



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
PSICOLOGÍA

TALLER DE ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL  
PARA REDUCIR SÍNTOMAS DEPRESIVOS  
EN ADULTOS MAYORES

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

JUDITH JANETH QUIROZ RUIZ

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: MTRO. JUAN CRISOSTOMO MARTÍNEZ BERRIOZABAL

COMITÉ: DR. JOSÉ MARCOS BUSTOS AGUAYO

Dr. RODOLFO HIPÓLITO CORONA MIRANDA

MTRA. JULIETA MONJARAZ CARRASCO

LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ



MÉXICO, D.F.

ENERO 2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Dedicatorias

La culminación de este proyecto no sería posible sin mis padres Judith y Leonardo a quienes doy gracias por su infinito amor, esto es para ustedes y por ustedes, devolviéndoles un poco de todo lo que me han dedicado, siendo solo una muestra de agradecimiento y admiración a mis dos más grandes pilares que Dios me pudo dar, gracias.

A mis hermanos. Gracias por las risas de cada una de nuestras historias y por el apoyo incondicional que me han brindado, saben que cada logro que realicemos es por todos nosotros y este es solo uno de tantos que vendrán.

Por tu paciencia, aliento y amor. Por cada uno de los momentos compartidos así como las sonrisas que pones en mi vida cada día. Esto sin ti hubiera sido más difícil, a ti, amor, gracias.

A mis amigos: por todas esas experiencias de ensayo y error durante el aprendizaje de esta hermosa profesión. Brindándome momentos de alegría, valorando la amistad y el trabajo en equipo.

A mi director de tesis: Juan Martínez Berriozabal, por brindarme su apoyo, supervisión y cada una de las lecciones aprendidas durante la realización de este proyecto, por su orientación, gracias.

A los adultos mayores de la casa hogar “Cosío Ducoing” por permitirme conocer una parte de su vida y grandes conocimientos que sólo cada uno de ustedes puede enseñar. Gracias por ser parte primordial de este proyecto.

## La esperanza refugiada: Cosío Ducoing

Su caminar es suave, quieto, tembloroso ¿sus ojos? Cataratas, cansancio, una lágrima. Por ahí va andando sin rumbo, ya con muchas metas cumplidas y experiencias de vida en sus hombros. El camino ya se ha andado, se han agotado todas las tareas sustantivas de la vida: nacer, crecer, reproducir...

La esperanza es quieta, tenebrosa, depresiva. Y en ese breve, casi imperceptible momento para las generaciones jóvenes desprovistas de experiencias y sabidurías se está gestando una tumba, una que ya tiene dueño... para la experiencia, historias épicas, otras para el horror, amor y varias más para las que guardan con recelo las imágenes del milagro mexicano.

Historias de primera mano, consejos prácticos e imprescindibles que no se encuentran en libros. Ese racimo de experiencias y sabiduría viven en un recinto de esperanza... la casa-hogar Cosío Ducoing.

## INDICE

Resumen.....	6
Justificación.....	7
Capítulo 1 Envejecimiento	
1.1 ¿Que es el envejecimiento?.....	14
1. 2 Cambios biológicos producido por el envejecimiento.....	18
1.3 Teorías explicativas del envejecimiento.....	20
1.4 Teorías de personalidad del envejecimiento.....	25
1.5 Aptitudes cognoscitivas.....	32
1.6 Procesos psicológicos del envejecimiento.....	38
1.7 Cambios cognoscitivos asociados al envejecimiento.....	39
Capítulo 2 Depresión En El Adulto Mayor	
2.1 Depresión en el adulto mayor.....	42
2.2 Prevalencia de la depresión.....	46
2.3 Modelos explicativos sobre la depresión.....	52
2.4 Depresión desde residencias geriátricas.....	58
2.5 Suicidio.....	60

## Capítulo 3 Terapia Cognitiva Conductual

3.1 Definición de la terapia cognitiva conductual.....	66
3.2 Tratamiento cognitivo conductual para la depresión.....	70
3.3 Terapia de grupo.....	74
Metodología.....	76
Discusión.....	89
Conclusiones.....	92
Referencias bibliográficas.....	94
Anexo 1: Escala De Depresión Geriátrica.....	98
Anexo 2: Puntuación Pretest- Postes.....	99
Anexo 3: Taller “Mejoramamiento Emocional”.....	127

## Resumen

El objetivo principal de esta investigación fue reducir los síntomas depresivos en adultos mayores por medio de la intervención de un taller de enfoque cognitivo conductual, tomando como muestra a 14 adultos mayores que habitaban en la casa-hogar "Cosío Ducoing". La duración del proyecto fue de 12 sesiones de 60 minutos cada una. El método utilizado fue cuasi-experimental con un diseño pretest-posttest aplicando la escala de depresión geriátrica abreviada de Yesavage. Los datos obtenidos se sometieron a un análisis estadístico por medio de la prueba T Student. Los resultados obtenidos fue la reducción de sintomatología ya mencionada en un cuarenta por ciento. Así mismo se refieren datos sobre el proceso de envejecimiento físico, cognitivo y psicológico. De la misma manera se explica la perspectiva de depresión en adultos mayores y la relevancia del enfoque aquí mencionado para intervenir a este tipo de grupos.

Palabras clave: Taller De Depresión, Adulto Mayor, Enfoque Cognitivo Conductual.

## Justificación

Hablar de envejecimiento es un tema muy interesante sin embargo a la mayoría de las personas les asusta, debido a que es la última etapa de la vida, para la cual, no nos preparamos para enfrentarla.

Actualmente una de las problemáticas a nivel mundial, es la estimación del envejecimiento acelerado, existiendo una modificación notoria de cifras. El progresivo envejecimiento de la población es uno de los mayores retos que ha de enfrentar la sociedad. El descenso de la fecundidad y la mortalidad, así como el alargamiento de la vida media han contribuido al incremento proporcional de las personas adultas mayores. Este proceso, aunque paulatino, determina el aumento acelerado de las personas de 60 años y más.

De acuerdo a diversos estudios se concluye que, la disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas impactan directamente en la composición por edades de la población, lo cual indica que al reducir relativamente el número de personas en las edades más jóvenes y el engrosamiento de los sectores con edades más avanzadas. La natalidad y mortalidad de la población mundial han tenido un considerable descenso particularmente durante la segunda mitad del siglo pasado.

La población mundial aumentará de manera muy importante en las próximas décadas. Por lo que, en la pirámide poblacional se observaran cambios como, la disminución de los grupos más jóvenes de la población. La modificación se observara en la parte inferior, sobre todo entre los menores de 15 años. En comparación con el aumento de la población de los adultos mayores estas diferencias ya se aprecian desde el año 2000, pero se reflejaran notablemente en la pirámide poblacional para el año 2050 (CONAPO 2012)

En otras palabras, mientras que en el 2000 una de cada diez personas a nivel mundial era un adulto mayor, a mitad de siglo será una de cada cinco. El envejecimiento de la población de los países europeos; siendo países donde se encuentran más avanzados en este proceso. En la mayoría de ellos al menos una



de cada cinco personas tiene 60 años de edad o más. Se estima que para 2050 alrededor de uno de cada tres sean adultos mayores en esos países. Mientras que en muchas regiones menos desarrolladas los adultos mayores representarán a más de uno de cada cuatro habitantes (Zolotov, 2002)

Todos los países, en menor o mayor medida, enfrentarán un proceso de envejecimiento en las próximas décadas. Cerca de 80 por ciento de los adultos mayores residirán en los países menos desarrollados.

La mayoría de los adultos mayores se encuentra en los países menos desarrollados, a pesar de que éstos se sitúan en una fase menos avanzada del proceso de envejecimiento demográfico. En el 2000, el número de adultos mayores en los países menos desarrollados alcanzó 375 millones, lo que equivale a 62 por ciento del total de adultos mayores en el mundo (Pantopa, 2010)

Los datos anteriores son cifras de estudios mundiales. De acuerdo a los datos correspondientes a México país que también ha experimentado un proceso acelerado de transición demográfica.

La primera fase se ubica a partir de los años 30 con el inicio del descenso de la mortalidad, que junto con la persistencia de elevados niveles de natalidad, trajo consigo un periodo caracterizado por un elevado crecimiento demográfico. En esta etapa se observó, incluso, un ligero incremento de la natalidad, como resultado de mejores condiciones de salud. Posteriormente la natalidad también disminuyó notablemente, lo que aminoró el crecimiento demográfico. Para 1960 la natalidad se ubicó en 46 nacimientos por cada mil habitantes; mientras que para el año 2000 este indicador descendió a 21 nacimientos. La fecundidad de las mujeres mexicanas disminuyó de 7.0 a 2.4 hijos por mujer en promedio, en el mismo periodo (Cervera, 2009)

La vida media de los mexicanos se duplicó durante la segunda mitad del siglo XX, al pasar de 36 años en 1950 a 74 años en el año 2000. Se espera que en las próximas décadas continúe su incremento hasta alcanzar 80 años en el

2050, un nivel similar al de Japón, el país que actualmente tiene la mayor esperanza de vida en el mundo (Centeno, 2005)

De acuerdo a Escalante (2011) las mujeres mexicanas tienden a vivir más que los hombres. Se estima que la esperanza de vida de las mujeres en el 2005 ascendió a 77.9 años y la de los hombres a 73.0 años, cifras que se incrementarán a 83.6 y 79.0 años, respectivamente, en el año 2050.

La pirámide de población de México perderá su forma triangular, teniendo como característica una población joven, para adquirir un perfil rectangular abultado en la cúspide, propio de las poblaciones envejecidas.

La evolución previsible de la fecundidad y de la mortalidad permite anticipar que la base de la pirámide continuará reduciéndose, por lo que la población infantil tendrá menor peso relativo y será menos numerosa. Las cuantiosas generaciones que nacieron en la época de alta fecundidad (1960-1980) comenzarán a engrosar la parte superior de la pirámide conforme alcancen la edad de 60 años. Lo cual producirá notorios cambios en la forma de la pirámide, que será cada vez más amplia en su cúspide y más estrecha en su base.

Entre los años 2000 y 2050 la proporción de adultos mayores en México pasará de 7 a 28 por ciento. Y el proceso de envejecimiento demográfico en México no es reversible, pues se considera que los adultos mayores de mañana ya nacieron.

Debido que las generaciones más numerosas, las cuales son las nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán al grupo de 60 años y más a partir del 2020. Esto se refleja en el aumento de las proporciones de adultos mayores en las próximas décadas. En el 2000 la proporción de adultos mayores fue de alrededor de 7.0 por ciento. Y se estima que este porcentaje se incremente a 12.5 por ciento en el año 2020 y a 28.0 por ciento en el año 2050 (Cornachione, 2006)

México se transformará paulatinamente en un país con más viejos que niños. El índice de envejecimiento de la población permite apreciar la relación

numérica que hay entre niños y adultos mayores. En el año 2000 había 20.5 adultos por cada 100 niños, este índice se incrementará paulatinamente en el presente siglo. Y se espera que el número de adultos mayores sea igual al de niños alrededor de 2034 y que el índice alcance una razón de 166.5 adultos mayores por cada 100 niños en el 2050 (INEGI 2012)

Se piensa que la vejez tiene un rostro mayoritariamente femenino. Los hombres mueren más que las mujeres. Esto propicia que haya más mujeres que hombres en las edades avanzadas. Este comportamiento es característico del proceso de envejecimiento en todos los países del mundo, pero es mucho más pronunciado en los desarrollados, ya que en ellos las diferencias en la esperanza de vida entre hombres y mujeres son mayores. (INEGI 2012)

Así como las estadísticas de la población han cambiado los adultos mayores se enfrentan a los cambios que conlleva la edad, del mismo modo se enfrentan a un tipo y características de depresión. Sin embargo aún en ausencia de depresión mayor como se define en los criterios del DSM-IV (2002) hasta el 27% de los ancianos experimentan síntomas depresivos.

Durante mucho tiempo, México presentó una de las tasas de mortalidad por suicidios más bajas de América Latina. Sin embargo, en los últimos años la mortalidad por esta causa se ha incrementado progresivamente en este país a un ritmo más acelerado que en otros países (Cruz, 2006)

Se estima que durante el año 2001 se registraron 3,784 suicidios (3,110 de ellos en hombres y 674 en mujeres), lo que representa una tasa de 3.72 muertes por suicidios por cada 100,000 habitantes, en una población total nacional de 101.8 millones de habitantes. Los estados con mayor mortalidad por suicidios fueron Campeche y Tabasco (9.68 y 8.47 por 100,000 habitantes, respectivamente). Las menores tasas se observaron en Chiapas y el Estado de México (1.03 y 1.99 por 100,000 habitantes, respectivamente). En 2001, la mortalidad por suicidios por 100,000 habitantes fue de 6.14 en hombres y de 1.32 en mujeres.

La tasa más alta (13,62 por 100 000 personas) se observó en los hombres de más de 65 años. Se observaron cambios en los métodos de suicidio, y el ahorcamiento es el medio más frecuentemente utilizado actualmente tanto por hombres como por mujeres (Bazo, 2006)

Un desenlace fatal de la depresión puede llegar a ser el suicidio un problema creciente cuyo control exige acciones inmediatas. El incremento acelerado de este fenómeno, particularmente en hombres y mujeres jóvenes, debe ser una cita de emergencia para implementar a la brevedad medidas tendientes a disminuir su magnitud.

Debido a lo alarmante que resulta ser la enfermedad de depresión en todas las etapas de la vida y que requiere de atención especializada para su mejoría así como el contar con el apoyo de la familia para un mejor tratamiento. ¿Pero que pasa con las personas que no cuentan con este apoyo?

De acuerdo a las personas que se encuentran cada vez más solitarias son los adultos mayores, quienes a pesar de que cada uno contrarresta todo lo que implica y caracteriza ser un adulto mayor, tengan que sufrir de aislamiento y abandono en numerosos casos.

