

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA DE TERAPIA OCUPACIONAL
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“ACTIVIDADES LÚDICAS DE TIPO FÍSICAS Y RECREATIVAS EN EL
TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE EN ADULTOS MAYORES
RESIDENTES DE LA CASA DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR (CATAM),
2022”.**

“TESIS”

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN TERAPIA OCUPACIONAL**

PRESENTA:

P.L.T.O. DULCE CARIÑO SANCHEZ SUAREZ

DIRECTORA:

M. EN C. S CLAUDIA ELIZABETH URIBE ROBLEDO

REVISORES:

MTRA. EN ING. GLORIA ORTEGA SANTILLÁN

M. EN A.T.I. IMELDA MARTÍNEZ FLORES

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO; 2022

**“ACTIVIDADES LÚDICAS DE TIPO FÍSICAS Y RECREATIVAS EN
EL TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE EN ADULTOS
MAYORES RESIDENTES DE LA CASA DE ATENCIÓN AL ADULTO
MAYOR (CATAM), 2022”.**

ÍNDICE

I. Marco teórico.....	9
I.1. La esperanza de vida de la población mexicana.....	9
I.1.2. Envejecimiento	10
I.1.3. Las siete etapas del desarrollo humano	12
I.2. Depresión	16
I.2.1. Tipos de depresión	18
I.2.2. Depresión en el adulto mayor	19
I. 2.3. Trastorno depresivo persistente (distimia) en el adulto mayor.....	22
I.2.4. Incidencia y prevalencia.....	23
I.2.5. Factores de riesgo	25
I.2.6. Impacto biopsicosocial.....	27
I.2.7. Tratamiento no farmacológico para la depresión	28
I.3.1. Uso terapéutico de ocupaciones y actividades.....	31
I.3.2. Tipo de Actividades Lúdicas.....	32
I.3.3. Actividades lúdicas para adultos mayores.....	33
I.3.4. Actividades lúdicas de tipo físicas y recreativas.....	33
I.3.5. Adultos mayores en México	35
I.3.6. La importancia de las actividades lúdicas	36
II. Planteamiento del problema.....	37
III. Justificación.....	40
IV. Hipótesis	41
IV.1 Operacionalización de la hipótesis	42
V. Objetivos	42
V.1 General:.....	42
V.2 Específicos:	42
VI. Método	43
VI.1 Diseño de estudio.....	43
VI. 2 Operacionalización de las variables	44
VI. 3 Universo de trabajo y muestra.....	47
VI.4 Criterios de inclusión	47

VI.5 Criterios de exclusión	47
VI.6 Criterios de eliminación	47
VI.7 Instrumento de investigación	47
VI.8 Descripción del instrumento	48
VI.9 Aplicación del instrumento de evaluación.....	48
VI. 10 Desarrollo del proyecto.....	50
VI. 11 Límite de espacio y tiempo.....	51
VII. Implicaciones éticas	52
VIII. Organización	53
IX. Resultados	54
X. Conclusión	62
XI. Recomendaciones	64
XII. Bibliografía	65
XIII. ANEXOS	70
ANEXO 1	70
ANEXO 2	72
ANEXO 3	73
ANEXO 4	74
ANEXO 5	75
ANEXO 6	79
ANEXO 7	80

RESUMEN

La depresión es un trastorno del estado de ánimo y de las emociones. Las emociones normalmente cambian y sus 2 grandes variaciones son la tristeza y la alegría.

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.

La depresión en el adulto mayor no es normal, ya que debe continuar viviendo intensamente, adaptándose a su situación, pero no por ello debe estar triste o con pensamientos recurrentes de muerte.

Es preciso saber que esta enfermedad puede desarrollarse en cualquier etapa de la vida de las personas y no es exclusiva de la vejez, no obstante, la población de personas mayores de 60 años se considera uno de los grupos más vulnerados por este padecimiento.

Palabras clave: depresión, adulto mayor, emociones, serotonina.

ABSTRACT

Depression is a disorder of mood and emotions. Emotions normally change and their 2 big variations are sadness and joy.

Depression is a disease that is related to a decrease in serotonin, which is a neurotransmitter that regulates the emotions of well-being and sleep; they cause a change in their energy, and it is reflected in a series of alterations in which feelings of sadness and low will dominate.

Depression in the elderly is not normal, since they must continue to live intensely, adapting to their situation, but they should not be sad or with recurrent thoughts of death.

It is necessary to know that this disease can develop at any stage of people's lives and is not exclusive to old age, however, the population of people over 60 years of age is considered one of the groups most affected by this condition.

Keywords: depression, older adults, emotions, serotonin.

I. MARCO TEÓRICO

I.1. LA ESPERANZA DE VIDA DE LA POBLACIÓN MEXICANA

El último informe publicado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2019, la esperanza de vida de las personas en México es de 75.1 años en promedio y para 2030 se estima que sea de 76.7 años, lo que resulta en una esperanza de vida mayor a la que se tenía hace 40 años (66.2 años). Siendo el de las mujeres superior a la de los hombres con una brecha de casi seis años.

En 2019, según datos del CONAPO se han registrado 761 mil 787 defunciones, de las cuales 44.6% fueron mujeres y 55.4% hombres. La tasa de defunciones registradas por cada mil habitantes es de seis personas.

Dentro de los 498 mil 286 decesos de personas de 60 años o más, 50.3% son hombres, mientras que 49.7% son mujeres, reflejando la feminización del envejecimiento, en el que hay 124 mujeres por cada 100 hombres de 80 años y más.

Los problemas de salud como principales causas de muerte, tanto para mujeres como para hombres fueron enfermedades del cardiovasculares con una tasa de 114.2 decesos por cada cien mil habitantes, le sigue la diabetes mellitus con una incidencia de 85.9 defunciones por cada cien mil, y los tumores malignos con una tasa de 67.8 muertes por cada cien mil.

Para el grupo de edad de 30 a 59 años, las causas de mortalidad más importantes fueron la diabetes mellitus con una tasa de 59.3 defunciones por cada cien mil, luego los tumores malignos con una tasa de 54.7 decesos por cada cien mil y las enfermedades del corazón con una incidencia de 49.3 muertes por cada cien mil habitantes.

En tanto, en el grupo de 60 años y más, las muertes por enfermedades del corazón son las más frecuentes con una tasa de 900.5 defunciones por cada cien mil habitantes, mientras que por diabetes mellitus hay 609.2 decesos por cada cien mil, además de tumores malignos con una tasa de 425 muertes por cada cien mil personas mayores. ⁽¹⁾

I.1.2. ENVEJECIMIENTO

Durante siglos y siglos, alcanzar la vejez fue una auténtica excepción. Sin embargo, desde hace algunas décadas, en varias sociedades incluida la mexicana, llegar a viejo dejó de ser un privilegio. Hoy, para el género humano, el envejecimiento y la vejez son ya fenómenos generalizados, tendencia que habrá de consolidarse a la luz de la revolución de la longevidad. Por eso el lema del Instituto Nacional de Geriátría es, precisamente, "Por un envejecimiento sano y activo". ⁽²⁾

De acuerdo con la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el **envejecimiento activo** es "el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. Esto es cierto tanto para individuos como para grupos poblacionales".

Aquí, el término "activo" se refiere a que los adultos mayores participen de manera continua, ya sea como individuos o en grupo, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos en los que están inmersos. El envejecimiento sano y activo no se limita a realizar ejercicio físico o trabajo remunerable.

El envejecimiento humano es un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática (equilibrio que le permite al organismo mantener un funcionamiento adecuado), debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado.

En términos generales, se acepta que el envejecimiento inicia temprano en la vida y que los cambios biológicos relacionados con él aparecen de manera asincrónica en distintos aparatos y sistemas. En algunos organismos es posible detectar desde muy temprano los primeros indicios de lo que será su envejecer. Ello puede traducirse en vulnerabilidad a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, cuya prevalencia se va acrecentando conforme aumenta la edad. Por otra parte, el proceso de envejecimiento no está condicionado únicamente por características biológicas, pues también existen patrones sociales, culturales y ambientales que claramente intervienen.

El envejecimiento saludable es, a su vez, el proceso mediante el cual las personas adultas mayores adoptan, adecúa o fortalecen estilos de vida que le permiten lograr el máximo de bienestar, salud y calidad de vida a través de las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formal. Los estilos de vida que han demostrado tener un impacto significativo en la salud, bienestar y calidad de vida en la vejez son: una alimentación adecuada, ejercicio físico, periódico y seguro; higiene personal adecuada, sueño suficiente y reparador, recreación y alta autoestima.

La vejez es la etapa de la vida cuyo inicio es determinado por cada sociedad. Actualmente, en los países en desarrollo como México se acepta como inicio de la vejez los 60 años, mientras que en los países desarrollados esa edad es a los 65 años. La vejez se define también como una construcción social tanto individual como colectiva que determina las formas de percibir, apreciar y actuar en ciertos espacios sociohistóricos. La vejez es consecuencia de las etapas que le antecedieron y refleja la biología, el contexto social, la visión y la actitud ante la vida de cada persona.

El Instituto Nacional de Geriátría (INGER) consagra una parte importante de sus esfuerzos al desarrollo de la investigación en biología del envejecimiento, con un enfoque interdisciplinario en el abordaje del estudio de la enfermedad crónica al envejecer, reconociendo que el principal factor de riesgo para muchas de las enfermedades crónicas no transmisibles es precisamente la edad.

Actualmente 6 de cada 10 personas mayores son mujeres, haciendo evidente una feminización del envejecimiento, con una esperanza de vida en promedio de 75 años: 78 años para mujeres y 73 años para los hombres.

Mientras más años sumamos a la vida, los cambios se hacen más evidentes en diversos aspectos, por lo que las necesidades también irán siendo específicas. De la manera en cómo vivamos este proceso, podremos contar con los elementos biopsicosociales necesarios para adaptarnos de una mejor manera a dichos cambios.

Ante ello la gerontología surge como una aliada, por ser una disciplina que tiene como responsabilidad conocer qué pasa en la vejez y explicar el envejecimiento como un proceso del ciclo de vida, con la finalidad, no sólo de que las personas vivan más, sino mejor. ⁽³⁾

I.1.3. LAS SIETE ETAPAS DEL DESARROLLO HUMANO

1) Etapa prenatal. Esta es la primera etapa de la vida humana, denominada también fase intrauterina, ya que tiene lugar dentro de la matriz de la madre durante el embarazo. Por lo tanto, esta etapa va desde la fecundación (unión de las células sexuales de los progenitores) y el desarrollo del feto, hasta el nacimiento o el parto.

Esta etapa dura por lo general nueve meses y comprende tres fases distintas, a saber:

- Fase germinal o de cigoto. Durante esta fase el óvulo fecundado por el espermatozoide, conocido entonces como cigoto, inicia una rápida

multiplicación celular que conduce a un aumento de tamaño, arraigándose en el tejido del útero al término de la segunda semana de embarazo.

- Fase embrionaria. A partir de entonces, al cigoto se le puede llamar embrión, y durante esta etapa que va de la segunda a la doceava semana (tercer mes) de embarazo, es sumamente susceptible a contaminantes externos como el alcohol, el tabaco, la radiación o las infecciones. Durante esta fase las capas del embrión empiezan a multiplicarse y especializarse, formando lo que más adelante serán los distintos tejidos del feto.
- Fase fetal. Una vez alcanzada esta fase, el embrión pasa a ser un feto y tendrá ya cierta forma humana, si bien continuará desarrollándose hasta los nueve meses de embarazo, cuando será un bebé listo para abandonar el útero materno a través del canal de parto.

2) Etapa de la infancia. La segunda etapa de la vida de todo ser humano, pero la primera fuera de la contención y protección del cuerpo de la madre es la infancia. Va desde el instante del parto hasta alrededor de los seis años, cuando se inicia como tal la niñez.

Al inicio de esta etapa el individuo es llamado neonato, tiene una cabeza desproporcionada con respecto a su cuerpo y duerme la mayor parte del tiempo. Apenas inicia el reconocimiento de sus capacidades motrices y sensoriales, por lo que presenta movimientos reflejos y automáticos, como la succión del pecho materno, además se comunica con el exterior mediante respuestas emocionales indiscriminadas (llanto).

A medida que transcurre el tiempo, sin embargo, el infante aprende a controlar sus miembros, sus esfínteres y a caminar, así como algunos rudimentos de lenguaje.

3) Etapa de la niñez. Ubicada entre los 6 y 12 años, esta tercera etapa de desarrollo humano coincide con la escolarización del individuo, es decir, su capacidad para el aprendizaje y la convivencia con otros individuos de su edad. En

la escuela el niño aprende a través de diversos mecanismos lúdicos y pedagógicos a sacar provecho a sus facultades mentales, físicas y sociales.

En esta etapa se fijan, también, el sentido del deber, el amor propio, el respeto por los demás y por lo ajeno, así como la capacidad para distinguir entre lo real y lo imaginario. Se trata de una etapa clave en la formación de la psique del individuo, por eso al niño se lo intenta proteger lo más posible de las influencias dañinas de la sociedad.

4) Etapa de la adolescencia. Esta cuarta etapa de la vida humana se inicia al término de la niñez, alrededor de los 12 años, y finaliza con la entrada en la juventud, alrededor de los 20. No existen límites precisos para ello, pues varía de acuerdo al individuo: pero se toma como inicio claro de la adolescencia la entrada en la pubertad, es decir, la maduración sexual de individuo.

