba a la depresión como una necesidad de sufrir. Sin embargo

más adelante se realizó un nuevo muestreo el cual parecía contradecir sus resultados iniciales (Beck, 1983).

Lo que llevo a Beck a evaluar de modo crítico la teoría psicoanalítica, fue lo siguiente:

Mi reformulación total de la psicopatología de la depresión, a la vez que la de otros trastornos neuróticos, surgió de las nuevas observaciones clínicas y de los estudios experimentales y correlacionales, así como de los repetidos intentos por mi parte para dar sentido a la evidencia que contradecía la teoría psicoanalítica. (Beck, 1983, p.8)

El psicoanálisis, es un conjunto de teorías psicológicas y técnicas terapéuticas que tienen su origen en el trabajo y teorías de Sigmund Freud a finales del siglo XIX, alrededor de 1896 (Guerri, 2015).

El psicoanálisis se basa en una serie de componentes sobre la conciencia los cuales para Guerri, son una:

(..) Creencia de que todas las personas poseen pensamientos, sentimientos, deseos y recuerdos inconscientes. Por lo que el contenido del inconsciente a la conciencia, las personas son capaces de experimentar la catarsis y profundizar en su estado de ánimo actual. (Guerri, 2015)

Guerri, retoma diversos compendios de Sigmund, para definir desde su perspectiva el psicoanálisis por lo cual menciona:

El psicoanálisis se sustenta bajo varios principios los cuales definen que el desarrollo de la personalidad está marcado principalmente por los acontecimientos de nuestra primera infancia. Según Freud, las bases de nuestra personalidad queda fijada a la edad de cinco años. La forma en que nos

comportamos se encuentra influenciada en gran parte por nuestros impulsos inconscientes. Cuando la información del inconsciente pasa a nuestro consciente, puede conducirnos a una catarsis y permitirnos lidiar con el problema (Guerri, 2015).

El psicoanálisis nos ayuda a entender los trastornos mentales desde una visión panorámica del contexto y el sujeto:

(...) Los problemas emocionales y psicológicos como la depresión y la ansiedad, suelen tener sus raíces en los conflictos entre la mente consciente e inconsciente. Un analista experto puede ayudar a traer ciertos aspectos del subconsciente a la conciencia mediante el uso de una variedad de estrategias psicoanalíticas tales como análisis de los sueños y la libre asociación (Guerri, 2015).

Es en este momento cuando Beck realiza un reajuste de emergencia a las técnicas que utilizaba, es así como con este reajuste, elabora varias técnicas para corregir las distorsiones cognitivas negativas que sufría el paciente sobre mismo.

Una vez que se realiza el reajuste de las técnicas surge la idea de probar hipótesis en situaciones de la vida real, dando con ello claridad al empirismo colectivo. Ya que con ello se da la pauta de entrar al campo del experimento y la investigación sobre el proceso terapéutico.

El movimiento de la terapia de la conducta se vuelve un impulso al desarrollo a la terapia cognitiva, ya que esta implicaba practicar de manera rigurosa el conductismo metodológico. Las técnicas que se utilizan van encaminadas a dar cumplimiento a una serie de operación que ayudan al paciente, las cuales se mencionan dentro del modelo cognitivo de la depresión. Beck (1983, p.89) menciona como: “Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos. Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta. Examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados”.

Dentro del modelo y sus terapias existen una serie de técnicas extras que ayudan al seguimiento. Beck (1983, p.89) comenta: “Sustituir estas cogniciones desviadas en contra de los pensamientos distorsionados. Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar las experiencias”.

El modelo cognitivo se basa en tres conceptos principales específicos para explicar los problemas psicológica de la depresión. Beck (1983, p.91) los cuales son: “La triada cognitiva, los esquemas cognitivos y los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información)”.

Desarrollo de su Modelo y Técnicas Cognitivas

Desde el panorama psicológico de acuerdo al contexto de Beck (1983) las terapias han sido capaces de mejorar las condiciones desprendidas de un trastorno mental, a partir de determinadas indicaciones y contraindicaciones y establecidas como parte del tratamiento general del paciente.

Las funciones de la terapia cognitiva son, “la terapia se basa en supuesto teórico de que los afectos y la conducta de una persona están determinados en gran medida por el modo que ésta tiene de estructurar el mundo en su mente” (Beck, 1983, p.89).

Ésta tiene como objetivo identificar y modificar los conceptos distorsionados y las falsas creencias que denominan estas cogniciones. Lo anterior es con la finalidad de ayudar al paciente a buscar opciones para resolver las problemáticas por las que atraviesa, reduciendo o eliminando así los síntomas.

Elia Roca como contribuyente del Modelo y las Terapias Cognitivas en la Depresión

Elia Roca Villanueva es una reconocida Psicóloga Clínica, ella forma parte del personal del Hospital Clínico Universitario de Valencia (España) como Profesora asociada asistencial en la Facultad de Psicología y en la Universidad de Valencia (Roca, 2016). En el 2000 crea una página personal donde comparte todos los materiales que le han ayudado como apoyo para su trabajo, en la que incluye material enfocado en la depresión y en técnicas de psicoterapia.

Roca (2016) define la depresión como una serie de síntomas, los cuales tienen consecuencia una visión negativamente distorsionada de sí, del mundo y del futuro, ejemplo: síntomas y de pensamientos distorsionados que los producen. En el proceso de la depresión se pueden presentar diversos pensamientos negativos, que van afectando de manera volátil el estado del paciente como se ve reflejado en la tabla 1.

Tabla 1. Fases del proceso de la depresión

Síntomas	Pensamiento-Creencia
	“Me rechazarán”
Aislamiento	“Me saldrá mal”, “No podre”
Postergar, inmovilidad	“No lo soporto”, “no tiene solución”, “soy y sere un inútil”, “estarían mejor sin mi”
Impulsos suicidas	
Dependencia	“No soy capaz de...”

Fuente: Roca, E. (2016). Terapia cognitiva de Beck para la depresión. Recuperado de <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/>

Para Roca el proceso más relevante de la terapia cognitiva son las fases que definirán el trabajo las cuales se basan en: “Establecer la relación terapéutica, comprender sus quejas y transformarlas en sistemas-objetivos, explicarle el modelo cognitivo de la depresión,

demostrarle cómo influyen las cogniciones en las emociones, las técnicas conductuales y las técnicas cognitivas” (Como se citó en Roca, 2016, p.2).

Para Beck su principal objeto de estudio está basado en reparar la visión negativa que tienen las personas de sí mismos, sin embargo Elia ve un panorama más amplio al trabajar no solo en la visualización del presente como lo veía Beck sino también en mejorar la calidad del modelo en función al futuro.

El objetivo de las terapias se basa en la eliminación de los síntomas de la depresión y en evitar las recaídas. De esta forma se ayuda a modificar las cogniciones de manera positiva, produciendo así mejores emociones en las personas que padecen depresión. Una vez superados los síntomas, el trabajo se predispone a evitar la depresión para Roca.

El trabajo se adapta para brindar confianza y poder lograr la recuperación pronta, por medio del reforzamiento de la autoestima, para ello es importante el trabajo en equipo, y evitar cuestiones como la negación o aceptación absoluta. Hacer preguntas que harán más agradable el tratamiento, sin embargo se debe tener tacto pues la variante no es cuestionar, es crear un ambiente de comunicación.

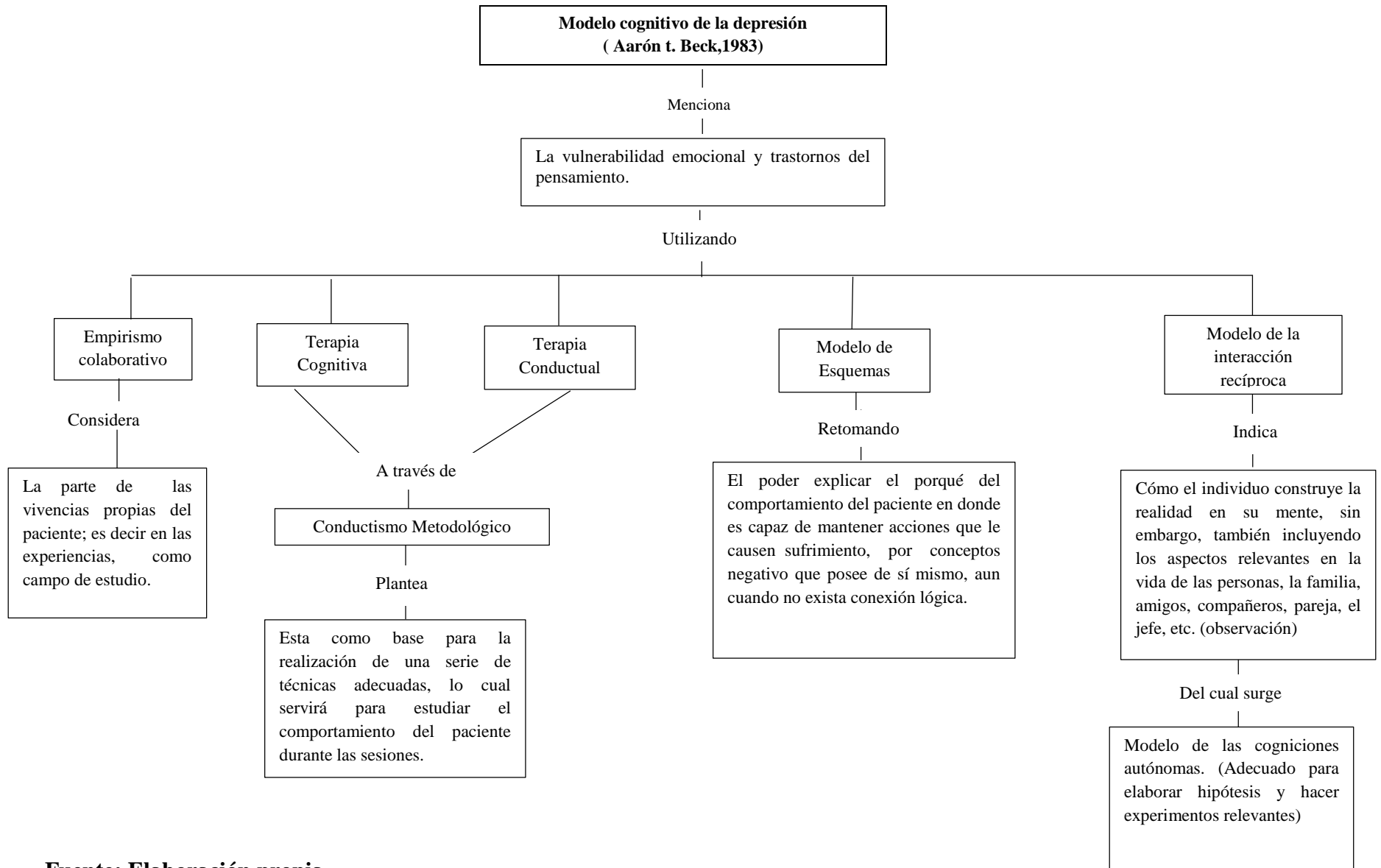
Dentro de las estrategias que reforzaran las técnicas estará el conocer el paradigma personal del paciente, sin hacer de lado sus creencias, cultural y religión. Escucharle y resolver sus dudas, crean empatía y conexión con los pacientes a quien está dirigido el modelo, al principio la persona puede expresar confusión de sus quejas, pero como tarea debemos clarificarlas y demostrar cómo se relacionan con la depresión. Se debe indagar y concretar la historia teniendo en cuenta los factores existentes que influyeron, desencadenando pérdidas o daños en la salud. Para ello se utilizarán diversas técnicas que servirán para comparar las hipótesis planteadas por Beck, comparando la relación entre las actividades y las emociones. Lo más relevante de realizarlas, son los cambios cognitivos que se producen durante la realización de las tareas y

después. Al analizar los registros, buscando pruebas a favor y en contra de sus creencias depresógenas⁴.

Las técnicas son una serie de procedimientos para identificar y modificar los contenidos disfuncionales, a través de la detección de pensamientos automáticos, la comprobación de los pensamientos y su influencia en las emociones, además del análisis de las emociones, en la depresión.

⁴ Se define como una serie de acontecimientos y situaciones, que emanan tras la presión del contexto a la que es expuesta un individuo. Debido al desgaste físico, psíquico y emocional del contexto.

Figura 1. Modelo de Beck y las aportaciones más importantes retomadas para la presente investigación.



Fuente: Elaboración propia.

El Modelo Cognitivo Genérico (MCG)

Ahora bien después de haber mencionado quien le dio origen al modelo y posteriormente quien o quienes la desarrollaron, toca mencionar como este modelo está llevándose en la actualidad.

En su publicación Beck y Haigh (2014) hacen mención del modelo, el cual es llamado ahora Modelo Cognitivo Genérico en donde refieren que a diferencia del anterior modelo este incluye en su aspecto teórico: explicaciones sobre funcionamientos adaptativos y des adaptativos, procesamiento de la información, cualidades energéticas de los esquemas, creencias, red de estímulo respuesta, importancia del foco atencional, también la teoría de los modos y así como el enfoque clínico del modelo aplicado el cual es ampliado para poder ser aplicado de manera coherente y efectiva a los pacientes con diversos trastornos mentales o psicopatologías.

Beck y Haigh (2014) nos dicen que este modelo puede proporcionar hipótesis comprobables que permiten refinar su modelo clínico (aplicación), a través de representaciones psicopatológicas subyacentes, como el funcionamiento desadaptativo expresado en la formación de síntomas por mencionar un ejemplo. Y este modelo puede ser adaptable para poder identificar y modificar pensamientos disfuncionales y así reducir conductas y emociones negativas.

Proporciona un modelo aplicado clínico en el cual abarcan el tratamiento de psicopatologías y diversos trastornos mentales. El MCG especifica cuatro componentes para esto, situación, creencias, focalización de la atención y conducta desadaptativa, mencionando que cuando estos son activados a través de estímulos ya sean externo o internos aparecen ciertas conductas desadaptativas las cuales pueden generar como por ejemplo en los pacientes con depresión que hagan generalizaciones negativas sobre situaciones cotidianas y a su vez exageraciones, provocando emociones y conductas dañinas en ellos.

Así que explican que si se atacan algunos de los componentes (situación, creencias, focalización de la atención y conducta desadaptativa) se podrá reducir síntomas, sin embargo aclaran que es mejor atacar a todos los componentes que a solo uno, haciendo intervenciones a cada una de ellas.

Cuando se ven exageradas las estrategias conductuales, emocionales y cognitivas se tiende a tener problemas psicológicos, y si se distorsionan las creencias se provocan problemas, ya que su distorsión es de manera significativa y negativa (Beck y Haigh, 2014). Es ahí donde la nueva información funge para hacer nuevas interacciones entre las creencias, los esquemas y para esto es necesaria la intervención a través de modificaciones que los clínicos deben realizar.

Por ello Beck y Haigh (2014) comentan que varios científicos han logrado dar apoyo empírico directo para su afirmación de que sí se cambian las creencias estas pueden ayudar a desencadenar cambios en las emociones y el comportamiento de la persona en cuestión.

Aunque en este nuevo modelo su enfoque es casi solo clínico, se menciona que todos estos aspectos que aborda tanto el antiguo modelo como el genérico son plausibles para la orientación de un buen tratamiento y la prevención de enfermedades mentales y/o trastornos (Beck y Haigh, 2014). Siendo esto posible apoyándose de su parte teórica para entender cómo aplicar el modelo clínico y las intervenciones que se pueden realizar a través de adaptaciones de la misma según sea el caso, el paciente o el trastorno de manera específica que se pretenda tratar o prevenir.

Finalmente el autor del modelo menciona que aunque este pueda ser aplicado y adaptado en diferentes tratamientos para trastornos y psicopatologías los clínicos lo han dejado abandonado ya que su aplicación de los enfoques adaptados no permiten que la terapia cognitiva sea aplicable a la rutina de las clínicas, ya que en ellas hay un sistema donde estas adaptaciones requieren de mayor enfoque conductual, social y psicológico.

Actualmente el Dr. Beck es reconocido por méritos como la creación de la Escala de desesperanza, la Escala de ideación suicida y el inventario de ansiedad. Además ha sido reconocido por su labor de investigación en psicoterapia, lo cual fue la inspiración para crear la terapia cognitiva. Y en 2006 esta invención fue acreedora de un premio por parte de la fundación Lasker.

1.3 Marco Conceptual

Para poder entender con mayor claridad la equivocada idea que se tiene sobre el adulto mayor y la relevancia de ellos, así como la relación con la enfermedad dentro de la presente investigación, se retomaron algunos conceptos para poder lograr entender cómo se podría ayudar a resolver y/o disminuir uno de los problemas de salud que más aqueja al grupo poblacional de la tercera edad en cuestión, como lo es la depresión.

1.3.1 Adulto Mayor

Uno de los principales conceptos para nuestra investigación en primer plano es el de Adulto mayor, ya que de acuerdo con la Organización de la Naciones Unidas [ONU] (como se citó en Gamboa y Valdés, 2017) se considera persona mayor a toda aquella de 65 años para los países desarrollados y de 60 años para países en desarrollo. Mencionar a las personas adultas mayores es hacer referencia al envejecimiento natural e inevitable del ser humano, el cual es un proceso dinámico, progresivo e irreversible. Sin embargo, para la Organización Mundial de la Salud (OMS) son las personas de 60 a 74 años de edad consideradas como edades avanzadas, las de 75 a 90 viejas o ancianas y que las personas que sobrepasan este rango se les denomina grandes viejos o grandes longevos (como se citó en Cortés, León y Montenegro, 2017).

La tercera edad suele describirse como una etapa de descanso emocional, equidad y plenitud, llevando así una vida feliz sin preocupación alguna, disfrutando de la familia, los nietos y demás ideologías que se tienen por el resto de la población que aún no se encuentra en esta edad, o se tiene poco contacto con los conocidos que pasan por esta etapa, sin embargo el llegar a este momento de la vida en la actualidad se ha vuelto más complicado cada vez, debido a los factores existentes; como lo son lo emocional hasta el contexto social del anciano.

En esta fase de la vejez es necesario hablar acerca del estilo de vida, ya que de acuerdo a la OMS (1998) en su Glosario de la promoción de la salud, menciona al estilo de vida como las reacciones habituales y pautas de conducta que desarrolla durante sus procesos de socialización.

Dentro del estilo de vida que lleva cada adulto mayor influye una serie de determinantes de la salud que afecta de manera positiva o negativa la socialización, por ello Lalonde nos dice que los determinantes sociales son un conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones (como se citó en Villar, 2011).

Otra de las variables que impactan en el adulto mayor son los aspectos sociodemográficos, siendo estos un detonante que influye para que la población padezca alguna enfermedad, ya que estos se tratan de una serie de condiciones que exponen al adulto mayor, para Prieto y Formiga (2011) una variable sociodemográfica permite ayudar a evaluar las condiciones de vida, así como los factores intervinientes que describen a la población. Por otra parte De Tejada (2012) dice que las variables sociodemográficas son el nivel de escolaridad de las madres, el nivel socioeconómico de los grupos familiares y el estado nutricional de los niños a partir de ellas, se describen ciertas características de la población dependiendo de la investigación o tema a tratar, éstas varían. Se habla de la autovaloración que estos tienen, a pesar de su aparente simplicidad, asociación con las características personales, como el estatus socioeconómico, los estilos de vida y diversas características (Rodríguez, Lanborena, Senhaji y Pereda, 2008).

Sin embargo en relación con los estilos de vida estas son pautas que se aprenden tras la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales, y por tanto no son fijas sino que están sujetas a modificaciones (OMS, 1998). El comportamiento individual se da por dos tipos de sistemas, uno son los acontecimientos sociales y el otro, los biológicos, los cuales tienen un impacto sobre el comportamiento y en el otro actúa sobre la funcionalidad de las personas (Santalla y Pérez, 2010).

Es por ello que dentro de los diversos factores que generan inquietud a su vida está la jubilación como determinante de impacto, Galvanovskis y Villar (2000) comentan que aunque no se trata de un fenómeno universal ni transcultural, en nuestra sociedad la jubilación constituye un cambio importante en el ciclo vital por que modifica nuestra estructura de funciones, nuestros hábitos, la organización de nuestra vida diaria, repercutiendo intensamente sobre nuestro sentido de eficacia y de competencias personales. Y es que de acuerdo a otra concepción, la jubilación

se puede considerar como un término que encierra en sí mismo tres conceptos como identidad propia; la vejez, el retiro y la jubilación. Velázquez (1999) habla de las dificultades que se derivan de la edad avanzada, el segundo centra su atención en el cese de la actividad profesional, como consecuencia de esa vejez, y el tercero plasma la necesidad de llevar a cabo dicho cese como consecuencia del cumplimiento de la edad.

Dicha eventualidad marca de manera perpetua la vida, ya que el dejar de realizar actividades y tareas, tales como el empleo son situaciones que los hacen sentir activos y empoderados, tal es el caso que cuando dejan de hacerlo se puede generar un sentimiento de vacío pues se autodefine como “improductivos”, puesto a que la mayoría de este grupo etario comienzan a dejar de lado sus actividades diarias, además de que las salidas con amigos disminuyen, y así mismo inicia una nueva visión de la vida entre otras más, pero principalmente la familia se vuelve un detonante clave ya sea de manera positiva o negativa.

Los miembros adultos del grupo son responsables de la crianza de los niños. Todas las sociedades conocidas suponen alguna forma de sistema familiar, aunque la naturaleza de las relaciones familiares varía ampliamente. Si bien es cierto que en las sociedades modernas la principal forma familiar es la “familia nuclear”, a menudo se da una gran variedad de relaciones de familia extensa. Para la ONU (1948) en la Declaración de los Derechos Humanos menciona que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre.

La familia es un factor de vital influencia en la salud del adulto mayor ya que ésta es capaz de que sus miembros logren crear un ámbito de confianza y lazos afectivo, por medio de la convivencia, este es un proceso que define Cánovas y Céllica (2009) como la construcción de un contexto democrático basado en la interacción de los seres humanos en igualdad de derechos y responsabilidades, que demanda la relación entre diferentes. En síntesis, la convivencia es posible a través de la construcción de habilidades, capacidades y actitudes que promuevan el

diálogo (comunicativo-conductual), la responsabilidad (relación interpersonal), la identificación y el respeto a las diferencias y los objetivos de convivencia para la paz.

Ortega (2007) hace referencia a la convivencia como la ausencia de violencia, así mismo es el establecimiento de relaciones interpersonales y grupales, para llevar relaciones humanas satisfactorias que contribuyan a un clima de confianza, respeto y apoyo mutuo en la institución escolar, potenciando así mismo el funcionamiento democrático de la escuela, lo que, a su vez, favorecerá también la existencia de relaciones positivas entre los miembros de la comunidad escolar, se debe crear vínculos, el contacto consciente establecidos entre individuos y grupos, entre empleados y sus colegas, entre subordinados y sus jefes, entre los elementos de una sección y aquellos de otra de acuerdo a (Kinicki y Kreitner, 2003).

Recordemos que las relaciones humanas son las dedicadas a crear y mantener entre los individuos relaciones cordiales, vínculos amistosos, basadas en ciertas reglas aceptadas por todos y fundamentalmente, en el reconocimiento y respeto de la personalidad humana relacionado al concepto de (Belisle, 2010). Es por ello que hablar acerca del adulto mayor es complejo debido a las dimensiones que engloba el proceso de la vejez por sí solo y Costa habla de vejez como la etapa de la vida reservada a pocos afortunados que fueron capaces de vencer la muerte, nos dice los agentes agresivos y las enfermedades; la demostración de fortalezas en relación con otros más jóvenes que fallecieron y quedaron en el camino (como se citó en Rodríguez, 2011). Por otra parte, la palabra vejez viene de la voz latina vetus que se deriva de la raíz griega etos que significa “años”, “añejo”. En general, la vejez suele ser reconocida por la mayoría de nosotros a partir del tiempo acumulado, como un signo del tiempo transcurrido, independientemente de la interpretación que cada grupo o cultura haga de tal signo (Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández, 2009).

La Salud

Se habla de la vejez como una etapa a la que se llega debido al vencimiento de enfermedades y demás trastornos, y estas se logran por gozar de un estado de salud extraordinario, o por lo menos por haberse llevado cuidados pertinentes. La OMS (1948) define el término salud como

un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia, al que tiene derecho toda persona sin distinción de raza, Canguilhem (como se citó en Miranda, 2016) define a la salud como un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio, proceso que cuando alguno de los factores implicados cambia y dicho cambio se mantiene en el tiempo, el ser humano adopta una respuesta fija, que en algún momento previo fue adecuada para restablecer el equilibrio; pero, al tornarse, inflexible lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida.

Entonces cuando este cuadro no está completo, es dañado o no hay el equilibrio para que se mantenga ese estado de completo bienestar entre todos esos factores comienzan a aparecer ciertos síntomas de alguna enfermedad o estados negativos en la persona, en este caso nos enfocaremos en los adultos mayores y de la depresión la cual mencionaremos con detalle mas adelante.

La depresión es un padecimiento que puede aquejar a todo tipo de personas en diferentes momentos de su vida y en cada etapa se vive de una manera diferente y particular, en los adultos mayores nos dice la Asociación Americana de Psicología (APA, 2018) ya que existen pruebas de que los cambios que aparecen en el cuerpo de forma natural estan son asociados con el envejecimiento, pueden ayudar a que se manifiesten ciertos factores con riesgos de padecer depresión. Recientemente se refiere que el folato en bajas cantidades en la sangre y en el sistema nervioso en general contribuye al desgaste mental y aumentan la posibilidad de sufrir demencia.

Aunque el envejecimiento es un proceso que comienza desde el nacimiento, es hasta la etapa de la vejez en donde se aquejan o concentran más estos problemas de “envejecer” ya que el deterioro puede ser igual que al comienzo en velocidad o cantidad, pero como el cuerpo ya está desgastado al igual que sus otros elementos psicosociales, es más fácil que esos daños repercutan en doble cantidad al adulto mayor, sin embargo el Instituto Nacional de Salud Mental NIMH (2009, p.9) nos dice que:

“La depresión no es algo normal del envejecimiento y existen estudios que muestran que la mayoría de los ancianos se sienten satisfechos con sus vidas a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en ancianos, puede ser

pasada por alto porque ellos pueden mostrar síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer sentimientos de tristeza o pena”.

Ser adulto mayor y entrar a la etapa de la vejez no es sinónimo de dolor y sufrimiento o de síntomas que reflejen depresión, en la mayoría de los ancianos no se presenta la depresión pero los pocos que sí, son pasados por alto ya que no suelen dejar ver sus síntomas por diferentes razones, como vergüenza, o temor a el rechazo o cosas por el estilo, pero si se debe de tomar en cuenta sus síntomas y tratar de atacar antes de que la depresión se presente con mayor fuerza y su calidad de vida se vea afectada y decaiga.

Por lo tanto APA (2018) nos refiere que los adultos mayores que están en depresión, aumenta el que padezcan mayormente insomnio y la memoria se vea más afectada, e igualmente sus tiempos de reacción se ven afectados y estos perjudican en tareas que requieren de mayor atención en su ejecución pero que son cotidianas en la vida como el cocinar, medicarse etc.

Los adultos mayores no por estar en una etapa del desarrollo humano en donde la vida ya casi finaliza quiere decir que se tenga que dejar de lado sus necesidades y que si tienen algún padecimiento, molestia o situación que deteriore su calidad de vida deba ser ignorado ya que como han hecho hincapié, “los que importan son la juventud, el futuro, no los que van de salida” y por ello son dejados de lado y en el olvido cuando no debe de ser así ya que al ser individuos deben y tienen el derecho de gozar de la salud como cualquier otro y por el contrario debe de ayudárseles más en esta etapa de la vida ya que como se menciona antes es en esta etapa donde los males físicos, biológicos, psicológicos etc., asociados con el envejecimiento les afectan más.

Ahora que pudimos lograr entender el concepto de la salud cabe mencionar que algunas de las medidas que debemos tomar en cuenta para mantenernos saludables, están destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, sino también a la reducción de factores de riesgo para ayudar también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. La prevención de acuerdo a Bower (como se citó en González, 2015) menciona que es capaz de ayudar como cualquier tipo de intervención psicológica y social que promueve o realiza el funcionamiento emocional o reduce la incidencia y prevalencia del mal en la población en general. El proceso de prevención implica una serie de elementos que ayuden al adulto mayor a

tener salud, como se comenta al inicio las redes de apoyo que son la familia, los amigos, las actividades que realizamos todos los días, son parte de la satisfacción humana y del equilibrio.

El Afecto y la Autoestima

Una vez que hemos hecho hincapié a la prevención y mención de sobre cómo llevarla a cabo, es importante retomar algunos elementos como en el caso del término afecto ya que este es un factor que ayuda a prevenir cualquier enfermedad, Yankovic (2011) habla de afecto definiéndolo como una necesidad básica y fundamental. No hay ninguna duda que el desarrollo personal es precario, incompleto, sin desarrollo emocional, afectivo. Es la acción a través de la cual un ser humano le profesa su amor a otro ser humano, aunque también es muy común que el destinatario de ese amor no sea exclusivamente otro individuo, pudiendo materializarse (Ucha, 2009). Por otra parte, autoestima es un elemento que se retoma, ya que cuando una persona posee dicho afecto es menos propensa a ser afectada por trastornos mentales como la depresión. Maslow (como se citó en Valencia, 2007) dice que autoestima se refiere a la necesidad de respeto y confianza en sí mismo La necesidad de la autoestima es básica, todos tenemos el deseo de ser aceptados y valorados por los demás. Satisfacer esta necesidad de autoestima hace que las personas se vuelvan más seguras de sí mismas. El no poder tener reconocimiento por los propios logros, puede llevar a sentirse inferior o un fracasado.

Branden (como se citó en Tello, 2015) menciona acerca de la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades, ésta se considera como: la confianza en tu capacidad de pensar y de enfrentar los retos que la vida te presenta y la confianza a tu derecho a la felicidad, de ese sentimiento que te dignifica y te hace merecedor de valorarte a ti mismo como persona, y las aportaciones que haces al mundo como tal. Se refiere al concepto que se tiene de la propia valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre sí mismo ha recabado el individuo durante su vida y se encuentra estrechamente ligada con la aceptación incondicional del individuo y con el ejercicio de sus aptitudes (McKay y Fanning, 1999). Ya que ambas son fuentes de estímulo.

1.4 Depresión

1.4.1 La depresión como Trastorno y su Interacción con otros conceptos

Una vez que se ha profundizado en la principal concepción de la presente investigación que es el adulto mayor, se da paso al concepto de trastorno, ya que este es parte primordial de la investigación de acuerdo a su relación directa con la depresión, entendiendo por trastorno depresivo la interferencia con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella.

La depresión ha existido desde la antigüedad y tal vez se ha conocido de otras formas y atribuyéndolo a diversos factores según sus costumbres o creencias que van desde la parte mágica o religiosa hasta seres ocultos.

En los primeros inicios de la definición de depresión referente a la parte clínica y como una enfermedad se hace mención al médico Hipócrates quien identificaba como bilis negra a la melancolía, término que hacía referencia hacia la depresión (Zoch, 2002). Y así conforme pasaban los siglos se fue dando forma a la definición de la depresión y a lo que conlleva este padecimiento.

Hay que recordar que la depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar (NIMH, 2009). Es por ello que para la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES, 2008) es un trastorno mental, una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o de comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etcétera. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo. Por otra parte la definición emitida por la OMS (2017) dice que depresión es un trastorno mental frecuente. Se calcula que afecta a 350 millones de personas en el mundo. En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio.

La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Además afecta más a la mujer que al hombre. Y es así que el IMSS (2014) considera que la depresión es una enfermedad que está relacionada con una disminución en la serotonina, que es un neurotransmisor que regula las emociones de bienestar y el sueño; provocan un cambio en su energía, y se ve reflejado en una serie de alteraciones en las que dominan los sentimientos de tristeza y baja de la voluntad. Tras ello APA (2018) habla de la depresión crónica y sus consecuencias físicas y mentales, ya que estas pueden complicar un problema de salud existente de una persona de edad avanzada y desencadenar nuevas preocupaciones. Además, los sentimientos de desesperanza y aislamiento, que suelen alentar ideas suicidas, son más frecuentes entre las personas mayores.