Ante lo anterior se concluye que la etapa de vida en la cual se encuentra el adulto mayor, es frágil a los acontecimientos de su entorno, el cual se conforma principalmente por salud, núcleo familiar y vida laboral, para los adultos estas esferas son vitales, por lo cual es incierto que se encuentren estables debido a las condiciones de vida y entorno social que influyen día a día para el control de las mismas.

Sin duda el adulto mayor lucha por una estabilidad pero que pasa cuando el adulto ya no puede obtener un estilo de vida digno. Que pide en silencio una llamada de atención, cariño y comprensión. Cada uno de nosotros tiene un adulto mayor que conforma parte de nuestra familia ¿Cómo vive?, ¿Aun hace las cosas que le gustan? Son preguntas que tal vez olvidemos hacer o simplemente observarlas.

De acuerdo a los altos índices de adultos mayores que nos rodean y a la calidad de vida que actualmente ellos pueden tener o en realidad deben merecer. Es de suma importancia girar nuestra atención, conocimiento y labor hacia ese grupo vulnerable como otros existentes, sin embargo nosotros somos ahora adultos con fuerza y capacidad para aportar muchas experiencias en nuestra vida.

El presente trabajo tiene como finalidad brindar un conocimiento teórico desde diversas perspectivas sobre el proceso de envejecimiento dando un parámetro de porque envejecemos, brindando una explicación sobre los cambios que se presentan y caracterizan a un adulto mayor.

Otro de los temas a abordar es sobre depresión condición de vida que en la actualidad muchos adultos mayores enfrentan sin saberlo, así como sus familiares pueden no percibirlo, por lo anterior se exponen los síntomas y necesidades que un adulto mayor llega a presentar, si se encuentra en esta condición.

Por la relevancia del tema sobre el adulto mayor y la importancia de la depresión a esta edad. La responsabilidad teórica y práctica que el presente otorga es una metodología cuasi experimental. Debido a que se realizó un taller de enfoque cognitivo conductual para reducir síntomas depresivos en adultos mayores.

El elección de la terapia cognitiva conductual fue debido a que es activa, directiva y estructurada de tiempo limitado que es utilizada para tratar distintas alteraciones. Basada en supuestos teóricos subyacentes sobre los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida que tiene el individuo de estructurar el mundo (Beck, 1979)

El taller realizado tiene como esquema y bases de la terapia cognitiva de la depresión, planteando como hipótesis sobre. Mediante las características de la terapia cognitiva conductual se logran reducir síntomas depresivos en adultos mayores. Para la corroboración de la hipótesis se utilizara el diseño de pretest-postest validándolo mediante un análisis estadístico basado en la prueba T' de

Student. Con la finalidad de valorar los cambios obtenidos en los adultos mayores mediante la aplicación del taller.

En base a lo ya expuesto, se presenta a continuación el trabajo realizado que tiene como finalidad aportar una alternativa de mejoramiento emocional para los adultos mayores y una conceptualización teórica.

# Capítulo I

## Envejecimiento.

*Envejecer es como escalar una gran montaña;  
Mientras se sube las fuerzas disminuyen  
pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena.  
Ingmar Bergman*

### 1.1 ¿Qué es el envejecimiento?

Abordar el tema de envejecimiento, resulta ser un tema con demasiado interés debido a que en la actualidad las estadísticas indican que cada año existe más población considerada adulto mayor.

El término de tercera edad, tiene una historia importante en cuanto al término de cómo referirse a personas mayores de 60 años. El término tercera edad surgió en Francia hacia 1950 por el doctor J.A. Huet uno de los iniciadores de la gerontología, el término incluía a personas de cualquier edad que sean jubiladas y pensionadas debido a que eran personas consideradas con baja productividad y consumo así mismo con poca o nula actividad laboral (González, 2000).

Otro término utilizado para referirse a los adultos fue el de, Cuarta edad: asignación que incluía a personas de más de 80 años mismas que se caracterizaban por la pérdida de la autonomía siendo personas con una declinación marcada fisiológica, biológica, mental y social (Belsky, 1996).

Una connotación más fue el de senil siendo calificativo asociado automáticamente con manifestaciones propias del envejecimiento patológico y caracterizado por pérdida de memoria, confusión mental, conducta irregular (Salvarezza, 2000).

Es en abril de 1994 cuando la organización panamericana de la salud decide otorgar el término adulto mayor para referirse a las personas mayores de 65 años.

Lo anterior se encuentra basado en la estadística demográfica sobre el grado de vejez en la organización de las naciones unidas (ONU, 1994).

Hablar de adultos mayores va más allá de una persona es una expresión del envejecimiento entendiéndose como, un conjunto de transformaciones físicas y psíquicas que tiene lugar en el último periodo de la vida y que forma parte de un proceso caracterizado por el decaimiento de la vitalidad, debido a las modificaciones orgánicas propias de la senectud lo que puede limitar de forma progresiva la capacidad de adaptación del individuo al medio. (Clark, 2000)

Dentro del campo de la gerontología, el envejecimiento es un proceso irreversible e involuntario que opera acumulativamente con el paso del tiempo y se manifiesta en diferentes aspectos funcionales. Sin embargo algunos gerontólogos enfatizan en sus definiciones sobre la senectud siendo un cambio en la conducta del organismo con la edad, que conduce a un decremento de la fuerza de sobrevivencia y ajuste, también se dice que dentro de la edad ocurren cambios que involucran tanto decrementos como incrementos y que se deben conservar los cambios constructivos y los cambios degenerativos Ostrosky (1996, en Corsi 1996).

De acuerdo a Blazer (1984). El envejecimiento es un proceso natural que se debe recibir con aceptación. La esperanza de vida ha aumentado en forma muy pronunciada desde el fin del siglo XX a escala mundial. Actualmente existen en el mundo aproximadamente 600 millones de adultos mayores y se estima que para el año 2020 serán 1,000 millones.

A partir de cierta edad es frecuente que cualquier pequeña limitación de las facultades psíquicas tiendan a identificarse con manifestaciones de senilidad. En realidad los jóvenes tienen objetivamente más manifestaciones de irregularidad psíquica pero estas irregularidades se consideran normales a su edad socialmente aceptable y sin consecuencias importantes para su rol social del joven.

Birren (1985) define el proceso del envejecimiento biológico como un proceso de cambios del organismo que con el tiempo disminuye la probabilidad de



supervivencia reduciendo la capacidad fisiológica de autorregulación de reparación y adaptación a las demandas ambientales.

Envejecimiento normal.

El envejecimiento normal es aquel en el que no existen síntomas de enfermedad psíquica y corresponde al que vive la mayoría de las personas. El concepto clave del envejecimiento psíquico normal es el de salud mental, equilibrio en relación con el medio ambiente. La salud mental constituye el resultado de una serie de factores y adaptaciones satisfactorias. La salud mental no solo es individual si no psicosocial ya que se forma a través de la interrelación de los factores del medio social y de la personalidad individual.

Una forma de medir el envejecimiento normal se basa en estudiar la longevidad o envejecimiento con una salud óptima hasta los límites máximos de edad cronológica. Aunque las definiciones de longevidad varíen culturalmente entre países, se han analizado los factores que contribuyen a la longevidad y se han descubierto repetidamente que los factores psicosociales predicen mejor que los factores biológicos la longevidad.

La selección de un estilo de vida se constituye por la decisión individual que lleva a escoger determinadas alternativas frente a otras posibles. En la decisión de seleccionar un estilo de vida frente a otros se hallan implicadas tanto las aptitudes cognitivas, inteligencia, memoria, creatividad, como la personalidad a los aspectos emocionales o motivacionales que en toda persona se halla implicada. Cuando se comprueba que mucha de las decisiones que los individuos toman son perjudiciales para su salud y su futuro envejecimiento.

La mayoría de la población constituye un proceso sin enfermedad mental, aunque existan ataques a la integridad personal debido a la elevada tasa de cambio que convierte en obsoleto los valores y estilos de vida de los ancianos y los enfrenta a los predominantes de la sociedad actual que se concentra en valores juveniles. Por tanto los síntomas de oposición entre los valores de los ancianos y los de los jóvenes no constituyen manifestaciones socialmente patológicas sino solamente el

reflejo de la elevada tasa de cambio de la sociedad contemporánea (Cerejido, 1999).

Envejecimiento patológico.

La frontera entre lo normal y lo patológico resulta con frecuencia imprecisa en los aspectos orgánicos de la salud y en los aspectos psíquicos. La diferencia entre la salud y enfermedad resulta aún más difícil. Lo que hay que evitar son las etiquetas definitivas que clasifiquen a una persona como mentalmente sana o enferma en virtud de diagnósticos inflexibles que puedan tener consecuencias fatales en equilibrio de la persona y en sus posibilidades de realización social. Por tanto antes de diagnosticar a un anciano como mentalmente enfermo, hay que pensar en las graves consecuencias que pueda tener a futuro debido a que en el etiquetaje puede suponer la autonomía personal y capacidad para vivir una vida independiente.

A pesar de que existe una gran diversidad de teorías del aparente inevitabilidad del envejecimiento y la muerte, aun no se conocen las causas definitivas que subyacen a las alteraciones cognoscitivas y corporales que ocurren con la edad. Debido a que se pueden describir los cambios pero las causas permanecen oscuras (Cerejido, 1999).

De acuerdo a González (2000) los adultos mayores presentan condiciones como:

- Invalidez progresiva producida por el proceso normal de envejecimiento fuera de toda relación con procesos patológicos.
- Acentuación de los efectos de las enfermedades crónicas.
- Problemas psicológicos y sociales debidos generalmente a situaciones familiares y económicas asociadas con la senectud.

El envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales, no se conoce con precisión como se entrelazan los factores mencionados y como se lleva a cabo el

proceso del envejecimiento; lo cierto es que no existe una causa única que explique porque se envejece sino un conjunto de factores interrelacionados. (Morales, 1994).

## 1.2 Cambios biológicos producidos por el envejecimiento.

Cambios en órganos, tejidos y células por el envejecimiento.

Los tejidos son capas de células similares que cumplen con una función específica y los tipos diferentes de estos se agrupan para formar órganos.

En los cambios por el envejecimiento todas las células se hacen más grandes y poco a poco pierden la capacidad de dividirse y reproducirse, así muchas células pierden su capacidad funcional o comienzan a funcionar de manera anormal.

Los cambios generales del tejido por la misma causa incluyen una acumulación de productos de desecho. Las membranas celulares cambian, razón por la cual muchos tejidos tienen más dificultades para obtener el oxígeno y los nutrientes necesarios, al igual que para eliminar el dióxido de carbono y los desechos (Cornachione, 2006).

Envejecimiento y desarrollo físico.

El envejecimiento biológico es fácilmente observable a través de ciertos signos corporales, tales como: la disminución de la visión, la audición, el olfato, la fuerza física, los movimientos corporales y el encanecimiento del cabello. El envejecimiento biológico es un proceso inevitable pese a la falta de explicaciones contundentes con respecto a las causas que lo originan, pero si es factible afirmar que su origen es poli causal y este hecho da origen a distintos enfoques y teorías (Douwe, 2009)

Es importante destacar que muchas de las disciplinas que estudian el envejecimiento humano están aún teñidas por mitos e ideas culturales que influyen sobre él. Al referirse al envejecimiento biológico lo consideran una

disminución de la competencia fisiológica presentándose con un incremento de vulnerabilidad a los cambios ambientales.

Envejecimiento y aspecto físico:

Muchas personas que están en proceso de envejecimiento, hacen todo lo posible para evitar el aspecto de personas mayores. Pero se da un momento de la vida, en que ya no resulta posible que se trate de disimularlos a los rasgos superficiales del envejecimiento, tales como:(Douwe, 2009)

- 1.- La piel que se seca, resulta más fina, menos elástica y porta las manchas del envejecimiento.
- 2.- El cabello cambia se torna más fino aparecen las canas.
- 3.- Se modifica la estatura, ya que la mayoría de las personas mayores miden aproximadamente unos tres centímetros menos que en la adultez.
- 4.- Cambia la silueta y el peso por reducción de la masa muscular.
- 5.- Se reduce la fuerza muscular, fundamentalmente en las piernas.

Enfermedades orgánicas.

La senilidad autentica constituye la enfermedad orgánica más importante y por enfermedades orgánicas se entiende como aquellas que posee una base somática de deficiencias en los tejidos, órganos y en el funcionamiento de los mismos. La senilidad autentica afecta al cerebro y origina amplia categoría diagnostica de las demencias de las cuales: las más importantes numéricamente son la enfermedad de Alzheimer y arteriosclerosis cerebral. El tejido cerebral, en la enfermedad de Alzheimer se deteriora mostrando nudos y placas observables solamente en análisis post mortem, lo cual implica el diagnostico en vida del paciente, ya que muchas de las manifestaciones se confunden con las del arteriosclerosis cerebral originada por la comprensión de las arterias que riega el cerebro, con lo que el riesgo sanguíneo se dificulta. Las manifestaciones de ambas enfermedades son

semejantes a lo que implica un deterioro generalizado de las funciones mentales, conducta agitada, depresión o delirios.

Existe por otra parte enfermedades orgánicas del psiquismo con manifestaciones parecidas a la demencia y arteriosclerosis pero que son reversibles o agudas, el sujeto las experimenta por poco tiempo y con posibilidad de regreso a la normalidad. Esta enfermedad posee una causa externa: nutrición deficiente, adicción alcohólica o a las drogas u otros factores del medio. En tales procesos resulta reversible y el sujeto puede recuperar la salud si se toman medidas para actuar sobre el agente patógeno que origina la situación, lo difícil es determinar si la enfermedad es aguda, reversible o crónica ya que las manifestaciones son a veces semejantes y solo la historia clínica en profundidad aclara si las causas se deben a los factores ambientales modificables o del organismo inevitable (Moragas, 1991)

### 1.3 Teorías explicativas del envejecimiento.

Algunas teorías afirman que el envejecimiento es causado por lesiones acumuladas por luz ultravioleta, generando un desgaste y deterioro corporal por subproductos del metabolismo y otros; mientras que otras teorías plantean el envejecimiento como un proceso determinado que es controlado genéticamente. Ninguna teoría explica con suficiencia todos los cambios que conlleva el proceso de envejecimiento siendo complejo y variado en la manera cómo afecta a diferentes personas y órganos. No hay una manera confiable de predecir específicamente como envejece una persona incluyendo su edad en años. En efecto aún en la misma persona los diferentes sistemas orgánicos envejecen a una velocidad diferente.