Por ello la adolescencia es quizá de las etapas humanas la que presenta cambios más significativos a nivel físico y emocional. El desarrollo sexual se manifiesta a través de cambios físicos.

Esta etapa es clave en el proceso de descubrimiento del yo y del mundo que lo rodea, así como de la vida sentimental y de los valores que luego guiarán al individuo hacia la adultez.

5) Etapa de la juventud. Se llama juventud a la primera etapa de adultez o adultez temprana, en la que el individuo ya está maduro sexualmente y ha superado las turbulencias de la adolescencia, listo para iniciar una vida responsable de sí misma. Se considera que normalmente la juventud oscila entre los 20 y los 25 años, si bien estos parámetros no son fijos.

Durante la juventud el individuo se muestra más consciente con quien es y más determinado a lo que desea en la vida, aunque no posea el equilibrio emocional típico de la madurez. Es una etapa de amplios aprendizajes, ya no entorpecidos por

la dinámica de crecimiento, en la que la vida laboral y social suelen ocupar un lugar privilegiado.

6) Etapa de la adultez. La etapa más prolongada normalmente del desarrollo humano se inicia luego de los 25 años, con el fin de la juventud y se prolonga hasta la entrada en la vejez o la ancianidad, alrededor de los 60 años. Se considera que un individuo adulto está en la plenitud de sus facultades psíquicas, físicas y biológicas, por lo que en esta etapa suele tener lugar el deseo de la paternidad y de fundar una familia.

El mayor rendimiento vital se encuentra contenido en esta etapa, que, si bien contiene toda la impronta de las etapas de formación, es también la etapa en que el individuo suele hacer más o menos las paces consigo mismo y con su destino. Se espera de una persona adulta un control emocional y una disposición vital que no poseía en etapas anteriores.

7) Etapa de la vejez. La última etapa de la vida humana, que inicia alrededor de los 60 años y se prolonga hasta el fallecimiento. Los adultos en esta etapa pasan a denominarse “ancianos” y suelen hallarse al final de una cadena familiar a la que transmitir sus aprendizajes y enseñanzas vitales.

Es una etapa de declive en las facultades físicas y reproductivas, aunque se estima que la cantidad de desarrollo físico e intelectual de las etapas previas incidirá en el mayor o menor ritmo de debilidad del anciano. Las enfermedades, dolencias físicas y desinterés por la vida general (en pro de los recuerdos del pasado) son característicos de esta etapa de retiro. ⁽⁴⁾

I.2. DEPRESIÓN

La depresión constituye un padecimiento de alta prevalencia tanto en la población adulta mayor, cómo en otros grupos etarios. En muchas ocasiones no es reconocido ocasionando importantes repercusiones en las diferentes esferas biológicas, funcionales, psíquico-mentales y sociales en dicha población. A nivel mundial la prevalencia de la depresión en las personas adultas mayores es mucho menor que en personas de menor edad, uno de los factores que pueden influir corresponde a la complejidad en el diagnóstico, dado que la presentación clínica muchas veces es atípica, además de la existencia de factores culturales erróneos que consideran la depresión en el adulto mayor como un factor propio de la edad. La depresión mayor es un trastorno del estado del ánimo generalmente melancólico, con duración mayor a dos semanas, acompañado de síntomas anímicos (tristeza, irritabilidad, anhedonia), síntomas somáticos (disminución de peso, insomnio o hipersomnia, fatiga, alteraciones sexuales), síntomas del pensamiento (visión negativista, ideas de inutilidad y culpa, depresión delirante) y síntomas conductuales (disminución en la concentración y la atención, memoria, actividad psicomotriz, descuido del aseo). Aunque un porcentaje de pacientes ancianos padece de síntomas depresivos que no cumplen los criterios de depresión mayor o distimia, algunos autores lo clasifican como “depresiones subclínicas”; siendo tratados en muchos casos como episodios depresivos.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. ⁽⁵⁾

Aunque hay tratamientos conocidos y eficaces contra los trastornos mentales, más del 75% de las personas afectadas en los países de ingresos bajos y medianos no

recibe tratamiento alguno. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de proveedores de atención de salud capacitados, además de la estigmatización asociada a los trastornos mentales. En países de todo tipo de ingresos, las personas que experimentan depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no padecen el trastorno son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.

En un episodio depresivo, la persona experimenta un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del disfrute o del interés en actividades, la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas. Se presentan varios otros síntomas, entre los que se incluyen la dificultad de concentración, el sentimiento de culpa excesiva o de autoestima baja, la falta de esperanza en el futuro, pensamientos de muerte o de suicidio, alteraciones del sueño, cambios en el apetito o en el peso y sensación de cansancio acusado o de falta de energía.

Durante un episodio depresivo, la persona afectada experimenta dificultades considerables en su funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional y en otros ámbitos importantes.

Los episodios depresivos pueden clasificarse en leves, moderados o graves, en función del número y la intensidad de los síntomas, así como de las repercusiones en el funcionamiento de la persona. ⁽⁶⁾

I.2.1. Tipos de depresión

La depresión se caracteriza por un estado de ánimo triste, vacío o irritable o bien por la pérdida de la capacidad de disfrutar y sentir placer. Se acompaña de síntomas cognitivos, conductuales o neurovegetativos que afectan la funcionalidad del individuo. Las personas que sufren depresión pueden tener alteraciones del dormir y del comer, con disminución o incremento, así como mayor consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, lo que además implica otras consecuencias para su salud. El paciente con depresión habitualmente tiene deterioro en sus actividades sociales, familiares y laborales. Además, existe alta comorbilidad entre la depresión y otras enfermedades crónicas no psiquiátricas, como la hipertensión arterial, la obesidad y la diabetes mellitus.

Los trastornos depresivos se caracterizan por una tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades. Se desconoce la causa exacta, pero probablemente tiene que ver con la herencia, cambios en las concentraciones de neurotransmisores, una alteración en la función neuroendocrina y factores psicosociales. ⁽⁷⁾

Los trastornos depresivos pueden presentarse a cualquier edad, pero es típico su desarrollo a mediados de la adolescencia, en la tercera y la cuarta década de la vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. ⁽⁸⁾

La depresión también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de depresión. No todas las personas con enfermedades depresivas experimentan los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas varían dependiendo de la persona y su enfermedad en particular.

La depresión como es el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

En la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), se clasifican algunos tipos de trastornos según los síntomas específicos:

- Trastorno depresivo mayor (a menudo denominado depresión)
- Trastorno depresivo persistente (distimia): síntomas de depresión no tan fuertes como los de la depresión grave, pero que duran por mucho tiempo (por lo menos dos años).
- Otro trastorno depresivo especificado o no especificado (Los conjuntos de síntomas con características de un trastorno depresivo que no cumplen todos los criterios para otros trastornos depresivos, pero que causan malestar clínico significativo o deterioro del funcionamiento se clasifican como otros trastornos depresivos (especificados o no especificados). ⁽⁹⁾

I.2.2. Depresión en el adulto mayor

El adulto mayor tiene mayor morbilidad y padece especialmente enfermedades crónicas tanto físicas como mentales, las cuales aumentan progresivamente la dependencia. Demencia y depresión tienen alta prevalencia en el adulto mayor.

La depresión en esta población tiene características especiales, las personas mayores de 65 años tienen factores propios como las enfermedades que padecen, el entorno en que viven, situación social e incluso algunos factores demográficos como trabajo, estado civil, entre otros. La soledad predispone a depresión en mujeres y hombres. La depresión es un proceso multifactorial y se ha demostrado asociación con la falta de apoyo de la red social.

Muchos nos preguntamos si la depresión es igual que estar triste, pero no, la tristeza es una emoción, mientras que la depresión es un trastorno, donde hay una

afectación global del funcionamiento del individuo, en el que además de tristeza hay una serie de manifestaciones como baja en la voluntad, autoestima, la actividad diaria, sentimientos de inutilidad y recurrentes sentimientos de culpa que afectan su vida cotidiana, familiar, social y laboral.

Por lo que la depresión no es un estado de ánimo normal en los adultos mayores, el adulto mayor debe continuar viviendo intensamente, adaptándose a su situación, pero no por ello debe estar triste o con pensamientos recurrentes de muerte. ⁽¹⁰⁾

Es preciso saber que esta enfermedad puede desarrollarse en cualquier etapa de la vida de las personas y no es exclusiva de la vejez, no obstante, la población de personas mayores de 60 años se considera uno de los grupos más vulnerados por este padecimiento.

Su aparición durante la vejez depende de factores biopsicosociales. Entre los factores biológicos se consideran la predisposición genética heredada y la presencia de otras enfermedades; entre los factores psicológicos y sociales vivir la pérdida de algún familiar o amigo, laboral, material, de salud, de funciones físicas y/o cognitivas, vivir abandono familiar, falta de redes de apoyo, viudez, y recursos económicos insuficientes. Así que este padecimiento puede ser el resultado de la combinación de los factores antes mencionados.

En algunas personas mayores la depresión puede estar presente sin saberlo o sin contar con un diagnóstico previo, debido a que el sentimiento de tristeza no es el síntoma principal, sino que existen otros de los cuales no se habla regularmente.

Entre ellos destacan:

- Pérdida de interés de las actividades cotidianas que antes eran placenteras.
- Sentimientos de tristeza, inutilidad, angustia, ansiedad e irritabilidad.
- Pérdida de apetito.
- Alteraciones del sueño (dormir mucho o nada).
- Baja autoestima.

- Deterioro de las funciones físicas.
- Dificultad de concentración y olvidos.
- Dolores corporales o malestar general.
- Falta de energía.
- Pensamientos suicidas en los cuadros más severos.

Es importante contar con una red de apoyo familiar y social ya que son esenciales para la atención integral de la depresión. Éstas están integradas por las personas cercanas a nuestro entorno, como los son familiares, amistades, vecinas o vecinos que pueden brindar apoyo emocional a través de la plática, escucha activa, acompañamiento y cuidados.

Algunas acciones de autocuidado pueden ser: buscar actividades que estimulen emociones positivas y sean agradables, como realizar actividades físicas regulares, ejercicio, practicar algún deporte o realizar paseos en compañía; cuidar la alimentación y llevar una dieta balanceada.

Es de vital importancia mantener un equilibrio en la esfera biopsicosocial de la persona mayor, a fin de reducir el riesgo de un cuadro depresivo durante la vejez. A su vez, es esencial visibilizar y hablar abiertamente de los sentimientos y las emociones que se pueden experimentar durante esta etapa, para obtener la ayuda necesaria para una mejor calidad de vida y así desvanecer el estigma social que ha rodeado a este padecimiento. ⁽¹¹⁾

I. 2.3. Trastorno depresivo persistente (distimia) en el adulto mayor.

El trastorno depresivo persistente (PDD por sus siglas en inglés) es un nuevo diagnóstico en el DSM-5. Es una consolidación del trastorno depresivo mayor crónico del DSM-IV y el trastorno distímico. El trastorno depresivo persistente afecta a aproximadamente el 0,5% de los adultos en un año determinado. Tiene un elevado impacto funcional en nuestro día a día, afectando a todas las áreas de la persona: laboral, relacional, cognitiva, etcétera.

La sintomatología presentada en la distimia es parecida al trastorno depresivo mayor, pero con una intensidad menos elevada, y con mayor persistencia de los síntomas.

La característica central del trastorno depresivo persistente es el estado de ánimo deprimido. Para ser diagnosticado con trastorno depresivo persistente, el estado de ánimo depresivo debe estar presente la mayor parte del día, la mayor parte del tiempo, durante al menos dos años. Las personas con trastorno depresivo persistente pueden describir su estado de ánimo como triste, gris, "miserable". Una persona con el trastorno depresivo persistente también experimenta al menos dos de los siguientes síntomas mientras que está deprimido:

- Poco apetito o comer demasiado
- Insomnio o hipersomnia (dormir demasiado)
- Fatiga o pérdida de energía
- Una baja autoestima
- Dificultades para concentrarse o tomar decisiones
- Sentimientos de desesperanza

El trastorno depresivo persistente se caracteriza por anomalías en la función cerebral, particularmente en regiones relacionadas con el funcionamiento ejecutivo y la capacidad de respuesta de recompensa, que se cree contribuyen a los síntomas. Un comportamiento de aislamiento, incluyendo evadir las relaciones sociales y las actividades que antes disfrutaba, puede contribuir a los síntomas ya

que reduce la oportunidad para que la persona tenga experiencias gratificantes. Las creencias negativas sobre sí mismo(a), el mundo y otros también pueden contribuir a los síntomas de depresión. Se cree que el trastorno depresivo persistente tiene una predisposición genética similar o idéntica a la del trastorno depresivo mayor; sin embargo, tener la vulnerabilidad genética no significa necesariamente que una persona vaya a desarrollar cualquiera de los dos trastornos.

La distimia, como la mayoría de los trastornos psicológicos, no tiene una única causa, sino que es el resultado de la combinación de diferentes factores.