Se habla de depresión como un trastorno que domina los sentimientos, cambiando la energía de la persona que la padece provocando consecuencias físicas, mentales, a través de la tristeza y complicando otras enfermedades que lleguen a presentarse. Sin embargo, la depresión, se da ya que existen factores externos que la alimentan tal es el caso del duelo, entendiendo por este, el proceso y no un estado natural, en el que el doliente atraviesa una serie de fases o tareas que conducen a la superación de dicho proceso. Debido a la pérdida de un “objeto” amado, y también como un trabajo psíquico especial, cuyo objetivo es que el sujeto pueda renunciar finalmente a ese objeto perdido. Cruz (1989) lo define como un proceso emocional y conductual “definido”, sujeto a variaciones individuales que depende del carácter del sujeto con el “objeto perdido”, del significado que tiene para él esa pérdida y del repertorio de recursos de que disponen para contender con ella. Se podría representar por el paso de un huracán o las olas de una gran marea que alternan embates violentos, con periodos de descanso aparente y nuevas embestidas, cada vez generalmente, de menor intensidad en relación a la idea. (Pérez, Hernangómez y Santiago, 2000).

La melancolía acompañada de diversos componentes como el aislamiento social y el estrés son un factor que puede llegar a agravar la situación en la que se encuentre el adulto mayor esto depende principalmente del nivel de depresión en que se encuentre el anciano, por otra parte estos factores que llegan a perturbar la vida de quien la padece debido a la profunda afectación subjetiva que provoca, no solo son la complicación de un trastorno, sino que además al interactuar estos componentes en constantes ocasiones pueden llegar a provocar depresión aun

cuando nunca se ha padecido. Para poder entender por qué estos componentes son un factor negativo a continuación los definiremos:

Cuando se llega a tal punto donde se pierde algo y de no llevarse un proceso adecuado puede sufrirse de melancolía, la cual de acuerdo al concepto de Freud (como se citó en Irizar, 2015) la melancolía se refiere por tanto a una pérdida de objeto sustraída de la conciencia, algo en lo que se diferencia del duelo. Para Perez y Gardey (2009) melancolía es un término que deriva del latín y que, a su vez, tiene origen en un vocablo griego que significa “bilis negra”. Se trata de la tristeza vaga, permanente y profunda, que puede haber nacido por causa física o moral y que hace que el sujeto que la padece no se encuentre a gusto ni disfrute de la vida Aludido a esto muchas de las veces ese sentimiento de pérdida que nos provoca el tener que dejar actividades u objetos nos puede hacer sentir melancólicos, que esto puede agravarse si llegamos a tal grado de alejarnos del mundo, en tal caso el aislamiento social debemos entenderla como, la sensación de soledad, experiencia emitida por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros (North American Nursing Diagnosis Association [NANDA], 2001).

Gené, Ruiz, Obiols, Oliveras y Lagarda (2016) mencionan que el aislamiento social es la situación objetiva de tener mínimos contactos con otras personas, bien sean familiares o amigos. En general se habla de aislamiento social como la ausencia de relaciones sociales satisfactorias Santos, Ausín, Muñoz y Serrano, (2008) lo definen como un nivel bajo de participación en la vida comunitaria manifiestan el aislamiento social como la implicación de experimentar una serie de factores como bajo nivel de participación social y niveles de actividad social que la persona percibe. Hall y Havens (1999) mencionan que el aislamiento social como la medida objetiva de tener mínimas interacciones con otros, y aislamiento emocional (o soledad), como el sentimiento subjetivo de insatisfacción con el bajo número de contactos sociales mantenidos. El paralelismo entre soledad objetiva, soledad social, aislamiento social y soledad subjetiva, soledad emocional y aislamiento emocional resulta obvio y para muchos autores configura el significado de ambos términos.

La depresión por sí sola es un trastorno dañino que afecta la vida y plenitud de quien la padece desencadenando situaciones como aislamiento, tristeza, baja autoestima e inestabilidad. Por otra parte, cuando la depresión no se presenta, pero frecuentemente se vive en estrés, se han hecho

estudios que ésta es capaz de causar o agravar enfermedades. Comín, De la fuente y Gracia (s.f.) Hablan de estrés como un fenómeno muy frecuente en el mundo laboral, con graves consecuencias para la salud de la persona que lo padece. Esta patología va en aumento debido a los grandes cambios que está sufriendo el mundo económico y social. Los trabajadores tendrán que ir asumiendo todos estos cambios, posiblemente cada vez más difíciles de superar, pudiendo llevar esta situación a padecer estrés. De acuerdo a Melgosa (1995) es un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo cuando se le somete a fuertes demandas, Neidhardt, Weinstein y Conry (1989) mencionan q tiene un elevado nivel crónico de agitación mental y tensión corporal, superior al que la capacidad de la persona puede aguantar y que le produce angustia, enfermedades, o una mayor capacidad para superar esas situaciones.

La realidad es que los padecimientos no son símbolo de sufrimiento eterno, aunque muchas de la veces debido a nuestra poco interés por la salud propia dejamos de asistir al médico, de comer bien entre otras cosas más, es por ello que debemos de fomentar la cultura del cuidado y la prevención para evitar daños que complique de manera gradual o permanente la vida, para ello debemos comprender el contexto e importancia de la prevención y es así que debemos encontrar dinámicas o técnicas que nos ayuden a conciliar la afectación por sí mismo, y es aquí donde la autorrealización puede ser un factor de gran relevancia para poder mantenernos sanos y siempre empoderados.

Esta es considerada como aquel trastorno que a nivel de la mente provoca afectaciones en la salud y algunos de sus síntomas o consecuencias son tener tristeza, poco interés o placer, culpa, baja autoestima, problemas con el apetito o el sueño y cansancio (OMS, 2017).

También para los científicos se trata de un Trastorno del Estado del Ánimo (TEA) y cambios del afecto. En el TEA existen varios trastornos donde pueden variar los estados de ánimo desde los que estén deprimidos o tristes hasta los excesivamente contentos o felices (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000).

Alberdi, Taboada, Castro y Vázquez (2006) mencionan que en la depresión se pueden agrupan varios síntomas y que estos a su vez pueden ser valorados, ordenados y diagnosticados según ciertos parámetros como lo son los racionales y operativos, y el concepto de esa forma ya se puede mirar desde el enfoque clínico donde interfieren estados como patológicos y emocionales.

Para el IMSS (2016) la depresión es una enfermedad que afecta a todo tipo de personas y que sus características en la persona abarcan el estado anímico, el comportamiento, las emociones y en el proceso del pensamiento y que estas manifestaciones en el individuo son constantes y duran más tiempo del parámetro que son de dos semanas, que es lo que se estima para que sea considerado más allá de una simple tristeza pasajera.

Todas estas definiciones coinciden en un orden de afectación para el individuo que es a nivel emocional, de comportamiento y de sus actividades en general, que por consecuente acarrea males a nivel físico, mental y hasta social provocando un declive en su forma de interactuar con el mundo volviéndose negativa y ausente por solo dar un ejemplo de las posibles consecuencias o desenlaces de padecer depresión.

1.4.2 Tipos de Depresión

El sentir tristeza es normal o pasar por momentos tristes, pero cuando esta llega a tener un grado de afectación mayor, en donde se ven afectadas las actividades del individuo entraría la depresión clínica o medica: Trastorno Depresión Mayor (TDM) en donde se está incapacitando a la persona en varias de sus actividades o funciones así como modificando su conducta. Al saber que es la depresión en el ser humano también se debe de mencionar que esta tiene diferentes tipos o niveles.

En el TDM o conocido comúnmente como simple depresión, a nivel psicológico existe la depresión leve, moderada y grave.

En la depresión leve, las características que presenta son una autoestima baja, o animo bajo, y algunas otras manifestaciones como, cansancio, afectación del sueño, del hambre, la concentración o la atención pero de tal forma que sus efectos negativos aun no repercuten en sus actividades cotidianas (IMSS, 2016).

La depresión que le sigue es la moderada que a diferencia de la leve, en el estado de ánimo que es bajo en esta etapa esta ya es de mayor importancia o afectación, presentando cuadros de llanto

que surgen con facilidad, sensación de estar agotado, malestares físicos, también se presenta las alteraciones del sueño e igualmente del apetito. Así como sensaciones o pensamiento negativos con respecto a sus acciones (que no están bien o no salen bien), y afectando la convivencia con su alrededor alejándose de los parientes o de la sociedad (IMSS, 2016). Otra diferencia del anterior nivel es que ya puede afectar a las actividades cotidianas del individuo que la está padeciendo.

A continuación esta la depresión grave y ésta se manifiesta en el o los individuos y de tal forma que concilian pensamientos negativos como los de que no deberían seguir vivos ya que: “sienten que afectan a las demás personas de forma negativa”, también sienten que no tienen la capacidad para realizar las cosas y por consecuencia comienzan a visualizar como suicidarse para no seguir viviendo (IMSS, 2016). En esta etapa de la depresión las actividades ya son afectadas a tal grado que incapacitan al individuo para poder llevarlas a cabo como solían hacerlas o simplemente ya no las puede realizar.

En este tipo de depresión NIMH (2009) menciona que también se le llama depresión grave y dice que está caracterizado por componer varios síntomas, e igualmente menciona que estos afectan la forma de trabajar, dormir, estudiar, comer y de realizar de forma negativa o de dejar de sentir gusto por las actividades que antes le eran placenteras. Refiere la incapacidad para seguir de manera normal sus actividades, aclarando que en la vida de las personas así como puede haber un episodio de depresión grave en su vida también la puede haber en varios momentos de ésta.

Los niveles referidos anteriormente son de manera específica hacia el TDM, sin embargo existen también diferentes tipos de depresión o trastornos los cuales pueden afectar a los niños, adolescentes, hombres y mujeres adultos, hasta los adultos mayores. A continuación se hace mención de los más importantes o conocidos.

El trastorno distímico o la distimia tiene como duración de dos años o más, síntomas que aunque estos, pueden ser menos graves y no provocan la incapacidad total de realizar actividades del individuo si provoca que éstas se vean afectadas a cierto nivel provocando que su vida y sentir no sea de la forma habitual (NIMH, 2009).

La Depresión psicótica es la que se da cuando la depresión grave tiene asociación con algún tipo de psicosis, por ejemplo cuando el individuo, presenta cuadros de alucinaciones o delirios o su percepción de la realidad no es la adecuada (NIMH, 2009).

El trastorno afectivo estacional se basa en la manifestación de una enfermedad depresiva, la cual únicamente se padece en la época de invierno, esto es porque la luz solar es de menor intensidad por el cambio de estación a niveles más fríos y de poco sol y dentro de esos meses que comprenden el invierno, se da este trastorno y finalmente en primavera o hasta verano (tardíamente) suele desaparecer dicho trastorno aunque aparentemente no es grave y su forma de revertirlo es con terapias de luz, suelen necesitar la intervención de algo más o la administración de medicamentos (NIMH, 2009).

1.4.3 Causas y Consecuencias

Las causas para desarrollar o padecer depresión son algo que aún no se ha comprobado que se den de manera aislada, esto quiere decir que un solo factor en si no lo puede provocar, tiene que haber diferentes elementos interactuando entre sí para poder provocar la depresión y entre ellos están: causas sociales y psicológicas.

En la sociedad existen diferentes factores que pueden influir en la adquisición de un trastorno o enfermedad referente a la depresión como por ejemplo está la desigualdad social, que provoca el estrés continuo y aunque hay redes de apoyo social para diferentes casos o problemáticas que se presentan para ayudar a contrarrestar la desigualdad social, también se relacionan sentimientos de autoestima y la alineación de estos pueden diferir y ayudar a una percepción negativa del papel en la sociedad que uno tiene, provocando todo esto en conjunto a que haya más probabilidad de que la depresión se presente (Álvaro, Garrido, Schweiger, 2010). El luchar por un lugar en la sociedad y todo lo que abarca este concepto es lo que mantiene a los individuos en un estado alerta de continuo desgaste, en todos los sentidos en donde sus esfuerzos cada vez son más altos y las recompensas o las posiciones en la sociedad son mínimas. Esto desencadena bajas emociones, sensaciones negativas, pérdidas de interés etc.

Por lo tanto mencionan Álvaro, Garrido, Schweiger (2010) la suma importancia de realizar más enfoques relacionados a las desigualdades sociales, para poder enfatizar su papel en la vida de los individuos y cómo afecta éste a la posición que están ocupando en ellas, pero el cual se les ha impuesto por el sistema de la sociedad, así poder vislumbrar la problemática que acarrea en la salud mental de los individuos reflejándose en las emociones o sentimientos ante esta desigualdad social que están viviendo. Para poder ver estos efectos a nivel de su salud y de su estado mental se tiene que hacer observaciones previas de la sociedad, su sistema, su forma de estructuración, las problemáticas dentro de la sociedad y todo lo que implica en la vida de las personas, sobre lo que tienen que pasar en su vida diaria para enfrentarla o sobrellevarla y finalmente las repercusiones que provoca todo este desequilibrio, analizando los efectos en su salud ante dichas observaciones pudiendo dar un panorama más claro y completo. También se debe mencionar en cuestión de las emociones que:

La represión de las emociones tiene una función social, por cuanto puede ser socialmente necesaria la inhibición de ciertas reacciones emocionales con capacidad de alterar las relaciones sociales y afectar incluso la propia estructura y funcionamiento de grupos y cualquier otro sistema de organización social (...).Una conducta “cargada” emocionalmente se realiza de forma más vigorosa, de manera que la emoción tiene la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia. Así, la ira facilita las reacciones defensivas, la alegría la atracción interpersonal, la sorpresa la atención ante estímulos novedosos (...). (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009, p.89)

Esto quiere decir que las emociones juegan un papel sumamente importante en el rol, actitud y forma de realizar las actividades de los individuos dentro de la sociedad, así como de interactuar con la misma. Como se menciona si las emociones son bien enfocadas a ciertas situaciones o momentos de la vida la reacción y respuesta es “positiva” y por lo tanto un buen desempeño en la sociedad, pero si estas emociones son “negativas”, mal focalizadas y se acumulan o en su defecto salen sin razón y control existe la posibilidad de que se altere el orden que ha llevado en su forma de vivir y afectando de forma negativa sus relaciones, actividades o hasta la percepción de la sociedad y de su trabajo en ella.

Dentro de las causas biológicas y genéticas existen igualmente factores que pueden ser internos del individuo que contribuyen a que aparezcan síntomas de la depresión y se unan a las demás causas mencionadas anteriormente, las hay desde el consumo de ciertos medicamentos (por su mecanismo de acción), alcoholismo crónico, consumo prolongado de drogas ilícitas, algunas enfermedades físicas, procedimientos quirúrgicos como por ejemplo las que provocan modificaciones físicas al paciente y permanente, trastornos hidroelectrolíticos (la hipocalcemia), el periodo menstrual por sus cambios hormonales y postparto, el climaterio (asociado a la disminución de producción de estrógenos), desnutrición, trastornos endocrinos, hasta intervenciones genéticas y neurológicas (Zoch, 2002).

A continuación se mencionaran algunos de estos causantes antes referidos, de la manera más general. En el aspecto genético: los estudios realizados en gemelos sugieren un factor genético, la concordancia en gemelos monocigotos es de 65% frente a 14% en dicigotos. El modo de transmisión es controvertido, mientras unos autores se inclinan por un gen dominante de predominancia incompleta, otros abogan por un factor genético ligado al cromosoma X y aun otros defienden la teoría poligenética (Zoch, 2002, p.7).

Aunque en estos estudios se menciona la relación entre la genética y la depresión en los gemelos no es muy clara y tiene ciertas controversias e incluso aún no se ponen de acuerdo que teoría se acerca más a estas conclusiones sobre la genética y la depresión, sin embargo se debía hacer mención de esta parte también para no descartarla.

Este mismo autor nos hace mención sobre los trastornos en los neurotransmisores, son las sustancias que se encargan de pasar un estímulo nervioso de una neurona a la siguiente. Para ello, se requiere que exista un equilibrio dinámico entre ellos. Si los niveles de ellos se encuentran disminuidos, se puede presentar un cuadro depresivo. Si, al contrario, se encuentran aumentados, se pueden dar un cuadro maniaco⁵ o una psicosis (Zoch, 2002, p.7).

Nos da a entender que en este nivel neuronal también existe relación directa con la depresión ya que se debe de mantener siempre cierto equilibrio o estabilidad en los niveles al pasar los estímulos nerviosos necesarios, de lo contrario pueden presentarse los estados que menciona

⁵ Los médicos y psiquiatras lo define como una especie de delirio o una alucinación de modo furioso o impetuoso y se caracteriza por tener algunos rasgos de tipo obsesivo.

como depresión o psicosis según lo que se produzca o se deje de producir a nivel de los neurotransmisores.

El consumo prolongado de drogas ilícitas como la cocaína y la marihuana producen un aumento en la liberación de neurotransmisores de tipo excitatorio⁶ que por mecanismos de homeostasis van a estimular el receptor pre sináptico y este a su vez disminuye la síntesis de ellos a nivel del cuerpo de la neurona lo que le va a ocasionar una disminuida disponibilidad ocasionando síntomas depresivos que son resistentes al tratamiento con antidepresivos ya que no tiene substracto sobre el cual actuar (Zoch, 2002, p.10).

Así también se menciona a las drogas y en conjunto con los neurotransmisores antes mencionados, que al consumir cierto tipo de drogas y en periodos grandes puede desencadenar en los neurotransmisores que se produzcan sustancias que en exceso disminuyen la síntesis de estos y así derivando síntomas depresivos.

En las enfermedades físicas como por ejemplo las crónicas degenerativas Gómez y Grau (2006, p.195) afirman que: el impacto emocional que tienen las enfermedades crónicas en los pacientes es innegable y está estrechamente relacionado con la incertidumbre e impredecibilidad⁷ del proceso de enfermedad, el distrés⁸ afectivo que genera, la pérdida de autonomía y el estigma social por los daños y cambios en su cuerpo, factores culturales, ambientales, espirituales y situaciones autobiográficas.

Entonces sugiere que al sentir todos estos cambios al presentar una enfermedad que lo único que hace es avanzar, el dolor, sufrimiento y las sensaciones que mencionan, afectan a un nivel importante en ellos y su vida, logrando que se den o surjan síntomas que deriven a un cierto tipo de depresión el cual no solo puede afectarle a los pacientes sino también a sus familiares y gente a su alrededor.

⁶ *Tienen un efecto específico de activación particularmente en las neuronas pos sinápticas del sistema nervioso.*

⁷ *Nota del autor. La palabra impredecibilidad se refiere al término impredecible el cual significa: imposible de predecir.*

⁸ *Actualmente el término de estrés negativo, es denominado como "distrés", el cual se refiere a un estado de angustia o sufrimiento en el cual una persona o animal es incapaz de adaptarse completamente a factores amenazantes o presión psicológica.*

Como se pudo observar en las definiciones la interacción de algunos o todos los elementos que se mencionan son casi necesarios para que la depresión o su sintomatología se presenten. No hay causas aisladas que se comprueben que la provoquen.

1.5 Vejez y Envejecimiento

Ahora bien se tratará de dar una conceptualización del conjunto de definiciones propuestas de que es la vejez o que se toma por vejez y así como revisar la diferencia que tiene con el envejecimiento que a muchos aún sigue confundiendo o tomándolo por un mismo concepto el cual erróneamente no es así. Cada uno tiene su definición y sus facetas o su propia línea que seguir aunque al final se entrelazan.

Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández (2009) nos mencionan que la vejez contiene historia, y como se quiera definir tiene algo de la forma de pensar de las diferentes culturas y de sus momentos, que conforme fue pasando el tiempo los científicos se fueron interesando más por definir la vejez y de estudiarlo particularmente.

También comentan que la vejez la solemos representar o vincular con la experiencia que uno gana con el paso de los años y de acumular vivencias y esto lleva a pensar que los viejos tienen o cuentan con sabiduría y que puede ser pasada de generación en generación, aunque para otros no es más que lo contrario, una etapa en la que la edad representa enfermedad y problemas para hacer las cosas o vivir (Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández, 2009).

Ham (2003, p.72) la refiere como: la condición de vejez y sus grados “se determinan por ciertos signos que son condicionantes o eventos biológicos, psicológicos, sociales y/o económicos, los cuáles varían en sentido y relevancia de acuerdo con las épocas, las culturas y las clases sociales”.

Para Ham la vejez está condicionado por factores que ocurren tanto en su alrededor como en su interior y que no van a ser los mismos en cada uno de los individuos tanto por su lugar de origen así como por época, cultura etc. Igualmente también se menciona que “Lo que mide, cuando lo medimos, es una disminución en viabilidad y un aumento en vulnerabilidad (...) se muestra como una creciente probabilidad de muerte con el aumento de la edad cronológica” (como se citó en García, 2003, p.94).

Pasando ahora al término de envejecimiento Blanck (1999, p.41) señala que “Envejecer es entrar en una etapa de la vida que comienza con pérdida de capacidades vitales, habilidades, trabajos, pertenencias, carreras y papeles sociales”. Buendía (1994, p.1) dice del envejecimiento que es “un proceso que comienza tempranamente y que a lo largo de la vida adulta se combina con los procesos de maduración y desarrollo”. Y también para Motte y Muñoz (2006, p.20) “es el conjunto de procesos que sigue un organismo después de su fase de desarrollo. Estos procesos dinámicos implican un cambio, es decir, transformaciones biológicas, psicológicas y/o sociales del organismo en función del tiempo”.

Y si referimos ahora, para la OMS (2015) desde el aspecto biológico el envejecimiento se ve como el desgaste de las moléculas y células la cual durante el paso del tiempo (años) se fue acumulando y provoca por consecuencia que las funciones que representaban esas moléculas y células se fueran mermando a tal grado que ya no responden o realizan adecuadamente su trabajo, reduciendo de manera externa e interna en el individuo la capacidad para realizar actividades que anteriormente podía realizar sin ninguna dificultad que al final lo lleva a tener o padecer enfermedades y hasta la muerte.

Todos estos autores al final nos mencionan que el envejecimiento conlleva un conjunto de cambios derivados del desarrollo de la persona a lo largo de su vida, el cual se ve implicado la parte biológica, social, cognitiva, psicológica etc. Que puede verse como un deterioro, un cambio, o un proceso natural de la vida y combinado con factores que provocan situaciones que merman la calidad de la vida del individuo en todos los aspectos en su defecto.

Entonces según lo que nos sugieren las definiciones anteriores en realidad vejez y envejecimiento no pueden ser dos conceptos aislados y por lo tanto es necesario hablar de ellos en conjunto mas no como si fuera una sola cosa. Es cierto que los dos representan parte de la

vida de un individuo pero es necesario no confundirlos para una mejor comprensión de sus aspectos propios como de los efectos o consecuencias que traen en la vida de un ser humano. Ahora bien la vejez puede verse como la última etapa del hombre que se toma más en el aspecto social, emocional, generacional etc. Y en el envejecimiento se habla de que su proceso comienza desde que uno nace y hasta el momento en que muere finaliza, y se refiere un poco más al sentido biológico (sin excluir los demás aspectos de la vida del hombre) en donde los órganos, y aspectos fisiológicos se van deteriorando hasta dejar de funcionar o bien morir según se al caso

1.5.1 Etapas del Envejecimiento

Según estudios y científicos la vejez cuenta con etapas pero no son tomados como tal, más bien son vistos como un nombre para poder asignar a los grupos de edad que comprende la vejez, y estos nombres solo desempeñan la función de designarle un título a esos grupos de edad ya que se ven más como un sinónimo uno de otro que como conceptos bien definidos de cada grupo de edad, no cuentan con precisión de definición (Zetina, 1999).

Aunque hay personas que se adentran a darles a cada uno de los términos su propia definición sin ser una, la que sea empleada de manera global o universal y que cuando se intenta buscarlos se encuentra con un sinfín de sinónimos, y de definiciones algunas fundadas en teorías, en científicos y otras relacionadas con el mero sentido común de lo que se cree que es esta etapa o termino. Es necesario darle un concepto bien esclarecido para fines académicos, científicos y de divulgación de información ya que para poder comprender esta clase de temas es fundamental conocer su terminología y partir de una sola línea de conceptos y no de una revoltura de todo lo que encuentre en los libros, internet o de la boca de las personas ya que son importantes.

A continuación se muestra terminología empleada para los grupos de edad y sus nombres.

Tabla 2: Conceptos de vejez según grupos de edad

Autor y/o institución	Grupo de edad	Concepto
Brocklehorst 1974	60-74	Senil
	75-89	Ancianidad
	90 y más	Longevidad
De Nicola 1979	45-50	Presenil
	50-72	Senectud
	72-89	gradual
	90 y más	Vejez declarada Grandes viejos
Sociedad de Geriatria y Gerontología de México	45-59	Prevejez
	60-79	Senectud
	80 y más	Ancianidad
Stieglitz 1964	40-60	Madurez
	61-75	avanzada
	76 y más	Senectud Senil

Fuente: Zetina, M. “conceptualización del proceso de envejecimiento. En Papeles de población. No. 019 Universidad Autónoma del Estado de México. Enero-marzo, 1999

Sin embargo el sociólogo Torres (2017) nos menciona que existen tres fases de la vejez. La primera comprende la prevejez (55 a 65 años) considera que aquí es en donde apenas se comienza a mermar algunas de las capacidades o funciones que antes el adulto mayor podía desempeñar con mayor facilidad, la vejez (65 a 79 años) aquí a parte de ahondar más en las dificultades psicomotoras, también se caracteriza por un estado en el que el adulto mayor hace recuentos de su pasado, sus experiencias así como recuerdos y, la ancianidad (80 años en adelante) la vejez ya está por concluir, se acerca a la muerte, las afectaciones son de mayor grado y a todos los niveles, cual si fuera un niño comienza a depender de otros para llevar a cabo sus actividades o necesidades.

Autorrealización e Integración

La autorrealización, es el deseo de satisfacción personal que produce un sentimiento de triunfo, la sensación de poder y dominio, que incrementa la autoestima de la persona, lo que él o ella piensan sobre sí mismos. Maslow (como se citó en Rivero, 2009) habla de autorrealización como la culminación de las aspiraciones más deseadas, de alcanzar metas difíciles, de hacer algo que exija emplearse a fondo. Es por ello que Rogers (como se citó en Herrera, 2016) habla de autorrealización diciendo que esta no es un fin sino un proceso: es saber disfrutar de la vida; aceptarse sin apartar la posibilidad de cambiar; valorar lo que uno piensa y siente; ser independiente, valorar las relaciones con los demás sin someterse a sus expectativas, resolver adecuadamente los conflictos; y además, es aceptar la responsabilidad de la propia vida. Por lo tanto, para que la autorrealización pueda ser, es importante tomar en cuenta la integración de nuevas fases, ya que constantemente nos encontramos en cambio. Para esto se debe dar paso a la integración en el cual Durkheim (1987) hace referencia al grado en el que se comparten los sentimientos colectivos.

Pérez y Merino (2008) en su concepción definen la palabra integración de acuerdo a su origen en el concepto latino integratío. Se trata de la acción y efecto de integrar o integrarse constituir un todo, completar un todo con las partes que faltaban o hacer que alguien o algo pase a formar parte de un todo. Es así que DefiniciónMX (2017) denomina integración al proceso mediante el cual un determinado elemento se incorpora a una unidad mayor. Así, por ejemplo, es posible hacer referencia a la integración social, a la integración laboral, la integración económica, la integración energética, la integración regional, etc. La circunstancia antagónica se denomina desintegración, y tiene que ver con la separación de las distintas partes de un todo hasta el punto de eliminar la entidad primigenia que lo constituía (DefinicionMX, 2017).

Por ello Blay define autorrealización como una versión genuina, una versión superior, indica una meta concreta a conseguir, que puede ser enfocada desde diversos ángulos. Así, podemos decir que autorrealización es el hecho de centrar y actualizar nuestra conciencia en lo real. Esto puede parecer algo abstracto, puesto que podemos preguntarnos qué quiere decir, qué es lo real. Lo real es lo que es idéntico a sí mismo, lo que es permanente, lo que no cambia ni depende de ninguna otra cosa, puesto que es en sí mismo y por sí mismo (Como se citó en Tahita, 2017).

Ocio

Cuando hablamos del adulto mayor se sabe que esta fase de la vida muchos se encuentran en momentos de ocio, Argyle define el ocio como una fuente de bienestar importante para los que no están trabajando y más importante para los que sí están (Como se citó en García, 2002). Para esta idea debemos entender que el concepto puede ser correlacionado con situaciones negativas en conclusión con Marín, García y Troyan (2006) el ocio en la ancianidad es un proceso que ha cambiado con el tiempo sin embargo, no es algo exclusivo del adulto mayor. Esta designación de ocio en términos negativos muchas veces lo definen como lo opuesto al trabajo o actividades productivas, nos lleva a la tentadora y casi automática asociación del ocio con la jubilación. El ocio es ante todo, una vivencia, y como tal una experiencia que, bien entendida, puede ayudar a realizarnos y construir puentes de comunicación hacia los otros, mejorando la comprensión y el entendimiento de nuestro entorno (Bedmar y Montero 2010).

Educación

Para poder lograr esos puentes de comunicación que nos ayuden a vivir una mejor vejez debemos darnos a la tarea de enseñar a la población en general. La definición de Pérez y Moreno (2013) nos dice que históricamente la enseñanza ha sido considerada en el sentido de realizar las actividades que lleven al estudiante a aprender, en particular, instruirlo y hacer que ejercite la aplicación de las habilidades. Enseñar es presentar y hacer adquirir a los alumnos conocimientos que ellos no poseen, Cousinet (2014) hace uso de los conocimientos con cualquier tipo de informaciones, que serían igualmente nuevas para los alumnos. Se distinguen de estas porque tienen un valor utilitario (útiles para la adquisición de otros conocimientos).

Es así que para poder lograr enseñar se necesita de la educación, para los adultos merece un análisis especial, Couso, Zamora, Bernardo y Díaz (2016) hacen hincapié en cuanto a la etapa de prejubilación como periodo apropiado para nociones capaces de variar radicalmente sus consecuencias cuando se actúa debidamente sobre él, encaminado los intereses del individuo hacia los aspectos extra laborales que deben de sustituir en su momento a la actividad de la cual la persona se desvincula al dejar el trabajo definitivamente. La educación es un derecho humano

esencial para el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE, 2012) dice que posibilita el ejercicio de los demás derechos. La educación promueve la libertad y la autonomía personal, y gracias a ella es posible mejorar las condiciones sociales, económicas y culturales de un país; está demostrado que el incremento de la escolaridad de la población se asocia con el mejoramiento de la productividad, la movilidad social, y otros. Para Tanahuvia (2010) educación, proviene del latín *educatio*: acto de criar (animales, plantas), y, por extensión, formación del espíritu, instrucción. El vocablo latino *educatio*, Onís, deriva del verbo *educare*, formado por (*afuera*) y *ducare* (guiar, conducir).

Carvajal conceptualiza la didáctica como la ciencia de la educación que estudia e interviene en el proceso de enseñanza- aprendizaje, con el fin de conseguir la formación intelectual del educando (Como se citó en Abreu, Gallegos, Jácome y Martínez, 2017). La palabra didáctica para Carvajal tiene origen del griego *didacticós*, que significa “el que enseña” y concierne a la instrucción; *didasco* que significa “enseño” a esta se la considerado parte principal de la pedagogía que permite dar reglas para la enseñanza, fue por esto que un principio se interpretó como “el arte o la ciencia de enseñar o instruir” (Como se citó en Barragán, 2017). Otra concepción mencionada por Ratke dice que didáctica viene del griego *didaktiké*, que quiere decir arte de enseñar (Como se citó en Quispe, 2010).