El envejecimiento no tiene que ser entendido como un fenómeno estrictamente orgánico, sino como un proceso complejo en el que también interactúan variables sociales, psicológicas y culturales (García, 1999).

En términos generales se pueden establecer dos grupos fundamentales de teorías sobre el envejecimiento: teorías basadas en factores externos y teorías basadas en factores internos.

Teoría inmunológica.

La falla del sistema es uno de los problemas que se acentúan a medida que pasa la edad, y llega a ser responsable de que la ancianidad se convierta a enfermedad, como consecuencia de agentes infecciosos de cualquier naturaleza que alcanzan con éxito al ser humano.

A medida que avanza la edad disminuye estas defensas y el organismo se encuentra más débil frente a todo tipo de enfermedades infecciosas (bacterias, virus, hongos, parásitos) de tal manera que esta crisis del sistema inmunológico es causa no sólo de acelerar el envejecimiento.

La teoría de Besedowski (1998 en Carnachione, 2006). Postula que la organización y reestructuración del sistema inmunológico está íntimamente relacionada con efectos neuro-inmunológicos, de ahí la importancia que situaciones depresivas representan sobre el envejecimiento la crisis inmunológica.

Teoría ambientalista:

La presente teoría se encuentra basada en factores externos. Explica el envejecimiento biológico como la resultante del accionar factores del medio ambiente que actúa sobre el organismo y reducen la capacidad para sobrevivir a las agresiones. Entre estos factores están los cambios en el estilo de vida, en la nutrición, en el consumo de drogas, en la contaminación atmosférica, el agua (Allport, 1961 en Cornachione, 2006)

Teoría endocrinológica:

Esta teoría considera que el envejecimiento biológico podría ser el resultado de los cambios que se producen en la liberación de las hormonas del cuerpo humano por

ejemplo; la pérdida de estrógenos que se producen durante la menopausia en las mujeres (Belsky, 1996)

Teoría genética:

La teoría genética parte del supuesto que para entender el proceso del envejecimiento biológico es imprescindible conocer el código genético que determina la longevidad de cada individuo.

La herencia parece condicionar de manera clara la longevidad. La principal crítica a que está sometida esta teoría es la influencia que sobre la genética tiene los hábitos de vida, tales como la nutrición, el ejercicio físico o el entorno ambiental, a los que también contribuyen a marcar diferencias en cuanto a la forma y tiempo en que se produce el envejecimiento (Salvarezza, 2000)

Chande (2003) relaciona el envejecimiento con los radicales libres, los radicales libres son moléculas con un electrón libre o no apareado. Este radical libre va reduciendo la eficiencia celular y provoca la acumulación de productos de desecho en la célula.

El ritmo metabólico está directamente relacionado con la generación de radicales libres e inversamente con el ciclo vital o de envejecimiento. El lipofusión (pigmento de la piel) es un pigmento graso que se acumula en las neuronas, en los músculos del corazón y del esqueleto pudiendo resultar el producto final del daño de la membrana celular ocasionado por los radicales libres.

Teoría celular.

Nuestro cuerpo está formado por dos constituyentes las células capaces de dividirse y las incapaces de dividirse, el tejido conectivo intercelular, cuyos principales componentes son las proteínas fibrosas denominadas colágeno y elastina. La mayor parte de los biólogos supone que los procesos dentro de nuestras células son la causa originaria del envejecimiento y de a muerte. A medida que envejecemos, las moléculas de colágeno y elastina normalmente plegables forman enlaces cruzados y de este modo se vuelven más rígidas está

perdida de elastina es la responsable de los signos inaugurales del envejecimiento como las arrugas de la piel.

El biólogo Konh (1985, en Belsky 1996) sugiere que la propia rigidez de nuestro tejidos y disminuir su permeabilidad, se deteriora el paso de materiales por el organismo y por consiguiente los nutrientes necesarios no podrían alcanzar nuestras células.

Teoría del azar.

De acuerdo con los gerontólogos suscriben las teorías del envejecimiento como deterioro al azar. Teoría basada en los errores acumulados sobre la capacidad de nuestras células para producir proteínas constituyendo la causa principal del envejecimiento y la muerte. Las moléculas proteicas son vitales porque forman las bases de todas las reacciones y funciones celulares. El DNA el material genético que se encuentra en el núcleo de cada célula programa la forma de desarrollo y funcionamiento de nuestros organismos sirviendo como programa a partir del cual se producen estas moléculas. Las moléculas del DNA deben enrollarse y desarrollarse de nuevo en el proceso de producir proteínas. Pero en este des enrollamiento y reconstitución repetidos, la molécula del DNA tiende a desarrollar cambios en su estructura, estos cambios denominados mutaciones probablemente se producen de manera continua en el curso de nuestra existencia expuesta a las agresiones ambientales y al trabajo de las células dado que las mutaciones fueron responsables de nuestra evolución a partir de organismos unicelulares, no todas las mutaciones son malas. No obstante la mayor parte son deletéreas. Si sus efectos perjudiciales son lo suficientemente importantes o extensos provocaran la producción de tantas proteínas defectuosas que la célula morirá.

Nuestras células poseen mecanismos reparadores para corregir estos errores del DNA que se producen espontáneamente pero a medida que envejecemos los errores del DNA pueden ser más y más frecuentes y el propio sistema de reparación quizá no funcione con tanta eficiencia, por consiguiente con el tiempo el deterioro sin reparar se acelere (Belsky 1996).



Teoría de envejecimiento programado.

Existe otra teoría que argumenta a la vejez como un crecimiento, estando específicamente programado y calculado. Se coincide en que la calidad ordenada y predecible de los cambios físicos que experimentamos a medida que envejecemos sugiere que el proceso de envejecimiento debe estar controlado por un plan organizado y global. Y el hecho de que cada especie presente un tiempo de vida fijo sugiere que en el envejecimiento y la muerte debe estar involucrada una especie de programación genética (Hayflick, 1987, en Belsky, 1996).

El envejecimiento y la muerte se activan en un momento determinado, que podría localizarse en el DNA de cada célula o bien podría tener una localización más central situado en un sistema responsable de la coordinación de muchas funciones corporales. Si realmente existe un reloj de envejecimiento de localización central, existen dos localizaciones que parecen especialmente probables porque tienen una amplia influencia en el organismo: el hipotálamo y el sistema inmune.

El sistema inmune como reloj del envejecimiento

Nuestro sistema inmune diseminado por nuestros tejidos corporales posee la misión decisiva de protegernos frente a sustancias extrañas como los virus o bacterias. Como respuesta a cualquier sustancia extraña, ya sea un microorganismo un cáncer incipiente, el sistema inmune reacciona rápidamente produciendo células agresoras diferenciadas y moléculas especializadas denominadas anticuerpos adaptadas para destruir células invasoras. El timo una glándula involucrada en la intrincada respuesta inmune desaparece lentamente durante la edad adulta el biólogo Alford (1969) ha sugerido que esta glándula podría representar un marcapasos del envejecimiento ya que su desaparición puede indicar una debilitación del sistema inmune que tiene efectos de largo alcance (Moragas, 1991)

## 1.4 Teorías de personalidad del envejecimiento.

Para Allport (1961, en Cornachione, 2006). La personalidad está definida como una estructura caracterizada por una serie de rasgos, como: el cómo pensar, reaccionar y actuar de cada persona estas características son disposiciones en el transcurso del tiempo y a la vez se manifiesta en contexto distintos.

Los resultados de distintas investigaciones permiten afirmar que la estabilidad de la personalidad pone de manifiesto que las personas mayores mantienen sus características de personalidad a pesar de la edad. Los cambios que la acompañaban se refieren a los roles sociales, la jubilación o la viudez que pueden tener un marco de incidencia en las personas mayores.

Personalidad como sistema en evolución y envejecimiento.

Las modificaciones concernientes a lo masculino y a lo femenino de acuerdo a las normas sociales, las que frecuentemente se muestran estereotipadas y por ello varían según la cultura y la generación.

En el transcurso de la vejez la presión social disminuye y ello permitiría que los hombres incorporen comportamientos de preocupación y cuidado de otras personas que a su vez, las mujeres actúen de forma más afirmativa y dominante.

En las personas viejas la energía psíquica del yo ha disminuido para enfrentar los cambios y problemas que acontecen en el ámbito del mundo interno y externo.

De acuerdo a Zinberg y Kaufman (1987, en Cornachione, 2006) refiere que el yo en la vejez se ve afectado por la insuficiencia de los mecanismos de defensas habituales, por la menor reserva energética del aparato psíquico y por la discrepancia entre las fuerzas biológicas y los recursos escasos para satisfacerlos hechos que generan angustia en las personas ancianas. En cuanto a los mecanismos de defensa que contribuyen a estabilizar a la persona en la vejez se suele encontrar algunas particularidades tales como:

La negación: esfuerzo por no reconocer el propio envejecimiento.

La regresión: vuelta a etapas superadas en búsqueda de protección del self. En el proceso de envejecimiento preocupación por sí mismo y despreocupación por el entorno.

La proyección: en la vejez se suele usar para desprender de las propias deficiencias.

La fantasía: en el proceso de envejecimiento las personas recurren con frecuencia a las reminiscencias.

La racionalización: las personas suelen apelar a este mecanismo como vía de explicación del declive que acompaña el proceso de envejecimiento.

La desesperanza que se plantea el adulto de acuerdo a Erikson (2000, en Cornachione, 2006) las habilidades psíquicas que se presentan como inminentes cuando se ve en declive la independencia y disminuye la confianza, el sujeto se presenta con su autoestima desvalorada.

Los aspectos sintónicos que se encuentra en los estadios que plantea Erickson implican crecimiento, expansión, metas, respeto por sí mismo. En cambio los aspectos distónicos enfrentan al sujeto como circunstancias amenazantes de la vida y la vejez es una situación amenazante.

A continuación se revisaran cada uno de los ocho estadios los elementos sintónicos y distónicos que han de enfrentar las personas ancianas. Ramírez (1999)

Primer estadio: desconfianza básica versus confianza esperanza.

Aquí las personas de entre los 70 y 80 años o sea las ya ancianas terminan resultando forzadas a desconfiar de sus propias capacidades ya que el paso del tiempo les hace sentir las consecuencias pese a que haya sido sanas. De esta manera la esperanza puede fácilmente otorgar paso a la desesperanza ante los permanentes agravios de desintegración de tipo crónico o repetitivo.

Segundo estadio: autonomía versus vergüenza, duda y voluntad.

Estas dudas surgen en la ancianidad cuando las personas ya no pueden confiar en su autonomía corporal o en relación a sus elecciones vitales en este momento del ciclo vital de la voluntad se debilita a pesar de ser suficiente para proveer seguridad y evitarle al anciano la vergüenza de la pérdida del auto control. Pese que al anciano desea lo seguro y solido nada le resulta lo bastante seguro ni sólido.

Tercer estadio: iniciativa versus culpa finalidad.

Las personas en estos momentos de sus vidas es probable que rehúyan a las iniciativas demasiado exigentes. Con el paso de los años para los ancianos los acontecimientos aparecen ser excesivos, como así también los sentimientos de finalidad y entusiasmo se apagan. En este momento de la vida se suele tomar culposa la situación de llevar a cabo proyectos satisfactorios y atractivos.

Cuarto estadio: industria versus inferioridad competencia.

En el periodo de la ancianidad la industria que se le reconoce como la fuerza motriz de los cuarenta años es solo un recuerdo de la mayoría de los casos. Esta situación es algo que termina forzando al sujeto a aceptar y a admitir.

Quinto estadio: identidad versus confusión de la identidad fidelidad.

Aquí las personas ancianas se enfrentan al siguiente problema ¿Quién se considera ser el anciano, y quien intenta ser? En el anciano el rol no está claro al compararlo con el de las etapas anteriores y a ello se agrega que tampoco están claros los valores.

Sexto estadio intimidad versus aislamiento.

Cuando el anciano está en el noveno estadio se siente con dificultad para confiar de la forma en que lo solía hacer cuando ahora intenta entrar en los procesos de interrelación. Estas dificultades tienen su origen en la confusión que se le presentan en relación a las formas de actuar con alguien que no es como el resto de sujetos.

Séptimo estadio: generatividad versus estancamiento cuidado.

El anciano ya tiene menos energías menor capacidad para adaptarse con rapidez a los precipitados cambios que le rodean y la generatividad, que es el comportamiento vital más importante de las personas activas ya no es de esperar en los mismos términos a esta altura de la vida. Pero es oportuno señalar que no faltan aquellos ancianos que pese a lo avanzado de su edad la falta de generatividad de creatividad y el cariño por los otros les resulta muy agobiante. Este evitar ocuparse de los demás puede despertar un sentimiento de inutilidad la falta de desafíos lo puede enfrentar con el estancamiento.

Octavo estadio: integridad versus desesperanza sabiduría.

Cuando el sujeto llega más de los 80 años se enfrenta a la pérdida de las capacidades y la dependencia demandan la mayor parte de su atención. El resolver la cotidianidad suele tornarse su principal preocupación. La desesperanza como respuesta a esta situación de problemas agudos e inmediatos esta en directa dependencia de cómo se haya evaluado el anciano a sí mismo con anterioridad y como evalué su vida.

Neugarten (1968, en Cornachione, 2006). Establece cuatro tipos de personalidad y cada uno de ellos tiene una forma propia de adaptación al envejecimiento.

Personalidad de tipo integrado: son las que se acompañan de niveles de adaptación superiores. Las personas presentan actitudes y comportamientos flexibles, alto nivel de satisfacción. Estudios longitudinales muestran que este tipo de personalidad se mantiene a lo largo del proceso de envejecimiento.