La distimia afecta mayormente a las mujeres, quienes tienen el doble de riesgo de padecer este trastorno en comparación con los hombres. Un estudio publicado en la *Journal of Clinical Psychopharmacology* apuntó que podría deberse a las diferencias hormonales entre ambos géneros, aunque sus causas no están del todo claras. El trastorno distímico suele generar una pérdida progresiva del sentido de la vida, de manera que podrías perder la confianza en tus capacidades y en lo que eres capaz de lograr. ⁽¹²⁾

I.2.4. Incidencia y prevalencia

De acuerdo a la OMS se estima que la incidencia de la depresión por año es de aproximadamente 15%. Cabe destacar que la depresión mayor tuvo un incremento importante de la incidencia en personas con antecedentes de algún grado de depresión a lo largo de su vida en comparación con personas sin antecedente (10,3% vs 1,8%).

La prevalencia de depresión en el adulto mayor varía según la población y el desarrollo económico de los países. En Latinoamérica los datos de prevalencia en el adulto mayor también son variados. En México, varía entre 26% y 66%; un estudio en población marginal reportó depresión de 60%.

La importancia de la detección y tratamiento de la depresión en centros residenciales de ancianos radica en que es un problema frecuente y, a la vez,

infradiagnosticado e infra tratado, con la consecuente merma en la calidad de vida del que la sufre. Por otra parte, presenta una elevada tasa de recidivas, y la falta de un reconocimiento y tratamiento apropiados determina una morbilidad y mortalidad mayores, siendo una causa frecuente de suicidio.

Por otra parte, la institucionalización en residencias se asocia a factores que pueden favorecer la aparición de cuadros o síntomas depresivos, y que pueden dar lugar a un incremento de la prevalencia de esta problemática: sentimientos de abandono en la residencia; dificultades económicas o limitación de la posibilidad del uso del dinero; aislamiento o alejamiento de la que hasta entonces había sido su red social habitual, lo cual conduce a un desarraigo y esfuerzo de adaptación relevantes; cambios significativos en su estilo de vida con incremento del grado de estrés; adaptación obligada a un reglamento y normas que pueden incidir negativamente sobre su intimidad y autonomía y dar lugar a sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad o bajo nivel de satisfacción vital; falta de objetivos y actividades; y, finalmente, incremento de las autopercepciones de déficit de salud e incremento de ansiedad ante la muerte. ⁽¹³⁾

En los adultos mayores, los cambios en la vida pueden incrementar el riesgo de depresión o llevar a que la depresión existente empeore. Algunos de estos cambios son:

- Mudanza del hogar, como por ejemplo a un centro de la tercera edad
- Dolor o padecimiento crónico
- Hijos que dejan el hogar
- Cónyuge y amigos cercanos que mueren
- Pérdida de la independencia (por ejemplo, problemas para cuidarse sin ayuda o movilizarse, o pérdida de los privilegios para conducir)

La depresión también puede estar relacionada con un padecimiento físico, como:

- Trastornos tiroideos
- Mal de Parkinson
- Enfermedad del corazón
- Cáncer
- Accidente cerebrovascular
- Demencia (como mal de Alzheimer)

I.2.5. Factores de riesgo

Diversos factores de riesgo intervienen en la aparición de la depresión, pero a veces es difícil diferenciarlos y determinar cómo interaccionan entre ellos y con la enfermedad. Algunos factores de riesgo pueden influir en la aparición del trastorno depresivo, mientras que otros pueden dificultar la recuperación. Además, muchos de los factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser tanto causas como consecuencias de la depresión.

En la depresión del adulto mayor influyen varios factores, tanto genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Varios factores anatómicos tratan de explicar la depresión, entre ellos el tamaño diferente de hipocampo, parahipocampo, amígdala y corteza prefrontal. También se ha postulado, a neuronas con alteración de su metabolismo y tamaño, acción de las monoaminas y otros neurotransmisores, vulnerabilidad genética, estrés, e inflamación. La etiología vascular parece relacionarse con la depresión tardía. Por mucho tiempo, se ha estudiado el papel de la serotonina y se considera que en la depresión la alteración de la serotonina afecta a personas vulnerables.

A continuación, se analizan los factores de riesgo más importantes:

a) Demográficos.

La gran mayoría de estudios reporta que la proporción de depresión es más alta en mujeres que en hombres. Las viudas, ancianos aislados, pobres, institucionalizados y sometidos a estrés presentan depresión más frecuentemente.

b) Biológicas.

Varias enfermedades han sido relacionadas con la depresión en el adulto mayor, quienes, por características propias, tienen mayor comorbilidad. Se observa una alta prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades cerebrovasculares.

- Deterioro funcional: La limitación funcional en los adultos mayores está relacionada con depresión y sentimientos de inutilidad. En México, un estudio en pacientes hospitalizados encontró que 62% era dependiente y que existía relación directa entre depresión y disfunción. La fragilidad en adultos mayores se entiende como pérdida de energía, masa, fuerza muscular, reserva fisiológica disminuida e intolerancia al ejercicio; depresión y fragilidad coexisten en 10% de adultos mayores.
- Deterioro cognitivo. La depresión y su relación con el deterioro cognitivo tiene amplia evidencia científica. La depresión puede ser un signo de demencia incipiente y algunos pacientes con depresión permanecen sin síntomas mientras no tienen demencia

c) Sociales.

El aislamiento es un factor importante asociado con la depresión en el adulto mayor ya que puede por sí mismo provocar depresión o agravarla. Puede además influir de manera negativa en el estado de salud y la calidad de vida.

La depresión es más frecuente en situación de riesgo social y con baja condición socio económica.

d) Económicos.

Es evidente que la situación económica influye en el estado de ánimo de las personas, es más probable que la persona con bajos ingresos económicos se encuentre triste, esto se aplica a todas las edades.

Las circunstancias económicas pueden ser importantes para determinar la satisfacción y el estado de ánimo de la vida, no sólo por la situación objetiva, sino también por su interpretación subjetiva. Lo que para una persona puede ser una quiebra financiera para otra persona puede no serlo, por tanto, variables subjetivas como la autoestima de la salud, la situación económica y la satisfacción con la vida deben considerarse al abordar al paciente deprimido.

I.2.6. Impacto biopsicosocial

La depresión clínica es muy conocida por ser uno de los trastornos psicológicos más frecuentes en los países más industrializados o de cultura occidental.

Sin embargo, esto no significa que los seres humanos tengamos más predisposiciones biológicas a "ponernos tristes" sin más. De hecho, si esta alteración del estado de ánimo se ha extendido tanto en los países más industrializados es porque nuestro modo de vida, si bien es capaz de aportarnos mucho bienestar y una mejor capacidad de esquivar la muerte durante muchos años, también nos expone a ciertas situaciones que nos vuelven vulnerables ante la depresión.

El hecho de que el trastorno depresivo exista ligado al modo de vida de las sociedades no es nada nuevo, ni algo que ocurra solo con las alteraciones del estado de ánimo. Prácticamente todos los problemas psicológicos pueden ser promovidos o debilitados por cómo nos acostumbramos a interactuar con el entorno y con nosotros mismos, lo cual depende tanto de la cultura en la que crecemos y aprendemos, como de la realidad material de los países que habitamos.

La depresión del adulto mayor agrava las comorbilidades, aumenta las necesidades de atención de salud incluyendo la atención de hospitalización y emergencia, aumenta la discapacidad, deteriora la calidad de vida, aumenta el consumo de drogas y alcohol. Además, aumenta el riesgo de muerte especialmente en síndromes depresivos mayores. Tales como la comorbilidad y mortalidad, trastornos psiquiátricos, suicidio: el suicidio es una importante causa de muerte y las tasas aumentan en hombres blancos mayores de 75 años. Las tasas de suicidios son más altas entre los ancianos, las estrategias para enfrentar el problema deben mejorar la resiliencia y el envejecimiento positivo, comprometer a familia y comunidad, utilizar medios de comunicación para llegar a los ancianos en riesgo.

I.2.7. Tratamiento no farmacológico para la depresión

Aunque es una enfermedad común, la depresión a menudo es ignorada o mal diagnosticada y dejada sin tratar. Por suerte, existen opciones de tratamiento que pueden ser muy efectivas. Los más comunes son los farmacológicos. Sin embargo, existen otros tratamientos no farmacológicos que se utilizan en casos específicos, como:

1. Terapia cognitivo conductual (TCC)

La Terapia Cognitiva- Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas o en este caso la depresión. ⁽¹⁴⁾

2. Terapia interpersonal (TI) y Terapias Psicodinámicas (TPD)

El psicoanálisis trabaja mediante técnicas y teorías enfocadas a la vida del inconsciente. El psicoanálisis mantiene la premisa de que la personalidad de la edad adulta viene determinada por las experiencias vividas en la infancia, ejerciendo un pensamiento y comportamiento directo en nuestra forma de ser de la vida adulta. ⁽¹⁵⁾

3. Terapia de solución de problemas (TSP)

La terapia de resolución de problemas (TRP) es una técnica psicoterapéutica para la resolución de situaciones de estrés en la vida diaria, que se caracteriza por su efectividad y facilidad de aplicación práctica^{2,3}. La TRP puede ser útil en casi cualquier situación de estrés a la que se encuentra sometido el ser humano, aunque las circunstancias en las que más frecuentemente se ha empleado. ⁽¹⁶⁾

Los objetivos de la TRP son:

- Ayudar a los pacientes a identificar problemas como causa de malestar psicológico.
- Enseñarles a reconocer los recursos que poseen para abordar sus dificultades y a aumentar su sentido de control ante circunstancias negativas.
- Facilitarles un método sistemático de sobreponerse a sus problemas.
- Dotarles de un método para afrontar dificultades en el futuro.

4. Terapia ocupacional

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) define la Terapia Ocupacional como una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. A partir del uso de actividades significativas, se busca conseguir el mayor grado de autonomía y participación en la realización de ocupaciones cotidianas a través de

diferentes enfoques de intervención como pueden ser la adaptación, el entrenamiento o la adquisición de habilidades, destrezas y roles para la participación en diferentes actividades, así como la adaptación del entorno, si fuera necesario.

Las personas que presentan problemas de salud mental ven mermada su autonomía personal para desempeñar actividades, roles individuales y sociales propios de sus períodos evolutivos y, por tanto, esperables en el repertorio de su comportamiento. La Terapia Ocupacional basa su intervención en la realización de actividades significativas que permiten cubrir las necesidades de las personas y desarrollar al máximo sus habilidades y potencialidades. ⁽¹⁷⁾

5. Yoga

Su práctica es mucho más que un mero ejercicio físico, ya que involucra también al estado mental y espiritual. De hecho, procede del término “*yuj*” que en sánscrito significa yugo o unión: armonía entre cuerpo, mente y espíritu.

Practicar yoga nos ayuda a conocernos mejor, tanto mental como corporalmente. Nos permite explorar rincones de lo más profundo de nuestro ser. Todo ello mediante el aprendizaje de posturas (asanas), respiraciones y mantras (sonidos y palabras). ⁽¹⁸⁾

6. Acupuntura

La acupuntura puede dar lugar a una reducción moderada de la gravedad de la depresión en comparación con tratamiento habitual/ningún tratamiento. El uso de la acupuntura puede dar lugar a una reducción pequeña en la gravedad de la depresión en comparación con la acupuntura control. ⁽¹⁹⁾

I.3.1. USO TERAPÉUTICO DE OCUPACIONES Y ACTIVIDADES

Representan medios para ocuparse de los deterioros y limitaciones en las funciones y estructuras corporales, las habilidades del desempeño y el desempeño en áreas de ocupación. El 35% de terapeutas ocupacionales comunican el uso de una actividad recreativa como medio de la intervención para promover la participación futura de sus clientes.

Los profesionales pueden comprometer a sus clientes en actividades de la vida diaria, como vestido e higiene, o en actividades instrumentales de la vida diaria, como conducción o administración del dinero, para mejorar su capacidad de participar en juego y ocio en los ámbitos domésticos, escolar, laboral y comunitario. De hecho, la capacidad de las personas de edad avanzada para vivir vidas activas y saludables, que incluye la participación en el área de ocupación de ocio, puede ser afectada negativamente por las limitaciones en su movilidad comunitaria. Los profesionales de terapia ocupacional que trabajan con sus clientes de edad avanzada para facilitar su movilidad en la comunidad también pueden mejorar su capacidad para participar en el ocio en los ámbitos comunitarios.

El uso de la ocupación como medio terapéutico es una de las formas más frecuentes de intervención desde la terapia ocupacional.

La terapia ocupacional utiliza la ocupación como herramienta terapéutica para lograr cambios en los niveles de disfunción ocupacional posibilitando la adquisición, el restablecimiento o mantenimiento de las habilidades del paciente para conservar un desempeño ocupacional balanceado.

I.3.2. TIPO DE ACTIVIDADES LÚDICAS.

La actividad lúdica permite un desarrollo integral de la persona, crecer en nuestro interior y exterior, disfrutar de nuestro entorno natural, de las artes, de las personas, además de uno mismo.

Por medio de las actividades lúdicas, aprendemos las normas y pautas de comportamiento social, hacemos nuestros valores y actitudes, despertamos la curiosidad.