A través de esta forma anteriormente mencionada se logra el objetivo hacia los individuos que es el del aprendizaje y en éste, Kimble nos dice que es un cambio más o menos permanente de conducta que ocurre como resultado de la práctica. La conducta aprendida difiere de la conducta instintiva porque el instinto es una pauta fija de acción de carácter innato, no es algo aprendido (Como se citó en Wompner y Fernández, 2007). No solamente cambia la conducta cuando aprendemos algo. La permanencia del cambio indica que ha habido una modificación más profunda en las neuronas que regulan e comportamiento. Para Fernández (2007) es un proceso interno que no puede ser aprendido empíricamente. Se desarrolla en general a partir de la confrontación o situaciones de su medio. La capacidad de aprendizaje de los adultos y en especial también de las personas de edad parece depender en mayor medida del entrenamiento de la motivación y de una situación de aprendizaje favorable, que la edad del individuo. Así como nos refiere Olivo (2014) se focaliza en el alumno, principalmente en el despliegue neuronal y emocional que tiene este ser. Es un proceso neurocognitivo y evolutivo que está

relacionado no sólo con lo que se le entrega en la escuela, sino también con lo que recibe del entorno en que se desenvuelve. Tanto para que este proceso de aprendizaje sea eficaz y tenga beneficios en el alumno o quien este aprendiendo se necesita de una adecuada asimilación y esta se puede definir como un proceso de adquisición de significados y la posterior pérdida gradual de ellos a través del tiempo.

Se reúnen en un solo proceso de asimilación que consta de cuatro etapas temporales, denominadas asimilación obliterativa⁹, la fuerza de disociación, el umbral de disponibilidad y la potencialidad (Paniagua y Meneses, 2006). Otra conceptualización nos dice que la asimilación, es la integración de elementos exteriores a estructuras en evolución ya acabadas de un organismo, Piaget entiende que ninguna conducta implica un comienzo absoluto parte siempre de estructuras ya construidas, es decir que la asimilación implica generalizar el conocimiento previo a nuevas parcelas de la realidad (como se citó en Piscdesarrollo, 2013). Por otro lado, para Ramos (2013) asimilación es cuando se moldea la información nueva para que encaje en sus esquemas actuales. Es un proceso pasivo que requiere modificar o transformar información nueva para incorporarla a la ya existente. Cuando ya se acomoda con la existente se forma un estado de equilibrio.

Ahora bien es importante recalcar que existen varias formas y medios para poder aprender, asimilar e impartir o dar información como lo son: la activación física la cual nos refiere que es todo movimiento del cuerpo que hace trabajar a los músculos y requiere más energía que estar en reposo. Caminar, correr, bailar, nadar, practicar yoga y trabajar en la huerta o el jardín son unos pocos ejemplos de actividad física (National Institutes of Health [NIH], 2012). E igualmente puede definirse como cualquier movimiento corporal producido por los músculos y que requiere de un gasto energético. Ejemplos de actividad física son todas las acciones motoras que se realizan a diario: el trabajo en la oficina, el quehacer doméstico, subir escaleras, caminar, correr y, en resumen, cualquier movimiento que efectúe una persona. Es importante resaltar que la actividad física debe ir acompañada de una alimentación equilibrada y nutritiva, ajustada de acuerdo con la edad, el sexo, la estatura y la condición de la persona (Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Ciencia, 1996).

⁹ *El proceso de asimilación obliterativa se compone de 2 etapas: retención y olvido, las cuales son encargadas de hacer que el ser humano sea capaz de aprender y comprender todo conocimiento que se le enseña.*

Comunicación

También la comunicación es un medio importante para poder realizar efectivamente estas tareas, entonces esta se entiende por el proceso mediante el cual el emisor y el receptor establecen una conexión en un momento y espacio determinado para transmitir, intercambiar o compartir ideas, información o significados que son comprensibles para ambos (Thompson, 2008). Y de acuerdo con otra definición emitida por el Ayuntamiento de Bilbao (2008) la comunicación familiar, es el dialogar pues este medio es importante en la relación entre las personas, lo es más en el ámbito familiar. A través de la comunicación establecemos contacto con las personas, transmitimos nuestros pensamientos y sentimientos. La Guía Infantil (2000) nos dice que la comunicación nos sirve para establecer contacto con las personas, para dar o recibir información, para expresar o comprender lo que pensamos, para transmitir nuestros sentimientos, comunicar algún pensamiento, idea, experiencia o información con el otro, y para unirnos o vincularnos a través del afecto y de la empatía. Y se debe en conjunto mencionar a las redes sociales de apoyo, como formas de relación y como sistema de transferencias, pueden proveer varios beneficios y retribuciones para las personas adultas mayores. Méndez y Cruz visualizan el valor y la importancia de la red social para este grupo etario se puede considerar un campo de intercambio de relaciones, servicios y productos, a partir del cual se puede derivar seguridad primaria (satisfacción de las necesidades básicas), amparo y oportunidad para crecer como persona (Como se citó en Universidad de Costa Rica y Consejo Nacional de la persona Adulta Mayor, 2008).

Estas también contribuyen a la calidad de vida de la población adulta mayor, para CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) no es solo porque proveen apoyos materiales e instrumentales que mejoran las condiciones de vida, sino también por el impacto significativo en el ámbito emocional. Las percepciones desarrolladas por las personas adultas mayores que participan en las redes, respecto al desempeño de roles sociales significativos, constituyen un elemento clave en su calidad de vida (Como se citó en Universidad de Costa Rica y Consejo Nacional de la persona Adulta Mayor, 2008). La red social puede ser un factor de protección frente a la pérdida de funcionalidad y el inicio de la discapacidad básica. Cuando se convive con la pareja hay una menor probabilidad de padecer de depresión, de acuerdo con un análisis de personas adultas mayores costarricenses. Igualmente, la frecuencia de contactos

con los hijos fuera del hogar presenta asociaciones positivas con los indicadores de salud examinados (Como se citó en Universidad de Costa Rica y Consejo Nacional de la persona Adulta Mayor, 2008).

1.6 Marco Referencial

1.6.1 Programas en apoyo al Adulto Mayor

Unas de las principales problemáticas existentes en el sector salud es la falta de atención en los servicios que se ofrecen en cuanto a salud se refiere, con esto deseamos retomar la idea, que en la actualidad se tienen prejuicios sobre el tema, ya sea porque se duda de la capacidad del personal, o porque se menciona que solo se enfocan en los números, es decir, solo importa reducir el porcentaje de población con daños. Es por ello que en este apartado se muestran algunos de los programas existentes y pueden ser vinculados a la prevención de la depresión en adultos mayores, con el propósito de conocer su objeto de estudio y así reconocer las áreas de oportunidad que permitan enriquecer el Programa de Salud “Prevención de la Depresión en la Vejez”, con el cual se trabajó en la presente investigación.

Es importante resaltar que algunos de éstos fueron o son llevados a cabo en el municipio donde se realizó nuestra investigación. Dentro de los mismos se enlista una serie de consideraciones a tomar en cuenta para futuras alianzas y recomendaciones de mejora en relación con lo mencionado anteriormente”.

“Pensión para Adultos Mayores”

Con la idea de ayudar al adulto mayor a tener un mejor estilo vida, la Secretaría de Desarrollo Social en el 2000 (SEDESOL), se dio a la tarea de realizar la creación del Programa Pensión

para Adultos Mayores, el cual atiende a nivel nacional a las personas adultas mayores (AM) de 65 años en adelante.

La SEDESOL pretende otorgar apoyos económicos y de protección social, a través de promover grupos de crecimiento y jornadas informativas sobre temas de salud. Además de dar facilidades para acceder a servicios y apoyos de instituciones como el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), Seguro Popular, y aquellas que ofrecen actividades productivas y ocupacionales.

También la SEDESOL promueve el Programa Pensión para Adultos Mayores que se encarga además de realiza acciones de participación comunitaria tales como grupos de crecimiento, campañas de orientación social, jornadas y sesiones informativas dirigidas a mejorar la salud física y mental de las y los beneficiarios.

Uno de los principales compromisos dentro del mismo, es ayudar al adulto mayor a crecer y esto se da a través de las herramientas que brinda este, es por ello que en particular es uno de los que causa mayor atención, ya que tiene diversas áreas para poder ayudar a los adultos mayores. Sin embargo a pesar de su conjunto de instrumentos que ofrece no es totalmente conocido es decir, a pesar de su gran cobertura en el municipio de Chimalhuacán, no todos los adultos mayores tienen conocimiento de él, esto debido a que la publicidad es insuficiente, además de que algunos de los medios de comunicación donde se puede obtener mayor información como; internet, televisión o algunos carteles, no son de fácil acceso para los adultos mayores, ya sea porque no saben leer, no ven bien o no tienen alguien que les apoye.

Éste ha brindado apoyo a un porcentaje importante de personas, sin embargo aún existen ciertos puntos que pueden mejorarse como la atracción de la población para participar, e invitar al personal a cargo a estar más atento a que se cumplan las actividades acordadas, puesto que nuestro grupo etario se deja llevar más por la parte monetaria, sin darse cuenta que existen otras partes del programa como el tener un seguro social, o tomar talleres que les ayuden a mejorar sus vidas (Secretaría de Desarrollo Social, 2015).

“Acción Atención al Envejecimiento”

En el periodo 2001-2006 la Secretaría de Salud (SSA) promueve el Programa de “Acción Atención al Envejecimiento”, que busca atender principalmente al grupo etario de la tercera edad, el objetivo principal es proteger la salud, prevenir, controlar o retardar la aparición de las enfermedades o discapacidades de mayor importancia y elevar la calidad de vida de los adultos mayores. Por lo que de acuerdo al contexto del esquema se puede observar que su principal prioridad se relaciona con la parte biopsicosocial del adulto mayor. El cual pretende ser una guía y un compromiso de trabajo de las instituciones de los sectores público, social y privado para afrontar de manera integral los problemas que afectan a la población adulta mayor y alcanzar una cultura a favor del envejecimiento.

Busca atender las necesidades de la población para poder lograr una mejora de sus estilos de vida desde una parte social, sin embargo este proyecto no fue tan sonado como otros tantos, ya que al no ofrecer un monto unitario a la población, estos no mostraron mucho interés. Lo anterior refleja que aún se deben trabajar muchos otros aspectos: la ideología, la cultura y lo social y no solo la parte económica. Por ello es importante buscar opciones en éste para lograr captar la atención e impactar de manera considerable a la población de adultos mayores, ya que es un proyecto que tiene diversos puntos de positivos que deben ser mejor aprovechados.

Existen líneas de acción que se pretender llevar a cabo a través de la alianza estratégica con otros para obtener mayores resultados, beneficiando así atención y calidad del anciano. Dentro de dicha alianza se encuentran los programas: “Educación Saludable”, el de Arranque Parejo en la Vida, así como el de Salud y Nutrición, los cuales sirven para atender con calidad a las personas de este grupo de edad (Secretaria de Salud y Subsecretaria de Prevención y Protección de la Salud, 2001).

“Fondo de subsidio Establecimiento de larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)”

El Servicio Nacional del Adulto Mayor ([SENAMA], 2003) da arranque a uno de sus proyectos más importantes para el grupo etario de tercera edad, dando paso al desarrollo del Programa “Fondo de subsidio Establecimiento de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)” de origen chileno, en el cual dentro de sus principales funciones a desarrollar se encuentra el mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores, principalmente a los ancianos en situación de vulnerabilidad y dependencia.

El ELEAM en conjunto con SENAMA lo crean con el objetivo de satisfacer las necesidades básicas a través de la atención médica especializada, la implementación de estrategias dentro de la comunidad, la protección de sus derechos, logrando así una promoción del envejecimiento. Este proyecto del sector privado se lanza a la comunidad como apoyo a la población sin fines de lucro, logrando así ayudar a su comunidad.

El Fondo de subsidios es un ideal que puede retomarse para ponerlo en acción en México, ya que este no solo pretende brindar apoyos económicos sino que además busca captar la atención de su público, haciendo que su comunidad salga a flote y que el adulto mayor sea capaz de empoderarse a través de las estrategias contempladas en el fondo, sin embargo algunas de los factores negativos para ELEAM sería la selección de personas, debido a que con esto limita al resto de su población, otra cuestión importante a considerar es la dificultad para acceder ya que al indagar sobre este proyecto SENAMA, observamos que no todos tienen acceso a las convocatorias. El Fondo de subsidios tiene una serie de herramientas que deberían ser más explotadas, puesto que cuenta con el potencial, material y el apoyo para tener cobertura no solo a nivel nacional sino internacional también.

Programa “Nacional de Envejecimiento Activo y Salud (PRONEAS)”

Ministerio de Salud de la Nación (2015) lanza el Programa Envejecimiento Activo y Salud (PRONEAS)”, el cual busca articular acciones dirigidas a las personas mayores, a través del

establecimiento de un modelo de salud integral que mejore su calidad de vida desde el enfoque del envejecimiento activo y saludable, pretende favorecer el desarrollo de la promoción de la salud y la atención primaria de salud para adultos mayores en el sistema de salud.

Dentro de las líneas de acción dirigidas a sustentar el programa se encuentra la promoción de los derechos reconocidos por la constitución, por medio del desarrollo de servicios integrados para la vejez frágil y dependiente. De acuerdo con la Dirección Nacional de Promoción de la salud y control de enfermedades no transmisibles (2007) busca la accesibilidad al sistema de salud de un modo más accesible y así mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con el enfoque de envejecimiento activo desde un enfoque biopsicosocial.

El PRONEAS busca ayudar al adulto mayor a ser más independiente, líder y empoderado, sus métodos no son del todo abstractos pues buscan crear viejos más activos, sin embargo, no logra entenderse de manera total, ya que no se encuentran convocatorias sobre ellos, tan fácilmente como otros. Por otra parte, la planeación y diseño son loables y serian efectivas si logran efectuarse en conjunto con otras instituciones para tener un impacto considerable en el grupo poblacional.

“Turismo Social”

La SENAMA lanza en 2003 el programa “Turismo Social”, el cual consiste en que Adultos Mayores en situación de vulnerabilidad puedan acceder a espacios de recreación y/o esparcimiento fortaleciendo así sus redes de apoyo. Dentro de las funciones a desarrollar en él se contempla el financiamiento de viajes por el día, facilitando el acceso a lugares de interés turístico y cultural, según requerimientos específicos de SENAMA como entrega de servicios de calidad en cuanto a alimentación y traslado. Además, incluye la implementación de actividades que fomenten la integración social y que propicien espacios significativos para ellos/as (SENAMA, 2017).

Su principal objetivo es contribuir al desarrollo social, cultural y de esparcimiento de los Adultos Mayores en situación de vulnerabilidad ayudando así al acceso de espacios de recreación y esparcimiento que fortalecen sus redes de apoyo. Este se crea específicamente para personas de

60 años en adelante, dejando así abierta la posibilidad de brindar el apoyo no solo a personas del país sino a extranjero, es relevante mencionar que éste tiene carácter internacional, generado en Chile.

“Asesores Seniors”

Asesores Seniors es un programa que nace en el 2003, pero es hasta el 2007 cuando se lanza como prueba piloto, misma que se da a la tarea de diseñar actividades pensando en los adultos mayores con el propósito de generar un espacio concreto de participación social y valoración de la experiencia de las personas mayores. El Servicio Nacional del Adulto Mayor, (SENAMA); y el Fondo de Solidaridad e Inversión Social, (FOSIS), presentaron la versión 2015 de voluntariado Asesores Senior.

El FOSI Y el SENAMA a través de esta exitosa iniciativa, da lugar a adultos mayores principalmente docentes jubilados a entregar apoyo escolar a niños y niñas que pertenecen a familias vulnerables, con el fin de que mejoren su rendimiento escolar, su conducta y que adquieran hábitos de estudio. En la Región donde se lanzó la prueba, participaron 7 voluntarios mayores y como resultado la mayoría de los niños(as), fueron beneficiados, quienes recibieron el material educativo de apoyo para este año, en el marco de su lanzamiento realizado en La Casa de Encuentro del Adulto Mayor (SENAMA, 2015).

El primer paso de implementación, fue orientada a la realización de actividades de alfabetización para integrantes de familias. Esto se tradujo en que Adultos Mayores, principalmente Profesores Jubilados, enseñaran lectura y escritura a personas adultas que quisieran aprender a leer y escribir. Las y los beneficiarios recibieron apoyo de las fundaciones que se unieron para obtener resultados extraordinarios, dando lugar así a que los adultos pudieran demostrar que aun cuentan con el potencial para poder adquirir una responsabilidad y que además fueron capaces de ayudar a un grupo población.

1.7 Prevención en la Tercera Edad

1.7.1 Importancia de la Prevención en la Depresión dentro de la Tercera Edad

La OMS (1998) define la prevención como medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, sino que además estas sean capaces de reducir los factores de riesgo y también detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Los determinantes que establecen la salud luego de un estudio epidemiológico de las causas de muerte y enfermedad en el informe de Lalonde de 1974, donde se establecieron cuatro grandes aspectos de la salud, marcando una preeminencia para la atención de la salud tanto individual como colectiva.

Para el informe Lalonde estos determinantes son: “Medio ambiente: relacionado a los factores ambientales físicos, biológicos, (...) y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común” (como se citó en Villar, 2011, p.239).

Mientras que los “Estilos de vida: Relacionados con los hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc.” (Como se citó en Villar, 2011, p.239).

De manera relevante “La atención sanitaria: que tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones” (como se citó en Villar, 2011, p.239).

Los determinantes que establecen la salud se dirigen a toda población en general, brindando beneficios y atención por parte de los servicios a todo aquel que la requiera, sin embargo, al referirnos al adulto mayor parece perderse el goce de este derecho, creyendo que debemos enfocarnos en niños por ser parte del “futuro” del país, olvidando que los ancianos también son seres humanos y que estos poseen diversos derechos. Envejecer no es fácil y cuando nos hacemos mayores sufrimos cambios físicos, hormonales, emocionales y de rutina. Así como

padecer una enfermedad grave, como cáncer, Alzheimer o demencia senil, estos cambios son solo algunos factores de riesgo que hacen que los adultos mayores puedan sufrir depresión.

1.7.2 El valor de Prevenir

Dada la situación de la salud de la población durante los últimos años, el sistema de salud ha tenido modificaciones importantes orientadas al fortalecimiento de la Atención Integral de la Salud, basadas en la necesidad de fortalecer la atención en el nivel primario, lo que llevo a cambiar el objetivo de la atención de la salud en ese nivel, dando prioridad de la atención a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.

Cuando se comenzó a hablar acerca de los determinantes de la salud, es cuando se inició al proceso de la prevención como un beneficio. Es por que la promoción, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, se vuelven una línea de acción de prevención siendo esta la más efectiva y activa para conseguir una vida saludable y digna. Las acciones dirigidas a la prevención ocupan un lugar predominante, porque permiten incrementar los niveles de salud de la población, evitando así que esta se enferme, a un costo menor, en comparación a los altos costos que generan la atención de la salud recuperativa.

Nos centraremos en la población de adultos mayores y en los problemas de depresión. Para empezar, es recomendable tratar de prepararse para los grandes cambios en la vida, como jubilarse o mudarse de la casa en la que se vivió durante muchos años. Una manera de hacerlo es tratar de mantener las relaciones con los amigos; ellos pueden ayudar a aliviar la soledad si la persona pierde a su cónyuge. También puede comenzar con un pasatiempo, dado que esto ayuda a mantener la mente y el cuerpo activos. El ejercicio también contribuye a prevenir la depresión o levantar su estado de ánimo. Sentirse bien físicamente y llevar una dieta balanceada, puede ayudar a evitar enfermedades que pueden provocar incapacidad o depresión.

1.8 Responsabilidades del Sector Salud ante la problemática de Depresión en el Adulto Mayor.

La prevención de la enfermedad, es una de las cinco funciones básicas de la Salud Pública, las cuales en conjunto constituyen las etapas del proceso de Atención Integral de la Salud que busca que la atención de la salud sea brindada en todas las etapas de la historia natural del proceso salud enfermedad, es decir que la atención de la salud de toda persona, debe comenzar desde que se produce la germinación, porque en esa etapa ya pueden comenzar a actuar los factores de riesgo o inclusive algunas causas de enfermedad y luego continuar a través de toda la vida.

Villar (2011) retoma que los servicios de salud deben dar cumplimiento a cinco principales funciones las cuales fueron tomadas en 1953 en su concepción de la teoría: La Historia Natural de la Enfermedad por los doctores Leavell y Clark, y que fueron modificados a la doctrina moderna de la Salud Pública, de lo que se desprende:

1. Toda enfermedad en un ser humano se gesta en un período pre patogénico que puede ser muy corto o muy largo. En esta etapa, el objetivo es que el ser humano goce de un óptimo estado de salud, como primera función de la salud pública debe realizar Promoción de la Salud por parte del sector salud.
2. Como segunda línea de acción la salud pública debe brindar Protección de la Salud. Como respuesta a los hallazgos desfavorables del medio ambiente y las condiciones de los alimentos, del medio ambiente, como por ejemplo aquellas que tienen que ver con la potabilización del agua y la eliminación de aguas residuales, o los gobiernos locales que tienen que supervisar la disponibilidad de los alimentos y las buenas condiciones de estos.
3. El sector salud se da a la tarea de realizar acciones de salud tendientes a la Prevención de las Enfermedades y pueden ser de Prevención Primordial, que significan evitar el surgimiento y la consolidación de patrones que afecten o compliquen la salud, o de Prevención Primaria, cuyo objetivo: es limitar la Incidencia de enfermedad.
4. Ya en la etapa patogénica el sector salud debe evitar que la enfermedad progrese es lo que se llama Prevención Secundaria, cuyo objetivo es la curación de los pacientes y la

reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

5. Un poco más tardíamente, en esta misma etapa patogénica, está la Prevención Terciaria, cuyo objetivo es reducir el progreso o las complicaciones de una enfermedad ya establecida.
6. Por último, están las acciones de Restauración de la salud, que son acciones de los Servicios de Salud, mediante Asistencia Sanitaria, destinadas a recuperar la salud de las personas que la han perdido por medio de Rehabilitación: que son acciones de salud dirigidas a ayudar a las personas a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social.

CAPÍTULO 2. DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

2.1 Unidad de Estudio

Los adultos mayores (65 años y más) sufren mayor vulnerabilidad a padecer un trastorno depresivo, lo que provoca que se expongan a riesgos de salud (efectos negativos en su calidad de vida), aumentando así los riesgos de mortalidad, siendo este un problema grave de salud a nivel mundial. Y a su vez el que estén deprimidos es igual de negativo cual si tuvieran una enfermedad crónica (Peña, Herazo y Calvo, 2009). También nos refiere Gómez (2007, P.80) que:

La depresión en el anciano se está convirtiendo en un importante problema de salud pública. Caracterizada por una mayor gravedad, un elevado riesgo de suicidio y dificultades a la hora de identificarla, es una enfermedad que, con todo, puede y debe ser tratada.

Por lo tanto es importante unir el concepto de depresión y adulto mayor para poder atender a las necesidades en este aspecto que los adultos mayores tienen.

En la presente investigación nuestra unidad de estudio es la depresión en el adulto mayor, pero bien ¿Que es la depresión?, de acuerdo con la OMS (2017) refiere que la depresión se define como un trastorno que se lleva de la mano con la demencia, una enfermedad que es más aludida en los Adultos mayores y que se debe a las diferencias existentes entre cerebro joven y el de una persona de edad avanzada, que biológicamente se da explicación por la disminución de la sinapsis cerebral y la densidad cerebral principalmente.

La depresión es una enfermedad que normalmente pasa desapercibida, por ser un tema del cual pocos tienen conocimiento y mayor es el atraso ante tal trastorno cuando se menciona que es

una persona mayor quien sufre de esta. Y eso se debe a que todos los padecimientos en ellos, se ven como un “achaque” de la edad. Sin embargo en la actualidad el impacto de la depresión está siendo cada vez más reconocido debido a la condición que refleja el adulto mayor, ya que ésta no solo se refleja en su estado de ánimo, sino en varios aspectos tanto físico, emocional, psicológico y social en la persona que la padece. “La depresión es la responsable no solo de un importante sufrimiento para el paciente y para su entorno, sino de un incremento en la prevalencia y en la mala evolución de otras complicaciones médicas existentes” (Gómez, 2006, p.104).

De acuerdo con datos emitidos por la OMS (2016) de los adultos que tienen más de 60 años de edad, un 20 % sufre algún trastorno mental o neuronal y también el 6,6% de las discapacidades que tienen éstos son asociados con los trastornos mentales y de sistema nervioso. Siendo la depresión también muy común en los adultos mayores.

El adulto mayor puede no darse cuenta que este en una situación de depresión y que esto haga que confunda ciertos tipos de síntomas con situaciones derivadas a su vejez por ejemplo falta de apetito, del sueño, interés, energía, etcétera (Martínez, 2007).

2.2 Planteamiento del Problema

Se conoce como depresión al trastorno del estado de ánimo y a las emociones. Las emociones normalmente cambian y sus dos grandes variaciones son la tristeza y la alegría. Nos menciona el IMSS (2014) que:

La depresión es una enfermedad que está relacionada con una disminución en la serotonina, que es un neurotransmisor que regula las emociones de bienestar y el sueño; provocan un cambio en su energía y se ve reflejada en una serie de alteraciones en las que dominan los sentimientos de tristeza y baja de voluntad.

A partir de la investigación realizada podemos observar que a nivel internacional en “Estados Unidos y Europa la prevalencia de depresión oscila entre el 6% y el 20 %, aunque en Italia asciende hasta el 40%” (Sotelo, Rojas et al., 2012, p.07). A diferencia de otros países, “La depresión es uno de los factores de riesgo más comunes para el suicidio. Las mayores tasas de suicidio en EUA se observan entre las personas de 70 años o más” (Sotelo et al., 2012, p.07).

Sin embargo otros estudios reportan que este es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, esto es en un 15 a 20%, en la población ambulatoria, incrementándose hasta en 25 a 40% en la hospitalizada; y la incidencia de casos nuevos por años es de aproximadamente 15%. (Sotelo et al., 2012, p.07)

Nos dicen que este tipo de trastorno es más visto en pacientes que provienen de instituciones residenciales o bien en pacientes que se encuentran hospitalizados y que va aumentando cada año. La depresión es un problema con mayor enfatización en mujeres, pero cuando se habla de la edad, el adulto mayor es quien más prevalencia tiene.

La Depresión es un trastorno que afecta a 350 millones de personas en el mundo. En América Latina y el Caribe la sufre el 5% de la población adulta, pero seis de cada diez no reciben tratamiento (OPS, OMS, 2012).

Estas cifras son fundamentales para darse cuenta de que es un trastorno que puede darle a cualquiera en cualquier etapa de su vida y según sea en la que se encuentre el individuo tendrá mayor afectación según sus factores de riesgo y protectores.

Por medio de información proporcionada en Paraguay por la OPS y OMS (2010) nos dicen que:

La proporción de personas enfermas que no reciben atención alcanza entre el 60 y el 65%. La falta de servicios apropiados, de profesionales de la salud capacitados especialmente en la Atención Primaria, y el estigma social asociado a los trastornos mentales son algunas de las barreras para el acceso a una atención adecuada, además de la necesidad de mejorar la capacidad de identificación y tratamiento temprano de la depresión. En la región, se calcula que el porcentaje del presupuesto sanitario destinado a salud mental es inferior al 2% y de este, el 67% se gasta en hospitales psiquiátricos.

En el estudio transversal hecho en Colombia sobre la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) nos refiere en sus resultados que:

Se encontró una prevalencia global de 9,5%, siendo mayor para el sexo femenino (11,5%, OR =1,74), menor prevalencia de depresión a medida que aumenta la escolaridad (OR=0.14), mayor depresión en presencia de discapacidad (OR=14,21) y en las comorbilidades como enfermedades cerebrales (OR=2.09), cardíacas (OR=1.49), diabetes (OR=1.19), Alzheimer (OR=2,13) entre otras, no se encontró asociación con variables como edad, estado civil. (Aldana y Pedraza, 2012, p.02)

Todas estas referencias nos hacen hincapié de que entre más afectados negativamente estén los factores ambientales, sociales, demográficos etc., mayor es el riesgo de que se presente la depresión y en un grado mayor para el adulto mayor.

Se menciona que en México en el 2012, de los egresos hospitalarios hacia trastornos mentales de comportamiento en los adultos mayores fue de 13.5% (demencia no específica), 13.2% (trastornos metales, comportamiento por alcohol) y 12.3 (trastornos depresivos) (Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía [INEG], 2014).

Existen también reportes de depresión en adultos mayores de zonas metropolitanas que estimaron en la ciudad de México una prevalencia de depresión de 19.8% y de deterioro cognitivo de 8.0%; para la ciudad de Guadalajara, en el estado de Jalisco, se estimó una prevalencia para demencia de 9.5%, de 13.8% para deterioro cognitivo y de 32.1% para síntomas depresivos (Sosa y Acosta, 2015, p. 104).

Así como el estudio que se realizó en el 2001 en México señala que en Veracruz (adultos mayores de 59 años) el 57.8% presentaba depresión, 46.7% (leve) y 11.1% (moderado severo) y que las cifras de 40 a 70% son entorno a la prevalencia de depresión en los adultos mayores (García, Juárez, Gallegos, Durán y Sánchez, 2001).

Lo cual permite analizar que en estos Estados, sus cifras son altas en comparación de otros años y del número en general que se maneja por diferentes instituciones que refieren al adulto mayor y la depresión.

Hablando del IMSS, en la ciudad de México también se hace mención de que la población de adultos mayores presenta 21.7% (prevalencia de síntomas depresivos), 12.0% (depresión mayor) y 43% (prevalencia de síntomas depresivos) en adultos mayores inscritos a programa Oportunidades en el año 2009 (Sosa y Acosta, 2015).

Reyes (como se citó en García et al., 2001) estudió longitudinalmente una población de 5 492 ancianos derechohabientes del IMSS mayores de 60 años, representativos del Distrito Federal (Actualmente, la Ciudad de México). En el primer año se encontró una prevalencia de 40% y en el último año, de 43%. (p.213)

Ahora bien en el estado de México después de un estudio realizado por el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM, 2016) menciona que en su muestra de 97 adultos mayores 33 adultos (34%) se encontraba con depresión leve y que de ellos las características son: mayoritariamente mujeres (solteras o divorciadas), viven solos, sin ocupación (fuente de ingresos propia), con alguna enfermedad y consumo de alcohol y medicamentos regular, antecedentes de depresión familiar etc.

Sin embargo al revisar varios documentos y artículos se encontró que existen muy pocos que hablen en sí de la depresión en el estado de México, y de lo que se está haciendo para prevenirla

o tratarla, así como los porcentajes de prevalencia que se pudieran presentar en el Estado de México.

En asistencia primaria el 8 y el 10% son con motivo de depresión, en psiquiatría el 20% de los pacientes atendidos es por depresión y entre el 10 a 14% tiene prevalencia entre los hospitalizados o ambulatorios del 9 al 16 %. En la atención primaria se entienden diez veces más a pacientes depresivos (Díaz, 2006).

Si bien los datos que se acaban de presentar sobre depresión afectan a la población mexicana y principalmente a nivel estatal e institucional (ya que a nivel regional existen pocos datos que mostrar) también se sabe que tiene actividades y programas enfocados al tratamiento, así como a la prevención y promoción a la salud como la Educación para la salud que desde esta postura preventiva también se formulara las siguientes preguntas:

¿Cuáles son los determinantes sociales (factores familiares y del entorno) que intervienen o influyen para que se presente la depresión y a través de qué instrumentos ?, ¿Cuáles son los resultados de los instrumentos que se utilizaron en la investigación?, ¿Cuáles son las actividades de Educación para la salud que se pueden realizar para la creación de un programa de salud para prevenir la depresión?, ¿Cuál es la implementación de las intervenciones en educación para la salud dentro del programa de salud?, ¿Cuáles son los resultados esperados en la implementación del Programa de Salud?