Personalidad de tipo blindado: se acompaña de buenos niveles de adaptación. El mantenimiento de los roles y la escasa disposición a nuevas experiencias la caracterizan.

Personalidad de tipo pasivo dependiente: se caracteriza por una necesidad de constante apoyo por apatía o pasividad para con el entorno.

Personalidad de tipo no integrada: Muestran un bajo nivel de actividad, tanto en la física como psíquica.

El primer estudio de la personalidad de los ancianos identificaba cinco tipos de personalidad 1) Maduro: estable bien integrado, disfruta lo que la vida le proporciona; 2) Pasivo: voluntariamente desacoplado y satisfecho porque puede descansar; 3) Defensivo: activo, rígido, disciplinado, individualista que se monta en un número de actividades porque no puede soportar la inactividad, los tipos anteriores se hallan, cada uno en su estilo de vida, bien integrados y se han adaptado con éxito al proceso de envejecer y por otra parte aparecen los dos tipos restantes que no se han ajustado a dicho proceso 4) Colérico: quien culpa a los demás y los hace responsables de sus frustraciones y limitaciones, luchando irrealmente contra las manifestaciones del envejecimiento; 5) Auto agresivo: mal ajustado que se odia así mismo, deprimido y aislado (Ramirez, 1999).

Identidad.

El concepto de identidad del adulto proporciona una explicación aceptable de la dinámica de la personalidad en la madurez y la vejez. La identidad según Whitbourne (1993) se basa en la integración del conocimiento que la persona posee de su potencial físico y mental de sus ideas, motivos, objetivos, roles sociales y limitaciones. La identidad sirve para organizar la interpretación de sus experiencias asignándoles un significado subjetivo que puede ser modificado por la propia experiencia. Si existen contradicciones entre la experiencia y el propio concepto de identidad el individuo modifica la concepción de si mismo de tal forma que la identidad se prueba diariamente en la realidad ajustándose y modificándose según la información que llega de los demás y así el concepto de nosotros mismos se auto perfecciona y nos proporciona mayor seguridad.

La identidad se estabiliza con el envejecimiento a medida que la experiencia refuerza la percepción de la misma, cuando más tiempo se mantiene la identidad más seguro está el sujeto de que la percepción de su personalidad es la adecuada con la cual se produce el efecto circular: lo que resulta útil para que el sujeto se

afianza. Por otra parte el anciano reduce sus responsabilidades sociales y se asienta en reacciones con el medio ambiente familiar. La situación se altera cuando el cambio resulta tan importante que el sujeto no puede integrarlo y aparece la crisis de identidad, unos hechos que hacen tambalear los fundamentos de la propia identidad y fuerzan a un replanteamiento. Los factores que provocan la crisis de identidad tienen diversa naturaleza: cambio fundamental en la salud o aptitud física perdida de la visión o de un miembro esencial, cambio en la intimidad, cambio de residencia, crisis económica individual, colapso de ideas personales.

El adulto mayor mantiene una continuidad en su personalidad lo cual no excluye cierto cambio, comparativamente menos importante en el conjunto de la personalidad. La única dimensión que cambia sistemáticamente con la edad es la introversión, el desplazamiento del interés hacia el interior y hacia uno mismo, más que hacia la acción y los objetos del exterior, lo que Erickson denomina “integración del yo” después de la edad madura.

Auto concepto.

El concepto de uno mismo resulta muy importante cuando se analiza la personalidad a cualquier edad, ya que proporciona un juicio del sujeto en relación con lo que el mismo y los demás piensan sobre su persona. Se trata de proceso continuo entre nuestra propia opinión y la de los demás. Si existe proporcionalidad entre lo que los demás y nosotros mismos pensamos sobre nuestra persona y nuestras realizaciones, existirá satisfacción, personalidad integrada y adaptación a la realidad. Si por el contrario las percepciones de uno mismo no se ajustan a las que tienen los demás y a lo que esperamos de la vida, existirá frustración, insatisfacción y negativismo. La personalidad integrada es aquella que encuentra coherencia entre las exigencias de su rol social lo que los demás esperan de él y lo que la persona realiza efectivamente (González, 2001).

Factores de riesgo en lo emocional.

Son aquellos acontecimientos externos o internos que ponen en peligro el equilibrio psíquico y que conviene identificar claramente para su prevención, los factores de riesgo se refiere a la pérdida de actividad, por lo tanto cuando más dividida se halle la fuente de autoestima entre diversas actividades o intereses como: trabajo, familia, afición. El envejecimiento será más equilibrado ya que la probabilidad de perder un factor de estima es menor. Otro factor de riesgo importante constituye el cambio del medio ambiente, lo cual incluye la dificultad de adaptarse a nuevos ambientes en los que la aptitud será menor.

Debido a lo anterior cuando se ingresa a un anciano en una institución, se enfrenta a la pérdida del entorno familiar, ingresando a una institución alejada de su domicilio en donde renuncia a la autonomía personal y a su medio habitual. Por lo que en las residencias el anciano recuerda en todo momento su limitación, la única respuesta consiste en conseguir una reacción realista en la perspectiva dinámica del envejecimiento que se proponga tratando de que el anciano acepte la ayuda externa como algo normal y que cada momento vital pueda tener cierto grado de calidad vital subjetiva basada en la motivación, interés y deseo de vivir del sujeto, más que en la objetividad de sus limitaciones orgánicas (González, 2000).

Emociones y sentimientos.

Las emociones y los sentimientos se consideran como el grado de intensidad según la personalidad del sujeto, fuerza del estímulo exterior y marco ambiental. Por la duración del tiempo, los sentimientos o emociones son permanentes acompañan a la persona durante la vida. Con respecto a esto los sentimientos en las personas ancianas se encuentran sometidas a un mayor número de experiencias negativas (pérdida de salud, abandono del trabajo, muerte) y que por tanto poseen factores objetivos para tener sentimientos negativos, no obstante ello no es un resultado necesariamente constante. Subsiste sin embargo el hecho fundamental de que los ancianos por dinámica vital tienen una probabilidad mayor de verse expuestos a acontecimientos negativos que positivos, su reacción tiene



mayor base para ser negativa pero puede compensarse si se les proporciona estímulos ambientales adecuados.

Respecto a la estabilidad de los sentimientos se asegura sin que existan investigaciones amplias sobre la materia que a semejanza de los que sucede con la personalidad, la emotividad del anciano se mantiene en la misma dirección y con semejante intensidad. El anciano que de joven era alegre de mayor seguirá siéndolo, siempre que los sucesos de su historia personal no haya alterado la estructura básica de su personalidad. Lo que sin embargo acontece es que las agresiones son numerosas y el medio ambiente social no las evita si no que las aumenta, arrebatando a los ancianos roles sociales y no proporcionándoles otro. Debido a ello es previsible que el número de estímulos negativos origine en el anciano una personalidad y sentimientos menos positivos que cuando era joven (González, 2000).

### 1.5 Aptitudes cognoscitivas.

Inteligencia.

Se plantean fundamentalmente dos problemas respecto a la inteligencia: definirla y medirla, hace años que se habla de la inteligencia como una de las principales facultades del conocimiento, existe acuerdo en identificar la inteligencia como aptitud mental y capacidad de razonamiento.

La inteligencia se divide en inteligencia fluida e inteligencia cristalizada, la inteligencia fluida representa la aptitud fisiológica y neurológica para resolver problemas nuevos y organizar la información en situaciones concretas, se basa en la dotación original del sujeto, no tiene en cuenta la influencia de cultura y se mide por el resultado de los test según exactitud y velocidad siendo los ancianos inferiores al rendimiento de los jóvenes. La inteligencia cristalizada se basa en el producto de la educación, los conocimientos y la experiencia que adquiere los individuos en el seno de una cultura: se mide por test de comprensión verbal y en ellos los ancianos obtienen mejores resultados que los jóvenes, la inteligencia fluida obtiene su punto más elevado durante la adolescencia y va declinando

progresivamente durante toda la vida aunque hasta los sesenta años o más no existe imitación en la inteligencia fluida necesaria para la convivencia por lo que las funciones laborales del sujeto no tendrían que quedar afectadas hasta dicha edad cronológica. Las investigaciones más recientes indican que el descenso de la capacidad intelectual en los ancianos no se producen en función de edad cronológica sino en virtud de las influencias del ambiente en general: situación económica, acontecimiento político o individual crisis, divorcios, muertes, fracasos (Farre, 2000)

El decremento de la inteligencia global no aparece de una forma general hasta los setenta u ochenta años y aun a esta edad puede ser prevenido con un medio ambiente estimulante y que apoye al anciano para que mantenga sus aptitudes intelectuales. El único decremento intelectual inevitable se denomina (descenso terminal) se experimenta cerca de la muerte y se debe a causas orgánicas más que psicosociales.

Memoria:

La memoria es parte fundamental para el aprendizaje. La memoria no supone una capacidad mecánica de reproducción de la información como la memoria de un ordenador, sino un complejo proceso en el que los datos entran como imágenes, en relación con los sucesos que experimenta el sujeto y con una capacidad de discriminación subjetiva según la experiencia placentera o adversa del suceso.

La memoria de acuerdo a Fernández (1992) se clasifica por la proximidad de los hechos con el presente, como inmediata o primaria (hasta treinta segundos) reciente (varios días) remota o secundaria (pasado lejano recordado) vieja o terciaria (pasado lejano no recordado). Se ha afirmado tradicionalmente que en la tercera edad se recuerdan mejor los hechos lejanos que los próximos o (memoria anterograda). Resulta comprensible que se recuerde mejor el primer día de trabajo que los tiempos previos a la jubilación, ya que el sujeto establece mecanismos de defensa para olvidar estos últimos, mientras que el recuerdo puede mejorar la experiencia del primer día de trabajo. Con la edad parece que se recuerden mejor

las cosas que se oyen que las que se ven, pero eso más que un reflejo de la capacidad de la memoria puede ser un reflejo de la diferente percepción de los sentidos.

Respecto a los efectos sobre el envejecimiento, sobre la memoria las investigaciones más recientes indican que, en contra de los saberes populares sobre su pérdida, esta no es inevitable ni irreversible. Las causas por las que se produce la pérdida de la memoria son complejas existiendo una base biológica (cambios o pérdidas de células cerebrales) y unos factores psicosociales, probablemente más importantes que las limitaciones somáticas entre los que destaca el nivel bajo de inteligencia, falta de hábito al recordar, falta de motivación.

Parece claramente que la pérdida de la memoria puede evitarse o al menos retardarse a través de mecanismos preventivos que comienzan a explorarse, utilizando material que suscite el interés del sujeto reduciendo las interferencias en el aprendizaje y sobre todo informando a los sujetos que la pérdida de memoria es evitable y que posee la capacidad de recordar en cualquier edad si se ejercita.

Capacidad de aprendizaje.

El aprendizaje, rendimiento y productividad se ha ligado tradicionalmente con las edades más jóvenes por lo que existe una actitud negativa, al relacionar aprendizaje y ancianidad. Pero rendimiento no es más que una medida del aprendizaje que tiene importancia cuando los sujetos son medidos por la velocidad para desempeñar un puesto de trabajo, pero en el anciano el aprendizaje puede llevar más tiempo sin afectar a la integridad del rol social y la velocidad de asimilación no tiene la misma importancia que cuando se es miembro de la población activa.

El rendimiento en el aprendizaje queda afectado por una variedad de factores no cognoscitivos, aquellos no directamente relacionados con la capacidad de aprendizaje de nuevos conocimientos. El aprendizaje puede tener lugar a

cualquier edad aunque el rendimiento disminuya y esta disminución no es sustancial hasta pasados los setenta años.

Lo que requiere el anciano para un aprendizaje efectivo es mayor tiempo y estímulos motivantes adecuados y ambas cosas no se las facilita un medio ambiente obsesionado con el tiempo de asimilación y no asignándole un rol social significativo a la persona de edad. Los mayores éxitos en el aprendizaje se han dado con personas de mayor nivel educacional y que ejercitaban frecuentemente sus aptitudes: siendo profesionales, educadores directivos, con los que se refleja una vez más durante su vida adulta, sea en dotes físicas, intelectuales o de clase social, se hallan mejor equipados para vivir la etapa de la ancianidad (Funes, 2006)

Razonamiento.

Constituye el proceso mental que introduce orden en el caos de datos recogidos por la mente a través de la percepción y el aprendizaje. Consiste básicamente en la diferenciación y categorización de dichos datos en conceptos que una vez archivados, serán posteriormente útiles. La capacidad para la formación de conceptos puede disminuir con la edad es independiente de la capacidad de aprendizaje o de la inteligencia con la que existen ciertas relaciones, sin embargo hay personas de edad que mantiene plena la capacidad de información de conceptos, personas que por su trabajo anterior ejercitan dicha facultad con lo que una vez más, se manifiesta la conexión sutil de las facultades cognitivas. Se hallan un factor claro en todos los estudios sobre acondicionamiento en la ancianidad y consiste en la preocupación sobre la toma de decisiones. Esta preocupación parece basarse en un aprovechamiento de la experiencia, inherente al envejecimiento y por tanto supone una ventaja comparativa del anciano que la utiliza frente al joven que no la posee (Corsi, 1996)

Capacidad de resolución de problemas.

Para resolver un problema de acuerdo a Cuevas (1993) debe de seleccionarse una alternativa de entre varias mediante un análisis que involucra la lógica y el

razonamiento, supone por tanto una valoración de diferentes posibilidades una deducción y finalmente una toma de decisión que maximice determinados valores. A diferencia del aprendizaje en el que se acumulan conocimientos sobre la realidad, en la resolución de problemas se utilizan los conocimientos y su valoración para llegar a una decisión óptima.