Existen actividades lúdicas de todo tipo: actividades solitario, actividades en grupo, actividades de destreza física o mental, actividades lúdicas deportivas, actividades de memoria, actividades de equilibrio, actividades recreativas y muchos más. ⁽²⁰⁾

Los siguientes tres criterios determinan el tipo de actividad:

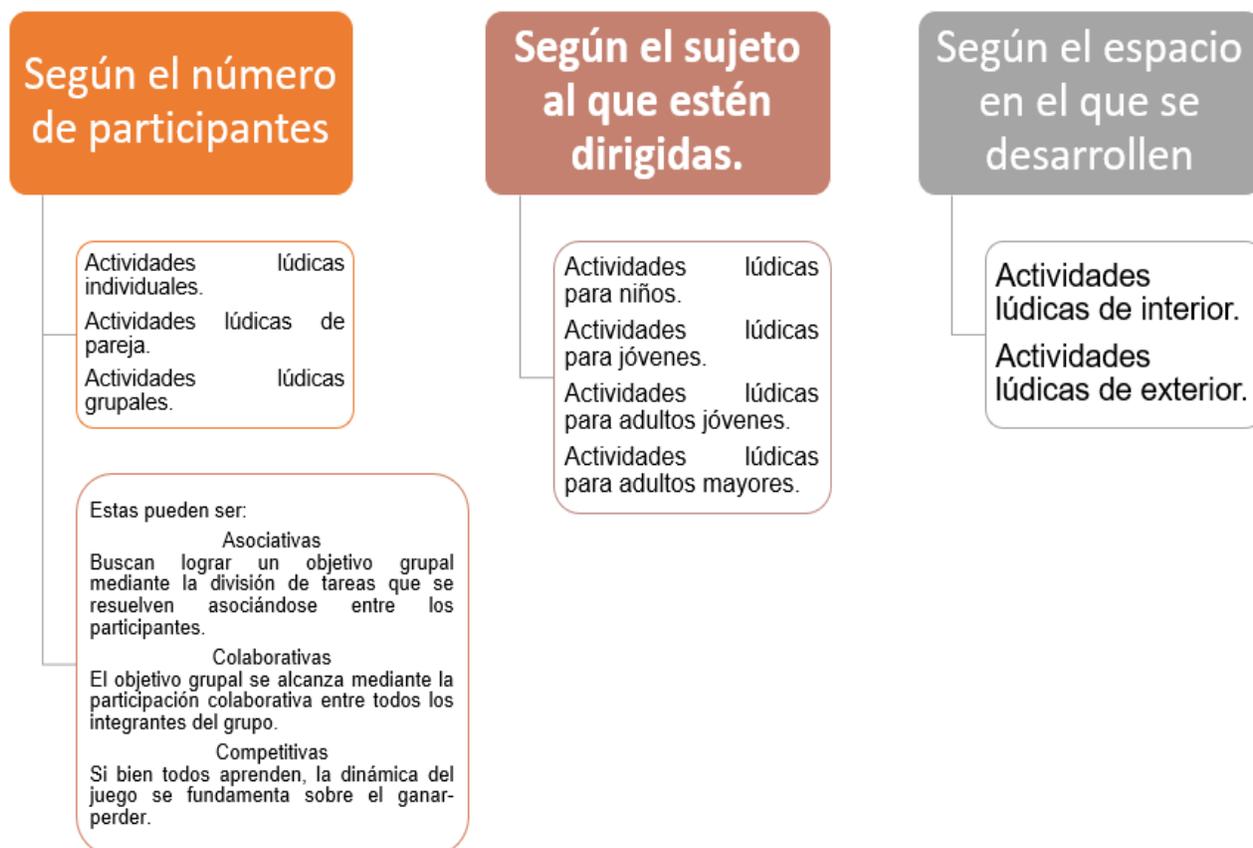


Diagrama1. Criterios de actividad, elaborado por la tesista.

I.3.3. ACTIVIDADES LÚDICAS PARA ADULTOS MAYORES.

La forma de envejecer de cada persona es diferente. De acuerdo con el documento Situación de las personas adultas mayores en México, publicado por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), el envejecimiento es un proceso natural, gradual, continuo e irreversible; con cambios en el nivel biológico, psicológico y social a través del tiempo y determinado por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de cada persona.

En la tercera edad es normal el tener una cantidad muy grande de tiempo libre que anteriormente se ocupaba en actividades como el trabajo o el cuidado de los hijos, pero para no dejar pasar el tiempo y mantenerse en buenas condiciones a pesar de la edad se recomienda realizar actividades lúdicas.

En esta etapa, cuando regularmente se ha culminado la vida laboral e inicia la jubilación o cuando los hijos se han emancipado, los adultos mayores disminuyen sus relaciones sociales y, en ocasiones, no saben en qué emplear el tiempo que durante varias décadas utilizaban en sus actividades cotidianas. Así, buscar nuevas relaciones sociales o actividades para su tiempo libre se convierte en una necesidad. ⁽²¹⁾

I.3.4. ACTIVIDADES LÚDICAS DE TIPO FÍSICAS Y RECREATIVAS

El envejecimiento adulto ha promovido el uso de la recreación física, factor primordial del movimiento activo del cuerpo humano el cual genera energía a los músculos y cerebro atravesando el proceso lúdico cuyo objetivo es proporcionar un cambio de condición física e intelectual estableciendo equilibrio para que el individuo alcance la calidad de vida adecuada. Su importancia radica en la utilidad para el aprendizaje de los hábitos, inclinaciones, comportamientos, habilidades, destrezas y competencias para la adquisición y perfeccionamiento sicomotor del individuo de

forma integral en su equilibrio, el movimiento, la coordinación y todo aquello que lo relaciona con el mundo en la dimensión vivencial, social, cultural.

Las actividades lúdicas en tercera edad cumplen una función social y cultural, ya que permite sentir el placer de compartir juntos una actividad común, satisfacer los ideales de expresión y de socialización. También lo lleva a la obtención de placer y bienestar corporal y mental. Como tal, las actividades lúdicas es una manifestación inherente a la naturaleza humana y las diversas expresiones de su quehacer en las posibilidades y búsquedas permanentes de exploración.

Las actividades lúdicas son factores decisivos que proporcionan mayores posibilidades de mejorar las condiciones de salud y bienestar, buscando de esta manera apoyar en el desarrollo humano; por tanto, la actividad lúdica física - recreativa se identifican constantemente como una de las intervenciones de salud más significativas de las personas de edad avanzada. Dentro de sus beneficios inmediatos en el aspecto físico se pueden citar: mayores niveles de auto - eficacia, control interno, mejoría en los patrones de sueño, relajación muscular entre otros.

La lúdica es una manera paralela de vivir la cotidianidad, es sentir placer y disfrutar las actividades diarias, para ello no hay límite de edad, cada persona adapta a sus necesidades, intereses y propósitos en relación con los dinamismos a realizar. Las actividades lúdicas buscan ir más allá del ejercicio físico, o la simple actividad física. Por ende, es importante tener en cuenta que las dinámicas estén acorde a las características del adulto mayor.

Las actividades recreativas diseñadas de acuerdo a los gustos y preferencias de los adultos mayores les brindarán la posibilidad de poder elegir lo que les gustaría realizar en su tiempo libre proporcionado una mayor autonomía e independencia tanto a nivel personal como grupal. ⁽²²⁾

I.3.5. ADULTOS MAYORES EN MÉXICO

El envejecimiento poblacional en la región se caracteriza por la coexistencia de enfermedades crónico- degenerativas, enfermedades transmisibles y desnutrición. Esta mezcla de condiciones de salud representa un riesgo desconocido, en cuanto a la discapacidad que puede presentar la población que sobrevive hasta edades avanzadas y la respuesta de los sistemas de salud para enfrentar la carga asociada con este triple desafío.

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) define a este grupo de población como aquellas personas de 60 años y más.

En México, el incremento en la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad infantil, los avances médicos y la disminución de la tasa de fecundidad, por mencionar algunos, son factores que han incidido en el aumento de la población de adultos mayores, tendencia que seguirá en los años venideros.

La desprotección social en la que vive la población de AM, es un factor determinante del empobrecimiento de la familia, sobre la cual frecuentemente recae la responsabilidad del cuidado de los ancianos. La situación del adulto mayor en México se caracteriza por la intersección entre las problemáticas de salud asociadas a la vejez, el género y la pobreza en un contexto de escasa protección institucional y profundas desigualdades sociales que se observa tanto en entornos rurales como urbanos.

De acuerdo con los Indicadores demográficos publicados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2050 la esperanza de vida será de 79.4 años, es decir, 5.4 más en comparación con 2010. ⁽²³⁾

I.3.6. LA IMPORTANCIA DE LAS ACTIVIDADES LÚDICAS

El término lúdico se refiere a las actividades relativas al entretenimiento, diversión y juegos, realizadas por las personas en su tiempo libre. Estas permiten salir de la rutina diaria, relajarse y evitar el estrés, entre otros beneficios físicos y psicológicos.

De acuerdo con la OMS, el envejecimiento no tiene que ir necesariamente acompañado por limitaciones de movilidad y aislamiento social.

En este sentido, algunos artículos como Actividades recreativas para la socialización del adulto mayor en el círculo de abuelos y Juegos de mesa y personas mayores explican la recreación en el adulto mayor como una acción para elevar su calidad de vida y con ello obtener diferentes beneficios como:

1. Disminuye los sentimientos de soledad.
2. Aumenta la creatividad y las capacidades estética y artística.
3. Mejora el estado de ánimo y la motivación
4. Favorece el mantenimiento de un funcionamiento psicomotriz adecuado.
5. Incrementa los niveles de autoestima.
6. Fomenta los contactos interpersonales y la integración social.
7. Mantiene, en cierto nivel, las capacidades productivas.
8. Genera niveles significativamente más bajos de enfermedad y depresión
9. Ayuda a mantener el equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal.
10. Fomenta la creatividad y productividad en el uso del tiempo libre.
11. Facilita la adaptación al entorno.
12. Aumenta la percepción de competencia.

Para la OMS, la actividad física en adultos mayores consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Con el objetivo de mejorar las funciones cardiorrespiratorias, musculares, la salud ósea y funcional, reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles, depresión,

deterioro cognitivo, menores tasas de mortalidad; disminuir el riesgo de caídas, entre otros. ⁽²⁴⁾

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS, el término adulto mayor refiere a cualquier persona, sea hombre o mujer que sobrepase los 60 años de edad. Al año 2019 en el Estado de México, radican 1 millón 807 mil 74; 826 mil 125 hombres y 980 mil 949 mujeres. En términos porcentuales este grupo de población representa 10.48% del total de la población estatal. Se estima que para el año 2030, 15 de cada 100 mexiquense serán adultos mayores.

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer.

De acuerdo al DSM-V (2013) el trastorno de la depresión puede tener como consecuencia el suicidio (15% aproximadamente), por lo que personas con este trastorno y mayores de 55 años tiene una posibilidad 4 veces mayor de suicidio, además la prevalencia de este trastorno lo sufre más la mujer con un 5 a 9% y el hombre con 2 a 3%.

En el ciclo de la vida es importante la aceptación de las personas a las cuales más se les aprecia, el aspecto emocional que brinda la familia, tales como atención, comprensión, empatía, son fundamentales en los momentos más vulnerables de la vida y para el equilibrio emocional, ya que permite con ello una vida más sana, que es fundamental en la salud mental del ser humano, de modo que cuando se entra en una crisis familiar, dentro de la dinámica de esta, se manifiesta en el adulto mayor trastornos emocionales como la depresión, así es que la pérdida de los valores en

la familia y el rechazo por la vejez, conlleva al abandono de las personas, cuando comienzan las fricciones entre los familiares, dejan unos a otros la responsabilidad por atender al anciano, por lo que generalmente la familia termina humillando, degradado y desatendiendo las necesidades básicas del adulto mayor, fomentando con ello en la dinámica de la vida familiar que promueve trastornos emocionales y una pobre percepción en la vejez.

Los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un bajo ingreso financiero del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, desempleo o la condición de adulto mayor, lo que conlleva al aislamiento, pérdida de la independencia, soledad, angustia y depresión. Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad.

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana tales como problemas de memoria o cambios en la personalidad, fatiga, pérdida del apetito, problemas del sueño o pérdida del interés en el sexo, querer quedarse en casa con frecuencia, en lugar de salir a socializar o hacer cosas nuevas, pensamientos o sentimientos suicidas, en especial en los hombres mayores. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores.

Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente este trastorno aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria.

La investigación pretende responder el siguiente cuestionamiento: ¿Qué actividades lúdicas de tipo lúdicas físicas y recreativas ayudan a mejorar los síntomas del trastorno depresivo persistente en adultos mayores residentes de la casa de atención al adulto mayor (CATAM)?

III. JUSTIFICACIÓN

Las personas mayores tienen un mayor riesgo de sufrir depresión, problemas que afectan seriamente a su salud y bienestar. Adoptar una serie de hábitos en su día a día nos ayudará a prevenir o mitigar los efectos de estos trastornos mentales en su calidad de vida.

La Terapia Ocupacional, ligada a la Geriátrica desde sus inicios, analiza, evalúa, gradúa y adapta las actividades de la vida diaria para facilitar la autonomía de las personas. En el caso de las personas mayores se convierte, por tanto, en una herramienta esencial para su salud y calidad de vida.

Uno de los criterios de la OMS para determinar el estado de salud es la función, es decir, el conjunto de actividades que una persona puede desarrollar a lo largo de su vida. En este sentido, la Terapia Ocupacional contribuye de forma importante a mejorar el funcionamiento de la persona a través de actividades lúdicas.