2.3 Hipótesis

En la aparición de la depresión en adultos mayores influyen diversos factores de orden social, sin embargo, estos se podrán reducir en la medida que se elabore e implemente el Programa de Salud “Prevención de la Depresión en la Vejez”.

2.4 Objetivos

General

- Prevenir la depresión en adultos mayores a través de intervenciones sustentadas en la creación del Programa de Salud “Prevención de la Depresión en la Vejez”, en el Estado de México, municipio de Chimalhuacán.

Específicos

- Identificar los determinantes sociales (factores familiares y del entorno) que intervienen o influyen para que se presente la depresión a través de las guías de observación-entrevista y escala
- Analizar los resultados de las guías de observación, guía de entrevistas y la escala de Yesavage abreviada.
- Determinar las actividades, talleres e intervenciones de Educación para la salud que servirán para crear el Programa de Salud “Prevención de la Depresión en la Vejez” para prevenir la depresión.
- Implementar el Programa de Salud “Prevención de la Depresión en la Vejez” para prevenir la depresión.
- Evaluar los resultados del Programa de Salud “Prevención de la Depresión en la Vejez”.

2.5 Justificación

La presente investigación se realizó con el fin de contribuir a disminuir los problemas de depresión en el adulto mayor, así como identificar los factores que intervienen para que se presente dicha enfermedad.

Los resultados de la investigación pretenden beneficiar a los adultos mayores principalmente, ya que actualmente la información sobre esta población y sus padecimientos pasan desapercibidos por el resto. Como parte fundamental de la investigación, se desea lograr que la sociedad logre entender el proceso de vida de los adultos mayores, puesto que hoy en día atraviesan por una serie de eventualidades que no son fáciles de superar, como lo es la pérdida de familiares, amigos cercanos a ellos, la etapa del duelo e incluso en algunas ocasiones la pérdida de la pareja. Trayendo como consecuencia, las dolencias de una depresión, pues el atravesar por procesos como este, suelen ser factores para que se presente la misma.

La propuesta de la presente investigación surge como una contribución al campo de la investigación, ya que tras una exhaustiva búsqueda sobre depresión en el adulto mayor se ha detectado que la información es limitada o en algunos casos, inexistentes como a continuación se denota. Tras diversas fuentes a nivel internacional, se ha encontrado que en Colombia de acuerdo a la Universidad del Rosario (2010) se ha mostrado un aumento en su población adulta mayor, lo que conlleva a denotar que una de las enfermedades más agravantes en ellos es la depresión, pues ya que mencionan que a pesar de que menos del 50% de su población la padece, solo unos cuantos han sido atendidos. Por otra parte Bolaños y Helo (2015) señalan que tras realizar un estudio en Costa Rica se pudo concebir que al menos el 18.1% de la población de adulto mayores padece este trastorno. Ahora bien, Fuentes (2016), nos menciona que México padece más por trastornos mentales que de otros aspectos, el autor menciona en su investigación donde de acuerdo a datos recolectado por la INEGI, en el país al menos se ha dado registró de una tasa de 145.2 casos por cada 100 mil adultos mayores, lo cual habla de un gran problema en México en cuanto a la atención en salud a este grupo etario y a nivel primario. Por otra parte al hablar del estado de México, en el municipio de Chimalhuacán se encontró información poco precisa, pues a pesar de que en el municipio se ha logrado ofrecer diversos tipos de ayuda al

adulto, los registros no ofrecen suficientes datos estadísticos sobre depresión, ni el cómo esta afecta a este grupo. Es por ello que la presente, podrá ser de ayuda puesto que se realizará un estudio, mismo que ayudará a verificar una realidad más aproximada del adulto mayor y su padecimiento, ayudando con esto a la calidad de vida en la tercera edad dentro del municipio de Chimalhuacán.

El municipio de Chimalhuacán, cuenta con el apoyo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el cual ayuda a los 102 casas de día para la tercera edad, quienes ayudan a miles de este grupo etario, así mismo es en una de estas estancias donde se logró obtener el acceso para implementar el programa de salud que se desarrolló para la presente. Una vez que se logre ejecutar el programa se desea obtener resultados favorables, ya que si este logra impactar, podría existir la posibilidad de ser reproducible y adaptable para cualquier otra casa de día, ayudando así a la población mayor.

Algunos de los factores importantes a tratar es la familia ya que esta es una parte fundamental dentro del entorno en el que se desenvuelve el adulto mayor, es decir los factores familiares son los que determinan muchos de los comportamientos en el proceso de la vejez, debido a que la familia se vuelve un apoyo, es decir un sustento tanto moral como emocional, es por ello que a la familia se le debe informar acerca de este trastorno por ser la red principal de atención e interacción con ellos. Sin embargo en algunos casos no es la familia la que cumple con las atenciones de estos, es por ello que es importante hablar también del cuidador, pues este llega a ser en algunas ocasiones la familia y/o el único apoyo para el individuo, e inclusive en el mayor de los casos llega hacer el cuidador el que muere antes que el adulto mayor.

Esta investigación va encaminada a sumarse en la prevención de la depresión en los adultos mayores dentro de la sociedad pues esta enfermedad no es algo que afecta solo a los AM sino al ambiente mismo donde se desenvuelven ellos; sí nosotros logramos prevenir los índices de depresión en el anciano obtendríamos como resultado grupos etarios productivos, en cuanto a lo emocional se refiere. Dichos resultados no solo benefician al anciano mismo sino a la familia e incluso a la sociedad misma, ya que si bien es cierto la figura del viejo en México no es muy respetada, al solucionar un porcentaje de depresión en ellos serían personas que no necesitarían de cuidados, puesto que serían autosuficientes para solucionar sus propias problemáticas, obtendríamos generaciones futuras con vidas prosperas. Pero lo más importante es que el adulto

mayor se sentiría lo suficientemente apto inclusive para seguir siendo productivo en cuanto a su vida como cuando era joven.

En los sistemas de salud que se encargan de ayudar y apoyar al adulto mayor, es necesario visualizar a la población de adultos mayores y la atención hacia ellos ya que cada vez es menor. Cuando es de suma importancia identificar los factores que intervienen en los sistemas como el económico dentro de las jubilaciones por dar un ejemplo. Si se les proporcionara de manera adecuada este apoyo de prestaciones, ellos podrían cubrir sus necesidades básicas por sí mismos y no aumentaría la necesidad de asistir al sector salud por problemas derivados de estas carencias, también es fundamental que se utilice la asistencia social y los programas que los beneficia en cuestión de sus derechos que tienen en la etapa del adulto mayor.

Por su parte los Educadores para la Salud deberán tener mayor conocimiento sobre los temas referentes a los adultos mayores, ya que este es un grupo en construcción que retoma instrumentos tanto sociales como pedagógicos con el fin de favorecer no solo la adquisición de conocimiento, sino que también se desea poner en práctica todo lo aprendido a través de artículos de consulta, investigaciones, etc., todo esto para crear una calidad de vida mejor para los adultos mayores. Es por ello que esta investigación es importante e interesante, y se vuelve un reto y una obligación de la sociedad y más del Educador para la Salud quién deberá proporcionarles las herramientas necesarias a los adultos mayores, y sobre todo a una sociedad que aún no conoce la importancia de comprender y saber abordar esta etapa en donde se debe llegar sanos en todos los sentidos o al menos prevenir ciertas enfermedades y en este caso la situación de depresión en esta población, puesto que es una etapa en la que todos entramos y al ser la última en nuestras vidas se debe de cuidar y prever las mejores condiciones para poder vivir esta etapa plenamente.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Diseño de la Investigación

La presente investigación fue cuali-cuantitativo debido al desarrollo de los instrumentos que aquí se presentan. La misma tiene como finalidad la obtención de resultados, a través de la identificación, determinación, reconocimiento, implementación y evaluación de la realización del programa de salud.

Así mismo fue transversal porque la participación de los colectivos que se hizo fue en una sola ocasión. También fue experimental de nulo riesgo porque se trabajó con adultos mayores de forma directa a través de la aplicación de una guía de observación y una guía de entrevista que se realizaron con el fin de conocer sus habilidades y aptitudes. A lo largo de las sesiones se trabajó de tal forma que se pudieran interactuar los grupos entre sí, tanto el educador como el grupo de adultos mayores de manera que tal interacción fuese de forma directa con los adultos mayores, teniendo como finalidad generar un cambio en ellos, es decir la concientización.

La investigación fue analítica a partir de los resultados que se recolectaron, procesaron e interpretaron para obtener los argumentos y sustentación de la misma. Fue descriptiva, dado que por medio de la guía de observación se tuvo como finalidad la identificación del entorno en el que se trabajó, puesto que dicho instrumento tiene la función de abrir un mayor panorama a los que la aplican, haciéndonos identificar fortalezas y debilidades de nuestra comunidad.

Sujetos de estudio: Los sujetos de estudios fueron los Adultos Mayores que acuden a los diferentes servicios dentro de la casa de día.

Universo de trabajo: La comunidad de estudio fueron los adultos mayores de la casa de día de un rango de edad de 60 años en adelante.

Muestra: se trabajó con 60 adultos mayores que asisten en las mañanas a los talleres que se imparten en la institución casa de día.

3.2 Criterios de Selección

Criterios de inclusión. Se trabajó con un grupo de adultos mayores, mixto con 60 integrantes, que asisten a casa de día de adultos mayores ubicada en el estado de México, municipio de Chimalhuacán en el turno matutino, que desearon participar dentro de las actividades contando con su consentimiento y/o asentimiento informado, este último solo en los casos que se requirió.

Criterios de exclusión. No se trabajó con grupos de adultos mayores mixto menores de 25 integrantes que no asistan a casa de día de adultos mayores ubicada en el estado de México, municipio de Chimalhuacán en el turno matutino, que no desearon participar dentro de las actividades y que no contaron con un consentimiento y/o asentimiento informado sin excepción alguna.

Fuentes: Primarias que fue directamente con los adultos mayores para poder aplicarles la guía de entrevista compuesta de 39 preguntas y poder recopilar información necesaria, que posteriormente fue procesada en gráficas, centrándonos en 10 preguntas que mostraban los elementos más relevantes de la investigación. Y fuentes secundarias que son todos los documentos que se trabajaron como programas del adulto mayor, leyes de salud, marco normativo y artículos de investigación sobre los adultos mayores y (o programas, así como instituciones referentes a los adultos mayores).

3.3 Recolección de Información

3.3.1 Etapa de Gestión

En la primera etapa: Se procede con los permisos en donde el director de la institución tenía que revisarlo (anexo “1”) e informarles sobre el programa que implementaríamos y el gerontólogo encargado de los adultos mayores fue el encargado de dar paso a nuestra propuesta siendo el mismo a quien se le explicaría lo que teníamos que hacer.

En la segunda etapa: Se da paso a gestionar un grupo de 60 personas para poder así aplicarles la Carta de Asentimiento (anexo “2”) y un consentimiento (anexo “3”) según el caso, y poderle aplicar una Guía de observación (anexo “4”), Guía de entrevista (anexo “5”) y Escala de Yesavage Abreviada (anexo “6”) los cuales se realizaron una vez que se consultaron diversas escalas como; Yesavage, Minimental, Encuesta Nacional de Demografía y Salud, encuestas de OMS, SS e INEGI, mismas que fueron retomadas para dar credibilidad a la investigación. Sin embargo, algunos de estos instrumentos que se muestran en el apartado de anexos fueron modificados de acuerdo a las necesidades de la investigación.

Como tercera etapa: Se pasa a elaborar el Programa de Salud “Prevención de la Depresión en la Vejez” con la información recopilada a través de las etapas anteriores y se llevó a cabo la implementación del mismo.

3.3.2 Etapa de Intervención

Para llevar a cabo el objetivo general de la presente investigación se implementa el Programa de Salud “Prevención de la Depresión en la Vejez”, en el cual se plantean las siguientes actividades:

1. Identificar los factores familiares que intervinieron o influyeron en la depresión. Para ello se procede con la aplicación de una guía de entrevista con la que nos proporcionan

información acerca de lo que se estuvo investigando y delimitar nuestra búsqueda y un guía de observación para orientar, centrar la atención en lo que interesa observar dentro y fuera de su entorno de la investigación. La principal forma de contacto de relacionarnos con los individuos fue por medio del formato de consentimiento y/o asentimiento presentado en físico para poder realizarlo, dichos instrumentos se aplicaron en un tiempo determinado.

2. Se realiza los talleres y pláticas para prevenir la depresión, con el fin de fomentar, y promover las actividades de quererse y permanecer sanos, tanto individual como colectivamente para conservar su salud y buscar ayuda cuando la necesiten y mejorar la salud de las personas. Al respecto México cuenta con diversas fuentes o normas enfocadas al área de salud, una de ellas la NOM-015- que es para la atención integral a personas con discapacidad, la Ley General de Salud en donde se abarca el bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana, la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, asistencia social, prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Así como otros como programas de salud por decir el INAPAM, Programas Internacionales, Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud, la OMS que en el año de 2016 realizaron aportaciones importantes ante la sociedad como miembros activos de la familia, voluntarios y participantes para disminuir el trastorno y así aumentar la buena salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria y poder reflejar una forma de convivencia sana en el entorno donde se desenvuelve en todas sus dimensiones, la dignidad de las personas.
3. Se realizan diferentes cartas descriptivas que se encuentran dentro del Programa de Salud “Prevención de la Depresión en la Vejez” con el fin de ayudar a prevenir la depresión en los adultos mayores, dichas actividades van encaminadas al diseño cualitativo, dentro de las actividades que se desarrollaron con el adulto mayor (AM), para trabajar la depresión, fue con diferentes talleres: activación física, relajación y estrés a través de la pintura así como las pláticas con temas de asertividad comunicación autoconocimiento y confianza. La ejecución de estos talleres y platicas permite incrementar su nivel de energía física y mental, desenfocar la mente de los pensamientos

negativos obsesivos y con el apoyo de diferentes dinámicas empoderarlos para afrontar situaciones difíciles, y así mismo establecer objetivos concretos.

3.3.2.1 Programa de Salud “Prevención de la depresión en la vejez”



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México



Programa de Salud

“Prevención de la Depresión en la Vejez”



Fotografía: Karina González y Victoria Cabrera

Elaborado por:

Cabrera González María Victoria

González Illescas Karina

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	96
DIAGNÓSTICO	97
1.1 Antecedentes	97
1.2 Factores Determinantes en la Depresión	98
2. JUSTIFICACIÓN	106
3. SITUACIÓN ACTUAL DE LA DEPRESIÓN EN EL ENVEJECIMIENTO	107
4. MARCO NORMATIVO	108
4.1 Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores	108
4.2 Ley de Asistencia Social	110
4.3 Norma Oficial Mexicana (NOM)	110
4.4 Ley General de Salud	112
4.5 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	112
5. OBJETIVOS	113
6. ESTRATEGIAS	114
6.2 ACCIONES ESTRATÉGICAS	115
7. UNIVERSO	117

8. LÍMITES	118
9. SISTEMA PREVISTO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	119
9.1 Cronograma de Gestión	119
9.2 Cronograma de Intervención	119
9.3 Contenidos de la Unidad de Aprendizaje	122
10. BIBLIOGRAFÍA	123
11. ANEXOS	126
11.1 Carta descriptiva “Activación física”	126
11.2 Carta descriptiva “Estrés”	127
11.3 Carta descriptiva “Relajación”	128
11.4 Carta descriptiva “Autoestima”	129
11.5 Carta descriptiva “Autoconocimiento”	130
11.6 Carta descriptiva “Comunicación”	131
11.7 Carta descriptiva “Asertividad”	132
11.8 Carta descriptiva “Bienestar psicológico”	133
11.9 Carta descriptiva “Confianza”	134
11.10 Carta descriptiva “Convivencia y Redes de apoyo”	135

INTRODUCCIÓN

Debemos mencionar que la Educación para la Salud supone facilitar la adaptación voluntaria de los comportamientos para mejorar la salud de un individuo o colectivo (Piña, 2004). Así mismo la Educación para la Salud (EpS) debe ser entendida como un proceso orientado al uso de estrategia afectiva para ayudar a los individuos a adoptar o modificar conductas que mejoren su salud o prevengan problemas de salud (Piña, 2004). La educación para la salud es la formación de profesionales que cuenten con los conocimientos, habilidades y aptitudes que les permitan comprender el entorno de la población y promuevan estilos de vida sanos para mejorar la salud de las personas y trayendo consigo la habilidad en el individuo de fomentar una mejor calidad de vida, además de ser un proceso planificado bien estructurado, multidisciplinario en el que mediante la comunicación y la motivación se pretende enseñar y orientar al individuo y sociedad a las buenas prácticas de mantenimiento de salud y evitar prácticas de riesgo.

Por ello se pretende fomentar la autoconciencia en el adulto mayor y así mismo a la comunidad en conjunto haciendo que sean capaces de autor reconocerse y participen tomando sesiones sobre su propia salud. Es así como el educador para la salud, ve en esta problemática que es la depresión una oportunidad para intervenir en ayuda del AM, buscando que este tenga un mejor estilo de vida, una vejez activa y así mismo el adulto sea capaz de empoderarse para tomar sus propias decisiones.

DIAGNÓSTICO

1.1 Antecedentes

Para Morí y Caballero (2010) la depresión es un problema grave en la salud pública que se asocia al aumento de mortalidad y discapacidades. Se tiene prevalencia puntual de aproximadamente 8 a 10% (mujeres) y 3 a 5% (hombres), prevalencia de vida del doble de la prevalencia puntual. El aumento de estas se visualiza al comparar que en EE.UU. de los años 1991–1992 y 2001–2002, su incremento (3.33% a 7.06%) en tasas de depresión mayor en adultos americanos. Siendo relevante en las personas (raza blanca, negros, e hispanos y en grupos etarios) refiriendo la causa de esto al uso de sustancias prohibidas.

En países occidentales es similar la prevalencia de trastornos depresivos y del lejano oriente es menor (4 a 20%). Esto ayuda a visualizar los factores determinantes para que se de una depresión según sus variables, lugar, cultura, sesgos, respuestas, metodología, y problemas con la portabilidad cultural de los criterios diagnósticos del DSM-IV. La raza en la prevalencia de depresión, muestra por ejemplo en EEUU, prevalencia de vida para episodio depresivo (17.9%) raza blanca, (12.9%) negros caribeños, y (10.4%) afroamericanos, pero la depresión mayor se da más en los afroamericanos y los negros del Caribe, en comparación con los blancos (Morí y Caballero, 2010).

En primera instancia es importante visualizar como las variables interactúan en el proceso de salud.

1.2 Factores Determinantes en la Depresión

La salud mental es un fenómeno complejo derivado principalmente por factores sociales, biológicos, psicológicos y económicos. En la actualidad la salud y la enfermedad están multideterminadas¹⁰ a diversas causas que interactúan para presentar salud o no, hoy por día el contexto, posee de elementos que hacen del proceso de salud más complejo.

Para poder explicar con mayor detalle el proceso de salud en el siglo XIX surge el Modelo Biopsicosocial el cual centra su atención en los aspectos preventivos y de promoción a la salud humana. Este impulsa al área de la psicología lo que los lleva a generar el Modelo Biopsicosociocultural¹¹ el cual se basa en interpretar la importancia de las variables biológicas, psicológicas, y sociales. Con el fin de comprender correctamente los problemas y riesgos de salud existentes, el modelo tiene por objeto la promoción y educación en materia de salud. Para ello explicaremos con mayor detalle como las variables contribuyen al proceso de salud enfermedad.

Las emociones, la sociedad y la ciencia como Factor Biopsicosocial de la Salud Mental:

Muñoz habla de las emociones, y las define como:

Las emociones básicas son estados discretos del organismo, determinados genéticamente y regulados (...) que tienen un valor adaptativo para los individuos bajo determinadas circunstancias estimulantes. Son secuencia de

¹⁰ Se refiere a persona o sujeto con capacidad analítica y de experiencia en diferentes niveles.

¹¹ Nota. El autor se refiere a este concepto como un modo más extenso de definir el modelo biopsicosocial, en cual se termina enfocando áreas como: el factor biológico, psicológico y social.

la actividad de determinados circuitos neuronales del hipotálamo y del sistema límbico [...]. (Como se citó en González, 2010, p.31)

González (2010) menciona los medios masivos de comunicación como una variable que alude a los trastornos mentales, en su libro Nuevas enfermedades mentales y salud pública. Actualmente las enfermedades de nuestro tiempo son de orden emocional esto ligado a cuestiones sociales y culturales definidos como trastornos mentales. Desde la psicología existen mayores variantes a enfrentar, debido a los constantes auto-cuestionamiento por lo que atraviesa la población agravando las enfermedades, por otra parte una contribución importante que puede tenerse en salud es la de orden social.

Envejecimiento como un Factor de Orden Biopsicosocial, Cultural, Económico y Educativo:

Para la civilización occidental el sector de adultos mayores se ve como un eje productivo e independiente, así mismo ellos definen otros sectores de edad como improductivos y no dependientes: los niños/adolescentes y jóvenes. La tercera edad se ha convertido en un fenómeno mundial la Università della Terza Età (UNITRE, 2010) se da la tarea de impulsar al adulto mayor, ya que ellos entienden que este grupo pasa por dificultades de adaptación-equilibrio. Hoy en día, la fase involucrada denominada “envejecimiento” representa (...) uno de los desafíos más grandes de las áreas, incluida la psicología de la salud (Oblitas, 2010, p.465). La cultura de la tercera edad se constituye en el ámbito mundial una de las etapas menos evolutivas y con una lenta construcción.

Factores Biológicos en relación con Depresión y su Interacción con otras enfermedades:

La depresión es una consecuencia derivada de múltiples factores, que aumentan el riesgo en contraste con otra enfermedad. Pero al hablar del adulto mayor estas variaciones pueden hacerse más complejas, cuando se padece de Alzheimer y diabetes por mencionar algunas, actualmente

este grupo está expuesto con mayor vulnerabilidad a enfermedades, de acuerdo a la poca atención con la cuenta por parte de los servicios de salud.

Factores bio-psicosiales de la depresión y su interacción con Alzheimer:

Dwight, Charney y Lewis (2007) mencionan la existencia de varios como causa de Alzheimer, así mismo encontraron que los síntomas depresivos de estos pacientes se asocian a un descenso de cuerpos celulares complicando el proceso de la enfermedad.

Dwight, Charney y Lewis describen que al menos el 50% de diabéticos padecen de depresión. Por otra parte ellos mencionan que no existe relación entre la conciencia de los que padecen Alzheimer y depresión. Los pacientes con Alzheimer experimentan constantemente tensiones sociales importantes en las fases tempranas de la enfermedad, ya que es ahí cuando se empieza con la pérdida de funciones laborales, disminución de la capacidad de socialización y la familia comienza a notarse agotada. Existen momentos donde el paciente se encuentra con la esperanza de regresar a sus labores y mantienen la ilusión de hacerse cargo de su economía, es ahí cuando la familia debe apoyarle y ayudarle a enfrentar con sensibilidad su estado. Aludido a que en ocasiones los pacientes pueden aislarse para evitar las vergüenzas.

En etapas más avanzadas el paciente suele sufrir agonías debido a su condición, es por ello que frecuentemente los pacientes con este padecimiento se encuentren llorosos, tristes o suplicantes porque no consiguen saber dónde viven o cual es la finalidad de estar ahí.

Factores Bio-psicosiales de la Depresión y su Interacción con la Diabetes:

Dwight, Charney y Lewis (2007, p.173) mencionan que: “Desde la década de 1930 se han desarrollado alteraciones de la regulación de la glucosa en pacientes con depresión mayor. Los

estudios (...) mostraron que los pacientes deprimido que tenían una respuesta hipoglucémica¹² aplanada durante el test de tolerancia a la insulina”. La diabetes puede contribuir al desarrollo de trastornos depresivos como consecuencia de la carga de la enfermedad.

Dwight, Charney y Lewis, (2007, p.173) hacen mención de los factores sociales:

Los factores socioeconómicos afectan a la relación entre depresión y diabetes. Los pacientes con diabetes solteros, con bajo nivel educativo, ingresos económicos más bajos, soporte social limitado o que experimentan acontecimientos vitales negativos tienen mayor riesgo de desarrollar depresión.

Es importante mencionar que los factores sociales de riesgo no son privativos de los pacientes con diabetes, sin embargo parecen construir el mayor riesgo de morbilidad psiquiátrica en las fases tempranas, mientras que el sentido médico parece ser parte de fortaleza en los años tardíos.

Factores Culturales como parte de la Conciencia, Recuperación y Esperanza:

Los pacientes que se han informado acerca del padecimiento, se convencen de su recuperación, tienen una autoestima mejor y logran participar en la comunidad. Son capaces de involucrarse en actividades que les proporcionen satisfacción y una sensación de tener un objetivo. La capacidad de mejorar en ellos los hace crecer y también fortalecer sus relaciones sobre todo con sus familias, y son capaces de prepararse para el futuro. Los sentimientos de abandono y desesperanza no les paralizan, confían en sus instintos y opciones y pueden inspirar a otros esta misma confianza.

¹² Se define como falta de glucosa, una falta de azúcar en la sangre. Esto es importante puesto que el cuerpo necesita glucosa para tener suficiente energía.

La Conciencia Cultural como Medio de Comunicación:

Por otra parte la cultura de la comunicación se vuelve un factor relevante en el proceso de la enfermedad. Existe la posibilidad de encontrarse con culturas donde las enfermedades mentales son símbolo de flaqueza de la voluntad, como una especie de faltas a su religión, considerándola un castigo. Sin embargo se les debe mostrar e informar que la determinación, la espiritualidad y la identidad de género pueden desempeñar papeles positivos en su tratamiento y no negativos como lo perciben. Para el Department of Health and Human Services y Center Formentan Heath Serverces [CMHS] dice. “La confianza se refuerza cuando el proceso de escuchar se formaliza a través de la participación planificada obligatoria de los consumidores en todos los niveles del sistema” (Como se citó en Dwight, Charney y Lewis, 2007, p.160).

Cualquier enfermedad es capaz de modificar el pensamiento, más cuando se padecen otras. Una encuesta realizada por Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA, 2008) revelo que el 67% de los pacientes tratados por trastornos afectivos deseaban ser escuchados por los médicos, pues les gustaría ser atendido por un lenguaje que ellos fueran capaces de entender. Los trastornos afectivos pueden no ser fáciles e incómodos, sin embargo es aquí cuando el proceso de la comunicación puede hacer más ameno el proceso logrando una mejora, los pacientes con depresión deben ser tratados con tacto desde su médico hasta las personas con quienes socializan.

La compañía como variable del Sector Socio Cultural:

Fricks menciona:

Los compañeros están perfectamente adaptados para transmitir un mensaje de esperanza (...). (Como se citó en Dwight, Charney y Lewis, 2007, p.163)

La familia puede transmitir esperanza mostrándose comprensiva y dando apoyo, los compañeros pueden proporcionar un tipo diferente de esperanza por medio de sus historias y mostrándose como un ejemplo del bienestar. Las personas que son capaces de recuperarse de episodios con frecuencia necesitan ser reeducadas. Para ello debemos reconstruir una vida plena, para tener mayores posibilidades de seguir adelante.

La autodeterminación y el autocuidado, permite a las personas vivir de forma autónoma permitiéndoles el control de su enfermedad, por medio de la fortaleza no será un proceso fácil, pero les dará esperanza. Durante esta fase se creará una imagen positiva de sí mismo, ya que a pesar de la enfermedad puede modificarse el curso de la vida. Es ahí cuando el paciente logra explorar las posibilidades de su vida con ayuda de los recursos existentes, la recuperación de sí mismo y el cumplimiento de sus objetivos con apoyo de sus fortalezas.

Variantes Sociales entorno al estrés y su Interacción con la ansiedad:

El estrés ha ocasionado un notable impacto sobre la salud de la población, mismo que se complica cuando el estilo de vida no es saludable, por ejemplo; si existe mala alimentación, el sedentarismo entre otros más. Por otra parte las personas que sufren de enfermedades mentales como depresión, melancolía, etc., tienden al suicidio. Estrés, ansiedad y depresión son los problemas característicos de una sociedad globalizada, centrada en los servicios informatizados, hipertecnología¹³, y de muchos aspectos virtualizados¹⁴. (González, 2010). Actualmente nos encontramos frente a la contradicción típica de la civilización ultra avanzada, el progreso genera bienestar material pero infelicidad.

¹³ Se refiere al extenso conocimiento sobre la tecnología y todos sus aparatos en sí.

¹⁴ La virtualización es la creación a través de software de una versión virtual de algún recurso tecnológico, como puede ser una plataforma, un sistema operativo, un dispositivo de almacenamiento u otros recursos de red

Desde esta perspectiva se han desencadenado situaciones de intenso estrés y el desarrollo de enfermedades crónicas, repercutiendo la salud mental trayendo como consecuencia un gasto excesivo en servicios de salud en el nivel terciario de salud, además de ocasionar el envejecimiento prematuro. Los problemas de estrés y depresión han conseguido pérdida de millones de pesos destinados a la seguridad social. Para Medina-Mora et al. Los gastos de salud han provocado que las empresas hayan perdido la calidad, ausentismo y rotación de personal, accidentes, jubilaciones prematuras, entre otros más problemas (como se cita en Cabello y Barrera, 2010).

Narcisismo como Determinante Depresivo dentro de las Variables Socioeconómicas:

Para Lipovetzky (2000) el sistema capitalista fomenta el desarrollo personal, en busca de alcanzar el máximo nivel económico, sin importar el interés colectivo. Guinsberg (2010) realizó un trabajo titulado, “la era del vacío en referencia al contexto social en el que estamos atravesando haciendo mención del narcisismo” y como este promueve la depresión, a consecuencia del fracaso que surge debido a las ilusiones inalcanzables que se crean las personas. Por otra parte, la frustración algo que domina sobre la cultura intensificando el grado de la competencia para así satisfacer las necesidades.

Actualmente atravesamos, por una etapa donde el adulto mayor ha sido vinculado con la idea que él debe ser el victimario, debido a que vivimos en una sociedad donde la ideología de cumplir con mis necesidades, muchas veces nos hace abusar de la posición en la que nos encontramos antes la sociedad.

La Educación y Participación de todos como Medio de Soluciones:

Dentro de los mayores obstáculos a los que nos enfrentamos hoy en día, es falta de educación ya que este se vuelve un factor que puede aumentar la aceptación y disminuir los estigmas y los conceptos erróneos referentes a la depresión. Es importante entender que se trata de una

enfermedad real, no de la debilidad de carácter, ni de intentos de llamar la atención. Estas creencias pueden tener un grave impacto, la clave es corregirlas por medio de la educación, con disponibilidad del paciente y apoyo de la familia.

Cuando alguien se encuentra en el proceso de depresión y/o enfermedad mental, la familia suele salir afectada también, es por ello que se recomienda la integración de la familia en situaciones como estas, ayudando al paciente en su tratamiento. Es posible que esto cause miedo, frustración o vergüenza a las familias, ahí es cuando la familia debe recibir información acerca de la enfermedad, ayudarlo, brindar consejería y orientación, para que ellos logren entender la enfermedad. Por otra parte, el apoyo de los compañeros o amigo darán confortación, lo que los hará capaces de mantenerse en bienestar.

2. JUSTIFICACIÓN

Refiere INEGI (como se citó en Secretaria de Salud, 2001) que México ocupa el séptimo lugar entre los países en envejecimiento acelerado, con población de 60 años y más del 7%. Significando que enfrenta pobreza y consecuencias del envejecimiento, así como los jóvenes.

De acuerdo con la previa investigación de diversos artículos, se ha podido observar que hoy en día no existe ningún programa centrado en la depresión como tal, por lo que los EpS, ven en este padecimiento la necesidad de crear este programa con el fin de mejorar la calidad de vida, de nuestros adultos mayores.