Con la edad la aptitud para la resolución de problemas muestran los mismo decrementos que otras facultades cognoscitivas, las manifestaciones de la dificultad en la resolución de problemas se concretan en la frecuente repetición de las preguntas, menor capacidad de discriminación entre hechos relevantes o irrelevantes y mayor tiempo en reconocer los factores clave no obstante como se ha indicado repetidamente en los diversos procesos cognoscitivos, es difícil diferenciar el efecto sobre el envejecimiento, los adultos mayores no son menos aptos que los jóvenes debido a sus años y pérdida de facultades (efecto de envejecimiento) sino que siempre los han sido por menor y oportunidad.

Origen y estabilidad.

La primera cuestión sobre la personalidad del anciano resulta común a otros periodos vitales y se refiere a las causas. La familiar dicotomía entre causas originales o congénitas y causas adquiridas del medio ambiente aparece de nuevo, con la respuesta de que la personalidad es el resultado de los dos tipos de influencias que actúan continuamente y se interrelacionan en un proceso dialéctico entre lo individual y lo social.

La otra cuestión fundamental en personalidad y envejecimiento se refiere a la estabilidad o cambio en los últimos años. Los estudios disponibles muestran una tendencia a la estabilidad de la personalidad que se mantiene más fija a mayor nivel de educación y siempre que la salud sea buena, los cambios que surgen con la edad parece deberse a una respuesta a las cogniciones nuevas que experimenta la persona: disminución de responsabilidades, disponibilidad de tiempo, reducción de la aptitud funcional, más que una tendencia inevitable de la personalidad que envejece. Aquellos ancianos que se mantienen activos con

responsabilidades y plena aptitud funcional, apenas muestran cambios en su personalidad varios estudios reflejan que al envejecer se producen cambios contrarios a las características de los roles asignados habitualmente a cada sexo: los hombre tienden a mostrar personalidades más expresivas y afectivas mientras que las mujeres se vuelven más autónomas y agresivas, pero una vez mas ello no tiene que ver necesariamente con cambios inevitables sino con el cambio de roles sociales. Las mujeres tienen que ser más autónomas pues tienen que vivir solas ya que su tasa de supervivencia resulta mayor que la masculina, mientras que los hombres ausentes de trabajo pueden olvidarse de las características afirmativas y agresivas del rol laboral pudiendo mostrar otros aspectos de su personalidad.

Respuesta psicomotora.

La respuesta ante un estímulo es activado por los receptores del sistema nervioso central, que a su vez ordenan al órgano afectado una reacción muscular, la velocidad de la respuesta estará en relación con la capacidad de los sentidos, la efectividad de la percepción y de la transmisión neuromuscular, con la edad todo el proceso se hace más lento parece que debido a la menor capacidad del sistema nervioso central. Sin embargo los factores ambientales y personales son más importantes en las respuestas psicomotoras de los ancianos sanos, ya que con una estimulación social, motivación, interés y formación exhiben respuestas psicomotoras eficaces como los sujetos jóvenes. Los decrementos en la repuesta se atribuye a toda las etapas del proceso, los órganos perceptivos de los sentidos necesitan una intensidad mayor a los estímulos o señales para poder captarlas. Las limitaciones que se observan con la edad en las respuestas psicomotoras son el aumento del tiempo de reacción entre el estímulo y el comienzo de la respuesta. El proceso de la información recibida en el cerebro lleva más tiempo y la causa parece ser la espera que deben de realizar los estímulos por no haberse producido las respuestas (Fericgla, 1992)

## 1.6 Procesos psicológicos en el envejecimiento.

### Lenguaje:

La naturalidad del lenguaje para la especie humana queda patente al observar que el conocimiento de las reglas lingüísticas y la capacidad para usarlas en la producción y comprensión permanecen incluso cuando el envejecimiento se hace presente.

El desempeño en pruebas verbales no varía notablemente con el paso del tiempo, como norma se asume que los procesos verbales son muy resistentes al envejecimiento a diferencia de los conocimientos experienciales y las habilidades espaciales. Es normal que la, memoria semántica se conserve durante la senectud, mientras que la memoria episódica sufre un mayor deterioro.

En general se ha aceptado que los cambios en el lenguaje tiene lugar a partir de los ochenta años sin embargo a partir de los sesenta años ya se pueden notar algunos cambios sutiles. No obstante las funciones lingüísticas como el estilo narrativo pueden mejorar volviéndose más complejas y sofisticadas a una edad avanzada Ostrosky (1988, en Corsi 1996).

### Percepción:

El proceso de la percepción no se halla totalmente aclarado y es uno de los que reflejan mejor la coordinación existente en la persona entre la base orgánica, sentidos que recogen y transmiten la información y la base psíquica. Sistema nervioso central que procesa y valora la información recibida. Las investigaciones muestran que con la edad disminuye la percepción debido a la menor velocidad del sistema nervioso central en el proceso de los estímulos de tal forma que se produce una espera de los estímulos subsiguientes al no haber sido procesados los primeros, lo cual explica el mayor tiempo necesario entre estímulos para que se produzca la percepción.

La senectud se asocia con una serie de cambios sensoriales y perceptuales distintivos. La agudeza visual y auditiva disminuye. Un alto porcentaje de personas

mayores de 65 años son hipermétropes, es decir, presentan pérdida de la visión cercana pues el endurecimiento del cristalino impide la proyección nítida de las imágenes visuales sobre la retina. Se requiere niveles más altos de iluminación para que pueda ver bien Ostrosky (1988, en Corsi 1996).

Atención:

Los cambios que se dan con la edad en los mecanismos de control atencional y fallos en la inhibición hacen que el sujeto sea más vulnerable a la interferencia, lo que va en decremento de la memoria de trabajo durante el intervalo de retención, la información irrelevante puede codificarse inadvertidamente e interferir con el material que debe almacenarse. Este efecto se conoce como inhibición retroactiva. También puede ocurrir la inhibición proactiva, que se da cuando el material aprendido en un ensayo anterior interfiere con el material que debe retenerse en el ensayo presente (Mackinnon, 1988)

Existen además otros parámetros de análisis que deben tomarse en cuenta en el estudio de atención, tales como el tiempo de reacción. refiriéndose a la latencia de una respuesta. En el tiempo que media entre la presentación de un estímulo y la aparición de la respuesta correspondiente.

### 1.7 Cambios cognoscitivos asociados al envejecimiento.

Lentificación:

Una de las características centrales en el proceso de envejecimiento es la lentificación en tareas intelectuales y física, esto existe como un decremento en la velocidad de la respuesta motora que se ha denominado bradiquinesia, así como en el procesamiento de información sensorial (visual, auditiva, somato sensorial) Los tiempos de reacción son más lentos en los adultos, esta lentificación cognoscitiva o en el procesamiento central de la información se le ha denominado bradifrenia.



### Memoria:

Se ha mencionado que el olvido es un síntoma benigno de la vejez. La senectud se asocia con dificultades en el aprendizaje y limitaciones para adquirir nueva información. Los estudios con pruebas estandarizadas han mostrado que existen diferentes aspectos de la memoria que se afectan diferencialmente por ejemplo, la memoria inmediata, la evocación de experiencias almacenadas en el largo plazo y la habilidad para aprender listas de palabras no relacionadas, no se encuentran tan afectadas. Esto es a las personas de mayor edad les toma más tiempo aprender una lista de palabras pero al ser evaluadas retienen la misma cantidad de información que los jóvenes. Aparentemente con la edad la mayor dificultad está en la evocación de la información más que en la retención o almacenamiento. Se ha mencionado que el anciano se le olvida recordar sin embargo, en la vejez el aprendizaje se ve afectado por la lentificación Ostrosky (1988, en Corsi 1996).

### Lenguaje:

La inteligencia verbal se mantiene hasta la séptima década de la vida y después declina gradualmente, las pruebas de vocabulario, en las que se le pide al sujeto definir palabras concretas y abstractas no se afectan con la edad, sin embargo frecuentemente los sujetos se quejan de una dificultad para encontrar las palabras y nombrar objetos. Con la edad los individuos encuentran que a pesar de reconocer a una persona no puede evocar su nombre. El lenguaje como ya se había mencionado es una de las funciones que mejor se mantiene con la edad.

### Funciones visoespaciales:

La habilidad espacial se puede reflejar tanto con la ejecución como con el reconocimiento de figuras mismas que pueden presentarse en dos o tres dimensiones. La habilidad espacial se puede evaluar con tareas constructivas como diseños con cubos, rompecabezas o bien con la copia de dibujos y con tareas en las que el sujeto tiene que identificar dibujos con elementos similares.

Se ha reportado que con la edad se presenta un importante decremento en todas las funciones visoespaciales.

Cognición:

La habilidad para manejar el conocimiento se mantiene con la edad y cuando se presenta el incremento de edad aparece una serie de cambios cognoscitivos que implican que la actividad del anciano es diferente de la del joven. Se ha reportado una tendencia general a la lentificación, hay limitaciones en la retención de la información a corto plazo y se presentan diferencias en la ejecución de tareas espaciales y perceptuales.

### 2.1 Depresión en el adulto mayor.

Se dice que entre el envejecimiento y depresión a menudo tienden a confundirse, esta segunda es el “humor deprimido con la pérdida de interés, placer, relación de las actividades y pasatiempos habituales” De acuerdo a la historia los síntomas depresivos eran más frecuentes entre los ancianos; muchas veces resultaban indistinguibles del comportamiento de los adultos en numerosas ocasiones se confundían con enfermedades específicas de la edad como al demencia senil (James, 2003).

Por lo anterior en el presente capítulo se referirá a la definición y prevalencia de la depresión en el adulto mayor.

Para Martínez (1998, en Matellanes, 2010) una persona presenta depresión mayor si presenta durante al menos dos semanas pesar, tristeza, irritable o desinteresado la mayor parte del día, en compañía de al menos 4 síntomas adicionales, entre los que se encuentra: 1) una disminución importante del interés y el placer en la mayoría de las actividades diarias; 2) aumento o disminución importante del apetito o peso; 3) trastornos del sueño como, insomnio o sueño excesivo; 4) cambios psicomotores con agitación o lentitud de movimiento; 5) cansancio inexplicable y pérdida o falta de energía; 6) sentimientos de falta de valía, culpa inapropiada, inutilidad o indefensión; 7) dificultad de pensamiento, concentración y toma de decisiones; 8) pensamientos recurrentes de muerte y abandono o ideación suicida.

En lo relativo a su presentación en la tercera edad, Anderson (2001, en Matellanes, 2010) señala que la depresión es el problema de salud mental más común en la tercera edad y la causa más reversible de la mortalidad psiquiátrica y de la mortalidad en la vejez. La edad no es un predictor adverso de la respuesta al

tratamiento y las personas ancianas tienen un resultado mejor que los más jóvenes en algunas circunstancias.

Las características especiales en las personas mayores pueden ser más quejas somáticas, la tendencia al retraimiento y el desinterés general por el entorno.

De acuerdo a la definición determinada por los criterios del DSM- IV (2002) La depresión es un trastorno afectivo acompañado de un conjunto de síntomas de intensidad y duración variable pudiendo diferenciar el episodio de depresión mayor, la distimia y la depresión atípica. Así la depresión es un trastorno de ánimo cuya severidad puede ser variable.

En todos los casos las personas depresivas experimentan cambios cognitivos y conductuales característicos. Suelen presentar apatía y desmotivación ponen énfasis en los hechos negativos ocurridos en sus vidas, lo que les acarrea un feed back de refuerzo en su estado y a menudo presentan ideas suicidas.

El trastorno mayor de depresión se instala durante varias semanas presentándose los síntomas de insomnio, anorexia, aislamiento social, baja autoestima, las personas no solo experimentan cambios en su forma de pensar, sino también a nivel físico. Sienten cansancio, irritabilidad y también suelen experimentar una disminución de deseo sexual.

Bajo la forma de maníaco depresiva el sujeto está inmerso en un estado disfórico. Durante la fase maniaca, muestra un estado de hiperactividad, entusiasmo. Hace proyectos a menudo optimistas de forma desbordada. En la fase depresiva los síntomas se experimentan mediante tristeza, desánimo, pérdida de interés. Sin embargo la simple presencia de un estado de ánimo disfórico o la pérdida de interés no son suficientes para diagnosticar la depresión

La depresión es un trastorno mental real que puede responder a numerosas causas, la predisposición genética y de personalidad, las experiencias vitales previas, las pérdidas actuales y anteriores, fracasos son otros tantos factores que asociados pueden producir alteración en el estado de ánimo. La depresión

también se expresa por medio de una amplia variedad de molestias físicas y psicológicas. Becker (1974, en Muñoz, 2006).

La depresión no solo puede parecer muy diferente desde el punto de vista clínico, en diferentes individuos. Si no que en el anciano, puede adoptar una forma cualitativamente distinta de la que puede tener un adulto más joven (Gurland, en Muñoz, 2006).

El psiquiatra Aarón Beck (1979) agrupa los síntomas depresivos en cinco categorías definidas: signos emocionales, cambios de la cognición, signos motivacionales, signos físicos y en los casos graves, delirium y alucinaciones.

Los síntomas que Beck cita como signos emocionales son los más familiares. El individuo deprimido puede representar excesos de llanto, parece desconsolado y ser incapaz de sentir placer alguno. Sin embargo, sorprendentemente, no todo el mundo que está deprimido experimenta estos evidentes cambios de humor. La depresión, en especial en el anciano, puede estar oculta expresándose por sí mismas por ejemplo; solo con molestias físicas exageradas Weinrit y Carret (1985, en Muñoz 2006). Cuando la enfermedad depresiva del anciano solo se manifiesta por cansancio excesivo, dolor cardíaco o algún otro síntoma físico, puede resultar muy difícil diagnosticar el problema real.

Los cambios cognitivos que Beck 1969 caracteriza de la depresión incluyen ideas de indignidad e inutilidad, sentimientos irracionales de culpa e ideas de la banalidad y falta de significado del mundo, no teniéndose nada positivo que ofrecer. El anciano deprimido puede estar convencido de que se está volviendo senil o padece una enfermedad terminal. Estos síntomas se consideran cognitivos porque lo que esta desvirtuado de forma poco realista son los pensamientos o cogniciones del individuo.