Las actividades lúdicas se entienden como una dimensión del desarrollo de los individuos, siendo parte constitutiva del ser humano. Este concepto tiende a ser muy amplio y complejo, ya que se refiere a la necesidad del ser humano, de comunicarse, de sentir, expresarse y producir una serie de emociones orientadas hacia el entretenimiento, la diversión, el esparcimiento, que llevan a gozar, reír, gritar e inclusive llorar en una verdadera fuente generadora de emociones.

Dichas actividades fomentan el desarrollo psico-social, la conformación de la personalidad, evidencia valores, puede orientarse a la adquisición de saberes, encerrando una amplia gama de actividades donde interactúan el placer, el gozo, la creatividad y el conocimiento.

La importancia que presentan las actividades físicas lúdicas sobre las personas es que poseen varios componentes que mejoran el área psicológica como, por ejemplo:

- **A nivel intelectual-cognitivo:** ya que se fomenta la observación, la atención, la fantasía, la imaginación, la iniciativa, los conocimientos, los hábitos, el potencial creador, las habilidades, entre otras.

- **Aspecto afectivo-emocional:** propicia el interés, el gusto por la actividad, el espíritu de solidaridad, el colectivismo, el dar y recibir, entre otras.

- **Aspecto volitivo-conductual:** desarrolla la iniciativa, la disciplina, el respeto, la perseverancia, la cooperación, la puntualidad, la regularidad, el compañerismo, la seguridad en sí mismo, la responsabilidad, la lealtad, entre otras.

Es por estos aspectos que las actividades lúdicas poseen una gran ventaja para lograr cambios positivos sobre los niveles de depresión en los adultos mayores y así lograr una recuperación más efectiva y brindar una mejor calidad de vida a esta población.

Por lo tanto, la investigación pretende tener una proyección significativa en esta población de adultos mayores, la cual busca dar un mayor énfasis en un impacto positivo que tendrán las actividades lúdicas de tipo físicas y recreativas hacia las personas a partir de los 60 años.

IV. HIPÓTESIS

Para el desarrollo del estudio se plantea la siguiente hipótesis:

- La implementación de las actividades de tipo lúdico - recreativas en el adulto mayor mejora de los síntomas del trastorno depresivo persistente.

IV.1 Operacionalización de la hipótesis

Unidad de observación.

Adultos Mayores diagnosticados con trastorno depresivo persistente.

Identificación de variables.

Variable dependiente:

Trastorno depresivo persistente.

Variable independiente:

Actividades lúdicas de tipos físicas y recreativas.

V. OBJETIVOS

V.1 General:

- Implementar el uso de actividades lúdicas de tipo físico y recreativas mejora los síntomas del trastorno depresivo persistente en el adulto mayor.

V.2 Específicos:

- Diferenciar las actividades físicas y recreativas en el trastorno depresivo persistente
- Reconocer el aprovechamiento del tiempo libre en el adulto mayor en riesgo de desarrollar depresión mayor al trastorno depresivo persistente.
- Describir la utilidad de las actividades lúdicas como herramienta para la promoción de la salud del adulto mayor.

VI. MÉTODO

VI.1 Diseño de estudio

El presente estudio fue de tipo cuasi experimental de tipo pre-test y post-test, el estudio cuasi experimental es un tipo de estudio que se caracteriza porque el sujeto de estudio no se selecciona de forma aleatoria, sino que se encuentra o establece previamente. Por otro lado, el estudio – pre-test y post-test permite dar un seguimiento de los cambios que experimenta una muestra a partir de la medición de ciertos parámetros en el estado inicial y final esto nos ayudara a evaluar el impacto conseguido de la implementación de las actividades lúdicas de tipo físicas y recreativas. El pre-test se compone del instrumento de Yesavage el cual nos permitirá evaluar el nivel de depresión de cada residente mientras que el post-test se realizara de dos maneras, se mantiene la escala de Yesavage relacionada con el grado de depresión que mantendrán los residentes actualmente y el cuestionario Volitivo nos ayudara a dar la interpretación del impacto que se tuvo de la intervención de las actividades lúdicas en cada residente. ⁽²⁵⁾

VI. 2 Operacionalización de las variables

Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Nivel de medición	Indicadores	Ítems
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina de los animales o plantas.	Como se asume el participante masculino o femenino.	Cualitativa nominal	Masculino Femenino	Ficha de identificación
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Años que cuenta la persona al momento del estudio.	Cuantitativa continua	Años	Ficha de identificación
Estado civil	Clase o condición de una persona en el orden social.	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa nominal	1. Casado 2. Soltero 3. Viudo 4. Unión libre 5. Divorciado	Ficha de identificación
Nivel socioeconómico	Medida total económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona, de la	Posición o estatus que obtiene una persona en la sociedad a través de los recursos económicos que posee.	Cualitativa nominal	1. Bajo 2. Medio bajo 3. Medio 4. Medio alto	Ficha de identificación

	posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas.			5. Alto	
Distimia	La distimia es un trastorno depresivo persistente; es decir, un tipo de depresión continua y crónica. Cursa con características similares, pero menos intensas que las de la depresión mayor.	Depresión crónica de más de dos años de evolución, con síntomas leves que afectan las ocupaciones de las personas.	Cualitativa nominal	GDS	Escala de depresión geriátrica
Actividades lúdicas de tipo físicas	Actividad física produce adrenalina por lo cual es una actividad que puede mantenerte ocupado en tus ratos libres.	La actividad física es muy importante para el pleno desarrollo físico, emocional e intelectual de los niños.	Cualitativa nominal	Cuestionario Volitivo	Ficha técnica

Actividades lúdicas de tipo recreativas	Conjunto de prácticas o acciones que ejecuta un individuo o un grupo de personas con el objetivo de divertir, animar, entretener o despejar la mente de forma individual o colectiva.	Son una gran herramienta de integración, entretenimiento y unificación de equipos, grupos de trabajo o escolares.	Cualitativa nominal	Cuestionario Volitivo	Ficha técnica
---	---	---	---------------------	-----------------------	---------------

VI. 3 Universo de trabajo y muestra.

Adultos mayores de 60 a 75 años residentes de la Casa de Atención al Adulto Mayor "CATAM".

VI.4 Criterios de inclusión

- Adultos Mayores que cumplan con el rango de edad establecida.
- Adultos Mayores que pertenezcan al CATAM.
- Adultos Mayores que tengan riesgo de trastorno depresivo persistente.

VI.5 Criterios de exclusión

- Adultos Mayores que acudan de manera temporal al centro.
- Adultos Mayores que padezcan algún trastorno cognitivo.
- Adultos Mayores que no firmen el consentimiento informado de estudio.

VI.6 Criterios de eliminación

- Adultos Mayores que deseen abandonar el estudio.
- Cuestionarios incompletos.
- Fallecimiento.

VI.7 Instrumento de investigación

Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica

Cuestionario Volitivo

VI.8 Descripción del instrumento

La escala de depresión geriátrica fue creada por Jerome A. Yesavage y colaboradores, ha sido probada y utilizada extensamente en personas mayores. Durante su aplicación que toma alrededor de 5-7 minutos, se le pide a la persona a evaluar que responda con sí o no a las preguntas con respecto a cómo se ha sentido durante la última semana. Existen varias versiones desde 30 ítems; se revisará la versión de 15 ítems que se desarrolló en 1986; 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos si se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa. La escala de depresión geriátrica, se ha probado en personas mayores por lo demás sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve a moderado. ⁽²⁵⁾

El Cuestionario Volitivo es un instrumento de evaluación observacional desarrollado por la MS Carmen Gloria de Las Heras, a partir del Modelo de la Ocupación Humana. Está diseñado para evaluar los componentes volicionales en personas que tienen limitaciones en capacidades cognitivas y verbales. La herramienta contiene 16 ítems que indican la expresión de causalidad personal, valores, intereses, y motivación. A estos ítems se les otorga un puntaje luego de la observación de una persona o un grupo participando en una ocupación. ⁽²⁶⁾

VI.9 Aplicación del instrumento de evaluación

El instrumento GDS se puede usar con adultos sanos, adultos con enfermedades médicas y personas con deterioro cognitivo leve a moderado. El evaluador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser muy meditada. La respuesta debe ser “sí” o “no” y debe referirse a cómo se ha sentido el paciente la semana anterior.

Esta versión se puede completar en aproximadamente 5 a 7 minutos, lo que lo hace ideal para personas que se fatigan fácilmente o tienen una capacidad limitada para concentrarse durante períodos de tiempo más largos.

La puntuación va de 0 a 15 puntos, teniendo en cuenta que:

0 – 4 Se considera normal, sin síntomas depresivos.

5 – 8 Indica la presencia de síntomas depresivos leves.

9 – 10 Indica la presencia de síntomas depresivos moderados.

12 – 15 Indica la presencia de síntomas depresivos graves.

El cuestionario volitivo requiere del dominio de observación para poder ir registrando los datos. El tiempo necesario para completar la escala de puntaje es muy variable. No hay un límite de tiempo requerido para cada observación. En general, las observaciones duran entre 5 y 30 minutos.

La escala de puntaje del VQ provee un índice del nivel de volición de la persona (es decir, dónde se encuentra la persona en el continuo volicional). Lo que observaremos será si el adulto mayor se encuentra en un estado:

1. Pasivo
2. Dudoso
3. Involucrado
4. Espontáneo

VI. 10 Desarrollo del proyecto

Se solicitó autorización a la directora María Teresa Quintana Alvares del CATAM mediante la entrega de un oficio para llevar a cabo la presente investigación. Una vez autorizada se organizó una reunión con los 10 residentes de la Casa de Atención al Adulto Mayor explicándoles el procedimiento y la dinámica de la aplicación del instrumento de Yesavage, instrumento que consiste en una serie de cuestionamiento de 15 preguntas a las cuales deberán contestar con Si o No de acuerdo al ítem mostrado, con la finalidad de evaluar y diagnosticar la depresión de los adultos mayores. Una vez explicado y con su previa firma autógrafa del consentimiento informado y asentimiento informado, se procedió a la aplicación de dicho instrumento. Posteriormente, se revisaron los resultados obtenidos de cada residente, de los cuales 3 de ellos cumplieron con los criterios de inclusión.

Una vez seleccionada la muestra se realizó una actividad física donde se observó a los participantes con poco interés, tímidos y sin confianza a realizarla.

Posteriormente se prosiguió con la intervención para la disminución del trastorno depresivo persistente con actividades lúdicas de tipo físicas y recreativas, las cuales se llevaron a cabo durante un periodo de 16 sesiones. Para evaluar que dicha intervención este teniendo el impacto esperado, de disminuir los síntomas del trastorno depresivo persistente se aplicará el Cuestionario Volitivo el cual nos permitió proveer la volición de cada participante y ver su avance de como iniciaron las actividades y como las culminaron y descubrir si la intervención les favoreció.

Por lo tanto, el diseño de estudio pretendió disminuir el trastorno depresivo persistente, mejorar el estado anímico en relación con la intervención de las actividades lúdicas de tipo física y recreativa las cuales van dirigidas a la condición descrita anteriormente, dicha intervención fue aplicada durante un periodo de 16 sesiones.

VI. 11 Límite de espacio y tiempo

La investigación se realizó en las instalaciones de Casa de Atención al Adulto Mayor (CATAM), la cual está ubicada en Calle Gral. Agustín Millán 406, Electricistas Locales, 50040 Toluca de Lerdo, Méx., México. Del mes de Febrero al mes de Abril del 2022.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

Se tomaron en cuenta los siguientes lineamientos éticos para la realización del presente estudio, siendo indispensable el consentimiento y asentimiento informado por parte del tutor para la participación de la persona implicada en la investigación.

De acuerdo con el código ético el/la terapeuta ocupacional se regirá por los siguientes principios éticos:

- a) **Integridad.** Es la rectitud honorable de la veracidad, lealtad y respeto en las relaciones de negocios y la prestación de los servicios profesionales y personales.
- b) **Objetividad.** Es la imparcialidad consciente para evitar prejuicios, conflictos de interés o influencia indebida de terceros que puedan afectar la independencia y el juicio profesional.
- c) **Competencia.** Es amparar la calidad del conocimiento y la diligencia con sensatez en el desarrollo de virtudes y habilidades, acorde a las circunstancias y actividades de los servicios contratados o determinados por cada cliente o entidad.
- d) **Confidencialidad.** Es respetar la confianza depositada en reserva de la información obtenida como resultado de relaciones de trabajo o de negocios, sin afectar la transparencia y rendición de cuentas a que haya lugar por el desempeño de los servicios prestados.
- e) **Conducta.** Es el proceder con prudencia y conocimiento en el cumplimiento legal, normativo y reglamentario para evitar cualquier acción que desacredite a la profesión.

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista:

P.L.T.O. Dulce Cariño Sanchez Suarez.

Directora de tesis:

M. EN C. S Claudia Elizabeth Uribe Robledo.

Revisores de tesis:

MTRA. EN ING. Gloria Ortega Santillán

M. EN A.T.I. Imelda Martínez Flores

IX. RESULTADOS

El objetivo del presente estudio fue implementar las actividades lúdicas de tipo físicas y recreativas para la mejora de los síntomas del Trastorno Depresivo Persistente que presentaban los residentes de la Casa de Atención al Adulto Mayor.