Las actividades que se realizaran a lo largo del presente programa beneficiará a los adultos mayores, principalmente porque la falta de conocimiento en ellos sobre dicho padecimiento, es irrelevante, es decir para ellos no es mayor problema puesto que en la mayoría de casos se puede padecer dicha problemática y no saberlo, hoy en día se atraviesan por una serie de eventualidades que no son fáciles de superar en esta etapa de la vida, como lo es la pérdida de familiares, amigos cercanos a ellos, es decir la parte del duelo e incluso llegamos en algunas ocasiones a la pérdida de la pareja, la jubilación por enlistar algunos, y es así como nace la necesidad de ayudarles a prevenir esta, ya que en la mayoría de los casos no saben por qué se presenta o que se tiene depresión.

3. SITUACIÓN ACTUAL DE LA DEPRESIÓN EN EL ENVEJECIMIENTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) dice que la depresión (trastorno mental) es frecuente y que se calcula afecta a 350 millones de personas, y esta puede provocar el suicidio en el peor de los escenarios. Esta es distinta de estados del ánimo y de las emociones ante situaciones cotidianas de la vida y refiere que afecta más a las mujeres.

Actualmente en México en estudios de prevalencia disponibles, 7.8% se adjudica a episodios depresivos (evidencia indirecta de una probabilidad de padecer depresión en adultos mayores). La depresión es más frecuente en personas mayores de 60 años y del sexo femenino, con tristeza, llanto fácil, falta de concentración, trastornos del sueño, ideas suicidas y agitación. Considerado como un problema de salud pública, con implicaciones graves en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad así como la calidad de vida de los ancianos que la padecen, y el diagnóstico, tratamiento y la prevención de esta es de suma importancia para el médico y la familia (Sotelo, et al, 2012).

El incremento de la población de adultos mayores es significativo demográficamente hablando, aumentando sus expectativas de vida y descenso en la tasa de natalidad durante los últimos años (Vivaldi, Barra, 2012).

4. MARCO NORMATIVO

México cuenta con distintas normas que se enfocan en la salud de las personas, por lo cual, aquí se presentan algunas.

4.1 Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

Artículo 3o. Fracción:

VIII. Integración social. Es el resultado de las acciones que realizan las dependencias y entidades de la administración pública federal, estatal y municipal, las familias y la sociedad organizada, orientadas a modificar y superar las condiciones que impidan a las personas adultas mayores su desarrollo integral.

IX. Atención integral. Satisfacción de las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales de las personas adultas mayores. Para facilitarles una vejez plena y sana se considerarán sus hábitos, capacidades funcionales, usos y costumbres y preferencias;

X. Calidad del servicio. Conjunto de características que confieren al servicio la capacidad de satisfacer tanto las necesidades como las demandas actuales y potenciales

(Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2012, art. 3).

Artículo 4.

I. Autonomía y autorrealización. Todas las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultas mayores orientadas a fortalecer su independencia, su capacidad de decisión y su desarrollo personal y comunitario.

II. Participación. La inserción de las personas adultas mayores en todos los órdenes de la vida pública. En los ámbitos de su interés serán consultados y tomados en cuenta; asimismo se promoverá su presencia e intervención.

III. Equidad. Es el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los satisfactores necesarios para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción por

sexo, situación económica, identidad étnica, fenotipo, credo, religión o cualquier otra circunstancia.

IV. Corresponsabilidad. La concurrencia y responsabilidad compartida de los sectores público y social, en especial de las comunidades y familias, para la consecución del objeto de esta Ley.

V. Atención preferente. Es aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores (Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2005, art. 4).

Artículo 5. Garantizar a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

VI. De la asistencia social:

- a) A ser sujetos de programas de asistencia social en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de sus medios de subsistencia.
- b) A ser sujetos de programas para contar con una vivienda digna y adaptada a sus necesidades.
- c) A ser sujetos de programas para tener acceso a una casa hogar o albergue, u otras alternativas de atención integral, si se encuentran en situación de riesgo o desamparo.

VII. De la participación:

- a. A participar en la planeación integral del desarrollo social, a través de la formulación y aplicación de las decisiones que afecten directamente a su bienestar, barrio, calle, colonia, delegación o municipio.
- b. De asociarse y conformar organizaciones de personas adultas mayores para promover su desarrollo e incidir en las acciones dirigidas a este sector.
- c. A participar en los procesos productivos, de educación y capacitación de su comunidad.
- d. A participar en la vida cultural, deportiva y recreativa de su comunidad.
- e. A formar parte de los diversos órganos de representación y consulta ciudadana (Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2005, art. 5).

4.2 Ley de Asistencia Social

Artículo 3.- Para los efectos de esta Ley, se entiende por asistencia social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva. La asistencia social comprende acciones de promoción, previsión, prevención, protección y rehabilitación (Ley de Asistencia Social, 2014, art. 3).

Artículo 4.- Tienen derecho a la asistencia social los individuos y familias que por sus condiciones físicas, mentales, jurídicas, o sociales, requieran de servicios especializados para su protección y su plena integración al bienestar. Con base en lo anterior, son sujetos de la asistencia social, preferentemente:

Fracción V. Personas adultas mayores:

- a) En desamparo, marginación o sujetos a maltrato.
- b) Con discapacidad,
- c) Que ejerzan la patria potestad

Fracción VI. Personas con algún tipo de discapacidad o necesidades especiales. (Ley de Asistencia Social, 2014, art. 4).

4.3 Norma Oficial Mexicana (NOM)

NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico, publicada el 15-10-2012.

Es importante señalar que para la correcta interpretación de esta norma se tomarán en cuenta invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva del personal médico a través de la cual, los profesionales y técnicos del área de la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y

entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios (Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3, 2012).

NOM-015-SSA3-2012. Para la atención integral a personas con discapacidad, publicada el 14-09-2012.

El propósito de esta norma es brindar atención médica integral a las personas con discapacidad, proporcionada por equipos inter y multidisciplinarios, tiene por objeto que reciban servicios de atención médica con calidad, seguridad y sin ningún tipo de discriminación. Los profesionales y técnicos que integren estos equipos inter y multidisciplinarios, deberán ser personal del área de la salud que se comprometan, interactúen y complementen las acciones de otros programas que incidan en la salud de las personas con discapacidad (Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3, 2012).

NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

En nuestro país la asistencia social es una expresión de solidaridad humana que se manifiesta en la familia, en la sociedad y en el ámbito del Estado. Su importancia es tal que la misma se regula en la Ley General de Salud, la Ley de Asistencia Social y la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. No obstante lo anterior, actualmente se están agudizando las condiciones de vulnerabilidad de los grupos sociales más desprotegidos como son las personas adultas y adultas mayores en condiciones de soledad, abandono, discriminación, discapacidad, así como víctimas del maltrato en sus diversas expresiones (Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3, 2012).

4.4 Ley General de Salud

Artículo 2. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población,

(Ley General de Salud, 2017, art 2).

4.5 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Artículo 4. Derecho a la salud.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar. El Estado garantizará el respeto a este derecho. El daño y deterioro ambiental generará responsabilidad para quien lo provoque en términos de lo dispuesto por la ley . (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016, art 4)

5. OBJETIVOS

Objetivo General

Implementar intervenciones en educación para la salud a través del Programa de Salud “Prevención de la Depresión en la Vejez”, que ayuden a nivel preventivo, a disminuir el problema de depresión, elevando así la calidad de vida de los adultos mayores de la casa de día de para la tercera edad.

Objetivos Específicos

Canalizar a los que necesiten apoyo, con instituciones asociadas, a la casa de día donde se trabajara.

Fomentar hábitos saludables

Implementar diversas actividades y talleres para la prevención de la depresión.

Evaluar los resultados esperados en la implementación de las actividades

6. ESTRATEGIAS

6.1 Promoción de la Salud y Comunicación

La promoción de la salud juega un papel fundamental, ya que a través de esta estrategia, se lograra ayudar a los adultos mayores, a mejorar sus estilos de vida, en apoyo de sus familiares que juega un papel importante, puesto que con ellos pasan en su mayoría, gran parte del tiempo. Para ellos se requieren acciones que fomenten la confianza entre la familia, generando así en ellos una red de apoyo para el adulto mayor.

6.1.2 Detección Oportuna de casos de Depresión, en cualquier nivel

Mediante la evaluación y la obtención de resultados de algunos instrumentos que se utilizaran al comienzo de la ejecución del programa, se lograra detectar si existen casos de depresión, en cualquier nivel dentro del grupo de adultos mayores que se trabajara. Generando así ayuda oportuna para el participante, contando con el apoyo de la institución donde se estará trabajando, y así mismo canalizarlo a un centro donde se le atenderá, en forma más personalizada.

6.1.3 Implementación de Actividades Dinámicas

Se trata de la implementación de diversas actividades tales como talleres, obras teatrales, pláticas, activación física, entre otras más, con las que se pretende prevenir la depresión en el adulto mayor, implementadas por personal de salud, tal como lo son los Educadores Para la

Salud. Tales actividades constituyen un factor importante puesto que son dirigidas como acciones que pretenden crear mejores estilos de vida en ellos.

6.1.4 Evaluación y Obtención de Resultados

Una vez cumplidas todas las acciones de salud planeadas por parte de los EpS, se plantea evaluar que tan provechoso fue dicho programa, este será evaluado por los mismos adultos mayores, como por los encargados de la misma institución, calificando así si este fue funcional, y si se logró un cambio en por lo menos un 30% de los participantes.

6.2 ACCIONES ESTRATÉGICAS

- Elaborar cronogramas semanales de actividades, que ayudarán a llevar un control en el programa para la prevención de la depresión en el adulto mayor.
- Promover la realización de la activación física, como apoyo para mejorar la salud no solo física, sino mental del cuerpo.
- Fomentar los buenos hábitos, para hacer que el adulto mayor se sienta mejor consigo mismo.
- Crear un ambiente agradable y de confianza con el grupo a trabajar, para obtener resultados favorables.
- Promover una cultura de envejecimiento en nuestro país.
- Aplicar diferentes instrumentos de apoyo que nos ayude a identificar tanto factores de riesgo, como protectores.
- Incorporar a más adultos mayores, a participar en nuestras diferentes actividades.
- Así mismo asegurar la participación del adulto mayor, a través de la motivación.

Para la lograr estos objetivos, son importantes las funciones del Licenciado en Educación para la Salud (LES):

- Reconocer los estilos de vida, prácticas y hábitos no saludables en la comunidad para transformarlos en saludables y mejorar su estado de salud.
- Reconocer estilos de vida saludables en la comunidad para fomentarlos.
- Proponer, gestionar y operar programas educativos para la prevención y conservación de la salud.
- Canalizar a las distintas instituciones a individuos, familias o colectivos que requieran atención médica (Universidad Autónoma del Estado de México, 2015).

7. UNIVERSO

El presente Programa de Salud “Prevención de la depresión en la vejez” va dirigido al grupo etario de adultos mayores, ya que al analizar el contexto actual de nuestro país, nos hemos dado cuenta que este grupo tiene una mayor vulnerabilidad a este tipo de enfermedad.

El proceso del envejecimiento, como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) indica, alienta a conciliar las necesidades e intereses de los grupos de la sociedad para avanzar hacia una plena integración donde cada persona, independientemente de su edad, con sus propios derechos y responsabilidades, tenga una función activa que desempeñar. (Como se citó en INAPAM, 2002, p.05)

8. LÍMITES

Este programa tuvo una duración no mayor de 3 de meses, puesto que la ejecución del mismo se realizó a partir del 6 de marzo al 26 de mayo de 2017.

Los límites tienen dos componentes:

- El programa se implementó 3 veces por semana, siendo los días lunes, miércoles y viernes, con una duración de aproximadamente 40 a 60 minutos por sesión.
- El programa se llevó a cabo solo dentro de la casa de día, ubicada en el Estado de México, en el municipio de Chimalhuacán.

9. SISTEMA PREVISTO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

9.1 Cronograma de Gestión

ACTIVIDAD	FECHA	DISPOSICIÓN DE HORARIO
Gestión del espacio.	27 de febrero de 2017	14:00 a 15:00 horas
Estudio socio comunitario.	01 de marzo de 2017	12:00 a 13:00 horas
Entrega de consentimiento y asentimiento.	03 de marzo de 2017	12:00 a 13:00 horas
Platica de inducción al curso-Taller.	06 de marzo de 2017	11:30 a 12:00 horas

Fuente: Elaboración propia.

9.2 Cronograma de Intervención

ACTIVIDAD	FECHA	DISPOSICIÓN DE HORARIO
1° Sesión. “Activación física”	06 de marzo de 2017	12:00 a 13:00 horas
2° Sesión. “Estrés”	08 de marzo de 2017	12:00 a 13:00 horas
3° Sesión. “Relajación”	10 de marzo de 2017	12:00 a 13:00 horas
4° Sesión. “Activación física”	13 de marzo de 2017	12:00 a 13:00 horas
5° Sesión. “Estrés”	15 de marzo de 2017	12:00 a 13:00 horas
6° Sesión. “Relajación”	17 de marzo de 2017	12:00 a 13:00 horas
7° Sesión. “Activación física”	20 de marzo de 2017	12:00 a 13:00 horas

8° Sesión. “Estrés”	22 de marzo de 2017	12:00 a 13:00 horas
9° Sesión. “Relajación”	24 de marzo de 2017	12:00 a 13:00 horas
10° Sesión. “Activación física”	27 de marzo de 2017	12:00 a 13:00 horas
11° Sesión. “Estrés”	29 de marzo de 2017	12:00 a 13:00 horas
12° Sesión. “Relajación”	31 de marzo de 2017	12:00 a 13:00 horas
13° Sesión. “Activación física”	03 de abril de 2017	12:00 a 13:00 horas
14° Sesión. “Estrés”	05 de abril de 2017	12:00 a 13:00 horas
15° Sesión. “Relajación”	07 de abril de 2017	12:00 a 13:00 horas
16° Sesión. “Autoestima”	10 de abril de 2017	12:00 a 13:00 horas
17° Sesión. “Autoconocimiento”	12 de abril de 2017	12:00 a 13:00 horas
18° Sesión. “Comunicación”	14 de abril de 2017	12:00 a 13:00 horas
19° Sesión. “Asertividad”	17 de abril de 2017	12:00 a 13:00 horas
20° Sesión. “Autoestima”	19 de abril de 2017	12:00 a 13:00 horas
21° Sesión. “Autoconocimiento”	21 de abril de 2017	12:00 a 13:00 horas
22° Sesión. “Comunicación”	24 de abril de 2017	12:00 a 13:00 horas
23° Sesión. “Asertividad”	26 de abril de 2017	12:00 a 13:00 horas
24° Sesión. “Autoestima”	28 de abril de 2017	12:00 a 13:00 horas
25° Sesión. “Autoconocimiento”	01 de mayo de 2017	12:00 a 13:00 horas
26° Sesión. “Comunicación”	03 de mayo de 2017	12:00 a 13:00 horas
27° Sesión. “Asertividad”	05 de mayo de 2017	12:00 a 13:00 horas

28° Sesión. “ Bienestar psicológico ”	08 de mayo de 2017	12:00 a 13:00 horas
29° Sesión. “ Confianza ”	10 de mayo de 2017	12:00 a 13:00 horas
30° Sesión. “ Convivencia y Redes de apoyo ”	12 de mayo de 2017	12:00 a 13:00 horas
31° Sesión. “ Bienestar Psicológico ”	15 de mayo de 2017	12:00 a 13:00 horas
32° Sesión. “ Confianza ”	17 de mayo de 2017	12:00 a 13:00 horas
33° Sesión. “ Convivencia y Redes de apoyo ”	19 de mayo de 2017	12:00 a 13:00 horas
34° Sesión. “ Bienestar psicológico ”	22 de mayo de 2017	12:00 a 13:00 horas
35° Sesión. “ Confianza ”	24 de mayo de 2017	12:00 a 13:00 horas
36° Sesión. “ Convivencia y Redes de apoyo ”	26 de mayo de 2017	12: 00 a 13:00 horas

Fuente: Elaboración propia.

9.3 Contenidos de la Unidad de Aprendizaje

El siguiente cuadro, es un reflejo de las temáticas que se abordaron como parte del programa con la perspectiva de ayudar al adulto mayor a prevenir la depresión. El contenido de la tabla, tiene una duración no mayor de tres meses, cada tema está dividido de acuerdo a su funcionalidad, ya que estas se dividieron en talleres; activación física, estrés y relación, y clases prácticas: autoestima, autoconocimiento, comunicación, asertividad, bienestar psicológico, confianza, convivencia y redes de apoyo.

Los talleres 5 sesiones cada uno, mientras que las clases prácticas, duración de 3 sesiones cada uno.

Cada uno de los temas que aquí se muestran fue elegido tras varias consultas de referencia como programas de salud, artículo de investigación profesional y tras la realización de algunos instrumentos.

N°	TEMA
1	Taller de Activación física
2	Taller de Estrés
3	Taller de relajación
4	Autoestima
5	Autoconocimiento
6	Comunicación
7	Asertividad
8	Bienestar psicológico
9	Confianza
10	Convivencia
11	Redes de apoyo

Fuente: Elaboracion propia.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Cabello, M.L., y Barrera, I. (2010). De estrés al desapego. Una alerta a las instituciones de salud. En N. González. (Ed), Nuevas enfermedades mentales y Salud pública. De la fundamentación teórica a la contingencia de la vida cotidiana (pp. 2007-208). Ciudad de México, México: Miguel Ángel Porrúa.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, art no. 4. Gobierno de México, 17 de mayo de 2016).
- Depression and Bipolar support Alliance (2008, 25 de Noviembre). Alianza de Apoyo para la Depresión y el Trastorno Bipolar. DBSA. Recuperado de http://www.dbsalliance.org/site/PageServer?pagename=esp_dbsa_aboutdbsa
- Dwight, L. E., Charney, D. S., y Lewis, L. (Ed.). (2007). Guía para el médico, Depresión y trastornos bipolares. España, Madrid: McGraw-HILL*interamericana.
- González, N. (2010). Aproximaciones teórico conceptuales en torno a la sociología de las emociones: las emociones, la sociedad y la ciencia. En N. González. (Ed), Nuevas enfermedades mentales y salud pública. De la fundamentación teórica a la contingencia de la vida cotidiana (pp. 30-32). México, DF: Miguel Ángel Porrúa.
- González, N. (2010). De estrés al desapego... ¡Una alerta a las instituciones de salud! En M. Cabello e I. Barrera. (Ed), Nuevas enfermedades mentales y salud pública. De la fundamentación teórica a la contingencia de la vida cotidiana (pp. 207-209). México, DF: Miguel Ángel Porrúa.
- Guinsberg E. (2010). Psico (pato)logia de nuestra época: narcisismo y depresión. En N. González (Ed), Nuevas enfermedades mentales y salud pública. De la fundamentación teórica a la contingencia de la vida cotidiana (pp. 48-50). México, DF: Miguel Ángel.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2002). Modelos de Atención Gerontológica. Recuperado de

- http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_%28web%29.pdf
- Ley de Asistencia Social, Diario Oficial de la Federación, México, 2014 19 de diciembre del 2014. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/270_191214.pdf
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Diario Oficial de la Federación, México, 25 de abril del 2012. Recuperado de https://www.ucoj.mx/content/cms/13/file/federal/LEY_DE_LOS_DERECHOS_DE_PERSONAS_ADULTAS.pdf
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Diario Oficial de la Federación, México, 26 de enero del 2005. Recuperado de https://www.ucoj.mx/content/cms/13/file/federal/LEY_DE_LOS_DERECHOS_DE_PERSONAS_ADULTAS.pdf
- Ley General de Salud, art n° 2. Diario Oficial de la Federación de los Estados Unidos Mexicanos, 17 de noviembre de 2017.
- Ley General de Salud, art n° 4. Diario Oficial de la Federación de los Estados Unidos Mexicanos, 17 de noviembre de 2017.
- Lipovetsky, G. (2000). La era del vacío, ensayos sobre el individualismo contemporáneo. Recuperado de http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/blog/docentes/trabajos/6553_15813.pdf
- Mori, N., y Caballero, J. (2010). Historia natural de la depresión. *Rev. Perú. Epidemiol*, 14(2), 01-05.
- NOM- 015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad. Diario Oficial de la Federación de los Estado Unidos Mexicanos, 14 de septiembre de 2012.
- NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Diario Oficial de la Federación de los Estados Unidos Mexicanos, 13 de septiembre de 2012.

- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3. Diario Oficial de la Federación, México. 15 de octubre del 2012. Recuperado de <http://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR26.pdf>
- Oblitas, L. A. (2010). Psicología de la salud y calidad de vida. México, Santa Fe: Cengage Learning.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Piña, N. (2004). Cómo elaborar un programa de educación para la salud. Prevención de las alteraciones morfológicas en la columna vertebral en edad escolar. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, 2, 1-19. Recuperado de <https://revistas.uax.es/index.php/biociencia/article/view/631/587>
- Secretaria de Salud. (2001). Programa de acción: Atención al envejecimiento. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento.pdf>
- Sotelo, I., Rojas, J. E., Sánchez, C., e Irigoyen, A. (2012). La Depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. Archivos en medicina familiar, 14(1), 5-13. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2012/amf121b.pdf>
- Universidad Autónoma del Estado de México. (2015). Somos sanos. Licenciatura en Educación para la Salud. Recuperado de <http://denms.uaemex.mx/exorientavirtual/?courses=licenciado-en-educacion-para-la-salud>
- Università della Terza Età (UNITRE). (2010). ASSOCIAZIONE NAZIONALE, recuperado de <http://www.unitre.net/unitre/Archivi.html>
- Vivaldi, F., y Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. Terapia Psicológica, 30 (2), 23-29. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n2/art02.pdf>

11. ANEXOS



Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario Nezahualcóyotl
Licenciatura en Educación Para la Salud



Programa de Salud: "Prevención de la Depresión en la Vejez"

11.1 Carta descriptiva "Activación física"

Lugar: Casa de día

Duración: (5 horas. Aprox. total)

1. ACTIVACIÓN FÍSICA

Tema: "Activando mi día a día"

Objetivo educacional: Ilustrar de forma sencilla y concisa la manera en que la activación física beneficia al adulto mayor y como realizarlo adecuadamente.

CONTENIDO	SUBTEMAS	TÉCNICAS/ ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS- APRENDIZAJE	ACTIVIDAD	RECURSOS		TÉCNICA EVALUATIVA	
				Humanos	Materiales		
Ejercicios	1. Tipos de ejercicios y como realizarlos	Demostración activa y exposición en rotafolios	1. Ejemplificación de las posiciones en tiempo real (realizar el ejercicio de manera correcta) esquemas	40- 60 participantes Tres facilitadores	Rotafolios (3) Plumones (6)	Rueda de intervenciones	
	Beneficios	2. Aportes a la salud y al estado físico, psicológico y social	2. Exponer a través de una ponencia el tema en cuestión a través de una actuación donde tanto los facilitadores, así como los A. M. representaran lo antes mencionado en la ponencia		-----	Rol de preguntas claves	
		Cuerpo humano	3. Afectaciones de los ejercicios bien mal realizados (físicos)		3. Realizar un tipo mural con imágenes que los facilitadores entregaran a los A. M. donde se representen las afectaciones. y de manera simultánea explicando cada una	Imágenes (15)	Sondeo formativo
	4. Análisis del cuerpo humano		4. A través de un cartel se mostraran las partes del cuerpo y la forma en que los ejercicios trabajan sobre este y focalizándolos.		Cartel (2)	-----	Glosario cooperativo
	5. Rutina de ejercicios.		5. Como última actividad del taller se dedicara está a realizar una sesión de activación física leve moderada.		-----	Rueda de intervenciones	



11.2 Carta descriptiva “Estrés”

Lugar: Casa de día

Duración: (5 horas. Aprox. total)

ESTRÉS

Tema: “*Pintemos el estrés*”

Objetivo educacional: Emplear el arte como medio de desestresante ante los adultos mayores y poder canalizar las afectaciones que podrían repercutir en su estado biopsicosocial,

CONTENIDO	SUBTEMAS	TÉCNICAS/ ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS- APRENDIZAJE	ACTIVIDAD	RECURSOS		TÉCNICA EVALUATIVA
				Humanos	Materiales	
Que es Pintar	1. <i>Cómo funciona el arte en el estrés</i>	cortometraje	1. <i>Por medio de un video corto mostrar lo que es el arte y la pintura</i>	Tres facilitadores	*Colores sueltos (50)	Sondeo de sentimientos previos
El arte de pintar	2. <i>¿Es necesario pintar?</i>	Lluvia de ideas	2. <i>A través de una serie de imágenes y palabras claves ilustrar la importancia de pintar y su influencia en nuestra vida diaria.</i>		*Gises de colores (3 cajas)	Comentarios finales
Trazo de figuras	3. <i>Tipos de dibujos y sus representaciones en el estado emocional de la persona</i>	Demostración activa	3. <i>Realizar dibujos y trazos con significados en la emoción y mentalidad de los A. M. representando algo de ellos en el dibujo.</i>		*Hojas para dibujar (dibujo técnico)(40)	Actividad libre
Pintar un cuadro	4. <i>sentimientos</i>		4 y 5. <i>Finalmente realizar unos cuadros (paisajes) que representen su vida actual a través de una exposición de los mismos al ser terminados exponiendo los sentimientos que les causaron</i>		*Botes de pinturas de todos los colores(20)	Retroalimentación
	5. <i>pintando con las manos</i>	Galería de arte			*Caballetes o tablillas para apoyo de hojas(30)	
					*Clips (30)	
					*Imágenes (20)	



11.3 Carta descriptiva “Relajación”

Lugar: Casa de día

Duración: (5 horas. Aprox. total)

RELAJACIÓN

Tema: “Contemos hasta 10”

Objetivo educacional: Ejecutar técnicas de relajación, basadas en la respiración y control del cuerpo como medio para encontrar el bienestar.

CONTENIDO	SUBTEMAS	TÉCNICAS/ ESTRATEGIAS/ DIDÁCTICAS- APRENDIZAJE	ACTIVIDAD	RECURSOS		TÉCNICA EVALUATIVA
				Humanos	Materiales	
Relajación	1.Salud mental	Imaginación guiada	1. La sesión consta de tensión y relajación muscular, en la siguiente sesión es importante llevar un buen manejo de la respiración.	40 participantes 3 facilitadores	1 espacio al aire libre 40 sillas 40 colchonetas o tapetes (que sean blandos para poder recostarse en ellos)	Sondeo (sensación corporal)
Respiración	2.Técnica de Schultz	El Schultz	2. se posición a la persona en un lugar tranquilo, para hacer relajación mental, que deberán despertar sensaciones en el participante, ya que este permanecerá con los ojos cerrados.			Comentarios (emociones)
Meditación	3.Relajación y meditación	Alivio del estrés	3. La meditación reducirá la depresión. Para aliviar el estrés se debe lograr la atención plena por medio de la exploración del cuerpo y Meditación mientras caminas.			Exposición verbal de experiencias
Sensaciones	4.Respiración profunda	Técnicas de respiración	4. La respiración profunda es una simple, pero potente, es fácil de aprender y proporciona una manera rápida de mantener los niveles de estrés bajo control, esta se puede combinar con otros elementos como la aromaterapia y la música.			Dudas
	5.Yoga como parte del desestrés	Yoga para personas mayores	5. Es una técnica para aliviar el estrés. Se trata de una serie de movimientos y pausas en combinación con la respiración profunda.			Observaciones de la actividad



11.4 Carta descriptiva “Autoestima”

Lugar: Casa de día
Duración: (3 horas. Aprox. Total.)
AUTOESTIMA

Tema: “Autoafirmación del yo”

Objetivo educacional: Vivenciar los problemas relacionados con dar y recibir afecto.

CONTENIDO	SUBTEMAS	TÉCNICAS/ ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS- APRENDIZAJE	ACTIVIDAD	RECURSOS		TÉCNICA EVALUATIVA
				Humanos	Materiales	
1.Autoestima	Afecto	Ponencia	<p>1. Se inicia con una explicación de lo que es la autoestima, y lo difícil que es para la gente expresarnos, seguido de vivencias personales del grupo, y posibles especulaciones, de cómo hubiese sido de haber hecho lo contrario a la realidad.</p> <p>2. En esta intervención se pedirá con anterioridad una foto de cada integrante, con la finalidad de que el grupo comente las características que lo definen. Al final el participante dará su versión de cómo se visualiza.</p> <p>3. El participante dará las partes que más agradan y desagradan de sí mismo, debilidades virtudes, cosas que aprendió y talento, al final se explicara la importancia de conocerse aceptarse y como la opinión más importante es la de sí mismo.</p>	40 participantes	40 sillas 1 espacio con luz	Sondeo Debate
2.Autoafirmación del yo	Empoderamiento y confianza	Técnica de bombardeo intenso		3 facilitadores	1 foto de cada integrante	Observaciones y conclusiones
3.Seguridad de sí mismo	Debilidades y virtudes	Técnica de aceptación				



11.5 Carta descriptiva “Autoconocimiento”

Lugar: Casa de día
Duración: (3 horas. Aprox. Total.)
AUTOCONOCIMIENTO

Tema: *¿Quién soy?*

Objetivo educacional: *profundizar en el conocimiento de uno mismo, con la propuesta de situaciones que inviten a la reflexión, mediante la expresión de sentimientos*

CONTENIDO	SUBTEMAS	TECNICAS/ ESTRATEGIAS DIDACTICAS- APRENDIZAJE	ACTIVIDAD	RECURSOS		TÉCNICA EVALUATIVA
				Humanos	Materiales	
1. Autoconocimiento	Reconocimiento	Dinámica	1. se retomaran ideas el grupo ante el autoconocimiento, se vinculará con lo expuesto por los facilitadores para partir en la 1ra dinámica, donde se da respuestas a la pregunta “¿Quién soy?”, con descripciones (máx. 10)	40 participantes	Hoja Lápiz Cinta adhesiva Pluma	Que hayan puesto atención en dicha sesión
2. Tacto	¿Que soy?	Dinámica2	2. Los facilitadores junto con los participantes realizan la técnica del tacto, que consiste en reconocer su cuerpo físico por medio de los sentidos y observar reacciones sobre su conciencia corpórea.	3 facilitadores.		
3. Atención	Cómo me veo... ¿me ven?	Técnicas 3	3. Analizar la visión del otro sobre sí mismo con apoyo del personal a cargo, comentarios y reflexión			



11.6 Carta descriptiva “Comunicación”

Lugar: “Casa de día

Duración: (3 horas. Aprox. Total.)

COMUNICACION

Tema: “Cadena de transmisión”

Objetivo educacional: *Analizar el contexto en que se desenvuelve el grupo etario, para así ayudar a mejorar o reforzar la comunicación en ellos.*

CONTENIDO	SUBTEMAS	TÉCNICAS/ ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS- APRENDIZAJE	ACTIVIDAD	RECURSOS		TECNICA EVALUATIVA
				Humanos	Materiales	
Comunicación	1. comunicación, formas y medios	Dinámica 1	1. Explicación, sobre comunicación, formas y medios que existen, y dando ejemplos verbales y actuaciones por parte de los participantes.	Participantes Facilitadores	40 Sillas	Actitudes Valores Compromiso
Medios	2. Me comunico por todos los medios	Dinámica 2	2. Se les enseña comunicarse en todos los medios, con actuaciones, mímica, según la comunicación referida en la dinámica anterior.		2-3 Mesas	
tecnicas	3. Reforzamiento	Dinámica 3	3. El facilitado elegirá medios de comunicación que no se utilicen cotidianamente y ayudarles a que aprendan a usarlo con ensayo y error hasta tener una comunicación efectiva.		1 Aula	



11.7 Carta descriptiva “Asertividad”

Lugar: Casa de día

Duración: (3 horas. Aprox. Total.)

ASERTIVIDAD

Tema: “Y tú qué harías”

Objetivo educacional: Reflexionar sobre situaciones de la vida diaria en la que bien, a veces es difícil saber cómo reaccionar.