En los casos graves el pensamiento del individuo puede llegar a ser psicótico. Puede experimentar delirium (ideas irracionales fijas) o alucinaciones (escuchar voces imaginarias) los delirium y las alucinaciones del paciente deprimido tienden a caracterizarse por la autocensura. El individuo puede estar convencido de que

ha cometido un crimen horrible o puede torturarse con voces que le acusan y le susurran horribles advertencias catastróficas.

Los individuos deprimidos potencialmente son capaces de presentar un rendimiento adecuado en las pruebas de memoria y pensamiento abstracto pero sus percepciones sobre el mundo y sus reacciones emocionales están sesgadas.

La depresión se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común. En cuantos síntomas la depresión se describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. El individuo deprimido siente que su seguridad está amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarle. Todas las facetas de la vida, emocionales, cognoscitivas, fisiológicas y sociales podrán verse afectadas. (Mackinnon, 2000).

En los síndromes depresivos tempranos o moderados el paciente trata activamente de aliviar sus sufrimientos. Solicita ayuda de los demás o trata de resolver sus problemas reconquistando mágicamente un objeto de cariño perdido o reforzando su vigor. A medida que la depresión se hace más crónica o más grave, el paciente renuncia. Tiene la impresión de que los demás no quieren o no pueden ayudarle y de que las cosas nunca más mejorarán. De acuerdo a Mc Colbough (2003) describe los siguientes cambios cognitivos y emocionales.

Afecto: La despersonalización podrá desempeñar una función defensiva similar en estados deprimidos más agudos. Los aspectos más familiares de la identidad personal del paciente parecen extraños. Este ya no sigue experimentando sus reacciones físicas o emocionales como parte de sí mismo y en esta forma, se protege de sentimientos dolorosos. A menudo, el sentimiento de vacuidad e irrealidad es experimentado por el mismo como desagradable.

El enojo: Es asimismo manifiesto en el afecto de los pacientes deprimidos podrá expresarse directamente, como cuando el paciente se queja de que no se le quiere y se le trata mal, en tanto que en otros casos es más sutil.

**Pensamiento:** No solo está el contenido mental del paciente, sino que sus procesos cognoscitivos están también deformados. Sus pensamientos están disminuidos en cantidad aunque pueda ser sensible, el paciente se muestra con poca iniciativa o espontaneidad. Responde a preguntas pero no ofrece nuevos datos o temas y su vida mental presenta poca variedad. Comprende lo que se dice y contesta apropiadamente pese a que su pensamiento sea más lento y su lenguaje pueda ser acaso imperfecto e inseguro.

**Conducta:** La lentitud caracteriza tanto la vida entera del paciente deprimido como sus procesos mentales. Sus movimientos y sus respuestas requieren más tiempo inclusive si parece agitado y súper activo, la conducta orientada o intencional esta disminuida. Las actividades que selecciona son pasivas y a menudo socialmente aisladas.

La persona depresiva anhela el cariño de otros, pero deja de corresponder en una forma que recompense a la otra persona o refuerce la relación. Podrá aislarse, sintiéndose incapaz de buscar a los demás de otra forma podrá buscar activamente amigos y compañeros solo para enajenárselos con su aferramiento y la constante preocupación de sí mismo.

**Síntomas físicos:** la depresión va acompañada asimismo de cambios reales en el funcionamiento fisiológico. La velocidad metabólica del paciente es más baja, su funcionamiento gastrointestinal y su boca esta seca dándose además cambios en casi toda función del cuerpo que se encuentra bajo control neuro hormonal.

Las dolencias más comunes comprenden dificultad en dormirse en despertar tempranamente manifestando fatiga, pérdida de apetito, estreñimiento, pérdida de libido, dolor de cabeza, dolor de nuca, espalda, sequedad y ardor en la boca.

## 2.2 Prevalencia de la depresión.

La incidencia de depresión en el anciano es de 1 a 2% en la comunidad y de 10 a 12% en los lugares de atención primaria. Sin embargo aún en ausencia de depresión mayor como se define en los criterios del DSM-IV hasta el 27% de los

ancianos experimentan síntomas depresivos sustanciales que se pueden aliviar con intervención. Para los ancianos institucionalizados, las cifras de depresión son mucho más elevadas: 12% para los hospitalizados y 43% para los institucionalizados permanentemente (Seth, 2005)

Las mujeres tienen el doble de probabilidad que los varones de padecer depresión mayor. Otros factores de riesgo incluyen episodios previos o un historial familiar de depresión, falta de apoyo social, uso de alcohol u otras sustancias y la pérdida reciente de un ser querido, varios padecimientos médicos también se relacionan con incremento de riesgo de depresión, incluyendo enfermedad de Parkinson y accidentes cardiovasculares. Estos padecimientos comparten uniones comunes de pérdida de control del cuerpo o la mente aumentando la dependencia en otros y el aislamiento social.

La depresión se relaciona con menor auto cuidado y recuperación más lenta después de un padecimiento medico agudo. Acelera la disminución cognitiva y física. Incrementando los servicios de cuidado de la salud. Entre los ancianos deprimidos que han sufrido un infarto, los esfuerzos de rehabilitación son menos efectivos y las cifras de mortalidad son significativamente más elevadas.

De acuerdo a la epidemiología la depresión no aumenta con la edad la afirmación es cierta sin embargo para los síntomas depresivos un gran porcentaje de la población mayor de 60 años presentan síntomas depresivos aunque no reúnan criterios de episodio depresivo mayor (Hernández, 2010)

Donde si aumenta claramente la incidencia de la depresión es en su población esencial como los ancianos que residen en instituciones.

Otra población importante de estudiar es la que se refiere a enfermos que ingresan a unidades médicas de las personas que ingresan a unidades hospitalarias se sabe que entre el 5% y 10% podrían ser diagnosticados de depresión mayor y se puede comprobar que la existencia de problemas somáticos incrementan el riesgo de trastornos afectivos superando en algunos estudios el 40% de los casos.



Los estudios sobre la prevalencia de la depresión en la tercera edad discrepan a la hora de considerar esta patología como especialmente prevalente en los ancianos. Wolfe (1996, en Matellanes, 2010) destacan que en general, los trastornos del estado de ánimo son menos frecuentes en la tercera edad y que, incluso en el caso de personas institucionalizadas, las tasas siguen siendo más bajas para los ancianos que para los adultos más jóvenes. Yanguas (1998, en Matellanes, 2010) señala que el riesgo de padecerla es de dos a tres veces mayor que en otras edades.

Para López (2004) la depresión no es una condición asociada a la edad ni hay razón para creer que es parte del proceso normal de envejecimiento. Las tasas más elevadas para la presencia de depresión se encuentran en personas con demencia y enfermedad de Parkinson.

También debe tenerse en cuenta el factor de la hospitalización. Para las personas mayores hospitalizadas sitúa cerca del 25% el porcentaje de gente mayor clínicamente deprimida en unidades hospitalarias.

En el caso de las personas mayores institucionalizadas, la sintomatología depresiva clínicamente importante va desde un 30 a 40% hasta casi el 80% en algunos estudios Muñoz (2006) finalmente en los estudios realizados refleja la presencia de sintomatología de depresión moderada alcanza el 60.3% entre los pacientes institucionalizados y el 77.5% en los atendidos a domicilios.

Por su parte Cappeliez (1988, en Triado, 2006) encuentran que el 15% de la población de más de 65 años presenta síntomas depresivos siendo el aumento de este trastorno para ese grupo de edad un reflejo de nuestra sociedad.

Como criterio general se admite que entre un 4% y un 7% de la población mayor de 65 años padece depresión, independientemente de otras variables las diferencias encontradas entre las diversas investigaciones pueden ser debidas a determinadas variables como sexo, edad, salud física, situación económica. Muchos investigadores consideran al envejecimiento como la causa de estados

depresivos y por tanto postulan que el grupo de personas mayores es más vulnerable a la depresión que el grupo de adultos más jóvenes.

Se dice que el porcentaje de personas que padecen depresión grave, aumenta alrededor de los 65 años aunque algunos trabajos de campo no parecen confirmar esta idea. Según Blazer (1984 en Muñoz, 2006) solamente el 1% de las personas de más de 60 años presentan estados severamente depresivos apunta que el 4% de la población joven presenta síntomas de depresión.

Blazer (1984) Argumenta otra hipótesis de trabajo según la cual a diferencia de la tasa de prevalencia de la depresión entre los jóvenes y las personas mayores pueden explicarse por un efecto de cohorte o de generación. Además algunos estudios apuntan que la actual cohorte de personas mayores está relativamente inmunizada contra la depresión contraponiendo que el número de personas consultadas por depresión ha aumentado debido a que el número global de personas mayores también ha aumentado de forma considerable.

Según estas investigaciones la relación entre la depresión y edad todavía no parecen suficientemente contrastadas. Kermis (1985, en Gutiérrez, 2008) afirma que muchos de los estudios realizados presentan los sesgos siguientes: las personas depresivas viven en instituciones y por tanto están excluidas de los estudios también posiblemente enmascaren la realidad en el momento de responder a las cuestiones que les plantean los instrumentos de evaluación; además en muchas ocasiones la depresión de las personas mayores tiende a confundirse con trastornos mentales provocados por disfunciones de tipo orgánico. Es decir determinados hechos que impliquen privaciones de algo importante para la persona mayor pueden desencadenar un trastorno depresivo. Ante acontecimientos de esta índole es normal que la persona pase un tiempo deprimida y si no llega a afrontar correctamente su situación comience a sentir cambios cognitivos y emociones trasladándolos a un comportamiento deprimido; en efecto estos cambios pueden afectar al normal funcionamiento del sistema nervioso central segregando menos de los neurotransmisores que contribuyen a regular su estado emocional.

En cualquier caso muchas personas mayores se ven sometidas a alguna situación negativa. Pero poco más del 10% padece depresión, lo anterior induce a pensar que el estilo de vida juega un papel importante. Las personas mayores que realizan actividades, tienen amigos e interaccionan con la familia, practican deporte etc. Parecen inmunizadas contra la depresión.

De acuerdo a estos estudios y datos anteriores, la depresión es un fenómeno que se da en el colectivo de personas mayores pero no se puede considerar como un trastorno típico de esta edad al no estar demostrado que aumente después de los 60 años.

Causas sobre depresión de acuerdo a Triado (2006):

- Sexo: las mujeres presentan desventajas en cuanto al riesgo de padecer depresiones.
- Herencia: existe un componente genético importante en los trastornos bipolares y depresiones recidivantes. Los descendientes de enfermos bipolares presentan con más frecuencia alteraciones en los trastornos del ánimo. La herencia no quedaría referida a un trastorno concreto, sino que lo transmitido sería un amplio espectro de enfermedades. Estas alteraciones heredadas a su vez pueden provocar conflictos en la convivencia cotidiana que susciten situaciones de estrés importantes que desencadene el trastorno de ánimo.
- Predisposición evolutiva: las situaciones familiares conflictivas y especialmente las pérdidas objétales en edades tempranas repercutiría en la aparición de la depresión.
- Depresión, enfermedades crónicas y discapacidad: hay depresiones causadas directamente por enfermedades médicas. Y además existen enfermedades físicas crónicas cuya discapacidad o dolor persistente

provocan una depresión. Se ha demostrado que la prevalencia de depresión en discapacitados es el doble que en los no discapacitados.

- Socio génesis: los cambios que se han producido en la sociedad actual han hecho que la soledad sea un fenómeno cada vez más frecuente. El alargamiento de la esperanza de vida ha traído en muchas ocasiones más prolongación de los periodos de viudedad y soledad. Sin embargo el fenómeno de la institucionalización significa cambios sociales y posibilidad en los ancianos debido a que sea observado el adulto los siguientes hechos:

a) Incremento del número de residencias y personas asistidas en ellas, fundamentalmente por el envejecimiento general de la población y dificultad por parte de los hijos de cuidar a sus padres ancianos.

b) La institucionalización en residencias gerontológicas o geriátricas se asocia a factores que pueden favorecer la aparición de cuadros o síntomas depresivos, que producirían un aumento en la incidencia de esta problemática:

- Sentimiento 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 familiar, social. Lo cual conduce a un desarraigo y esfuerzos de adaptación relevante.
- Cambios significativos en el estilo de vida con incremento de estrés: lo cual es la adaptación obligada a un reglamento y normas que pueden incidir negativamente sobre su intimidad, autonomía y dar lugar a sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad o bajo nivel de satisfacción vital.
- Falta de objetivos y actividades fuera y dentro de la institución, impersonalidad.
- Incremento del auto percepciones sobre déficit de salud y ansiedad ante la muerte.

- Motivo de institucionalización: en gran número de ocasiones el motivo de institucionalización es la existencia de una enfermedad crónica (discapacidad importante con pérdida de la autonomía), una edad elevada y una falta de apoyo socio familiar lo cual incide igualmente en el incremento de las tasas de depresión.

- Otros factores que típicamente relacionan institución y depresión son la edad promedio de la población atendida en ella: el género (residencias mixtas o de un solo sexo; notándose una mayor incidencia de depresión en mujeres) las características físicas del entorno y el trato humano de cuidadores (impersonalidad que favorece la falta de interés provocando una disminución de autoestima) etapa de adaptación de la persona a su nueva residencia (el cuadro depresivo suele ser para algunos más marcado al ingreso y disminuir con el tiempo) El uso de fármacos para el tratamiento de enfermedades crónicas que suelen afectar a los residentes.

### 2.3 Modelos explicativos sobre la depresión.

Dentro del presente subtema se hace un acercamiento a las teorías que aportan información para la explicación de la depresión desde perspectivas diferentes.