El tamaño de muestra para la realización del estudio se conformó por 3 adultos mayores, con diagnóstico de Trastorno Depresivo Persistente, de los cuales dos correspondieron al sexo masculino, con edades de 73 y 63 años y una de sexo femenino de 66 años de edad.

Al iniciar la intervención de actividades lúdicas de tipo física y recreativa, se les aplicó el Cuestionario de Yesavage, con la finalidad de detectar la presencia de un trastorno depresivo persistente, teniendo como resultado:

Masculino de 73 años de edad: en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage dio una puntuación de 8, lo que indica presencia de síntomas depresivos leves.

Masculino de 63 años de edad: en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage dio una puntuación de 7, lo que indica presencia de síntomas depresivos leves.

Femenina de 66 años de edad: en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage dio una puntuación de 8, lo que indica presencia de síntomas depresivos leves.

Se implementaron actividades lúdicas de tipo física y recreativa durante 8 semanas, las cuales se dieron dos sesiones por semana alternando actividades físicas y recreativas. Al comenzar las actividades los participantes se observaron dudosos y confundidos de la actividad prescrita, se les explico la dinámica para efectuar las actividades mencionadas a través de una demostración por parte de la tesista, esto con el propósito de disipar la incertidumbre que presentaban ante el proyecto.

Con el paso de las actividades los participantes se observaron participativos y con iniciativa de ejecutarlas, haciendo hincapié en las de tipo recreativas como pintar, dibujar, colorear, juegos de mesa y destreza manual.

Se observó mayor interés y participación en las actividades descritas en el párrafo anterior por parte de los masculinos, por el área de ocupación laboral y de esparcimiento que ambos llevaban a cabo tiempo atrás. En la participante femenina se pudo notar que no se involucraba debido a sus factores personales como sus hábitos y comportamientos pasados, su rol de ama de casa, las actividades instrumentales ejercidas siendo la crianza de los niños, cuidadora de otros, establecimiento y gestión del hogar y preparación de la comida y limpieza.

En la sesión número 16 los participantes manifestaron poca disposición para la ejecución de las indicaciones por tratarse de la última intervención correspondiente a esa semana, esto debido a que los participantes masculinos tuvieron poca tolerancia a la actividad, disminución en la demanda de actividad principalmente en la secuenciación del tiempo de realización y acciones requeridas para esta, esto porque la describieron como “rutinaria y extensa” a comparación de las sesiones previas. En la sesión 17 los participantes masculinos y femenino decidieron no participar en las actividades por lo que se respetó su decisión y se determinó dar por concluida la aplicación del presente estudio. Al día siguiente se asistió al CATAM para emplear nuevamente el cuestionario de Yesavage para comprobar la hipótesis de trabajo y el objetivo general de esta investigación y corroborar si se obtuvo el objetivo de lograr una mejora de los síntomas de la distimia y el Cuestionario Volitivo con el apoyo de los diarios de campo que se realizaron para interpretar el impacto que tuvieron las actividades lúdicas durante el periodo de la intervención.

Al concluir el seguimiento se obtuvieron los siguientes resultados:

Masculino de 63 años de edad: en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage dio una puntuación de 1, lo que se considera normal, sin síntomas depresivos.

Masculino de 73 años de edad: en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage dio una puntuación de 2, lo que se considera normal, sin síntomas depresivos.

Femenina de 66 años de edad: en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage dio una puntuación de 4, lo que se considera normal, sin síntomas depresivos, sin

embargo, se considera en el límite de lo normal ya que condiciona su transición a la Distimia que es un Trastorno afectivo crónico.

De acuerdo al Cuestionario Volitivo, nos permitió examinar la motivación de los participantes en las actividades implementadas durante las 16 sesiones. Obteniendo las siguientes puntuaciones: Dicho instrumento está conformado por 14 ítems a su vez en tres áreas que evalúa el Terapeuta Ocupacional, dando como puntuación a lo que se observó en cada participante:

- Pasivo: No demuestra el comportamiento aún con apoyo, estructura o estímulo.
- Dudoso: Muestra el comportamiento con máximo apoyo, estructura o estímulo.
- Involucrado: Muestra el comportamiento con una cantidad mínima de apoyo, estructura o estímulo.
- Espontáneo: Muestra el comportamiento sin apoyo, estructura o estimulación.

La primera área es “**Exploración**” el cual es evaluado por 5 ítems, el primero de ellos se denomina “**muestra curiosidad**” este indicador evalúa si la persona intenta obtener información sobre el ambiente. Se aplica tanto a prestar atención al entorno inmediato como a la exploración simple. Se realizó una actividad lúdica de tipo física. Se observó a los participantes masculinos involucrados, por lo que sus habilidades motoras les permitían mover y posicionar su cuerpo de una manera efectiva, sujetar objetos y mantener el desempeño en la actividad. Mientras tanto, la participante femenina se mostró dudosa, ya que no posicionaba su cuerpo de acorde a la actividad y no sujetaba los objetos requeridos en la actividad.

El segundo se denomina “**inicia acciones/tareas**” este indicador evalúa si el participante inicia interacciones con el ambiente en el nivel más simple al ingresar al ambiente o una vez que se encuentra en él. Se relaciona con el deseo de iniciar experiencias en el ambiente con el fin de explorarlo. Se realizó

una actividad lúdica de tipo recreativa, donde se observó a los dos participantes masculinos involucrados, poniendo en práctica sus habilidades motoras y de procesamiento, ya que eran capaces de posicionar su cuerpo, obtener objetos, organizando su tiempo y espacio de trabajo para la actividad correspondiente a la sesión. La participante femenina se mostró dudosa, no mostraba habilidades de procesamiento, ya que, el área donde se realizaría la actividad no la organizaba, de igual manera no tenía buena mantención del rendimiento, por lo cual, no sabía si ya podía empezar o hasta que la tesista le diera las indicaciones correspondientes de la actividad.

El tercero se denomina “**intenta cosas nuevas**” este indicador evalúa si el participante intenta involucrarse en experiencias nuevas dentro de su ambiente o incorporar algo nuevo dentro de una actividad conocida. Se realizó una actividad lúdica de tipo recreativa donde tenían que identificar y colorear a su animal favorito, se observó al participante masculino de 73 años dudoso ya que refirió que no tenía un animal favorito, mientras que el participante masculino de 63 años se mostró involucrado ya que inició la actividad por sí mismo sin ninguna complicación. Por otro lado, el participante femenino se mostró dudosa, ya que únicamente hacía uso de los colores que estaba frente a ella, no realizaba lateralidad corporal izquierda ni derecha, ni cruce de la línea media.

El cuarto se denomina “**muestra preferencias**” este indicador evalúa si el participante expresa inclinaciones en ciertas actividades. Puede mostrar una preferencia al orientarse, sonreír, vocalizar, alcanzar o moverse hacia una actividad, objeto, persona o lugar favorito. Se observó a los tres participantes involucrados lo que indica mayor preferencia, agrado y satisfacción hacia las actividades lúdicas de tipo recreativas porque se logró notar más volición (motivación) en estas.

El quinto se denomina “**muestra que una actividad es especial o significativa**” este ítem se refiere a la satisfacción que experimenta de haber salido bien frente a desafíos o expectativas crecientes. Los tres participantes mostraron que las

actividades recreativas, especialmente las de pintura eran significativas para ellos. (Véase Cuadro 1, gráfica 1).

Cuadro 1. Relación en ítems dentro del área de Exploración.

PROCESO	DIMENSIONES	Masculino de 73				Masculino de 63 años				Femenina de 66 años			
		P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E
EXPLORACIÓN	Muestra curiosidad			■				■				■	
	Inicia acciones/tareas		■									■	
	Intenta cosas nuevas			■								■	
	Muestra preferencias			■								■	
	Muestra que una actividad es especial o significativa				■				■				■

La segunda área es “**Competencia**” la cual es evaluada por 5 ítems, el primero de ellos se denomina “**indica objetos**” este indicador evalúa si el participante usa o trata de usar objetos o su propio cuerpo con el propósito de alcanzar un objetivo. Se refiere a la habilidad de actuar con un claro plan en mente. No se requiere que tenga éxito en el intento; más bien, debe mostrar comportamientos que indiquen la intención de alcanzar un resultado específico como consecuencia de su esfuerzo. Se implementó una actividad lúdica de tipo recreativa. El participante Masculino de 73 años y la Femenina de 66 años se mostraron dudosos, ya que en varias actividades no mostraban interacción con los objetos que necesitaban para la actividad correspondiente, posicionamiento de su cuerpo para tomar los objetos que se necesitaban. El participante masculino de 63 años se mostró espontáneo, por lo cual, no era necesario ofrecerle los objetos a utilizar, él mismo sujetaba, alcanzaba y sostenía los objetos cuando los necesitaba.

El segundo se denomina “**permanece involucrado**” este indicador evalúa si el participante desea seguir participando en una actividad que está realizando. Muestra su deseo al concentrar su atención, acercarse más, o exhibir algún tipo de conexión emocional con la actividad. Se realizó una actividad

de lúdica de tipo física, la cual tenían que bailar las canciones que la tesista les ponía, se observó al participante masculino de 73 años y la Femenina de 66 años dudosos, ya que no movían su cuerpo por el desconocimiento del ritmo de la música, sin embargo, el masculino de 63 años se observó involucrado, moviendo su cuerpo al ritmo de la música y disfrutándola.

El tercero se denomina “**muestra orgullo**” este ítem se refiere a la satisfacción que el participante experimenta de haber salido bien frente a desafíos o expectativas crecientes. Este ítem se observa cuando se muestra un afecto positivo durante el desempeño de una tarea o inmediatamente después de haber logrado los resultados deseados. Los tres participantes se mantuvieron involucrados en las actividades mostrando su interacción social usando sus habilidades de comunicación verbal, felicidad y competencia entre ellos por realizar mejor la actividad y dándose apoyo entre ellos para comparar sus trabajos y ver sus errores.

El cuarto se denomina “**trata de resolver problemas**” este indicador evalúa si el participante intenta alterar sus acciones cuando surgen problemas durante el transcurso de una actividad. Se refiere a la intención y disposición a dedicar sus esfuerzos a la corrección de una situación. Se realizó una actividad lúdica de tipo recreativa. El participante Masculino de 73 años y la Femenina de 66 años se observaron dudosos, ya que, no tenían una comunicación verbal con la tesista para pedir su apoyo y continuar con las actividades, sin embargo, el participante Masculino de 63 años se mostraba involucrado y si necesitaba ayuda se la pedía a la tesista.

El quinto se denomina “**trata de corregir errores**” este indicador evalúa si el participante busca oportunidades de mejorar sus habilidades. Se relaciona con la disposición a invertir esfuerzo en el desarrollo de sus habilidades hasta alcanzar el nivel de competencia deseada. Se llevó a cabo una actividad lúdica de tipo recreativa. Se observó al participante Masculino de 73 años y la Femenina de 66 años dudosos, ya que no tenían una comunicación verbal entre ellos ni con la tesista, no organizaban su espacio ni su tiempo de trabajo. Por otro lado, el

participante masculino de 63 años se mantuvo involucrado haciendo una correcta organización de tiempo y espacio que requería para las actividades correspondientes. (Véase Cuadro 2, gráfica 2)

Cuadro 2. Relación en ítems dentro del área de Competencia.

		Masculino de 73 años				Masculino de 63 años				Femenina de 66 años			
		P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E
COMPETENCIA	Indica objetivos												
	Permanece involucrado												
	Muestra orgullo												
	Trata de resolver problemas												
	Trata de corregir errores												

La tercera área es “**Logro**” la cual es evaluada por 4 ítems, el primero de ellos se denomina “**realiza una actividad hasta completarla/lograrla**” este ítem evalúa el compromiso del participante con el logro de un resultado deseado. Se relaciona con la disposición a persistir o sostener un esfuerzo hasta alcanzar el objetivo o resultado previsto. Los tres participantes se mantuvieron involucrados, realizaban las actividades correspondientes a las sesiones y las concluían.

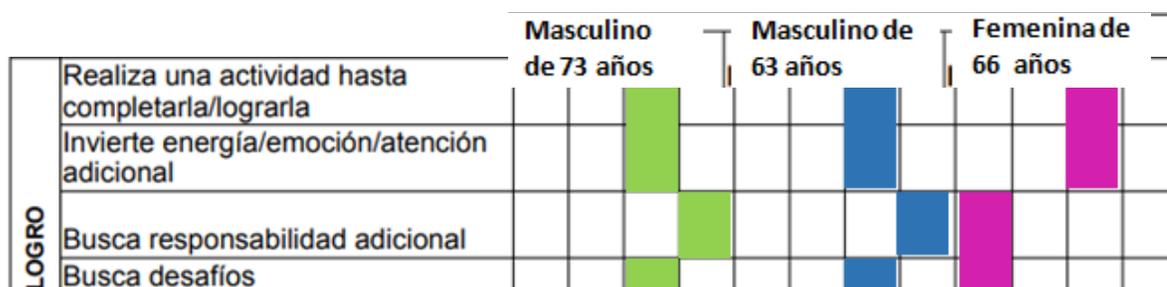
El segundo es “**invierte energía/emoción/atención adicional**” este indicador evalúa si el participante busca ver los resultados de sus acciones con el sólo propósito de gozar de ellos. Se refiere a la interacción que establece con su ambiente con el propósito de generar una acción o respuesta. Los tres participantes se mostraron involucrados en las actividades, poniendo atención en las indicaciones, y su motivación por las actividades innovadoras para ellos, específicamente en las actividades lúdicas de tipo recreativas.