CONTENIDO	SUBTEMAS	TÉCNICAS/ ESTRATEGIAS DIDÁCTICA APRENDIZAJE	ACTIVIDAD	RECURSOS		TÉCNICA EVALUATIVA
				Humanos	Materiales	
Asertividad	1. ¿Qué es?	Dinámica 1	PROCESO: El facilitador dará paso a la información breve sobre asertividad, que es y como creemos ser en el tema con ejemplos.	3 Facilitadores	40 hojas de papel blanco	Capacidad de atención
Toma y postura de decisiones	2. decisiones y acciones	Dinámica 2	2. El facilitador enunciara una serie de oraciones, en las que el participante debe reflexionar antes de dar su respuesta, con ello se pretende reflexionen sobre situaciones reales y pasar a representarlas para clarificar ideas. 3. dinámica, en donde adquieran la habilidad de expresar críticas de forma adecuada, evitando ataques a las personas, observando comportamientos, conocer emociones (expresión verbal) y saber que queremos pedir o decir. Realizar críticas moderando la actitud y la expresión verbal Facilitar alcance de propuestas de solución satisfactoria para ambas partes. prevención de violencia con dinámicas anteriores para canalización agresivas.	40 Participantes.	40 bolígrafos o lápices 40 Sillas 2-3 Mesas Aula	Valores Comunicación Agilidad para resolver una problemática
Formas y beneficios	3. Decido y actué adecuadamente en mi vida?	Dinámica 3				



11.8 Carta descriptiva “Bienestar psicológico”

Lugar: “Casa de día

Duración: (3 HRS)

BIENESTAR PSICOLÓGICO

Tema: “podemos optar”

Objetivo educacional: *Entender la libertad como capacidad de opción y de elección dentro de posibles alternativas.*

CONTENIDO	SUBTEMAS	TÉCNICAS/ ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS- APRENDIZAJE	ACTIVIDAD	RECURSOS		TÉCNICA EVALUATIVA
				Humanos	Materiales	
Bienestar	1. Autonomía	Practica “Mi medio minuto de fama”	Para esta sesión el facilitador, le pide al grupo que cada uno nos comentó lo que más le importa, después tomaremos tiempo para reflexionar. Una vez pasado el tiempo comentaremos de nuevo sobre los intereses.	60 participantes 3 facilitadores	1. 60 hojas 60 lápices o plumas. 1 lectura de impacto personal	Sondeo Reflexionar sobre situaciones que han impactado
Valores	2. Resolución de conflictos	Practica “podemos optar”	2. seleccionaremos una lectura que abarque una historia sobre un gran impacto en la vida, la cual una vez terminada será reflexiona con una serie de preguntas, las cuales serían reflexionadas sobre la vida propia.		1 lectura con 4 copias	
Libertad	3. manejo de las emociones	¿Es una agresión?	3. se dividirá el grupo en 4 equipos, Las relaciones interpersonales se ponen a prueba en los conflictos, por eso conviene hablarlos y ver la forma de resolverlos.			



11.9 Carta descriptiva "Confianza"

Lugar: Casa de día

Duración: (3 horas. Aprox. Total.)

CONFIANZA

Tema: Tienes seguridad en ti mismo.

Objetivo educacional: Descubrir la importancia que generara en uno mismo y para después poder proyectarla en los distintos ámbitos de la vida.

CONTENIDO	SUBTEMAS	TÉCNICAS/ ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS- APRENDIZAJE	ACTIVIDAD	RECURSOS		TÉCNICA EVALUATIVA
				Humanos	Materiales	
Confianza	1.Comunicación	Dinámica 1 Nariz con nariz	1. Se trata de desarrollar la confianza entre el grupo, permitiendo el contacto físico rechazando los estereotipos sexuales. Permanecerá inmóvil con los ojos abiertos y sin poder hablar. Tan sólo puede guiar al otro/a soplando suavemente ara indicar su posición.	40 participantes 3 facilitadores.	40 mascadas, o paliacates. 40 Lápices, o bolígrafos Y Papel Se necesita 2 objetos (como botellas, etc.) 40 Sillas	Sondeo Reflexión: ¿Qué sensaciones experimentaron? ¿Hubo resistencias a hacer este juego? ¿Qué tipo de reflexiones surgieron ¿Cómo sintieron a las demás personas? ¿Qué dificultades se produjeron? ¿Qué problemas hay en la vida real para confiar en un grupo y lograr cooperar cada cual desde sus potencialidades?
Comunicación	2.Emociones	Dinámica 2 El perro y el gato "	2. El facilitador habla sobre las dificultades en la vida diaria, las más de las veces, las personas observamos más los defectos que las cualidades de los demás. Ahora todos van a tener la oportunidad de realzar una cualidad de los compañeros.			
Trabajo en equipo	Orientación	Dinámica 3 EL JARDINERO	3. Consiste en recoger un objeto con los ojos tapados a través de un itinerario. Desarrollar la confianza en sí mismo. Estimular la orientación espacial. Los/as jugadores/as se sitúan en dos filas frente a frente a dos metros de distancia aproximadamente, representando a los árboles de una avenida.			



11.10 Carta descriptiva “Convivencia y Redes de apoyo”

Lugar: Casa de día

Duración: (3 HRS)

CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO

Tema: “Integración del todo”

Objetivo educacional: *Crear un clima de confianza y comunicación mutua en el grupo.*

CONTENIDO	SUBTEMAS	TÉCNICAS/ ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS- APRENDIZAJE	ACTIVIDAD	RECURSOS		TÉCNICA EVALUATIVA
				Humanos	Materiales	
Convivencia	1.Creación de un clima	Dinámica 6 maneras de agrandar	1. Realizaremos una consulta de un libro, y mencionaremos 1 del cap., como ejemplo y punto de comparación con la idea de reflexionar sobre: el interés por la gente, de sonreír, recordar los nombres de las personas y sonreír.	60 participantes 3 facilitadores	1 biografía de un autor reconocido. 60 tarjetas con la misma leyenda.	Reflexión en cada sesión.
Actitudes	2.Manejo de la conciencia	Dinámica La tarjeta de visita	2. Se le repartirá al grupo una tarjeta, que contendrá una serie de preguntas, las cuales serán analizadas, se escuchara con atención las anotaciones del grupo, y se reflexionará sobre lo expuesto.		1 lectura “la importancia de los pequeños detalles” con 5 copias	Sondeo para percibir si hay atención por parte del grupo.
Integración	3.mejorar de las relaciones	Dinámica Los pequeños detalles	3. Se hará lectura “la importancia de los detalles” la cual será reflexionada, una vez terminada se evaluará una serie de puntos de evaluación sobre nuestra personalidad y como nos percibimos.		60 tarjetas con nombres de instituciones de apoyo al adulto mayor.	
Redes de apoyo	4.instituciones al servicio del adulto mayor	Extra clase	4. una vez terminada la dinámica se dará pasa a repartir unas tarjetas con nombre de instituciones de apoyo al adulto mayor, en general.			

3.4 Etapa de Evaluación

Para poder evaluar los resultados en la implementación de diversas actividades dentro de los talleres (que son 3) y clases prácticas (que son 7) del Programa de Salud “Prevención de la depresión en la vejez” estos contienen evaluaciones continuas al final de cada una de sus sesiones, así como una al final de cada taller y clases prácticas, se cuenta con una carta descriptiva general de los talleres y prácticas (anexo “7”). Las cartas descriptivas detalladas por sesión así como sus evaluaciones continuas tanto de las prácticas como talleres se encuentran dentro de dicho programa de forma individual.

De esta forma pudimos observar que avance tuvo el adulto mayor consigo mismo, con su familia, y con el entorno a lo largo de la investigación además saber si se cumplió con los objetivos de la presente investigación.

3.5 Análisis de la Información

Se analizaron las preguntas derivadas de las guías aplicadas y se procesaron a través de gráficas y programa de Excel.

3.6 Aspectos Éticos

Respecto a los aspectos éticos, se consideró y retomo:

3.6.1 Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012

Establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Esta norma, define los elementos mínimos que deben cumplir de manera obligatoria los investigadores que realizan esta actividad en seres humanos, de acuerdo con las disposiciones que en esta materia se establecen con carácter irrenunciable para la Secretaría de Salud como autoridad sanitaria, según lo establece la propia Ley General de Salud y su Reglamento en materia de investigación para la salud.

En este sentido, una vez que se ha cumplido con las disposiciones de carácter obligatorio que establece el marco jurídico-sanitario mexicano, quienes realizan investigación para la salud en seres humanos; deberán adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican a la investigación médica que se encuentra en los instrumentos internacionales universalmente aceptados y a los criterios que en la materia emita la Comisión Nacional de Bioética.

Carta de consentimiento informado en materia de investigación, al documento escrito, signado por el investigador principal, el paciente o su familiar, tutor o representante legal y dos testigos, mediante el cual el sujeto de investigación acepta participar voluntariamente en una investigación y que le sea aplicada una maniobra experimental, una vez que ha recibido la información suficiente, oportuna, clara y veraz sobre los riesgos y beneficios esperados. Deberá indicarse los nombres de los testigos, dirección y la relación que tienen con el sujeto de investigación (NOM 012, 2013).

3.6.2 Declaración de Helsinki

La Declaración de Helsinki es un documento que auto-regula a la comunidad médica en lo relativo a la investigación y es la base de muchos documentos subsecuentes.

El principio básico es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y derecho a tomar decisiones una vez que se le ha informado claramente los pros y contras, riesgos y beneficios de su participación o no en un estudio de investigación médica.

Para que un sujeto participe de un estudio debe obtenerse un consentimiento informado, el cual es un documento donde el sujeto acepta participar una vez que se le han explicado todos los riesgos y beneficios de la investigación, en forma libre, sin presiones de ninguna índole y con el conocimiento que puede retirarse de la investigación cuando así lo decida.

- a) La investigación se debe basar en un conocimiento cuidadoso del campo científico (Artículo 11).
- b) cuidadosa evaluación de los riesgos y beneficios (Artículos 16 y 17).
- c) probabilidad razonable que la población estudiada obtenga un beneficio (Artículo 19).
- d) conducida y manejada por investigadores expertos (Artículo 15).
- e) usando protocolos aprobados y sujetos a una revisión ética independiente.
- f) Cuando se encuentre en estudio un método de diagnóstico o tratamiento novedoso, éste deberá compararse siempre contra el mejor método disponible, de no haberlo está justificado el uso de placebo, que son sustancias sin actividad en el cuerpo humano cuyo uso sólo se justifica si no existen un tratamiento probado (Artículo 29)
(Secretaría de Salud, 2013).

3.6.3 Código de Núremberg

Normas éticas sobre experimentación en seres humanos y obligación de solicitar el Consentimiento Informado, expresión de la autonomía del paciente. Sus recomendaciones son las siguientes:

- Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano. El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar.
- Basados en los resultados de la experimentación animal y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otros problemas en estudio, el experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo.
- El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.
- Ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave, excepto, quizás en aquellos experimentos en los cuales los médicos experimentadores sirven como sujetos de investigación.
- El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resuelto por el experimento.
- Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte.
- El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Debe requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento.
- Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo. Durante el curso del experimento, el científico a cargo de él debe estar preparado para terminarlo en cualquier momento, si él cree que en el ejercicio de su buena fe, habilidad superior y juicio cuidadoso, la continuidad del experimento podría terminar en un daño, incapacidad o muerte del sujeto experimental (Uncategorized, 2011).

CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

4.1 Estudio y Análisis del Programa de Salud “Prevención de la depresión en la vejez”

Se pudo llevar a cabo la ejecución del Programa de Salud “Prevención de la Depresión en la Vejez”, mismo que fue creación de las colaboradoras de la presente investigación. En el cual se logró realizar las diferentes intervenciones tal y como estas fueron planeadas, en las sesiones del taller , dándose los tres talleres: Taller de Activación Física, Taller de Estrés, y el Taller de Relajación, cubriendo diversas áreas de conocimiento y aprendizaje, a excepción de algunas pláticas que no se pudieron impartir por cuestiones meramente de la institución, ya que la misma nos recortó el tiempo planeado debido a que nuestras fechas intervinieron con algunas actividades que ellos ya tenían planificadas, provocando falta de tiempo para impartirlas ya que en ocasiones se recorrían o cancelaban, en tal caso solo se pudieron llevar a cabo cuatro de las siete clases prácticas las cuales fueron : autoestima, autoconocimiento, comunicación y asertividad.

Las actividades que se realizaron con las intervenciones propias del programa aplicado a través de evaluaciones continuas, lograron resultados de tipo observacional y práctico ya que cada sesión de taller y “clases prácticas” contaban con su propio objetivo y su forma de evaluación según la temática desarrollada. A continuación se mencionaran por taller y clases prácticas de forma general el tipo de evaluaciones y sus resultados (tanto negativos como positivos) que se lograron al final de ellos:

Taller de Activación Física: Se les mencionó y enseñó como realizar de manera correcta ejercicios básicos y los realizados en sus sesiones de Activación física (ya existente en casa de día), así como las posturas adecuadas, el cuerpo humano y su estructura e información sobre beneficios y efectos en la salud según lo que se desarrolla en el cuerpo, a través de dinámicas, ilustraciones y recreación de lo hablado y ejecutado. Los resultados fueron: favorables ya que muchos de ellos no sabían el nombre de ciertas partes de su cuerpo o los beneficios y sus posturas adecuadas, acarreado la necesidad y la voluntad de los A. M. para ejecutar bien sus ejercicios, informarse y entrar a sus clases de activación física.

Taller de Estrés: este se llevó a cabo con la ayuda del arte de pintar, de igual manera se les explico que es pintar, sus beneficios (importancia en las emociones y sentimientos), las diferentes formas de pintar (para expresar lo que quieren), así como el pintar y crear su propio cuadro, refiriendo emociones y parte de su vida en sus pinturas. Los resultados fueron: favorables en el aspecto que lograban sentir y expresar sus emociones al pintar (ya que a esta edad tanto ellos como sus familiares piensan que ya no es importante esta parte), se sentían más contentos y trabajaban de manera alegre y en equipo, ya que el material era trabajado por todos.

Taller de Relajación: Aquí se les enseñaba en cada sesión diferentes técnicas para poder lograr una total o parcial relajación, todas ellas guiadas y explicadas (función, finalidad y beneficios), conociendo su cuerpo a través de lo que sentían y la forma de relajarse si se trataba de un sentimiento negativo etc., con la ayuda de musicoterapia y aromaterapia que ayudarán a propiciar un ambiente tranquilo. Los resultados fueron en definitiva positivos ya que al final de cada sesión los Adultos Mayores lograban un estado de tranquilidad parcial y se sentían satisfechos para continuar con sus actividades del día, pidiendo recomendaciones o si se les permitía realizar estas técnicas en casa (se les explicaba cómo se realizaba de manera individual y solos).

Clases prácticas de Autoestima: se les mostraba a través de explicaciones iniciales la autoestima, que provoca en uno y como se refleja eso ante los demás, directamente a través de dinámicas de dificultad (ya que no se suele abordar de manera directa nuestra propia persona y lo que los demás observan de uno). Los resultados fueron inicialmente confusos para los A.M.

ya que muchos no sabían que tenían muy poca autoestima y los que lo identificaban encontraban emociones confusas, finalmente, aunque sus emociones eran diversas, se sentían agradecidos de ver el valor (según su criterio personal) que se daban y dejaban que los demás les otorgaran, proponiéndose sentir más afecto por ellos mismos, cosa que se percibía en diferentes aspectos.

Clases prácticas de Autoconocimiento: encaminado a la clase de autoestima, este ayudaba a conocer y reconocer a la persona en todos sus aspectos, saberse quienes son, como son y que son (en el plano físico, emocional y social), con ayuda de dinámicas de observación de uno mismo, de tacto hacia su físico (textura, tamaño de brazos cara, orejas, etc.), de atención hacia lo que los demás perciben. Los resultados fueron sorprendentes, ya que muchas personas se acercaban y describían que jamás se habían puesto a “analizarse” como eran físicamente, que sentían que quieran etc., causándoles a la vez miedo de lo que descubrían y ayudando a que se sintieran más seguros al saber más de ellos mismos y reforzando los resultados positivos de la clase de autoestima.

Clases prácticas de Comunicación: en estas clases se les explicaba, que es, las formas y medios, y se les enseñó como comunicarse por estos medios, a través de dinámicas de reconocimiento de las técnicas y medios de comunicación, practicando de manera directa éstas, con ensayo y error, hasta conseguir un mínimo de comunicación en estos medios, logrando comprender que no todos sabemos comunicarnos y que existen diferentes medios de comunicar algo hacia alguien. Los resultados fueron favorables ya que se comprendió que los diferentes medios son utilizados en la vida diaria sin saberlo y que comunicamos más de lo que creemos sin saberlo y esto puede o beneficiar o dañar nuestra convivencia y comunicación con los demás. Muchos comentaron que quieran seguir aprendiendo más sobre las formas de comunicación de manera práctica.

Clases prácticas de Asertividad: se les muestra información de asertividad, como creemos ser asertivos y técnicas para lograr la asertividad, a través de dinámicas que muestren de manera directa y concisa nuestra toma de decisiones y posturas ante situaciones, de forma adecuada, como un derechos, etc. Y los beneficios que trae ser asertivo en la vida. Los resultados fueron nulos, ya que la mayoría de A. M. esta acostumbrados a seguir, actuar y comunicar sus opiniones

y tomar decisiones con base a lo que les han enseñado y se dificultó la práctica de la asertividad, sin embargo si hubo algunos que tomaron esto como algo nuevo que pueden practicar, aunque la clase de comunicación libero un poco más el panorama para esta clase.

En cada taller y en cada clase práctica se veía un cambio en su forma de interactuar con sus propios compañeros, consigo mismos y con el entorno en sí. De manera general se mencionara que:

Socialmente: La convivencia con el personal y así mismo con sus familiares (que comenzaron a asistir de manera regular a eventos que se realizaban dentro de casa de día a partir de estas intervenciones) fue significativamente positiva. Ya no se encuentran aislados en sus pequeños grupos, la convivencia es general y armoniosa. Con detalles a pulir pero que ellos mismos pueden notar y pretender resolver o tratar de que no les afecte en su entorno y como compañeros, según sus propios comentarios.

Psicológicamente: su manejo y expresión verbal y corporal fue cambiando notoriamente, con mayor desenvolvimiento y seguridad. También adquirieron ese conocimiento que les sirve para enfrentar situaciones emocionales ya sean de familia o individuales, así como el poder sentir que a pesar de su edad tiene el derecho de seguir aprendiendo si así lo desean manejan mayor asertividad y alegría.

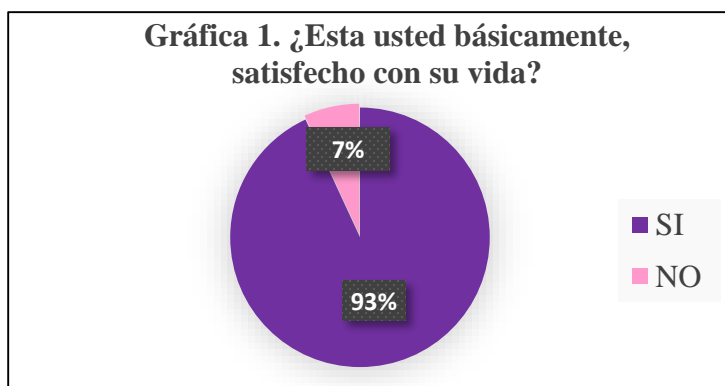
Físicamente: los adultos mayores tuvieron un mínimo cambio que fue en sus habilidades motoras y cognitivas. Algunos adultos mayores pudieron recuperar la movilidad de alguna parte de su cuerpo que tenían lesionadas gracias a las indicaciones de posturas, movimientos, tiempos, la correcta información proporcionada así como su adecuado seguimiento en su vida diaria por parte de ellos mismos, de sus familiares y como de sus médicos o promotores encargados de ellos, a través del taller correspondiente a activación física (tomando referencia a los ejercicios que ya llevan en casa de día.

También cabe mencionar que a lo largo de la investigación se presentaron situaciones que no fueron las más acertadas, puesto que dentro de ellas está la creencia y las formas de trabajo de los mismos colaboradores de la institución en cuanto al trato y atención que brindan al adulto mayor, pues está más a un modo de compasión y de poca atención, en vez de ayudarlos a empoderarse.

Así mismo dentro de las cuestiones positivas que arrojó la investigación pudimos observar que dentro de la casa de día de los adultos mayores, existen diversos grupos, los que forman parte de INAPAM y los externos que se reúnen en casa fuera de la institución. Sin embargo a pesar de la existencia de estos grupos, a la hora de realizar eventos tales como el día del adulto mayor, el día del padre, de la madre, etc. se reúnen en conjunto para pasar un momento agradable y cordial que los hace relajarse.

4.2 Análisis de los resultados como método de apoyo al Programa de Salud

Dentro de la investigación se utilizaron diferentes instrumentos que nos sirvieron de apoyo para crear un mayor panorama de la situación y así mismo poder crear estrategias y dinámicas que nos ayuden a resolver la problemática de depresión, a continuación, se presentan los resultados de las preguntas más representativas para la investigación:



Fuente: Elaboración propia.

En relación a la pregunta 1, se pudo observar que aproximadamente 1 de cada 10 adultos mayores no se encuentran satisfechos por completo de sus vidas, como se aprecia en la gráfica 1. Para ello es importante retomar la idea de Donatell Snow y Wilcox al concepto de bienestar como un comportamiento que mejora la calidad de vida y nos ayuda a llegar a un estado de salud positivo y así lograr la satisfacción (Como se citó en Lopategui, 2001). Por lo tanto se debe tomar en cuenta esta perspectiva para abordar con los A.M.



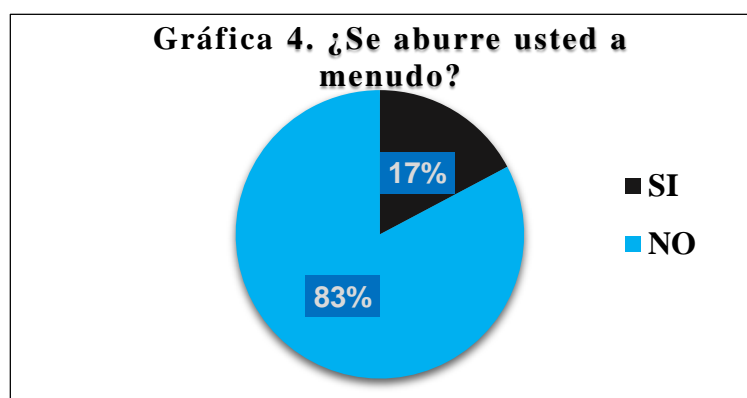
Fuente: Elaboración propia.

Con relación a la pregunta 2 se muestra que al menos 7 de cada 10 personas han abandonado actividades de su interés, como se ve reflejado en la gráfica 2. Estos resultados van en relación con lo que menciona Aspe y López en su definición de hábito, donde aclara que las personas no deberían dejar de lado sus intereses, estos deben convertirse más bien actividades con disposición y libertad de elegir (Como se citó en Olivo, 2015). Se nota un gran abandono en las actividades por parte de la población adulta mayor, es por ello que se tomará en cuenta para actividades que ayuden a esta cuestión.



Fuente: Elaboración propia.

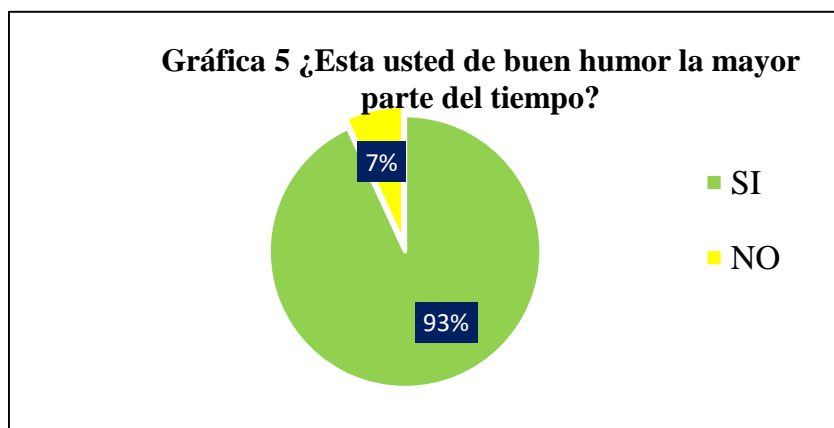
La gráfica 3 nos muestra que alrededor de 4 de cada 10 adultos mayores sienten que sus vidas están vacías. De acuerdo con la Comisión Europea en el Informe conjunto sobre la Integración Social, las personas debemos sentirnos plenas con lo que es nuestra vida, no solo por el hecho de crear lazos humanos, sino por la plenitud y alegría que emana la persona por sí misma (Como se citó en Santos, Ausín, Muñoz y Serrano, 2008) . Esta parte del grupo siente su vida vacía, aunque es un número bajo, es alarmante pues puede crecer si no se toman medidas preventivas o reductivas.



Fuente: Elaboración propia.

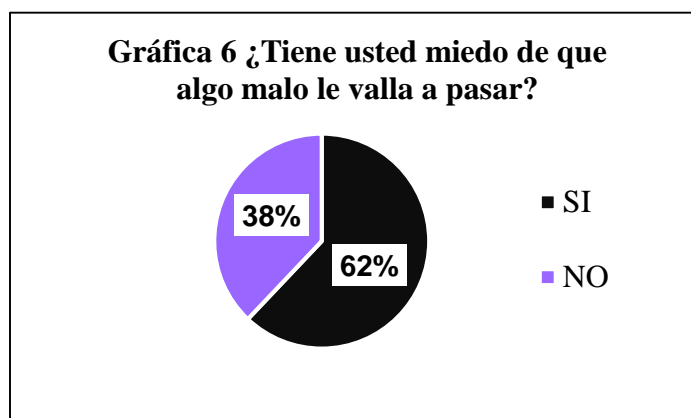
De acuerdo con la pregunta más o menos 2 de cada 10 ancianos se sienten aburridos, pues no encuentran actividades de su interés o agrado, como se muestra en la gráfica 4. Galvanovskis y Villar (2000) nos menciona que el proceso de jubilación constituye un cambio importante en el ciclo vital por que modifica nuestra estructura de funciones, nuestros hábitos y la organización de nuestra vida. A manera de conclusión, aunque la mayor parte del grupo no tiende a aburrirse,

es de considerar las actividades propias para los adultos que si se sienten aburridos o vislumbrar el motivo.



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 5 se refleja que 1 de cada 10 ancianos no se encuentra de buen humor. Para Maslow la autoestima es básica, ya que esta necesidad de autoestima hace que las personas se vuelvan más seguras de sí mismas (Como se citó en Valencia, 2007). Dentro del grupo la mayor parte está de buen humor todo el tiempo, pero hay que tomar medidas para que los que no, se sientan en sintonía con los demás o no se vuelva más grande el número de estos.



Fuente: Elaboración propia.

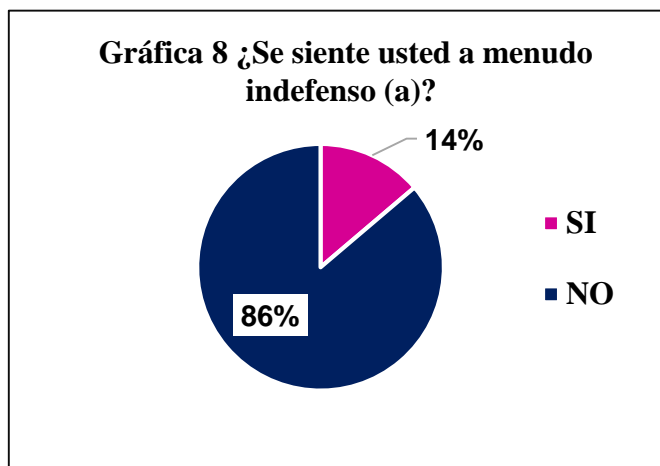
Dentro del grupo muestra se detectó que aproximadamente 6 de cada 10 adultos mayores sienten miedo de que algo malo les vaya a pasar, como se ve en la gráfica 6. Diener, Suh y Lucas y Smith, definen el bienestar como una satisfacción con la vida, que incluye respuestas

emocionales (Como se citó en Romero, García y Brustad, 2009). El que más de la mitad del grupo sienta miedo nos lleva a destacar esta parte para poder abordarla y trabajara dentro del mismo grupo y no sea un factor de riesgo para su vida.



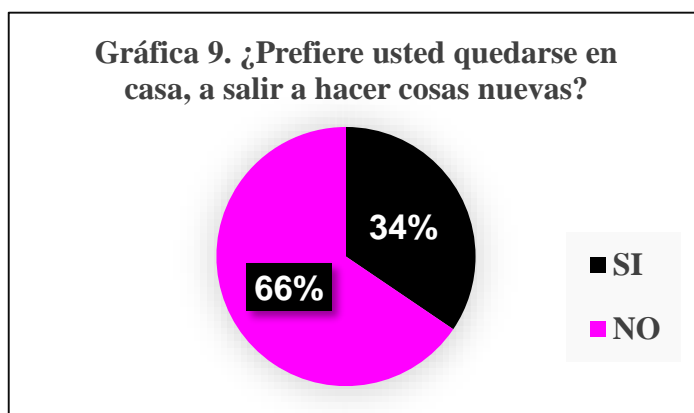
Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a la interrogante el porcentaje de la gráfica arroja que al menos 1 de cada 10 personas del grupo no se sienten felices, como se ve en la gráfica 7. McKay y Fanning, (1999) señalan que la autoestima se basa en los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias sobre sí mismo como parte del bienestar y satisfacción. Pueden existir diversos factores que provoquen que esa persona se sienta infeliz, se tiene que aumentar los factores protectores para evitar riesgo de más personas se sientan de la misma forma.



Fuente: Elaboración propia.

El grupo muestra que al menos 4 de cada 10 se suelen sentir indefensos, de acuerdo a la gráfica 8. Branden señala a la confianza como determinante de autoestima, lo cual te hace merecedor de valorarte a ti mismo como persona, y las aportaciones que haces al mundo como tal (Como se citó en Zenteno, 2017). Aunque el grupo no se percibe como indefenso, los que sí, necesitan trabajar en conjunto con los demás para elevar esa confianza en sí mismos.



Fuente: Elaboración propia.

Al realizar la encuesta se refleja que al menos 3 de cada 10 de los adultos mayores no les gusta salir, prefiriendo quedarse en casa, como se representa en la gráfica 9. Para Cánovas, Noriega y Vidergas (2009) la convivencia es un proceso social, basado en la interacción y la comunicación para actuar de manera incluyente. La gran parte del grupo prefiere salir para distraerse, pero es importante que los que prefieren no salir de alguna forma se sientan vinculados y socialmente aceptados por sus iguales y los demás en general para que el “no salir” no se vuelva un factor de riesgo, por aislamiento.



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a su memoria 3 de cada 10 de nuestro grupo mencionan sentir mayor problema en cuanto a memoria con respecto a los demás, como se ve reflejado en la gráfica 10. Lalonde menciona que existe un conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones (Como se citó en Villar, 2011). Es necesario adaptar actividades para fortalecer el campo de la memoria y en los que se encuentran bien, continúe así y no decaiga de manera rápida.

A manera de conclusión, las gráficas, y el análisis de las mismas se realizaron con la finalidad de darle mayor veracidad al programa de salud que se presentó, mismo que tiene como función la prevención de la depresión, presentado datos reales del grupo con el que se trabajó. En las gráficas se pudo detectar el porcentaje aproximado de adultos mayores que pueden sufrir síntomas de depresión, además de ayudara a detectar las línea de estrateias a seguir, así como la preparación de material y actividades en función a lo descubierto en la población a tratar..

Se pudo analizar que más del 60% de nuestra población no padecía depresión, o sintomatología de la misma, por lo que la aplicación del programa sería viable. Sin embargo, es importante mencionar que el porcentaje que padecía depresión es decir el 0.05%, no fue excluido durante las sesiones. Ya que de acuerdo con la investigación el modelo de Beck, nos permitió corroborar que en ambos casos (con los que si la presentasen y con los que no) la ejecución del programa podría ser exitoso, aunque el programa es adaptable para estos dos posibles escenarios, su enfoque es el de la prevención.