Presencia de cambios hormonales o desarreglos bioquímicos en el cerebro: desde este punto de vista, se sugiere que el envejecimiento contribuye a disminuir la capacidad de fabricar neurotransmisores y que existen determinadas enzimas que se encargan de su destrucción. No obstante, la disminución de neurotransmisores no se observa en todas las personas mayores y en algunos sujetos depresivos aumenta. Las más documentadas son las anomalías en el funcionamiento de los sistemas de neurotransmisores de la serotonina y la noradrenalina. (Matllanes, 2010)

Explicación cognitiva: la depresión es un trastorno de pensamiento y consecuencia de estructura cognitiva erróneas o inapropiadas, porque determinados estados de ánimo provocan una visión distorsionada de la realidad. En consecuencia los cambios bioquímicos producidos en el cerebro serían el resultado y no la causa de la depresión. Estos pensamientos suelen ser persistentes, involuntarios con las

situaciones que se plantea a los sujetos y pueden estar alimentados por una visión negativa y determinados estereotipos sociales sobre la vejez. Tal como señalan Patten (2002, en Matellanes, 2010) cuando las personas están deprimidas pueden identificar problemas o estresores como causantes de su depresión.

Hablar de los procesos de orden depresivo que puede afectar al individuo en cualquier momento de su vida nos lleva a la definición pluridimensional del proceso patológico propuesto por Birren (1990, en Funes, 2006) este se apoya de seis características; degradación de la autoestima, declive de la adaptación de su representación de la realidad, disminución del control de su entorno, pérdida de autonomía que aumenta con el envejecimiento, aparición del desequilibrio en la personalidad y por ultimo degradación en la capacidad de adaptación a los cambios.

Recientes estudios intentan analizar las causas de la depresión en las personas mayores buscando factores responsables para facilitar el diagnóstico diferencial y por tanto elaborar tratamientos más eficaces.

Otra teoría que explica la depresión en adultos mayores se basa en el hecho de que el proceso de envejecimiento contribuye a disminuir la capacidad de fabricar neurotransmisores y que a esta edad existen determinadas enzimas que se encarguen de la destrucción de los neurotransmisores entre otras la monoamina oxidasa. Estudios posteriores han puesto en entredicho estas teorías porque la disminución de neurotransmisores no se observa en todos los sujetos mayores y en algunos sujetos depresivos aumenta Veit y Raskind (1988, en Lopez, 2006)

En la actualidad se piensa que la depresión aparece cuando surgen cambios en el entorno del individuo y que este los percibe de forma negativa. En consecuencia los cambios bioquímicos producidos en el cerebro son el resultado y no la causa de la depresión desde este postulado esta disfunción no se considera como una enfermedad ya que no existen deficiencias orgánicas, sino que se debe analizar como un complejo trastorno psicológico que provoca alteraciones orgánicas (Cornachione, 2006)

Desde el punto de vista psicológico los conductistas señalan que la depresión es solo la frecuencia reducida en la realización de conductas que pueden estar reforzadas positivamente Fester (1989, en Muñoz, 2006) si no son reforzadas estas conductas se extinguen gradualmente lo que explica la pasividad y falta de motivación en las personas mayores depresivas.

Algunas situaciones pueden abocar a padecer una disminución positiva en su estado de ánimo. La jubilación, la aparición de enfermedades, la disminución de ingresos económicos, la pérdida de la pareja, una menor actividad. Priva a los mayores de refuerzos positivos y reducen las situaciones gratificantes.

Otra perspectiva conductual propuesta por Selligman (en Triado, 2006) acuñó el término de indefensión aprendida lo que significa; cuando una persona desarrolla síntomas depresivos después de su ingreso a una residencia. En efecto si la persona no ha decidido por sí misma abandonar su hogar y tras la institucionalización no puede establecer su propio horario, elegir sus actividades que le gustan y cree que sus esfuerzos por cambiar la nueva situación serán inútiles estos sujetos ante la imposibilidad de controlar su propia situación le hace sentirse indefensos y al mismo tiempo propicia el desarrollo de síntomas depresivos. Desde esta perspectiva los sujetos manifiestan síntomas de pasividad, falta de motivación, creencias negativas sobre su entorno, si mismo, sentimientos de indefensión y un futuro.

Beck destaca la aparición de la triada cognitiva en la persona depresiva cuando de forma ilógica la persona percibe sus experiencias pasadas, presentes y futuras de forma negativa. Se infravalora no se cree autónoma e independiente y está convencida de sus creencias aunque ningún indicador lo confirme. En estos casos el pensamiento depresivo no se basa en la evidencia provocando reacciones de tristeza y desesperanza, boicoteando todas las metas u objetivos que el sujeto propone.

Así la persona depresiva comete un gran número de errores de lógica que se convierte en distorsiones cognitivas. Entre los principales errores del pensamiento depresivo Beck (1979).

Focalización: De lo negativo por parte del sujeto que solo pone énfasis en los aspectos negativos de las cosas con una fuerte tendencia a infravalorarse.

Tendencia a la personalización: Los sujetos se consideran culpables de todo lo malo que hay a su alrededor.

Pensamiento absolutista: Se perciben todas sus experiencias en términos extremistas todo o nada.

Tendencia a la generalización: El depresivo saca conclusiones generales a partir de detalles mínimos y específicos a los que conecta con situaciones concretas.

Deducción de conclusiones sin datos: A partir de una información muy sesgada e incluso de información claramente en contra, la persona llega a determinadas conclusiones infundadas.

Explicación conductista: La depresión es fruto de una frecuencia reducida en la realización de conductas que pueden estar reforzadas positivamente; si no son reforzadas estas conductas se extinguen gradualmente, lo que explica la pasividad y falta de motivación en las personas mayores depresivas. Lo anterior se relaciona la depresión con el fenómeno de la indefensión aprendida, que es el estado el que la persona decide no actuar, porque siente que no puede hacer nada, tras haber comprobado repetidamente que las consecuencias no están relacionadas con la conducta que emite.

Las depresiones exógenas o reactivas se ven como respuesta a experiencias traumáticas precipitantes en la vida del paciente en tanto que las depresiones endógenas se consideran como expresión de un patrón de reacción constitucionalmente condicionado, que está relativamente poco afectado por los acontecimientos externos.



Factores biológicos: así como no parece que los factores genéticos tengan mucha importancia en los mayores, por el contrario hay una serie de factores estructurales del cerebro que se relacionan con una mayor predisposición a padecer depresión: en primer lugar subrayar la disminución de los neurotransmisores (noradrenalina, acetilcolina, dopamina y serotonina) son la consiguiente ralentización y disminución de flujo cerebral; en segundo lugar los accidentes vasculares cerebrales, especialmente en el hemisferio izquierdo, es probable que provoquen depresión mayor, asimismo los ancianos con procesos arteriosclerosis pueden evolucionar hacia una depresión si se ven afectadas determinadas áreas de los ganglios basales. Algunos autores han propuesto el termino depresión vascular para describir algunos cuadros que aparecen en pacientes con hipertensión arterial, enfermedad coronaria, accidentes vasculares cerebrales o demencia vascular (García, 1999)

Por otra parte la depresión acompaña a otras enfermedades presentes en las personas mayores: en la enfermedad de Parkinson la depresión está asociada al 40-50% de los casos; en los enfermos de Alzheimer está presente el 20-40% de los afectados en los procesos cancerígenos la depresión acompaña al 20% de los casos.

Factores psicosociales: existen determinados acontecimientos vitales que pueden precipitar una depresión en los ancianos, la muerte de los familiares o cónyuge, la emancipación de los hijos, jubilación, las rupturas maritales de los hijos, enfermedad. A todos estos factores habría que añadir la falta de relaciones sociales y apoyo familiar. Cualquier evento vital estresante tiene un efecto negativo mayor si la persona no dispone de una red social y familiar de apoyo (García, 1999)

Problemas para el diagnóstico de la depresión.

La depresión en la etapa final de la vida es una condición que permanece infra diagnosticada y alejadas de un tratamiento, no más del 10% detectados en atención primaria recibirá tratamiento antidepresivo y menos de un 1% serán

derivados a un psiquiatra pese a consultar a su médico de cabecera de dos a tres veces más que las personas sin depresión. Esta respuesta por parte de los médicos surge de varios factores. Faissos&Steffens (2001, en Matellanes, 2010) señala que los síntomas de depresión, con frecuencia no son reconocidos ni por el paciente ni por el médico debido a que llegan erróneamente a percibir la depresión, como una consecuencia normal del proceso del envejecimiento, esto puede desembocar lo que Fernández (1992) denomina nihilismo terapéutico es decir no hacer nada en tanto se trata de una condición inevitable o irreversible y concentrarse solo en lo tratable que es la enfermedad Física correspondiente. El nihilismo terapéutico basado en pre concepciones mal informadas de la edad y el tratamiento psiquiátrico pueden ser comunes, y los médicos pueden tener herramientas de diagnóstico inadecuados o un pobre entendimiento del concepto del trastorno depresivo.

Herramienta de detección:

El paciente geriátrico puede tener menores quejas del humor y más quejas somáticas que a menudo son difíciles de diferenciar de los padecimientos médicos subyacentes. por tal motivo se han desarrollado, para la población del adulto mayor herramientas especiales de detección que consideran esta diferencia.

Diagnóstico diferencial.

Diagnosticar depresión en adultos mayores puede ser un reto debido a múltiples enfermedades comorbidas. Muchos pacientes con deterioro cognitivo leve pueden tener síntomas depresivos. Mediante un tratamiento efectivo, su desempeño cognitivo con frecuencia mejora sin embargo, estos pacientes aún tienen alto riesgo de evolución a demencia en los tres años siguientes. La pérdida de un ser querido a menudo se manifiesta con humor deprimido que puede ser normal dada la reciente pérdida del paciente. Sin embargo, si los síntomas depresivos persisten más de 2 a 3 meses, debe considerarse un diagnóstico de depresión (Zolotov, 2002)

Los pacientes geriátricos que sufren delirio causado por un padecimiento médico subyacente, pueden tener cambios de humor. También se deben considerar otras enfermedades psiquiátricas comorbidas como trastornos de ansiedad, personalidad y abuso de sustancias. Los pacientes con trastorno bipolar o trastorno psicóticos pueden tener humor deprimido; por tanto es importante preguntarle a los pacientes acerca de episodios maníacos previos, alucinaciones o delirios.

La depresión también se confunde con otras enfermedades, por ejemplo: la fatiga y la pérdida de peso se pueden relacionar con diabetes mellitus, enfermedad tiroidea o anemia. Los pacientes con enfermedad de Parkinson pueden presentar primero humor deprimido o afecto aplanado. Los trastornos del sueño debido a dolor o la apnea del sueño también pueden ocasionar fatiga diurna y humor deprimido.

#### 2.4 Depresión desde residencias geriátricas.

El importante incremento de adultos mayores ya la presencia de problemas funcionalmente incapacitantes, se plantea cada vez más una serie de demandas que desbordan la capacidad de respuestas familiar y a la que el sistema social debe dar cumplida respuesta. Respuesta que hasta el momento ha sido en muchos casos la residencia geriátrica.

A pesar de las numerosas críticas surgidas en los años 80 contra la institución geriátrica, el incremento del número de adultos mayores, junto a otros factores de diversa índole hace que la residencia para adultos, siga presentándose como la opción preferente en la actualidad para un grupo muy concreto de ancianos caracterizados por un alto nivel de dependencia funcional, necesidad continuada de cuidados y déficit de recursos de apoyo (Corniachone, 2006)

De acuerdo con Rowles (1990, en Corniachone, 2006) el hogar de los adultos mayores adquiere connotaciones que subjetivamente trascienden de la realidad a un mero espacio físico. A través de los años y en las experiencias vividas en el entorno familiar, las distintas partes de la casa han sido impregnadas de recuerdos

y emociones que pueden actuar a modo de testimonios vivo en el que se encuentran todos aquellos objetos y posesiones que unen al adulto mayor con su pasado. Abandonar la casa familiar supone abandonar la casa donde se desarrollaron partes importantes de su propia vida, conllevando por lo tanto una especie de renuncia que en muchos casos puede resultar dolorosa.

Por otra parte el ingreso a una residencia geriátrica supone una forma de reubicación especialmente dura y difícil de elaborar. Cuando el adulto mayor deja su casa para ir a vivir con algún familiar, sigue teniendo a su alcance personas que la conocen y que le recuerdan a cada gesto quien es como es y quien fue. El conocimiento de sus familiares y amigos que tienen sobre aspectos distintos de su biografía estimula el conocimiento de sí mismo, otorgando con esto una coherente continuidad a su identidad personal. Unido a esto las expectativas de hijos políticos y nietos respecto al comportamiento del adulto mayor, constituyen una orientación importante para que este interiorice y suma los nuevos roles que debe desempeñar, la opción de ir a vivir con la familia supone de alguna forma una obligación para el desarrollo personal, continuando a partir del reconocimiento de unas bases establecidas.

El ingreso a una residencia geriátrica a diferencia de un traslado que supone ir a vivir con algún familiar lleva consigo la incorporación de un ambiente tan extraño como artificial, en el que el adulto mayor antes de otra cosa, es un desconocido, por otra parte la institución geriátrica en tanto que institución es, un centro que debe necesariamente regirse por una serie de normas acrecentando con esto la pérdida del sentido de control personal en los nuevos usuarios. No resulta por lo tanto extraño que el recién ingresado se desoriente ante el desafío impuesto por la nueva realidad a la que se debe adaptar Riquelme y Buendía (1980, en Gutiérrez 2008).

De acuerdo con Tobin (1983, en Belsky, 1996) los efectos del ingreso en una institución geriátrica comienza a sentir una amenaza, el presente autor, describe los primeros esfuerzos de adaptación al ámbito residencial como síndrome del primer mes según este autor muchos residentes recién admitidos sufren un

proceso funcional, mientras otros se deprimen extremadamente, otros presentan comportamientos extravagantes e incluso entran en una dinámica de progresivo deterioro. Después del síndrome del primer mes algunos residentes recuperan su nivel funcional previo a la admisión, mientras otros continúan un progresivo deterioro hasta el momento de su muerte.

Respecto a la elevada prevalencia de trastornos psicológicos en la institución geriátrica la presencia de deterioro cognitivo y más concretamente la presencia de cuadros demenciales, como es el caso de estadios avanzados de la enfermedad de Alzheimer, constituyen un factor de riesgo importante para la propia institucionalización igualmente han podido constatarse junto con indicadores de deterioro cognitivo elevados índices de trastornos depresivos así como trastornos ligados a la ansiedad.