El tercero es “**busca responsabilidad adicional**” este indicador evalúa si el participante intenta desafiar su propio desempeño alterando algún aspecto del ambiente. Se relaciona con la disposición a iniciar

espontáneamente cambios en el ambiente con el propósito de incrementar sus demandas de desempeño. Los participantes masculinos de 73 años y 63 años se mostraron espontáneos, ya que al finalizar las actividades recogían el material y lo guardaban, sin embargo, la participante Femenina de 66 años se mostró pasiva, ya que no había una adecuada interacción social entre ellos, por lo que no les ayudaba a recoger el material.

El cuarto es “**busca desafíos**” este indicador evalúa si el participante intenta incrementar las demandas de su propio desempeño. Se relaciona con el deseo de mejorar una habilidad dada o de ampliar su repertorio de habilidades. Los participantes masculinos de 73 años de edad y 63 años de edad se mostraron involucrados, resolvían las actividades rápido y comparaban sus trabajos, la Femenina se observó pasiva, ya que se conformaba con sus resultados. (Véase Cuadro 3, gráfica 3)

Cuadro 3. Relación en ítems dentro del área de Logro.



Limitaciones del estudio

Es importante destacar que el entorno donde habitan los residentes, cuenta con muy poco espacio para su esparcimiento, las únicas actividades que realizaban antes de la intervención era musicoterapia guiada desde la perspectiva de un Gerontólogo, ver televisión y algunas sesiones se les solicitaba que realizaran actividades recreativas que buscaban utilizar el tiempo libre de una manera

desorganizada y sin propósito, lo que implicó que los participantes mostraran una actitud negativa y dudosa en la participación de esta investigación.

X. CONCLUSIÓN

De acuerdo con la presente investigación se determinó que la implementación de las actividades lúdicas tiene un impacto positivo en la mejora de los síntomas del trastorno depresivo persistente, teniendo como mayor preferencia por los adultos mayores las actividades de tipo recreativas.

Dentro de la investigación se observó que los participantes del sexo masculino tenían mayor interés por realizar las actividades correspondientes a cada sesión, viéndose un menor interés en la femenina, sin embargo, los tres participantes realizaban las actividades en tiempo y forma, acatando las reglas e instrucciones de cada actividad.

Es importante resaltar que el núcleo familiar en esta población es de suma importancia para que puedan llevar una mejor calidad de vida durante su estancia en las residencias ya que para los adultos mayores la familia es indispensable para sentirse bien física y emocionalmente. Sin embargo, el participante masculino de 63 años de edad tiene mayor apoyo de sus familiares, tiene su propio cuarto, todo lo necesario para su cuidado personal y todo el material que él pide para poder trabajar en sus tiempos libres; el participante masculino de 73 años de edad y la femenina de 66 años de edad comparten habitación con demás residentes, cabe mencionar que también tienen el apoyo de sus familiares, sin embargo, tienen muchas necesidades que no pueden cubrir, tales como, lentes, materiales (colores, libros y demás material) para trabajar en sus tiempos libres; ya que esto compete en el avance de cada participante y su estado de ánimo.

Si en el núcleo familiar existiera un mayor apoyo a sus adultos mayores cubriendo sus necesidades, visitándolos, pasando un día fuera de las residencias de adultos mayores, reforzarían y alcanzarían un nivel competente en su estado anímico eliminando o previniendo así los síntomas del trastorno depresivo persistente.

Es necesario abordar la volición ya que es importante conocer el interés y valor que le da cada persona a la realización de cualquier actividad, como en esta investigación se observó la preferencia e interés específicamente en todas las actividades recreativas, viéndose poco interés en las físicas.

Es importante que todas las residencias de adultos mayores cuenten con un programa de actividades donde todos los adultos mayores sean participes, ya que, medida que los años van pasando, las personas mayores pueden empezar a presentar deterioros en su condición física y mental. Por eso, hacer todo lo posible para enlentecer el proceso de envejecimiento.

La práctica de una actividad lúdica, es considerada la clave para sentirse mejor y mantener la calidad de vida. Además, no solamente es importante mantener el cuerpo en movimiento, sino que la mente también necesita retos para resolver y para mantenerse ocupada.

Envejecer es una parte inevitable de la vida, la depresión no debe formar parte de la vida del adulto mayor. El adulto mayor no debe de sobrellevar estos cambios solo, la compañía y el apoyo de su familia le hacen bien. No debe sentirse aislado, lo que evita que la depresión los consuma en un abismo de soledad y tristeza.

En esta intervención de actividades lúdicas de tipo físicas y recreativas, realizada en el CATAM se comprobó que la muestra disfrutó la realización de actividades manuales y recreativas.

Es por eso que desde una plática entre familiares y/o amigos, un amistoso juego de dominó o cartas, visitar al familiar que está en la residencia, y bien la participación de una gran familia en convivencia puede anticipar el cambio de emociones y físicos en los adultos mayores.

XI. RECOMENDACIONES

El abordaje del Terapeuta Ocupacional en la aplicación de actividades lúdicas en adultos mayores se centra en la prevención y/o disminución, mejora de los síntomas depresivos, por la importancia de estar activo para el Adulto Mayor y por su carácter motivacional, emocional y social; las actividades lúdicas en el Adulto Mayor es una importante herramienta vital para enriquecer su labor y estado de ánimo. Es primordial destacar que las actividades lúdicas son fundamentales para el desarrollo cognoscitivo; las cuales favorecerán la imaginación y creatividad de los mismos.

Sería de suma importancia que se sigan realizando actividades lúdicas donde todos los residentes del CATAM puedan tener una participación en conjunto, llevando a cabo actividades recreativas y actividades físicas de bajo impacto, donde podrán irse desarrollando las habilidades de cada individuo y así mismo favorecer un mejor estado de ánimo y que los adultos mayores tengan ocupaciones en su vida diaria.

De igual manera sería de mucho apoyo a los adultos mayores, que el CATAM contara con un equipo multidisciplinario donde los adultos mayores sean atendidos por Médicos generales, Internista, Gerontólogo, Fisioterapeuta, Terapia Ocupacional y Psicogeriatría, ya que, la mayoría de los residentes tienen problemas cognitivos, de salud mental graves, lesiones y enfermedades que no son tratadas.

Con estas recomendaciones se espera que los residentes del CATAM incrementen de forma gradual su estado anímico, cognitivo y emocional; en consecutivo se espera que los síntomas depresivos sigan disminuyendo considerablemente.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Gobernación S de. Informa Conapo sobre la esperanza de vida de la población mexicana [Internet]. Informa Conapo sobre la esperanza de vida de la población mexicana. [consultado 25 abril 2020]. Disponible: <https://www.gob.mx/segob/prensa/informa-conapo-sobre-la-esperanza-de-vida-de-la-poblacion-mexicana#:~:text=En%202019%2C%20la%20esperanza%20de,que%20se%20de%2076.7%20a%C3%B1os.&text=Informa%20Conapo%20sobre%20la%20esperanza%20de%20vida%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20mexicana.>
2. Instituto Nacional de Geriátría. Envejecimiento [Internet]. Gobierno de México; 2017 [consultado 26 abril 2020]. Disponible: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>
3. World Health Organization. What is Healthy Ageing? World Health Organization [Internet]. 2018 Feb 8; [consultado 27 abril 2020]. Disponible: <https://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>
4. ¿Cuáles son las etapas del desarrollo humano? (explicadas con ejemplos) [Internet]. www.ejemplos.co. [consultado 30 abril 2020]. Disponible: <https://www.ejemplos.co/etapas-del-desarrollo-humano/>
5. Depresión en el Adulto Mayor [Internet]. Imss.gob.mx. 2020. [Consultado 03 Abril 2020]. Disponible: <file:///C:/Users/Acer/Desktop/articulos%20tesis/rmc152zk.pdf>
6. Instituto Nacional de Geriátría. Envejecimiento [Internet]. Gobierno de México; 2021 [consultado 25 abril 2020]. Disponible: [La Depresión en la](#)

[vejez y la importancia de su prevención | Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores | Gobierno | gob.mx \(www.gob.mx\)](#)

7. Coryell W. Trastornos depresivos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2020. [Consultado 26 abril 2020]. Disponible en: [Trastornos depresivos - Trastornos psiquiátricos - Manual MSD versión para profesionales \(msdmanuals.com\)](#)
8. Depresión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [www.paho.org](#) [Consultado 06 mayo 2020]. Disponible en: [Depresión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)
9. García A. [cited 2022 Jun 21]. La depresión en adolescentes [Consultado 10 de mayo 2020]. Disponible en: [aquetaciÚn 1 \(injuve.es\)](#)
10. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. [Consultado 10 de mayo 2020]. Disponible en: [file:///C:/Users/Acer/Desktop/articulos%20tesis/194GRR.pdf](#)
11. Actividades lúdicas para adultos mayores. [Internet]. Gobierno de México; 2016 [consultado 15 mayo 2020]. Disponible: [Actividades lúdicas para adultos mayores. La diversión no tiene edad | Procuraduría Federal del Consumidor | Gobierno | gob.mx \(www.gob.mx\)](#)
12. Corporation MH. El trastorno depresivo persistente en adultos [Internet]. [www.mindyra.com](#). [cited 2022 Jun 21]. [Consultado 20 diciembre 2020]. Disponible en: [El trastorno depresivo persistente en adultos \(mindyra.com\)](#)
13. Instituto Nacional de Geriátría. Envejecimiento [Internet]. Gobierno de México; 2017 [consultado 23 diciembre 2020]. Disponible en: [file:///C:/Users/Acer/Desktop/articulos%20tesis/1659-0201-psm-15-02-95.pdf](#)

14. Terapia cognitivo conductual como tratamiento en la depresión. Un enfoque desde terapia ocupacional [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021. [consultado 23 diciembre 2020]. Disponible en: [▶ Terapia cognitivo conductual como tratamiento en la depresión. Un enfoque desde terapia ocupacional - Ocronos - Editorial Científico-Técnica \(revistamedica.com\)](https://www.revistamedica.com/terapia-cognitivo-conductual-como-tratamiento-en-la-depresion-un-enfoque-desde-terapia-ocupacional)

15. Terapia PSICOANALÍTICA - PSICODINÁMICA ∞ 【 Resumen 】 [Internet]. María | Psicóloga en 【 Murcia 】 . 2021 [cited 2022 Jun 21]. [consultado 02 enero 2021]. Disponible en: [▶ Terapia PSICOANALÍTICA - PSICODINÁMICA ∞ 【 Resumen 】 \(mariapsicologa.com\)](https://mariapsicologa.com/terapia-psicoanalitica-psicodinamica-resumen)

16. Nezu AM, Nezu CM, Salber KE. Terapia de solución de problemas. Psicooncología. 2014 Jan 23;10(2-3). [consultado 05 enero 2021]. Disponible en: [Terapia de solucion de problemas TX.indd \(edescler.com\)](https://www.edescler.com/terapia-de-solucion-de-problemas-tx.indd)

17. Herrera A de la C. Terapia Ocupacional y salud mental [Internet]. grados.uemc.es. [cited 2022 Jun 21]. [consultado 05 enero 2021]. Disponible en: [Terapia Ocupacional y salud mental \(uemc.es\)](https://www.grados.uemc.es/terapia-ocupacional-y-salud-mental)

18. González SC Sergio De Dios. Yoga y depresión: ¿cuál es su relación? [Internet]. La Mente es Maravillosa. 2017 [cited 2022 Jun 21]. [consultado 09 enero 2021]. Disponible en: [Yoga y depresión: ¿cuál es su relación? - La Mente es Maravillosa](https://www.la-mente-es-maravillosa.com/yoga-y-depresion-cual-es-su-relacion/)

19. Acupuntura para la depresión [Internet]. www.cochrane.org. [cited 2022 Jun 21]. [consultado 09 enero 2021]. Disponible en: [Acupuntura para la depresión | Cochrane](https://www.cochrane.org/pt-br/revistas/pt-br/revistas/acupuntura-para-la-depresion)

20. Tratamiento del Trastorno Depresivo | PortalCLÍNICA [Internet]. Clínic Barcelona. [consultado 09 enero 2021]. Disponible en: [Tratamiento del Trastorno Depresivo | PortalCLÍNICA \(clinicbarcelona.org\)](https://www.clinicbarcelona.org/tratamiento-del-trastorno-depresivo)

21. Actividades lúdicas, rítmicas y recreativas [Internet]. Icarito. 2010 [cited 2022 Jun 21] [consultado 11 enero 2021]. Disponible en: [Actividades lúdicas, rítmicas y recreativas Icarito](#)
22. Actividades lúdicas para adultos mayores. La diversión no tiene edad. Procuraduría Federal del Consumidor datos al 2016. [Internet]. (Accedido el 11 de mayo del 2020), [consultado 12 enero 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/profeco/articulos/actividades-ludicas-para-adultos-mayores-la-diversion-no-tiene-edad?state=published>
23. Actividades lúdico recreativas para favorecer la calidad de vida del adulto mayor. [Internet]. [consultado 12 enero 2021]. Disponible en: [Chiquillo Fernanda 2021 \(1\).pdf](#)
24. Actividades lúdicas para adultos mayores. La diversión no tiene edad. Procuraduría Federal del Consumidor datos al 2016. [Internet]. (Accedido el 11 de mayo del 2020), [consultado 12 enero 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/profeco/articulos/actividades-ludicas-para-adultos-mayores-la-diversion-no-tiene-edad?state=published>
25. Adultos Mayores | Consejo Estatal de Población [Internet]. coespo.edomex.gob.mx. [cited 2022 Jun 21]. [consultado 14 enero 2021]. Disponible en: https://coespo.edomex.gob.mx/adultos_mayores#:~:text=Se%20considera%20adulto%20mayor%20a,total%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20estatal.
26. Arguedas-Arguedas O. Tipos de diseño en estudios de investigación biomédica. Acta Médica Costarricense [Internet]. 2010;52(1):16–8. [consultado 16 enero 2021]. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022010000100004
27. Gómez-Angulo, C. & Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. Universitas Psychologica, 10 (3), 735-743.