4.3 Trato Digno en la Atención

Normalmente al hablar de un tratamiento en cualquiera de los niveles de atención, la población se queja seguramente del trato que recibe por parte del personal de salud que le atendió. La cuestión es si este es el trato que mereces, o peor aún si el personal que recibe a estos grupos no está a gusto con la labor que se le encomienda, o no cuenta con la capacitación adecuada. Es verdad que como ser humanos no somos perfectos, tenemos días malos, días buenos, sin embargo esto no debe afectar la tarea que tenemos como profesionales de la salud. Puesto que al igual que merecemos respeto, atención, y una serie de valores incontables a los que tenemos derecho, la población a quien se atendió también lo merece.

Para poder brindar una mejor atención al servicio es importante realizar diversos métodos que ayuden a mejorarlo como:

- Hacer preguntas que amenicen la situación y brindar mayor información al personal de salud.
- Listar las ventajas e inconvenientes.
- Neutralizar supuestos relacionados con la autoestima.
- Destacar la arbitrariedad de supuestos des-adaptativos, es decir crear un ambiente de confianza.
- Demostrar que la felicidad es algo gradual, transitorio y dinámico.
- Demostrarles la existencia de círculos vicios y sus consecuencias.
- Ver la utilidad a largo y corto plazo.

(Roca, 2016)

Roca (2016) nos habla de una serie de elementos que se deben tomar en cuenta ante una situación de depresión, y lo que es pertinente realizan:

- Establecer la relación terapéutica.

- Comprender quejas y transformarlas en síntomas-objetivos.
- Entender el modelo cognitivo de la depresión.
- Las técnicas conductuales.
- Las técnicas cognitivas.

Como primer lugar hay que comprender su punto de vista, no rechazarlo. Para que así el paciente se sienta comprendido por ti. Al convertir sus quejas en objetivos, te darás a la tarea de realizar una evaluación y poder tomar una decisión precisa y correcta. Es por ello que nosotros les explicamos que todos esos síntomas que ellos perciban, son propios de la depresión, haciéndole un repaso de los síntomas afectivos, motivaciones fisiológico-vegetativas, conductuales y cognitivos típicos de este trastorno.

4.4 Consejería para el Educador de la Salud

Para poder intervenir dentro de la comunidad con actividades, talleres y/o dinámicas es necesario primero observar a la población, tener datos iniciales de ellos para poder realizar un diagnóstico y así crear impacto, además de estar atentos a la forma en la que han reaccionado los adultos mayores cuando llega alguien a su grupo y como se ha dado seguimiento a este con la población tratada.

También es importante que ellos no se sientan atacados o invadidos con tu presencia, y poder realizar así un análisis sobre las personas que impartían dichos talleres anteriormente y su opinión sobre el impacto logrado o no en los adultos mayores.

Posteriormente se debe dar pasó a registrar las actividades impartidas en cada taller, así como conocer su ejecución y la manera de trabajar sobre la población y antes de entrar a impartir talleres, ayudar o asesorarlos, es importante que se te permita observar al grupo como responsable del mismo para tener una adecuada ejecución de cada uno de los talleres y obtener un mejor conocimiento del nuevo papel que desempeñarás dentro de dichos talleres.

Finalmente así podrás realizar un control de intervenciones, así como un monitoreo de actividades dentro del taller, que no hagan sentir extraño a tu grupo y que estas puedan ser observadas por el gerontólogo (en este caso) y sus promotor (si cuenta con ellos) quienes son los encargados directos de los adultos mayores. Para que ellos sientan un ámbito más agradable y de confianza hasta que puedas manejar a tu colectivo tu solo, estas personas deben de intervenir lo menos posible, dando solo consejos o sugerencias de cómo tratar a la población, haciendo hincapié de los posibles problemas.

Cuando se estuvo al frente de las sesiones y clases dentro del Programa de Salud “Prevención de la depresión en la vejez” se realizaron varias estrategias educativas como Educador para la Salud dentro de los diferentes talleres como lo fueron:

Resolución de ejercicios y problemas: en donde se tiene como objetivo ejercitar, ensayar y poner en práctica los conocimientos previos, en la que se le pide al adulto mayor desarrolle soluciones adecuadas o correctas mediante la ejecución de rutinas, la aplicación de procedimientos de transformación de la información disponible y la interpretación de los resultados, estos adecuados a sus necesidades y posibilidades (físico, mental y emocional).

Simulación pedagógica: mediante un “juego” de manera abierta y creativa, los adultos mayores asumen la representación de una identidad o rol que no es suyo, esta experiencia nos permite abordar diferentes perspectivas del entorno, como del sujeto. Los juegos de roles, socio dramas y el psicodrama forman parte de estas simulaciones, estos adecuados a sus necesidades y posibilidades (físico, mental y emocional).

Debates: se presentan posiciones diversas a cerca de un tema, donde cada participante defiende su punto de vista mediante la lógica y la argumentación. Esto para obtener una reflexión, mediante la exposición organizada y coherente de los argumentos propios. Estimulando así la capacidad crítica y por tanto desarrolla la competencia de pensamiento crítico y reflexivo, a través del trabajo colaborativo y de la comunicación, estos adecuados a sus necesidades y posibilidades (físico, mental y emocional).

Mesa redonda: Desarrollar competencias comunicativas como la argumentación y la expresión oral, desarrollando de tal modo la capacidad de escuchar, fomentando con ello el respeto por las opiniones de los demás, estos serán adecuados a sus necesidades y posibilidades (físico, mental y emocional).

Clases prácticas: para saber cómo actuar frente a diferentes situaciones o temáticas se desarrollan actividades de aplicación de los conocimientos a situaciones concretas, adquiriendo con ello habilidades básicas y procedimentales relacionadas con el tema impartido, estos adecuados a sus necesidades y posibilidades (físico, mental y emocional).

Estas pueden ser aplicadas de manera correcta con los adultos mayores, siendo actividades dinámicas y sus resultados pueden ser positivos.

Durante la estancia en casa de día los logros obtenidos fueron significativos, ya que en los talleres se realizó una estructura de estrategias educativas, didácticas y de intervención que se enfocaron de manera específica en las áreas que queríamos abordar con sus diferentes temáticas, así como la verificación de resultados al final de las clases o talleres, que se hayan o no obtenidos.

En tal caso se aportó el conocimiento como educador para la salud, con todas estas estrategias antes mencionadas, las cuales tuvieron un enfoque biopsicosocial en la salud del adulto mayor, donde no solo se pudo desglosar y abordar las temáticas en los diferentes talleres sino que también se logró que en los adultos mayores existiera el conocimiento, empoderamiento y aprendizaje adecuado para que estos tengan una calidad de vida que vaya en aumento o se mantenga como lo es el objetivo general de dicho programa.

CONSIDERACIONES FINALES

Durante los meses que se estuvo en la Casa de Día realizando la presente investigación, se pudo detectar muchas situaciones que causaron incertidumbre, ya que al acudir a esta institución se observó que existen adversidades a las que se enfrentan los adultos mayores, no solo internamente, sino del entorno en general, lo cual provoca que esas situaciones pesen más de lo imaginado, pues regularmente no hablan acerca de sus problemas. Por lo tanto al trabajar con personas que viven su día a día en situaciones donde los factores pueden ser variados, y que atraviesan por cambios constantes, no es sencillo. Pues esto afecta de manera que las dificultades externas o del entorno sean más complejas, se reconoce que el investigador no está lo suficientemente preparado para afrontarse desde el inicio a este tipo de ambiente en el que vive un adulto mayor. Por lo que es importante mencionar, que antes de adentrarse a un grupo, siempre se debe recopilar la información necesaria para poder abordar y trabajar con ellos de manera adecuada.

Dichas situaciones, experiencias y vivencias van más allá de lo académico, de la variedad de teorías que muestran los profesores, y hasta cierto punto son más complejas de lo analizado en un salón de clases. Dentro de estos momentos cabe mencionar que estar al frente de un grupo durante toda una sesión, es una responsabilidad que implica, tener plena conciencia, control sobre el grupo y pasión por la profesión. Ya que al ser responsable directo de todo lo acontecido durante la sesión, conlleva ante todo siempre a mantener la calma y el sentido de responsabilidad y profesionalismo que la situación amerite.

Durante las sesiones impartidas hacia los adultos mayores, existieron varias situaciones por parte de los mismos, que fueron desde el rechazo ante nuestra presencia, comentarios sobre la poca experiencia que teníamos sobre los conocimientos (nulos) hacia ciertos temas, o simplemente el desagrado hacia nuestra persona, provocando que al inicio no se tuviera su atención dentro de las actividades en las sesiones, o su participación activa en ellas. Sin

embargo, esas actitudes sirvieron para tener mayor apertura para conocer mejor al grupo, manejar adecuadamente los temas y prepararse constantemente.

También existe la contraparte, de quienes tomaban las sesiones como algo nuevo, creativo, e innovador, aprovechando de ello para cultivarse y saber más de ellos mismos y de los temas impartidos. Pero, ante estas diversas situaciones se logró aprender, que enfrentar eso depende única y exclusivamente del cómo el investigador se prepare no solo ante la parte teórica, sino también en la parte emocional y/o psicológica.

A lo largo del estudio en el municipio de Chimalhuacán, Edo. de México, se visualizó que hay siempre personas que desvalorizan la capacidad de la persona al frente, aunque siempre se debe de mostrar la capacidad que se tiene para realizar cualquier tarea que se le asigne o de seguir aprendiendo y de mejorar constantemente, mostrando que el único limitante que puede existir es el que uno se ponga, por lo cual es necesario prepararse siempre para actuar con serenidad, eficiencia, control, etcétera, para que ante cualquier situación que se presente exista la capacidad de resolverla con rapidez e inteligencia para que los resultados sean positivos y pensar siempre con la mente fría y tranquila lo cual ayuda siempre a hacer lo correcto y lo más viable.

Se debe tener en cuenta que existirán cuestiones que van más allá de las posibilidades personales, es decir, hay que tomar en cuenta que el ambiente donde se desempeñe tendrá mucho que ver en cuanto a lo que el trabajador o practicante pueda realizar, ya que dentro de las sesiones impartidas dentro de la institución sucedió. Aunque se tenga buenas ideas que pueden mejorar no solo el ambiente sino el resultado del trabajo, habrá ocasiones que si el encargado o jefe no da autorización para hacerlo, simplemente se tendrá que esperar el momento más adecuado para realizar dichas ideas o poder presentarlas de la manera que al personal le convenga o no perjudique. Siempre se debe de estar tranquilos, ya que en algún momento habrá una nueva oportunidad para mejorar las cosas y/o situaciones, entendiendo que si no es ahí, habrá otro lugar para las mentes frescas e ideas innovadoras, solo es cuestión de realizar estrategias ideadas por la propia persona para convencer a los demás de que su trabajo es significativo y así le den un espacio para ser ejecutado, para esto también se debe saber cómo desenvolverse ante los demás, algo que se pudo observar es que posiblemente no se puede o debe cambiar el pensamiento o la ideología de los otras personas pero eso no significa que no se puedan modificar conductas, actitudes o pensamientos dañinos en la persona. Se requiere

tomar a las personas o en este caso a los adultos mayores como un ejemplo para darse cuenta que todo lo que se vive a lo largo de la vida puede afectar de manera directa al pensamiento, actitud, desempeño etcétera, de las personas provocando (hablando de manera negativa) que haya gente que este estancada o sienta conformismo hacia la vida o lo que acontece a su alrededor.

CONCLUSIONES

A modo de conclusión, se observó que tras la creación e implementación del programa de salud “Prevención de la Depresión en la Vejez”, se logró reducir el riesgo de aparición de depresión o en su defecto el progreso de ésta.

Al realizar las intervenciones propuestas dentro del programa antes mencionado, se observó que la población de adultos mayores de dicha casa de día, tuvieron cambios notorios que van desde la convivencia entre ellos, hasta su forma de expresarse ante los demás y del concepto de sí mismos. Los temas tratados dentro del mismo con la correcta implementación y adecuación ayudaron a que la población en cuestión, adquiriera habilidades psicológicas y verbales, que ayudaron a que ellos logaran expresar de forma asertiva sus necesidades emocionales, y de manera corporal pudieran conocer tanto sus limitantes como sus posibilidades, las cuales les permitirán realizar de manera autónoma actividades que ayuden a reducir dolencias o afectaciones de salud física, todo esto para su beneficio individual y colectivo.

Como se presentó en el estudio de Arvizu, Contreras y Hernández en el 2007, sobre el Impacto de un programa de ejercicio en grupo para adultos mayores con depresión, en Veracruz, en el que llegaron a la conclusión de que el ejercicio podría ser utilizado para el tratamiento de la depresión leve y moderada en los adultos mayores, en la presente investigación se corroboró que tras una adecuada rutina de ejercicios y conocimientos sobre los mismos, sí se logra contribuir para disminuir sentimientos o la sintomatología referente a la depresión, aportando autonomía en relación a ejercicios y su buena ejecución, esto en combinación con temas que se dieron dentro de los talleres ayudaran a que la calidad del adulto mayor mejorare, y por lo tanto la depresión pueda ser controlada o prevenida según sea el caso.

Así mismo Durán, Valderrama, Uribe Rodríguez y Uribe Linde en el 2008, en Colombia con el estudio Integración social y habilidades funcionales en el adulto mayor, concluyen que la autonomía y las habilidades funcionales del adulto mayor están estrechamente relacionadas con la frecuencia de las actividades físicas y de integración social, lo que favorece su calidad de vida y obstaculiza la aparición de cambios biopsicosociales significativos en esta etapa. Observándose que en el programa implementado y las temáticas impartidas en el mismo, aportan evidencias que pueden refutar lo expuesto en dicho estudio aplicado en México y en esta casa de día, al darles apertura de conocimiento sobre estos temas como lo es: la asertividad y la comunicación, se logró que los adultos mayores tuvieran o pudieran adquirir esa capacidad de resolución de conflictos o al menos tener la suficiente confianza para exteriorizarlos de manera adecuada, mayor integración social, mejor convivencia y apertura de actividades entre ellos y los que estuvieran a cargo o al frente del grupo, así como conocimientos propios de su forma de ser, convivir, pensar y de actuar ante su vida y con los demás.

También en comparación con otras enfermedades y la depresión es de vital importancia hacer mención, que si se está deprimido y se adquiere o tiene una enfermedad, ésta puede agravar la sintomatología depresiva, así como Dwight, Charney y Lewis en el 2007 hablan sobre el Alzheimer y como su relación con la depresión puede agravar la enfermedad. Por lo tanto se cree que con la adecuada aplicación de éste, se puede ayudar a que esta interacción enfermedad-depresión no sea de mayor riesgo como desencadenante depresivo y/o agravante de enfermedades paralelas, contribuyendo a que dicha interacción y su posible desenlace negativo se vea disminuido. Ya que en la casa de día, se pudo observar que muchos de los adultos mayores tenían diversas enfermedades, sin embargo no existió afectación con su participación al momento de ser ejecutado, por el contrario fue positivo, social, psicológica, y físicamente, comprendiendo situaciones que podían ayudarles a manejar su situación actual con su enfermedad, sintiéndose a gusto y con un poco más de autonomía al saber cómo actuar al poder identificar como o porque del cómo se sienten.

Existen varios programas en México que apoyan al adulto mayor en diferentes cuestiones, que van desde ayuda económica, terapias ocupacionales, ejercicio entre otras, sin embargo no encontramos alguno en México que aplique todas estas cuestiones en un sentido integral biopsicosocial, y que el programa “Prevención de la Depresión en la Vejez”, se propuso a

realizar, unificando algunos aportes encontrados en los ya existentes, enfocados en depresión, proponiéndolos en uno solo, abarcando mayores enfoques de la vida del adulto mayor, así que se decidió retomar estas ideas que se encontraban o bien aisladas o en pares y que se aplicaron, dándoles un enfoque multidisciplinario, integral, con funciones propias de un Educador para la Salud, donde se aplicó la parte biopsicosocial, que fue directamente tratado en el adulto mayor y su autonomía.

Y de acuerdo con la información recolectada dentro de la presente investigación se aplicó la escala de Yesavage abreviada, donde se pudo deducir, que el 5% del grupo de 60 personas con el que se trabajó padece el trastorno, es decir al menos 1 de cada 20 adultos mayores aproximadamente en el Municipio de Chimalhuacán padece depresión, lo cual resulta alarmante, ya que aunque la cifra sea menor, no se puede asegurar que este porcentaje sea tratado adecuadamente, o en el peor escenario no se sabe si la familia está al tanto del estado de salud de los adultos mayores que la padecen. Por otra parte tras realizar el análisis de las gráficas representativas de la investigación se denota que la pregunta más alarmante es: ¿Ha disminuido o abandonado, actividades de su interés? misma que arroja un resultado donde al menos 7 de cada 10 adultos las han abandonado. A pesar de que esta pregunta es la más preocupante por el número resultante, en las demás se detectó que fueron menores al 50% de respuestas negativas, se abordó con la misma importancia los resultados de todas, ya que si bien el resultado más elevado puede desencadenar a mayores problemas, lo mismo puede suceder con el resultado de menor cifra que puede seguir subiendo de manera progresiva y silenciosa, por lo que se quiere evitar, reducir o controlar este posible escenario con la presente investigación.

Por ello esta clase de programas deben de ser tomados en cuenta, evaluados y adaptados a las diferentes instituciones encargadas de ayudar y proteger al adulto mayor, ya que también como se menciona anteriormente, existen varias instituciones que ayudan al adulto mayor desde diferentes perspectivas, sin embargo no se hace un intento por unificar los enfoques de cada uno o darles seguimiento adecuado, con evaluaciones continuas o adecuaciones según la necesidad del grupo y el entorno en el que se encuentra, puesto que el beneficio hacia esta población es enorme y puede ayudar a mejorar la calidad de vida, aumentando su expectativa de vida, y promoviendo una conciencia en la población en general para sumarse a la implementación, replica o creación de estos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, O., Gallegos, M., Jácome, J., y Martínez, R. (junio de 2017). La didáctica: Epistemología y Definición en la Facultad de Ciencia Administrativas y Económicas de la Universidad Técnica del Norte del Ecuador. Scielo. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/formuniv/v10n3/art09.pdf>
- Acosta, C. O., Vales, J. J., Palacio, R. R. (2015). Ajuste psicosocial, bienestar subjetivo y ocio en adultos mayores jubilados mexicanos. Enseñanza e Investigación en Psicología, 20 (3), 316-325. Recuperado de https://www.academia.edu/29036914/Ajuste_psicosocial_bienestar_subjetivo_y_ocio_en_adultos_mayores_jubilados_mexicanos
- Acosta, C. O., y García, R. (2007). Ansiedad y depresión en el adulto mayor. Psicología y salud, 17(2) 291-300. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29117214.pdf>
- Acosta, C., y Palacios, N. (2008). Situación económica y bienestar psicológico en adultos mayores de Balancán, Tabasco. Horizonte sanitario, 7(3), 9-19. Recuperado de <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/198/138>
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., y Vázquez, C. (2006). Depresión. Guías clínicas 2006, 6(11), 1-6. Recuperado de <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Alcalá, V., Camacho, M., y Giner, J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad. Psicothema, 19 (1), 49-56. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3327.pdf>
- Aldana, R., y Pedraza, J. A. (2012). Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud 2010. Universidad Ces, 1-24. Recuperado de

<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3002/93206082-2012.pdf;jsessionid=D1AE70C46E96B8607211462F77CA33FC?sequence=3>

- Álvaro, J. L., Garrido, A., y Schweiger, I. (2010). Causas sociales de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*, 68(2), 333-348. Doi: 10.3989/ris.2008.06.08
- Arraga, M. V., y Sánchez, M. (2010). Bienestar Subjetivo en Adultos Mayores Venezolanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 44 (1), 12-18. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/284/28420640002/>
- Arvizu, M. E., Contreras, C. M., y Hernández, G. H. (2007). Impacto de un programa de ejercicio en UN grupo para adultos mayores con depresión. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 12 (3), 38-49. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/473/47311964008/>
- Asociación Americana de Psicología. (2018). La tercera edad y la depresión. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx>
- Barragán, F. (2017). Proceso de transformación reflexiva de las practicas pedagógicas de tres docentes asociadas a competencias ciudadanas y producción escrita. (Proyecto de grado). Universidad de la Sabana, Facultad de Educación, Chía-Cundinamarca.
- Bastidas, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología*, 32 (2), 192-218. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3378/337832618001.pdf>
- Beck, A. (1983). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. US y Canadá: Psyshoteray.net 89-91. Recuperado de: <http://cdhonline.org>
- Beck, A. T., y Haigh, E. (2014). El modelo cognitivo genérico. *Rev. Clin. Psychol*, (10), 1-24. Recuperado de <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/pdf/Modelo%20cognitivo%20generico%20de%20Beck.%20Traducci%C3%B3n.pdf>

- Belisle, L. (2010). Taller de Relaciones Humanas y Comunicación. El corpus, 1-15 Recuperado de <https://es.slideshare.net/lesma27/relaciones-humanas-y-la-comunicacion>
- Bilbao.eus web del Ayuntamiento de Bilbao. (18 de febrero de 2008). La comunicación familiar [mensaje en un blog]. Recuperado de [http://www.bilbao.eus/cs/Satellite?cid=3000086494&language=es&pagename=Bilbao net%2FPage%2FBIO_Listado](http://www.bilbao.eus/cs/Satellite?cid=3000086494&language=es&pagename=Bilbao%2FPage%2FBIO_Listado)
- Blanck, F. (1999). Psicología del envejecimiento. En: Aréchiga, H. y Cerejido, M. (1999). El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas. México: UNAM-Siglo XXI Editores.
- Bolaños, M., Helo, F. (junio, 2015). Depresión en el adulto mayor costarricense y su relación con la autopercepción del estado de salud y desempeño funcional. Revista Clínica de la Escuela de Medicina, 5(4), 81-83.
- Borda, M., Anaya, M. P., Pertuz, M. M, Romero, L., Suárez, A., y Suárez, A. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. Salud Uninorte, 29 (1), 64-73. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/3397/3262>
- Buendía, J. (1994). Envejecimiento y Psicología de la Salud. Madrid: Siglo XXI.
- Cánovas, C., Noriega, J., y Vidergas, V. (15 de noviembre de 2009). Vygotsky y Freire dialogan a través de los participantes de una comunidad virtual Latinoamérica de convivencia escolar. Actualidades investigativas en Educación. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/41003359_Vigotsky_y_Freire_dialogan_a_traves_de_los_participantes_de_una_comunidad_virtual_latinoamericana_de_convivencia_escolar
- Cánovas, M., Céllica, E. (2009). Vygotsky y Freire dialogan a través de los participantes de una comunidad virtual latinoamericana de convivencia escolar. Revista electrónica “Actualidades Investigativas en Educación”, 9, 1-30. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/447/44713052011.pdf>

- Comín, E., De la Fuente, I., y Gracia, A. (Sin fecha). El estrés y el riesgo para la salud. Recuperado de <http://www.uma.es/publicadores/prevencion/wwwuma/estres.pdf>
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. (2008). Salud mental y medios de comunicación. Guía de estilos. (2) Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/GUIADEESTILOSEGUNDAEDICION.pdf>
- Cortés, G. A., León, M. N., Montenegro, J. D. (2017). Adulto mayor, calidad de vida y políticas públicas; en la urbanidad y ruralidad de la región metropolitana (Tesis de pregrado). Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile. Recuperado de http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/4014/a119480_Cortes_G_Adulto_mayor_calidad_de_vida_2017_tesis.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Cousinet, R. (2014). Archivo de Ciencias de la Educación. Memoria Académica. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revista/pr.6598.pdf
- Couso, C., Zamora, M., Fernández, C., y Díaz, S. (2016). Programa de Atención al Adulto mayor. Santiago de Cuba. Educación para la tercera edad. Rico. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/ric/vol5_1_97/ric04197.pdf
- Cruz, G. (1989) Que es el Duelo. El Jardín de Freud, 25(63), p. 112 141.
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Mar, M., Guevara, E., Núñez, L. (2014). Depresión en la tercera edad como factor de riesgo y su posible rol como pródromo de demencia. Revista de Neuropsiquiatría, 77(4), 214-225. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/2191/2166>
- De Juanas, Á., Limón, M. R., y Navarro, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria, (22), 153-168. doi:10.7179/PSRI_2013.22.02
- De Tejada, M. (2012). Variables sociodemográficas según turno escolar, en un grupo de estudiantes de educación básica: un estudio comparativo. Revista de Pedagogía, 33 (92), 235-269. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/659/65926546002.pdf>

- DefinicionMX. (8 de mayo de 2017). Definición de integración [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://definicion.mx/integracion/>
- Díaz, A. (2006). Depresión no diagnosticada en pacientes diabéticos e hipertensos anciano (tesis de pregrado). Unidad de medicina familiar no. 75 "Nezahualcóyotl", Ciudad Nezahualcóyotl.
- Dirección Nacional de Promoción de la Salud y control de enfermedades no transmisibles. (2007). Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud (PRONEAS). Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/programas/proneas>
- Durán, D. M., Valderrama, L. G., Uribe, A. F., y Uribe, J. M. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *University Psychologica*, 7 (1), 263-270. Recuperado de <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V07N0118.PDF>
- Durán, T., Aguilar, R. M., Martínez, M. L., Rodríguez, T., Gutiérrez, G., y Vázquez, L. (2013). Depresión función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Universitaria*, 10(2), 36-42. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n2/v10n2a2.pdf>
- Durkheim, E. (1987). *La división social del trabajo*. Madrid: Akal.
- Espinosa, A., Caraveo, J., Zamora, M., Arronte, A., Krug, E., Olivares, R., Peña, A. (2007). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Mental*, 30(6), 69-80. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2007/sam076j.pdf>
- Ezquiaga, E., García, A., Díaz, M., & García, M. J. (2011). "Depresión". Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31 (111), 457-475. Doi: 10.4321/S0211-57352011000300005

- Fernández, R. (diciembre de 2007). Características y condiciones del aprendizaje de los adultos. En R. Fernández (Presidencial), Charla a docentes asistentes al Curso para Educadores de adultos-Plan libre asistido. Conferencia llevada a Montevideo, Insp. De Institutos y Liceos C.E.S. Montevideo.
- Ferrada, L., y Zavala, M. (2014). Bienestar psicológico: adultos mayores activos a través del voluntariado. *Ciencia y Enfermería*, 20 (1), 123-130. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v20n1/art_11.pdf
- Flores, S., Huerta, Y., Herrera, O., Alonso, O. F., y Calleja, N. (2011). FACTORES FAMILIARES Y RELIGIOSOS EN LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3 (2), 89-100. Doi: 10.5460/jbhsi.v3.2.30224
- Fuentes, M. (octubre, 2016). Mexico social: Depresion, un signo de alarma. Recuperado de: <http://m.excelsior.com.mx/nacional/2016/10/04/1120468>
- Galvanovskis, A., y Villar, E. (2000). Revisión de vida y su relación con el autoconpecto y la depresión en el periodo de jubilación. *Geriatika*, 16 (10), 40-47
- Gamboa, C., y Valdés, S. (2017). Adultos mayores. Análisis Integral de su Situación Jurídica en México. Dirección de Servicios de Investigación y Análisis, 1-156. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-11-17.pdf>
- García, C., Juárez, T., Gallegos, K., Durán, C. y Sánchez, S. (2001). Depresión en el anciano: una perspectiva general. *Secretaría de Salud*, 5(3), 209-233. Recuperado de <http://salud.edomexico.gob.mx/html/Medica/SALUD%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.%20DEPRESION%20EN%20LA.PDF>.
- García, J. C. (2003). *La vejez. El grito de los olvidados*. México: Plaza y Valdez.
- García, M. A. (2002, abril). La actividad y el ocio Como fuente de bienestar Durante el envejecimiento. *Revista digital efdeportes*. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd47/bien3.htm>

- Gené, J., Ruiz, m., Obiols, N., Oliveras, l., y Lagarda, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención Primaria*, 48(9), 604-609. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S0212656716301809/1-s2.0-S0212656716301809-main.pdf?_tid=027b037d-3ff4-4d51-9d8e-798635e4d166&acdnat=1521729245_00342823a0722329e369d2b64c49bb97
- Gómez, A. E. (2006). *Ancianos y medicamentos*. España: Mad, S.L.
- Gómez, A. E. (2007). La depresión en el anciano. *Offarm*, 26(9), 80-94. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-depresion-el-anciano-13111062>
- Gómez, M., y Grau, J. A. (2006). *Dolor y sufrimiento al final de la vida*. Madrid, España: Aran Ediciones.
- González, E. (2015). El consumo de cánnabis. Prevención y tratamiento en la Rioja. *Universidad de la rioja*, 2-45. Recuperado de https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE000857.pdf
- González, I. V., Sánchez, M. A., y Mendoza, V. M. (2009). Relación del daño oxidativo al ADN y depresión en adultos mayores con residencia en área rural y urbana. *Bioquímica*, 34 (1), 120. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/576/57613001111.pdf>
- Granados, M., y Muñoz, D. (2015). Factores que inciden en la calidad de vida de las personas adultas mayores. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (29), 1-16. Doi: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19732>
- Guerri, M. (2015). ¿Qué es el psicoanálisis? El enfoque psicoanalítico de la psicología. [Mensaje en un blog]. *Psicoactiva*. Recuperado de: <https://www.psicoactiva.com/blog/psicoanalisis-enfoque-psicoanalitico-la-psicologia/>
- Guiainfantil.com (2000). Comunicación entre padres e hijos [mensaje de un blog]. Recuperado de <https://www.guiainfantil.com/educacion/familia/comfamilia.htm>
- Gutiérrez, G., Gil, I., Jiménez, V., y Lugo, B. (2001). Suicidio en la tercera edad: un problema de salud comunitario. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 39 (2), 147-152. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol39_2_01/hie12201.pdf

- Hall, M., y Havens, B. (1999). *Aging in Manitoba Study*. Winnipeg: University of Manitoba.
- Ham, R. (2003). *Envejecimiento en México*. México: Colegio de la Frontera Norte
- Herrera, F. M. (03 de julio del 2016). Teoría humanista de Carl Rogers. [Mensaje en un blog]. Wordpress. Recuperado de https://psi121f.wordpress.com/2016/07/03/___trashed-15/
- Instituto de Salud del Estado de México. (2016). Con el desarrollo de síntomas depresivos en habitantes de la tercera edad en san Agustín de las palmas, Donato Guerra Estado de México. Recuperado de <http://salud.edomex.gob.mx/html/proconclu.html>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2014). Depresión en el adulto mayor. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2016). Depresión. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/depresion>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1° de octubre). Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/adultos30.pdf>
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). Depresión. Recuperado de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression_38791.pdf
- Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. (2012). La Educación en México: Estado actual y consideraciones sobre su evaluación. Recuperado de http://www.senado.gob.mx/comisiones/educacion/reu/docs/presentacion_211112.pdf
- Irizar, L. (2015). Duelo y melancolía, de Sigmund Freud. Antena Clínica de Bilbao. Recuperado de <http://antenaclinicadebilbao.com/es/textos/referencias-resenas-y-textos/20-referencias/162-duelo-y-melancolia-de-sigmund-freud>
- Kinicki A. Kreitner, R. (2003). *Comportamiento organizacional: conceptos, problemas y prácticas*. México: McGraw-Hill.

- Lopategui, E. (2001). Salud y Bienestar [mensaje en un blog]. Recuperado de <http://www.saludmed.com/Bienestar/Cap1/Sal-Bien.html>
- Marín, M., García, A., y Troyano, Y. (2006). Modelo ocio activo en las personas mayores: Revisión desde una perspectiva psicosocial. Vol. XVI (1), p. 150-156
- Martí, J. J., Martínez, F., Martí, M, y Marí, R. (2007). Responsabilidad social universitaria: acción aplicada de valoración del bienestar psicológico en personas adultas mayores institucionalizadas. Polis Revista Latinoamericana, (18), 1-15. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30501815>
- Martínez, J. A., Martínez, C. G., Esquivel, V. M., y Velasco (2005). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 45(1), 21-28. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im071d.pdf>
- Martínez, O. (2007). Depresión en el adulto mayor. Revista médica electrónica, 29 (5). Recuperado de <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007>
- McKay, M., y Fanning, P. (1999). Autoestima. Evaluación y Mejora. Madrid: Ediciones Martínez Roca.
- Melgosa, J. (1995). Nuevo estilo de vida. Madrid: Safeliz, S.L.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2015). Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud. Recuperado de http://www.sagg.org.ar/wp/?page_id=3360
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1996). Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia. Guía para todas las personas que participan en su educación. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/actiFisica/docs/ActividadFisicaSaludEspanol.pdf>

- Miranda, R. (13 de julio de 2016). Concepto de salud [mensaje en un blog]. Sociología de la Salud. Recuperado de <http://saludculturaysociedad.blogspot.mx/2016/07/concepto-de-salud.html>
- Montero, I., Y Bedmar M. (2010, 30 de junio). Introducción: aspectos sociodemográficos. El envejecimiento de la población. POLIS. Recuperado de <http://journals.openedition.org/polis/86>
- Motte, C. y Muñoz, J. (2006). Envejecimiento social. En: Muñoz, J. (2006). Psicología del Envejecimiento. Madrid: Pirámide /vol5%202007/ tema 10.htm
- Muñoz, L. A., Price, Y. M., Reyes, M., Ramírez, M., y Costa, M. (2010). Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. Rev. Esc. Enferm. USP, 44(1), 32-39. Recuperado de http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/166.pdf
- National Institutes of Heart. (2012). La actividad física y el corazón [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/la-actividad-fisica-y-el-corazon>
- Neidhardt, J., Weinstein, M., y Conry, R. (1989). Seis programas para prevenir y controlar el estrés. Madrid: Deusto.
- NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud es seres humanos. Diario Oficial de la Federación de los Estados Unidos Mexicanos, 14 de enero de 2013.
- North American Nursing Diagnosis Association. (2001). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt, S.A
- Oberto, T. M. (2013). Perspectiva sobre la inclusión social de los adultos y las adultas mayores en Venezuela. Observatorio Laboral Revista Venezolana, 6 (12), 93-110. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2190/219030141007/>
- Olivo, J. (2014, 20 de agosto). Opinión: Educación y Aprendizaje Decodificando la calidad en educación. PERSPECTIVA. Recuperado de <http://revistaperspectiva.cl/opinion-23/>

- Olivo, L. (27 de enero, de 2015). Aplicación del conocimiento sobre estrategias para la orientación de hábitos positivos, principios de intervención personal, educativa y social [mensaje en un blog]. Recuperado de <http://lashijasdepiaget2.blogspot.mx/2015/01/habitos-positivos.html?m=1>
- Organización de las Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos [DUCH]. Recuperado de <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Organización Mundial de la Salud. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la salud glosario. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre envejecimiento y salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2016). La salud mental y los adultos mayores. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2010). Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Recuperado de http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=784:dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=214
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2012). Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2

012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es

- Ortega, R. (2007). La convivencia: un regalo de la cultura a la escuela. *Revista Idea La Mancha*, 4, 50-54. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/39219654_La_convivencia_un_regalo_de_la_cultura_a_la_escuela
- Paniagua, A. y Meneses, J. (enero, 2006). Teoría Reformulada de la Asimilación (TRA): Análisis, interpretación, coincidencia y diferencias con la Teoría de la Asimilación de Ausubel. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*. Vol. 5 (1), p. 162.
- Patiño, F. A., Arango, E. F., y Zuleta, L. (2013). Ejercicio físico y depresión de adultos mayores: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 198-211. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcpv/v42n2/v42n2a08.pdf>
- Peña, D. M., Herazo, M. I., y Calvo, J. M. (2009). Depresión en ancianos. *Revista Facultad de Medicina*, 57 (4), 347-355. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/viewFile/14375/15165>
- Pérez, E., Lizárraga, D. C., y Martínez, M. R. (2014). Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. *Nutrición Hospitalaria*, 29 (4), 901-906. Doi: 10.3305/nh.2014.29.4.7228
- Pérez, J., y Gardey, A. (2009). Definición de melancolía. *Definicion.de*. Recuperado de <https://definicion.de/melancolia/>
- Pérez, J., y Merino, M. (2008). Definición de integración. *Definicion.de*. Recuperado de <https://definicion.de/integracion/>
- Pérez, M. U. (2015). La importancia de la investigación para el bienestar del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 12(2), 47-48. Doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.001>

- Pérez, P., Hernangómez, Santiago, (2000). Terapia de grupo en duelo complicado: un enfoque desde los factores de cambio positivo. *Psiquiatría Pública*, 12(3), 273-284. Recuperado de <http://documentacion.aen.es/pdf/psiquiatra-publica/vol-12-n-3/273-terapia-de-grupo-en-duelo-complicado-un-enfoque-desde-los-factores-de-cambio-positivo.pdf>
- Pérez, R., y Moreno, A. (20 de noviembre de 2013). Características de enseñanza y rol del docente. [Mensaje en un blog]. Recuperado de https://issuu.com/aidaluz0/docs/caracteristicas_de_la_enseanza_y_eb3e926c3828de
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E., y Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131007.pdf>
- Prieto, M., y Formiga, N. (2011). Proceso de envejecimiento y situación sociodemográfica de los adultos mayores. El caso del sudoeste bonaerense. *Párrafos geográfico*, 10 (1), 431-448. Recuperado de: http://igeopat.org/parrafosgeograficos/images/RevistasPG/2011_V10_1/15-21.pdf
- Piscdesarrollo. (19 de abril de 2013). Desarrollo cognitivo desde la perspectiva Piagetiana [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://piscdesa.blogspot.mx/2013/04/desarrollo-cognitivo-desde-la.html?m=1>
- Quintero, Á, Henao, M. E., Villamil, M. M., y León, J. (2015). Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomédica*, 35 (1), 90-100. Doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v35i1.2316>
- Quispe, D. (08 DE JUNIO DE 2010). Fundamentación teórica de la didáctica [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://ciem.obolog.es/fundamentacion-teorica-didactica-623865>
- Ramos, G. (25 de febrero de 2013). La asimilación y acomodación de Piaget. [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://asimilacionyacomodacion.blogspot.mx/2013/02/la-asimilacion-y-acomodacion-de-piaget.html?m=1>

- Ramos, J., Meza, A. M., Maldonado, I., Ortega, M. P., y Hernández, M. T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11, 47-56. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf
- Rivero, G. (02 de octubre del 2009). Pirámide de Maslow [mensaje en un blog]. *Proyección personal y profesional*. Recuperado de <http://proyeccion.blogspot.es/1254454320/piramide-de-maslow/>
- Roca, E. (2016). *Terapia cognitiva de Beck para la depresión*. Recuperado de <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/>
- Rodríguez, A. F., Valderrama, L. J., y Molina, J. M. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, (25), 246-258. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/213/21315106011.pdf>
- Rodríguez, E., Lanborena E., Senhajib, M., y Pereda, C. (2008). Variables sociodemográficas y estilos de vida como predictores de la autovaloración de la salud de los inmigrantes en el País Vasco. *Gac. Sanit.*, 22 (5), 404-412. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/gs/2008.v22n5/404-412>
- Rodríguez, K. D. (2011). *Vejez y envejecimiento*. *Doc. Inv. Esc. Med. Cs. Salud*, (12), 5-38. Recuperado de http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf
- Romero, A., García, A. y Brustad, R. (julio-diciembre de 2009). Estado del arte, perspectiva actual del concepto de bienestar psicológico en psicología del deporte. *Scielo*. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342009000200012
- Ruiz, D., Zegbe, J. A., Sánchez, F. M., y Castañeda, M. S. (2014). Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. *Revista de Educación y Desarrollo*, 29, 73-78. Recuperado de

http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/29/029_RuizSalinasPolanco.pdf

Santalla, A., y Pérez, G. (2010). Actividades físicas recreativas educativas para promover un estilo De vida saludable en los habitantes adultos en la comunidad rural de Modesto Reyes del consejo popular ‘Onelio Hernández Taño’ del municipio Ciego de Ávila. Revista digital Buenos Aires, (147). Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd147/actividades-fisicas-recreativas-en-adultos.htm>

Santos, A. B., Ausín, B., Muñoz, M., y Serrano, P. (2008). Personas mayores en aislamiento social en la ciudad de Madrid: experiencia de una intervención a través de la estrategia psicológica de búsqueda activa. *Intervención Psicosocial*, 7(3), 307-319. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v17n3/v17n3a07.pdf>

Secretaria de Desarrollo Social. (2015). Programa de Pensión para Adultos Mayores. Recuperado de <http://www.gob.mx/sedesol/acciones-y-programas/pension-para-adultos-mayores>

Secretaria de salud y Subsecretaria de Prevención y Protección de la Salud. (2001). Programa de Acción: Atención al Envejecimiento (1). Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento.pdf>

Secretaria de Salud. (2001). Programa de acción: Atención al envejecimiento. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento>

Secretaria de Salud. (2013). Declaración de HELSINKI. Recuperado de <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/helsinki.html>

Serra, J. A., e Irizarry C. Y. (2014). Factores protectores de la depresión de una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: auto eficiencia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 125-134. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/798/79838614012.pdf>

Serra, J. A., Mendieta, G., y Vidán, M. (2011). Anciano frágil. *Nutrición Hospitalaria*, 4 (3), 28-34. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226782009>

- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). (2003). Programa “Fondo Subsidio Establecimiento de Larga Estadía para Adultos Mayores” (ELEAM). Recuperado de <http://www.senama.gob.cl/fondo-eleam>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). (2015). Programa Asesores Seniors. Recuperado de <http://www.senama.gob.cl/noticias/adultos-mayores-ayudan-a-mejorar-aprendizaje-de-escolares-gracias-a-programa-de-voluntariado-asesore>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). (2017). Programa “Turismo social”. Recuperado de <http://www.bicevida.cl/beneficios/turismo-social-senama-servicio-naional-del-adulto-mayor>
- Sosa, A. L., y Acosta, G. I. (2015). La salud mental del adulto mayor. En: M. M. Medina, E. J. Sarti y T. Real. (Ed.), La depresión y otros trastornos psiquiátricos (pp. 101-109). México: Intersistemas S.A. de C.V.
- Sotelo, I., Rojas, J. E., Sánchez, C., e Irigoyen, A. (2012). La Depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. Archivos en medicina familiar, 14(1), 5-13. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2012/amf121b.pdf>
- Tahita. (29 de agosto de 2017). ¿Qué es la autorrealización? -Antonio Blay [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://interser.ning.com/otras-sesiones/energias-maestras/antonio-blay/que-es-la-autorrealizacion-antonio-blay>
- Tanahuvia, N. (2010). Elaboración de Folletos de manualidades, Practicas con Material de desecho para niños de Nivel Inicial y Pre primario. (Tesis de pregrado). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Téllez, A., Juárez, D. M., Jaime, L., y García, C. (2016). Prevalencia de Trastornos de sueño en relación con factores socio demográficos y depresión en adultos Mayores de Monterrey, México. Revista Colombiana de Psicología, 25(1), 95-106. Doi: 10.15446/rcp.v25n1.4785

- Tello, W. (30 de enero 2015). El autoestima. Issuu, inc. Recuperado de https://issuu.com/willytellocruz/docs/el_autoestima
- Thompson I. (agosto de 2018). ¿Qué es comunicación? [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://www.promonegocios.net/comunicacion/que-es-comunicacion.html>
- Torregrosa, L., Núñez, L. M., Morales, L., y Sablón, Y. (2005). Enfrentamiento de la muerte por el adulto mayor con enfermedad terminal. Revista Archivo Médico de Camagüey, 9 (1), 97-108 Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552005000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Torres, A. (2017). Las tres fases de la vejez y sus cambios físicos y psicológicos. Barcelona: Psicología y mente. Recuperado de <https://psicologiaymente.net/psicologia/fases-de-vejez>
- Ucha, F. 2009. Afecto. [Mensaje en un blog] Definición ABC. Recuperado de <https://www.definicionabc.com/social/afecto.php>
- Uncategorized. (22 de febrero de 2011). Código de Núremberg, juramento hipocrático, código internacional de ética médica [mensaje en un blog]. Recuperado de <https://eticayvaloresii.wordpress.com/category/uncategorized/>
- Universidad de Costa Rica., & Consejo Nacional de la persona Adulta Mayor. (2008). I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica en X. Fernández., y A. Robles (Presidencial), Ancianos. Informe llevado a Costa Rica.
- Universidad del Rosario y Universidad. CES. (2012). Análisis de la depresión en el adulto mayor en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Recuperado de <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr246>
- Valencia, C. (23 de Mayo de 2007). Consejo para mejorar la autoestima. La autoestima. Recuperado de <http://www.laautoestima.com/abraham-maslow.htm>

- Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnósticos, modelos teóricos y tratamientos a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449
- Velázquez, M. (1999) La jubilación activa. *Escuela Abierta*, 3 163-182. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/195860.pdf>
- Vera, J. A., Sotelo, T. I., y Domínguez M. T. (2005). Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7 (2), 57-78. Recuperado de <https://www.ciad.mx/archivos/desarrollo/publicaciones/PUBLICACIONES/Produccion%20Academica/Articulos/2005/114.pdf>
- Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta. Med. Per.*, 28 (4), 237-241. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>
- Vivaldi, F., y Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*, 30 (2), 23-29. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n2/art02.pdf>
- Whetsell, M. V., Frederickson, K., Aguilera, P., y Maya, J. L. (2005). Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. *Revista Aquichan*, 5(1), 72-85. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/61/126>
- Wompner, F., y Fernández, R. (enero de 2007). Aprender a aprender. Un método para la educación superior. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*. Recuperado de <http://www.eumed.net/coursecon/ecolat/cl/2007/fwrf-aprender.htm>
- Yankovic, B. (2011). Emociones, sentimientos, afectos. El desarrollo emocional. 1-6. Recuperado de http://moodle2.unid.edu.mx/dts_cursos_mdl/pos/E/CO/AM/06/Emociones.pdf
- Zavala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P., y Klassen, G. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y Enfermería*, 12 (2), 53-62. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v12n2/art07.pdf>

Zelada, M., y Mayta, P. (2006). ¿Estamos preparados para la atención primaria del adulto mayor? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23 (1), 67-69. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n1/a10v23n1.pdf>

Zenteno, M. (2017). La autoestima y como mejorarla. *Revista Bolivianas*. Vol. 8(13). Recuperado de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2305-60102017000100007&script=sci_arttext&tlng=es

Zetina, M. G. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de población*, 5(19), 23-41. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11201903>

Zoch, C. E. (2002). Depresión. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibl>



ANEXOS
Universidad Autónoma del Estado de México
UAEM

Anexo 1 “Oficio de Presentación”

PRESENTE:

Anticipándole un cordial saludo me dirijo a usted, me permito presentarles a las estudiantes, Cabrera González María Victoria y González Illescas Karina de la Lic. En educación para la salud quienes están realizando la investigación “Prevención de la Depresión en la Vejez”. En este trabajo deberán realizar algunas actividades como llenar una guía de observación, una guía de entrevista, la Escala de Yesavage abreviada así como la aplicación de un programa de salud a _____ usuarios; por lo que solicito a usted de su autorización para que las estudiantes puedan realizar dichas actividades.

Sin más por el momento me despido, le agradezco la atención brindada.

ATENTAMENTE

DR. IBARRA ZAVALA DARÍO

SUBDIRECTOR ACADÉMICO DE LA UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL

NEZAHUALCÓYOTL



Anexo 2 “Carta de Asentimiento”

Yo _____, responsable directo del adulto mayor _____, de _____ años de edad, manifiesto que se ha obtenido su asentimiento y otorgo de manera voluntaria mi permiso para que se le incluya en el Proyecto de Prevención de la Lic. Educación para la salud de la Universidad Autónoma del Estado de México, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad la información sobre dicho Proyecto así como sobre los beneficios directos e indirectos de su colaboración en el estudio, y en el entendido de que:

- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para ambos en caso de no aceptar la invitación
- Puedo retirarlo del proyecto si lo considero conveniente a sus intereses, aun cuando el investigador responsable no lo solicite, informando mis razones para tal decisión en la Carta de Revocación respectiva
- No haremos ningún gasto, ni recibiremos remuneración alguna por la colaboración en el estudio
- Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de la colaboración
- Puedo solicitar, en el transcurso del estudio, información actualizada sobre el mismo al investigador responsable, o en el Centro Universitario Nezahualcóyotl ubicada en Bordo de Xochiaca s/n Col. Benito Juárez C.P 57000, Cd. Nezahualcóyotl, México Tels.: (0155)51126372, (0155)51126426 Correo Electrónico: _____ o con _____.
- Lugar fecha _____
- Nombre y firma del responsable _____
- Parentesco o relación con el participante _____
- Nombre y firma del Lic. en Educación para la salud encargado de brindar la información sobre dicha actividad _____

- Firma del adulto mayor

TESTIGO 1

TESTIGO 2

NOMBRE: _____ NOMBRE: _____

FECHA: _____ FECHA: _____

Fuente: elaboración propia.



Anexo 3 “Consentimiento Informado”

El siguiente documento tiene como fin informar las actividades que se realizarán en la investigación “Prevención de la Depresión en la Vejez” en [REDACTED] a cargo de Cabrera González María Victoria y González Illescas Karina, obtener mi consentimiento para participar o no en las actividades de Educación para la Salud que se realizarán en la presente institución.

La mencionada investigación tiene por objetivo Prevenir la depresión en adultos mayores a través de intervenciones sustentadas en la creación del Programa de Salud sobre depresión en los adultos mayores. Se me informó que las actividades consisten en actividades como guía de observación, guía de entrevista, escala de YESAVAGE abreviada y programa de salud que tomaran aproximadamente del 27 de Febrero al 25 de mayo de 2017. La participación contribuirá a identificar los determinantes sociales factores familiares que intervienen o influyen para que se presente la depresión. Posteriormente los datos obtenidos se procesarán y permitirá a la presente investigación contribuir a disminuir los problemas de depresión en el adulto mayor así como identificar los factores que intervienen para que se presente dicha enfermedad.

Toda información que proporcione será de carácter estrictamente confidencial; utilizándose únicamente por el equipo de investigación y no estará disponible para ningún otro propósito. Quedaré identificado(a) con un seudónimo o una clave y no tendré que dar mis apellidos y ninguna otra información personal.

Mi participación en esta investigación es absolutamente voluntaria, no conlleva ningún riesgo ya que no se realizarán pruebas clínicas ni tratamientos médicos. Estoy en plena libertad de negar o de retirarme de la investigación en cualquier momento. Estoy consciente de que no recibiré ningún beneficio directo ni compensación económica por la participación; pero al término de la actividad, si la institución está de acuerdo, recibiré una sesión de educación para la salud en donde podré sugerir el tema.

Si deseo obtener mayor información estoy enterado(a) que puedo acudir al Centro Universitario Nezahualcóyotl ubicada en Bordo de Xochiaca s/n Col. Benito Juárez C.P 57000, Cd. Nezahualcóyotl, México Tels.: (0155)51126372, (0155)51126426 Correo Electrónico: o con .

Declaro que he leído y comprendido la información, así como resuelto dudas acerca de estas actividades educativas, se me ha explicado y me siento satisfecho con la información recibida y finalmente doy mi consentimiento:

Doy consentimiento SÍ () NO ()

Firma _____

Fuente: elaboración propia



Anexo 4” Guía de Observación”

Observaciones: La preguntas abiertas contribuyen a ampliar la información y a comprender mejor a las otras personas. En un conflicto, las preguntas abiertas ayudan a aclarar la situación y a deshacer malentendidos.

FECHA:

Propósito: Conocer el entorno de la casa de día [REDACTED], considerando los diversos factores que pueden influir en la salud de los integrantes que conforman dicha institución

CONTEXTO INTERNO DE LA INSTITUCIÓN.

Nombre del centro

Horario de atención para los adultos mayores

Hora de entrada

Hora de salida

Hora de comida

Duración de sus actividades

SALONES

Tipo de grupos atendidos en la institución

Cantidad de adultos mayores que integran cada grupo

Edades que abarcan las personas que asisten a los grupos

Manera que imparten sus actividades las personas a cargo de dicho grupo

Infraestructura (mesas, sillas, rampas, materiales, etc.) tipo de mobiliario con el que se cuenta

Cuentan con las condiciones óptimas (según las necesidades del grupo) para realizar las actividades asignadas

Botes de basura y cuantos

Limpieza de aulas

Luz y ventilación adecuada

Equipamiento con botiquín o material para accidentes

Señalamientos de seguridad y de emergencia

Tipo de agresión entre los adultos mayores

Adulto mayor con discapacidad ¿Cuántos? ¿Qué tipo de discapacidad?

Adultos mayores con enfermedades crónicas (tales como: diabetes, obesidad, hipertensión, etc.) ¿Cuántos?

Caso de embarazo ¿Cuántos?

Factores de riesgo dentro del aula de trabajo

Factores protectores dentro del aula de trabajo

PATIOS

Señalamientos de seguridad y rutas de evacuación para casos de emergencias

Utilización de los patios para realizar actividades como deporte, dinámicas, juegos, etc.

Patios limpios y en condiciones óptimas para su uso ante los AM

TALLERES

Tipo de talleres existentes en la institución

Espacios con una infraestructura adecuados para su uso

Observaciones:

SANITARIOS

Sanitarios específicos para hombres y mujeres

Sanitarios existentes en la institución

Servicios de sanitarios (agua, jabón, papel etc.)

Funcionamiento adecuado de lavabos

Sanitarios limpios, y ¿Cuántos?

DIRECCIÓN Y CUBÍCULOS

Áreas de dirección y subdirección específicos y cuantos

Nombres de los responsable de la institución, (directivos)

Personal de apoyo de la institución (nombres y funciones)

COMEDORES

Alimentación que se les brinda a los adultos mayores

Medidas de higiene adecuadas con los alimentos y como sirven los alimentos

Hay venta de:

a) golosinas () ¿Cuáles?

b) comidas saludables () ¿Cuáles?

Tiempos para comer

BIBLIOTECA

Biblioteca, o algún espacio que fomente y/o estimule la parte recreativa

Áreas existentes

Instalaciones (adecuación y equipamiento)

Estado del material de apoyo

OTROS

Relación entre los adultos mayores y el personal a cargo de ellos

Relación entre los instructores (promotores, jefes, encargados, etc.)

Relación entre los compañeros (Adultos Mayores

Personal de seguridad de apoyo y cuidado de la instalación

Personal que conforma la institución (instructores, directivos, administrativos, personal de limpieza, seguridad, etc.) que hábitos muestran (cortesía, como saludar, despedirse, etc.)

CONTEXTO EXTERNO DE LA INSTITUCIÓN (ZONA CIRCULANTE DE LA INSTITUCIÓN)

1. Datos de identificación de la comunidad visitada

Dirección:

Calles colindantes:

La zona es de tipo: a) urbana b) rural c) mixta

2. CARACTERISTICAS DEL ENTORNO

Tipo de población dentro de esta institución (hay más hombre, mujer, AM, niños o jefes de manzana)

Vías de acceso

Vías de comunicación de la institución

Culturas o costumbres percibidas con mayor facilidad en la zona

Fuera de la institución existen: negocios, locales y/o vendedores ¿De qué tipo?

Tipo de alimentos se percibe que se venden fuera de la institución

Establecimientos que brinden el acceso a alimentos saludables al salir de la institución

Sistema de recolección de basura, camión recolector, o carretas, además de separación orgánica e inorgánica en la zona

3. SERVICIOS PÚBLICOS

Áreas verdes y/o jardines ¿Cuántos?

Alumbrado público ¿Funciona? ¿Se ha reportado problemas con el alumbrado?

Accesibilidad al agua potable

Calles con pavimento

Zonas escolares ¿Cuántas? ¿Qué tan cerca de la institución?

Acceso a servicios de salud ¿Cuántas? ¿Qué tan cerca de la institución? ¿Públicos o privados?

Observaciones: describe lo que haya llamado tu atención durante tu recorrido a la zona que te haya impactado.

Fuente: elaboración propia (2017)



Anexo 5 “Guía de la Entrevista”

La siguiente entrevista será rellena por el adulto mayor, con apoyo de los Educador Para la Salud. La información aquí recolectada, será totalmente confidencial, utilizada solo con un mero fin de investigación.

Nombre:

Edad:

Género:

Categoría: determinantes sociales

Sub-categorías: relaciones, comunicación, familia, costumbres, hábitos y estilos de vida.

“Familia”

1. ¿Cuántas personas integran su familia y con quién de ellos vive?
2. ¿Cada cuánto lo visitan, el resto de sus familiares?
3. ¿Mantiene una buena comunicación con su familia y/o amigos?
4. ¿Con quién tiene una mayor comunicación, es decir existe confianza?
5. ¿Cómo es la convivencia con los que integran su familia?
6. ¿Ha tenido desacuerdo de opiniones con algún integrante de su familia, al grado de afectar su relación con esa persona?
7. ¿Se ha desapegado de algún integrante de su familia diferencias?
8. ¿Cuáles son las actividades que más le gusta realizar cuando se reúne con la familia?
9. ¿Cómo es la convivencia cuando se reúne toda la familia?
10. ¿Cómo se siente usted cuando se reúne toda su familia?
11. ¿Qué opina acerca la familia?

“Relaciones sociales”

12. Actualmente ¿Tiene pareja?
13. ¿Cómo es la relación con su pareja?
14. ¿Con qué frecuencia sale de paseo con su pareja?

15. ¿Cómo es la relación con sus hijos?
16. ¿Cómo es la relación con sus amigos?
17. ¿Con que frecuencia sale de paseo y/o lo visitan sus amigos?
18. ¿Qué actividades realiza regularmente los fines de semana?
19. ¿Cuáles son los hábitos más importantes en su familia?
20. ¿Considera que su familia lo apoya por completo ante alguna decisión importante?
21. ¿Cómo describiría la actitud de su familia ante alguna problemática?
22. ¿Cada cuánto se reúnen en familia?
23. ¿Cómo es su convivencia cuando se reúnen a realizar alguna actividad?
24. ¿Algún integrante de la familia se muestra apático ante las reuniones?
25. ¿Usted platica con su familia cuando notan problemas?
26. ¿Realiza algún tipo de actividad física en familia?
27. ¿Qué lugares le gusta ir a visitar?
28. ¿Acostumbra a ir con alguien de su familia o amigos a sus lugares preferidos?

“Estilos de vida y conductas”

29. ¿Cómo considera su alimentación?
30. ¿Qué tipos de alimentos son los de mayor consumo en su hogar?
31. ¿Todos en su familia, le ayudan a las tareas después de la comida?
32. ¿Se siente del todo satisfecho con lo que ha logrado?
33. ¿Considera que su familia es el reflejo de su esfuerzo y dedicación?
34. ¿Considera que su familia es un impulso para continuar adelante?
35. ¿Cuáles son los hábitos con mayor impacto en su familia?
36. ¿Cómo considera su salud en estos últimos 6 meses?
37. ¿Considera que las actividades que realiza afecta o ayudan de alguna manera a su salud?
38. ¿Qué tipo de ejercicios realiza con frecuencia?
39. ¿Cuándo realiza algún tipo de actividad física, su familia suele participar en estos con usted?

Fuente: elaboración propia.



Anexo 6 “Escala de Yesavage abreviada”

Instrucciones: responda a cada de las siguientes preguntas según como se ha sentido usted durante la última semana

Preguntas a realizar	Respuestas	
	NO = 0	SI = 1
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO = 0	SI = 1
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI = 1	NO = 0
¿Siente que su vida está vacía?	SI = 1	NO = 0
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI = 1	NO = 0
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	NO = 1	SI = 0
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI = 1	NO = 0
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO = 0	SI = 1
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI = 0	NO = 1
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI = 0	NO = 1
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	SI = 1	NO = 0
¿Cree que es agradable estar vivo?	NO = 0	SI = 1
¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI = 0	NO = 1
¿Se siente lleno de energía?	NO = 0	SI = 1
¿Siente que su situación es angustiada, desesperada?	SI = 1	NO = 0

¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	SI = 1	NO = 0
---	--------	--------

Puntuación: Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-5: Normal.

6-9: Depresión leve.

>10: Depresión establecida.

Fuente: retomada de la Sociedad Española de Neurología (2001)



Anexo 7 “Carta descriptiva General”

Lugar: “Casa de Día para la Tercera Edad”

Duración: (51 horas. Aprox. Total.)

Objetivo general: Implementar las intervenciones en educación para la salud que ayuden a prevenir, y disminuir la depresión, para elevar la calidad de vida de los adultos mayores.

Temas	OBJETIVOS	NUMERO DE SESIONES	TIEMPO POR SESIÓN	RECURSOS POR SESIÓN	
				Humanos	OBSERVACIONES
<p>Taller</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Activación física 2. Estrés 3. Relajación <p>Clase practica</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Autoestima 5. Autoconocimiento 6. Comunicación 7. Asertividad 8. Bienestar psicológico 9. Confianza 10. Convivencia y Redes de apoyo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ilustrar de forma sencilla y concisa la manera en que la activación física beneficia al adulto mayor. 2. Emplear el arte como medio de desestresante ante los adultos mayores y poder canalizar las afectaciones que podrían repercutir en su estado biopsicosocial 3. Ejecutar técnicas de relajación, basadas en la respiración y control del cuerpo 4. Vivenciar los problemas relacionados con dar y recibir afecto. 5. Profundizar en el conocimiento de uno mismo, con la propuesta de situaciones que inviten a la reflexión, mediante la expresión de sentimientos 	<p>1-3 5 sesiones por taller</p> <p>4-10 3 Clases practicas Por materia y/o tema.</p>	<p>40 a 60 min. Por sesión.</p>	<p>Educadores para la Salud.</p> <p>Grupo de participantes (adultos mayores).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <ul style="list-style-type: none"> • Rotafolios (3) • Plumones (6) • Imágenes (15) • Cartel (2) 2. <ul style="list-style-type: none"> • Colores sueltos (50) • Gises de colores (3 cajas) • Hojas para dibujar (dibujo técnico)(40) • Botes de pinturas de todos los colores(20) • Caballetes o tablillas para apoyo de hojas(30) • Clips (30) • Imágenes (20) 3. <ul style="list-style-type: none"> 1 espacio al aire libre 40 sillas 40 colchonetas o tapetes 4. <ul style="list-style-type: none"> 40 sillas 1 espacio con luz 5. <ul style="list-style-type: none"> • Hoja • Lápiz • Cinta adhesiva

	<p>6. <i>Analizar el contexto en que se desenvuelve el grupo etario, para así ayudar a mejorar o reforzar la comunicación en ellos.</i></p> <p>7. <i>Reflexionar sobre situaciones de la vida diaria en la que bien, a veces es difícil saber cómo reaccionar.</i></p> <p>8. <i>Entender la libertad como capacidad de opción y de elección</i></p> <p>9. <i>Descubrir la importancia que generara en uno mismo y para después poder proyectarla en los distintos ámbitos de la vida.</i></p> <p>10. <i>Crear un clima de confianza y comunicación mutua en el grupo</i></p>				<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pluma</i> <p>6.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>40 Sillas</i> • <i>2-3 Mesas</i> • <i>Aula</i> <p>7.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>40 hojas de papel blanco</i> • <i>40 bolígrafos o lápices</i> • <i>40 Sillas</i> • <i>2-3 Mesas</i> • <i>Aula</i> <p>8.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>60 hojas</i> • <i>60 lápices o plumas.</i> • <i>1 lectura de impacto personal</i> • <i>1 lectura con 4 copias</i> <p>9.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>40 mascadas y, o paliacates</i> • <i>40 lápices, o bolígrafos</i> • <i>40 hojas de papel.</i> • <i>2 objetos (botellas, etc.)</i> • <i>40 sillas</i> • <i>1 instrumento de jardinería que pueda servir para tapar la vista.</i> <p>10</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>1 biografía...</i> • <i>60 tarjetas</i> • <i>1 lectura con 5 copias</i> • <i>60 tarjetas</i>
--	--	--	--	--	--



Anexo 8 “Fotografías”