28. Cuestionario Volitivo.pdf [14305px69g4j] [Internet]. idoc.pub. [cited 2022 Jun 21]. [Internet]. [consultado 18 enero 2021]. Disponible en: [Cuestionario Volitivo.pdf \[14305px69g4j\] \(idoc.pub\)](#).

XIII. ANEXOS

ANEXO 1



Escala de Depresión Geriátrica Geriatric Depression Scale (GDS)

Introducción.

La escala de depresión geriátrica fue creada por Jerome A. Yesavage y colaboradores, ha sido probada y utilizada extensamente en personas mayores. Durante su aplicación que toma alrededor de 5-7 minutos, se le pide a la persona a evaluar que responda con sí o no a las preguntas con respecto a cómo se ha sentido durante la última semana. Existen varias versiones desde 30 ítems; se revisará la versión de 15 ítems que se desarrolló en 1986; 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos si se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa. La escala de depresión geriátrica, se ha probado en personas mayores por lo demás sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve a moderado; en distintos contextos como el comunitario, hospitalario y de cuidados prolongados.

Material requerido.

Cuestionario de la versión de 15 ítems de Escala de Depresión Geriátrica y una pluma.

Instrucciones:

Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquele:

*"Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana, por favor responda con **Si** o **No**".*

Hágale a la persona las preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica en el orden indicado a continuación:

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Si (0)	No (1)
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Si (1)	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Si (1)	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Si (1)	No (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si (0)	No (1)
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Si (1)	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si (0)	No (1)
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Si (1)	No (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Si (1)	No (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Si (1)	No (0)
11. ¿En estos momentos, piensa que es estúpido estar vivo(a)?	Si (0)	No (1)
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Si (1)	No (0)
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Si (0)	No (1)
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si (1)	No (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Si (1)	No (0)

Registre la fecha, el nombre completo, la edad y el sexo de la persona evaluada.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátría.



Calificación

Se otorga 1 punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos (**Si** o **No** en negritas)
Mientras mayor el puntaje, mayor la presencia de síntomas depresivos.

Calificación total: sumar los puntos por cada respuesta Si o No en negritas

La calificación máxima alcanzable es de 15 puntos.

Interpretación

0-4 puntos	Se considera normal, sin síntomas depresivos.
5-8 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos leves.
9-10 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos moderados.
12-15 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos graves.

Referencias.

- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et ál. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982-1983;17(1):37. PMID: 7183759.
- Baker FM, Espino DV. A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican-American elders. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1997;12(1):21. PMID: 9050419.
- Marc LG, Raue PJ, Bruce ML. Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2008;16(11):914. PMID: 18978252.
- Martínez de la Iglesia J, Onís-Vilches MC, Dueñas-Herrero R, et ál. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam.* 2002; 12(10):620. Disponible en SciELO.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátría.



ANEXO 2

Diario de campo

1. ¿Se involucraron en la actividad? ¿Todos?	2. ¿Qué les gusto? ¿Qué no les gusto? ¿Por qué?	3. ¿Qué desafíos les implico al realizar la actividad?
4. ¿Resultado cómo se organizó el grupo?	5. ¿Qué necesito modificar en mi practica?	6. ¿Cómo fue la interacción terapeuta – paciente?
7. ¿Cómo fue la interacción entre ellos?	8. ¿Qué necesito modificar en mi practica?	9. ¿Cómo terminaron la actividad?

Fecha:

Terapeuta:

Actividad lúdica aplicada:|

Sesión



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____

Título de la investigación: **Actividades de tipo lúdicas en la prevención del trastorno depresivo persistente en adultos mayores residentes de la Casa de Atención al Adulto Mayor (CATAM).**

Sede donde se realiza la investigación: **Residentes de la Casa de Atención al Adulto Mayor (CATAM).**

Teniendo en cuenta, antes de decidir si participa o no, debe de conocer y comprender los apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Tenga presente que se debe sentir con absoluta libertad para preguntar por cualquier aspecto que le ayude aclarar cualquier duda que tenga. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta hoja de consentimiento.

Objetivo de la investigación: se le invita participar en una investigación que tiene como propósito, prevenir la depresión a través de actividades lúdicas.

Beneficios del estudio: Esta investigación podrá minimizar la depresión en adultos mayores.

Aclaraciones:

- Su decisión de participar en la investigación es totalmente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable en caso de no aceptar la invitación.
- Puede retirarse del estudio en el momento que lo desee, así como informar o no, las razones de su decisión, las cuales serán respetadas.
- No recibirá pago por su participación.
- La información que se obtenga en este estudio, utilizadas para los resultados de esta, así como las notas que se realicen se mantendrán en estricta confidencialidad.

Agradezco su valiosa colaboración para la realización de la investigación.

ATENTAMENTE

P.L.T.O. Dulce Cariño Sanchez Suarez

Por este medio certifico que comprendí el propósito del estudio, acepto voluntariamente ser partícipe de él y estoy dispuesto a responder las preguntas que se realicen, conservando mi derecho de retirarme en cualquier momento que considere conveniente.

Nombre y firma del participante

ANEXO 3



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL
CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____

Cuidador primario del adulto mayor:
_____ de _____ años.

MANIFIESTO

Que consiento la participación en la investigación del residente de CATAM, llevada a cabo por la Pasante en Terapia Ocupacional Dulce Cariño Sanchez Suarez.

Que he sido informado(a), que la información aportada a la investigación está sujeta a secreto profesional y, que, por lo tanto, no puede ser divulgada a terceras personas sin mi consentimiento expreso.

Que he sido informado(a) que la investigadora está obligada a revelar ante las instancias oportunas información confidencial en aquellas situaciones que pudieran representar un riesgo muy grave para el residente de CATAM, terceras personas o bien porque así se le fuera ordenado jurídicamente.

Que acepto que como cuidador primario seré informado de los aspectos relacionados con el proyecto de investigación, manteniendo como confidenciales los datos que así hayamos acordado previamente.

Que he sido informado(a) y acepto que el residente de CATAM asista a las sesiones acordadas y que en caso de no poder asistir a alguna sesión lo comunicare por lo menos con un día de anterioridad.

Nombre y firma del cuidador primario

ANEXO 4

ANEXO 5

FICHA TÉCNICA	
Semana 1	
Sesión (): Martes y Jueves	
Clasificación de actividades Físicas	
Actividades: Estiramientos, Caminar y Bailar	
Objetivos: <ul style="list-style-type: none">• Mejorar la senso-percepción y la coordinación viso motora.• Fomentar hábitos de salud, disciplina, compañerismo, cooperación y responsabilidad.• Favorecer la integración.	
Beneficios: <ul style="list-style-type: none">• Estirar reduce la probabilidad de lesiones y dolores innecesarios.• Caminar Aumenta la capacidad para captar oxígeno.• Bailar Estimula el cerebro y la coordinación rítmica.• Fortalece los músculos, sobre todo de piernas, caderas y, dependiendo del baile, de los brazos.	
Lugar: CATAM	Duración: 40 minutos.
No. De participantes:	Materiales: <ul style="list-style-type: none">• Bocina• Música

FICHA TÉCNICA	
Semana 2	
Sesión (): Martes y Jueves	
Clasificación de actividades Recreativas	
Actividades: Dibujo y pintura Collage, Mandalas.	
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la coordinación ojo-mano. • Estimular la capacidad lógica y la memoria. 	
Beneficios: <ul style="list-style-type: none"> • Tanto del dibujo como la pintura ayudan a mantener nuestro cerebro más irrigado, lo que ayuda a prevenir el deterioro cognitivo. • El estrés disminuye, se sienten creativos y los días se hacen menos pesados y en especial se ejercita la motricidad fina. • El agarre y manejo del lápiz ayuda a mejorar y controlar los movimientos de la mano del brazo y todas las conexiones en el cerebro. 	
Lugar: CATAM	Duración:40 minutos.
No. De participantes:	Materiales: <ul style="list-style-type: none"> • Imágenes para colorear. • Hojas blancas. • Colores

FICHA TÉCNICA	
Semana 3	
Sesión (): Martes y Jueves	
Clasificación de actividades recreativas.	
Actividades: Juegos tradicionales y de mesa, por ejemplo: Lotería, domino, bingo, rompecabezas.	
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la concentración y atención activa. • Aumentar la discriminación visual y auditiva. • Fomentar la participación e interacción social. • Mejorar la atención y concentración. 	
Beneficios: <ul style="list-style-type: none"> • Genera movilidad y agilidad, estimulando la percepción sensorial. • Mejoran la capacidad de atención y la promoción del lenguaje. • Los juegos de mesa es un instrumento para mejorar las habilidades comunicativas, cognitivas y la percepción sensorial. 	
Lugar: CATAM	Duración: 40 minutos.
No. De participantes:	Materiales: <ul style="list-style-type: none"> • Lotería. • Fichas para anotar.

	<ul style="list-style-type: none"> • Monedas de plástico. • Rompecabezas.
--	---

FICHA TÉCNICA	
Semana 4	
Sesión (): Martes y Jueves	
Clasificación de actividades Recreativas.	
Actividades: Juegos de memoria: memorama, sopa de letras, crucigrama, contar historias.	
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el trabajo en equipo y resolución de problemas. • Mejorar la comunicación a través de gestos. • Fomentar la participación voluntaria. • Mejorar la agudeza visual y concentración. 	
Beneficios: <ul style="list-style-type: none"> • Previenen la pérdida de memoria. • Ayudan a que el cerebro pueda mantener las habilidades cognitivas y preservar su funcionalidad. • Reducen los niveles de ansiedad y estrés. 	
Lugar: CATAM	Duración: 40 minutos.
No. De participantes:	Materiales: <ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas. • Memorama.

FICHA TÉCNICA	
Semana 5	
Sesión (): Martes y Jueves	
Clasificación de actividades Físicas.	
Actividades: charadas y la papa caliente.	
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la comunicación a través de gestos. • Fomentar la memoria a corto plazo. • Mejorar la atención y concentración. • Aumentar el autoestima y participación. • Estimular la funciones cognitivas y motoras 	
Beneficios: <ul style="list-style-type: none"> • Incrementan las funciones del cerebro. • A través de la imitación los adultos mayores ejercitan sus músculos. 	
Lugar: CATAM	Duración: 40 minutos.
No. De participantes:	Materiales: <ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas. • Una pelota.

FICHA TÉCNICA	
Semana 6	
Sesión (): Martes y Jueves	
Clasificación de actividades Físicas.	
Actividades: Realizar estiramientos musculares generales.	
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la atención y concentración. • Aumentar el autoestima y participación. • Estimular las funciones motoras. • Aumentar y mejorar la capacidad pulmonar. 	
Beneficios: <ul style="list-style-type: none"> • Contribuyen a la capacidad de movimiento – desplazamiento. • Aumentan la independencia motriz. • Disminuyen el riesgo de caídas. • Contribuyen a la fuerza, movilidad y coordinación. 	
Lugar: CATAM	Duración: 40 minutos.
No. De participantes:	Materiales: <ul style="list-style-type: none"> • Resorte.

	<ul style="list-style-type: none"> • Pelotas. • Aros.
--	---

ANEXO 6

Ficha de identificación	
Nombre	
Sexo	
Edad	
Estado civil	
Nivel socioeconómico	
Ocupación	

ANEXO 7

CUESTIONARIO VOLITIVO (VQ)

PROCESO	DIMENSIONES	Paciente 1:				Paciente 2:				Paciente 3:				Paciente 4:				Paciente 5:				
		P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E	
EXPLORACIÓN	Muestra curiosidad																					
	Inicia acciones/tareas																					
	Intenta cosas nuevas																					
	Muestra preferencias																					
	Muestra que una actividad es especial o significativa																					
COMPETENCIA	Indica objetivos																					
	Permanece involucrado																					
	Muestra orgullo																					
	Trata de resolver problemas																					
	Trata de corregir errores																					
LOGRO	Realiza una actividad hasta completarla/lograrla																					
	Invierte energía/emoción/atención adicional																					
	Busca responsabilidad adicional																					
	Busca desafíos																					

CLAVES
P: Pasivo
D: Dudoso
I: Involucrado
E: Expontaneo

Activar W
Ve a Config