De acuerdo a Chande (2003) los distintos estudios comparativos realizados sobre ancianos que viven en instituciones geriátricas coinciden en la presencia de mayores tasas de deterioro cognitivo trastornos afectivos y manifestaciones depresivas en la población institucionalizada, esta constatación debe hacernos recordar que si bien la patología psiquiátrica es uno de los principales factores de riesgo de institucionalización junto con la soledad y la necesidad de cuidados, también el ingreso mismo en la institución junto a los estresores mismos de la propia vida en la residencia pueden actuar como una fuente de estrés capaz de propiciar el desarrollo de alteraciones cognitivas y emocionales como consecuencia de los problemas de adaptación.

## 2.5 Suicidio

La depresión es un problema frecuente en la postrimería de la vida la tasa de suicidio es más elevada en la vejez que en cualquier otra época de la vida.

Para Centeno (2005) la conducta suicida en el anciano se caracteriza por:

Señales verbales como “la gente estaría mejor sin mí” o “no hay razón para seguir adelante”. Las claves conductuales incluyen abandonar las posesiones, ir al

médico sin ninguna enfermedad aparente y almacenar pastillas. El clínico también debería observar las conductas potencialmente autodestructivas o que asuman la forma de suicidios pasivos, tales como rechazar la medicación, no comer, abusar del alcohol y las drogas.

Menos intentos de suicidios frustrados y mayores tasas de suicidio completados:

En el grupo de personas mayores los intentos de suicidio aparecen claramente como una voluntad de poner fin a su vida. Por sexos, el número de tentativas es mayor en las mujeres, mientras que en los varones el suicidio se consuma en un porcentaje mayor. Parece que los acontecimientos asociados al envejecimiento como: enfermedades, jubilación, soledad y viudedad influye más sobre el autoestima de los hombres, con una menor tolerancia a la frustración.

Utilización de métodos mortales: por sexos los hombres utilizan las formas más violentas, como la asfixia o la precipitación de las alturas, mientras que las mujeres optarían más por el envenenamiento mediante pastillas o barbitúricos, aunque ambos grupos se equiparan en el ahorcamiento (Estruch, 1985)

Según Pérez – Barrero (2004, en Matellanes 2010) menciona que los principales factores de riesgo en ancianos son.

Factores médicos: se incluye toda una serie de enfermedades crónicas, terminales, dolorosas y/o invalidantes, con su correspondiente pérdida de facultades físicas o intelectuales como: alzheimer, parkinson, neoplasia, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca progresiva.

De acuerdo a Moragas (1991) el suicidio puede ser una forma de evitar el dolor a uno mismo o una forma de eliminar los problemas que genera su enfermedad en sus familiares y entorno. La mitad de los hombres mayores y un tercio de las mujeres que se suicidan padecen enfermedades muy graves. En la mujer los cambios, hormonales pueden desencadenar desajustes físicos y psicológicos provocando estados de ansiedad e hipocondría. Otros factores serian una mayor

frecuencia de ingresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas y la implantación de tratamientos que favorecen la depresión.

Factores psicopatológicos o psiquiátricos: se trata de depresiones de cualquier naturaleza que habitualmente, no recibe el tratamiento adecuado en la atención primaria por ser confundidas con complicaciones médicas. Dos tercios de los suicidios geriátricos se asocian con la depresión. Otro factor refiere ser por el abuso de drogas, alcohol y los trastornos crónicos del sueño.

Factores psicológicos: es la presencia de sentimientos de soledad, inactividad tras la jubilación el sentimiento de inutilidad, de fracaso existencial la ausencia de proyectos y expectativas de futuro y la tendencia melancólica a refugiarse en el pasado.

Factores socio familiares: dentro de este rubro se encuentran la pérdida del cónyuge u otros seres queridos por muerte natural o suicidio; las frustraciones afectivas y vivencias de abandono, las situaciones de desarraigo que se produce cuando el adulto se ve obligado a ser trasladado de un domicilio por los familiares y el detrimento de su comodidad, privacidad y estabilidad; los ingresos voluntarios en residencias; la disminución de la comunicación e integración social, percepción de rechazo y hostilidad frente a la vejez Wolfe (1990, en Matelanes,2010)

Factores económicos: se entiende como la disminución del poder adquisitivo tras la jubilación, así como la pérdida de prestigio y del estatus social.

Clemente en (Centeno, 2005) define el suicidio como el efecto de un conflicto entre el individuo, existencia y realidad social que le provoca una desmotivación para vivir y/o se percibe irreconciliable con dicha realidad siendo la misma mucho más fuerte que él, ante la falta de refuerzo existencial su vínculo se va deteriorando lo que provocara exclusiones parciales despojo de ciertos roles, así como confrontaciones con la realidad estipulada que actúa como refuerzo de su actitud de exclusión social, hasta que en un momento dado el sujeto decide excluirse totalmente dándose muerte, tras haber visto superados sus recursos y

capacidades de intervención y afrontamiento. En cuanto a tentativas de suicidio en personas mayores se observan ocho suicidios por una tentativa fallida mientras que en personas jóvenes se constata un suicidio por cada siete tentativas. Por tanto parece que en el grupo de personas mayores los intentos de suicidio aparecen claramente como una verdadera voluntad de consumarlo. En los jóvenes la tentativa de suicidio es a menudo una llamada de auxilio, lo que no significa que el individuo no desee realmente morir.

Causas:

Parece que existe un aumento del número de suicidios de personas mayores de 60 años en los países industrializados y que estos son provocados por la falta de integración social de ciertos grupos. Las causas del suicidio son múltiples y cada una de ellas puede tener un peso diferente en cada persona pero tiene que existir una confluencia de factores físicos, psicológicos, sociales y culturales para que el individuo decida quitarse la vida. James (2003) apunta que cada ser humano posee unos niveles de tolerancia diferentes, lo que pone en evidencia el carácter singular del suicidio y las motivaciones personales que esto puede conllevar.

La responsabilidad del suicidio se atribuye a la sociedad que solo pone de relieve los aspectos positivos de la juventud y la infravaloración de la vejez. La sociedad no reconoce los valores de la ancianidad pero pone énfasis en que el colectivo de personas mayores no tiene un rol y estatus definidos. Esto contribuye a la pérdida de identidad y a la marginación de este colectivo de personas, pero no es conveniente reducir las causas del suicidio de los ancianos solo a factores sociales Chande (2003)

En la mujer los cambios hormonales pueden desencadenar desajustes físicos y psicológicos provocándoles estados de ansiedad e hipocondría. La menopausia es un periodo crítico que puede llevar a algunas mujeres a suicidarse de forma impulsiva.



También las enfermedades son la causa de algunas depresiones y del aislamiento social. La relación entre depresión y suicidio se considera como una unión indisoluble.

El aislamiento social es otro factor que puede precipitar los casos de suicidio, las personas que se han distanciado de su familia, amigos, redes sociales y viven solas constituyen un grupo de riesgo. En un estudio se observó que el 42% de los hombres y el 25% de las mujeres que se habían suicidado vivían solos (Fericgla 1992).

Seth (2005) Resume los factores que favorecen el suicidio en personas mayores de la siguiente manera:

✚ Factores médicos:

- Enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes.
- Pérdida de facultades físicas o intelectuales.
- Mayor frecuencia de ingresos hospitalarios e intervención quirúrgica.
- Tratamientos que favorecen la depresión.

✚ Factores psicopatológicos:

- Demencias.
- Depresión
- Alcoholismo y otras adicciones.
- Insomnio.

✚ Factores psicológicos:

- Sentimientos de soledad.
- Inactividad y aburrimiento.
- Sentimientos de inutilidad.
- Sentimientos de fracaso existencial.
- Ausencia de proyectos y expectativas de futuro.
- Tendencia melancólica a refugiarse en el pasado.

✚ Factores socio familiares:

- Perdida del cónyuge u otros seres queridos.
- Frustraciones afectivas y vivencias de abandono.
- Ingresos involuntarios en residencias.
- Disminución de la comunicación e integración social.
- Percepción de rechazo y hostilidad social frente a la vejez.
- ✚ Factores económicos:
  - Jubilación.
  - Disminución del poder adquisitivo.
  - Perdida de estatus social.

### 3.1 Definición de la terapia cognitiva conductual.

La terapia cognitiva conductual es un procedimiento activo, directivo estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Basándose en el teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores. (Beck, 1992)

El doctor Aarón Beck comienzos de los años sesentas desarrollo la terapia cognitiva como un tratamiento para la depresión estructurado y breve centrado en la problemática presente proponiendo resolver problemas actuales modificando el pensamiento y las conductas disfuncionales. El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. (Beck, 2000)

De acuerdo a Persons (1988, citado en Beck 2000) demuestra que la terapia cognitiva es eficaz para pacientes que cuentan con distintos niveles de educación, ingresos y extracción social. Este abordaje ha sido adaptado para trabajar con pacientes de todas las edades desde preescolar hasta los ancianos.

El terapeuta busca mediante varios recursos producir un cambio cognitivo un cambio en el pensamiento y el sistema de creencias del paciente para conseguir a partir de ahí una transformación duradera de sus emociones y comportamientos.

La terapia cognitiva se basa en 10 principios (Beck, 2000):

Principio 1: La terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y de sus problemas planteados en términos cognitivos. El terapeuta

desde el inicio de las sesiones debe identificar sus pensamientos presentes así como sus comportamientos.

Principio 2: Se requiere de una sólida alianza terapéutica: calidez, empatía, interés, preocupación genuina. El terapeuta debe de mostrar interés por el paciente, escuchando con atención, sintetizando adecuadamente las ideas y sentimientos que el paciente expresa.

Principio 3: Enfatizar la colaboración y la participación activa: el terapeuta es más activo respecto a la dirección que debe de tomar la terapia y en la confección de la síntesis del trabajo efectuado en cada sesión.

Principio 4: La terapia cognitiva está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados: el terapeuta ayuda a evaluar los pensamientos que interfieren con sus objetivos y a tomar medidas al respecto.

Principio 5: Destacar inicialmente el presente: el tratamiento implica poner un fuerte énfasis en los problemas actuales y en las situaciones específicas que alteran al paciente. El terapeuta cognitivo suele comenzar la terapia con un examen de aquí y el ahora, independientemente de cual sea el diagnóstico. La atención puede centrarse en el pasado en tres circunstancias: cuando el paciente expresa una fuerte predilección por hacerlo; cuando el trabajo centrado en el presente produce pocos o ningún cambio desde lo cognitivo, conductual y emocional o cuando el terapeuta considera que es importante comprender como y cuando se forjaron ciertas ideas disfuncionales que afectan al paciente en la actualidad.

Principio 6: la terapia cognitiva es educativa tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de recaídas: Como sus pensamientos influyen sobre sus emociones y su conducta el terapeuta no solo ayuda a establecer objetivos, identificar y evaluar sus pensamientos, creencias y planificar sus cambios de conducta si no principalmente como debe hacerlo.

Principio 7: El tiempo tiende a ser limitado: el terapeuta plantea objetivos basados en aliviar síntomas, facilitar la remisión del trastorno, ayudar a resolver los problemas. Por lo anterior el tiempo será limitado ante los objetivos.

Principio 8: Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas: el terapeuta cognitivo tiende a armar una estructura establecida para cada sesión.

Principio 9: La terapia cognitiva ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencias: el terapeuta ayuda a determinar la precisión y la utilidad de sus ideas.

Principio 10: La terapia cognitiva se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

La terapia mencionada se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: 1) controlar los pensamientos automáticos negativos; 2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; 3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; 4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; 5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

La terapia cognitiva difiere de otras en dos aspectos importantes: en la estructura formal de las sesiones y en los tipos de problemas en que se centra. El terapeuta cognitivo se encuentra en continua actividad e interactúa intencionadamente con el paciente estructurando un diseño específico que requiere la participación y la colaboración del paciente. Dado que el paciente depresivo suele estar al principio confundido, preocupado o distraído, el terapeuta le ayuda a organizar sus pensamientos y su conducta con el fin de ayudarlo a hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana (Caro,2007)

Otra característica de la terapia es el centrarse en problemas “aquí y ahora”. brindando escasa atención a la época de la infancia salvo que puede clarificar algunos hechos actuales. El objetivo principal es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante las sesiones.

La estrategia general de la terapia cognitiva se puede diferenciar del resto de las escuelas de terapia por su énfasis en la investigación empírica de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente.

Entre los supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva son las siguientes Beck (1979):

1. La percepción y la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.
2. Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
3. El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente por lo general, a partir de sus cogniciones.
4. Estas cogniciones constituyen la “corriente de conciencia” o campo fenoménico de una persona que refleja la configuración de la persona acerca de si misma, su mundo, su pasado y su futuro.
5. Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.
6. Mediante la terapia un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.
7. La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica.

Según Caro (2003) afirmaba. No sufrimos por el choque de nuestras experiencias el llamado trauma, sino que inferimos de ellas precisamente lo que se ajusta a nuestros propósitos. Estamos auto determinados por el significado que damos a nuestras experiencias y probablemente siempre hay implicada cierta parte de error cuando tomamos determinadas experiencias como base nuestra vida futura. Los

significados no están determinados por las situaciones, sino que nos determinamos a nosotros mismos por el significado que damos a las situaciones.

### 3.2 Tratamiento cognitivo conductual para la depresión.

La causa principal de los síntomas del paciente son pensamientos negativos, poco realistas e irracionales. Estas cogniciones incorrectas producen los restantes signos del trastorno: humor sombrío, incapacidad para actuar, lentitud del pensamiento incluso las características físicas de la depresión. Por consiguiente el tratamiento que debe aplicarse al paciente es sobre la identificación y modificación de dichos pensamientos negativos que generan la depresión.

Dado que los pensamientos negativos causan depresión tienden a presentar un carácter automático del que el paciente no es consciente, esto no es fácil como podría parecer. El paciente podría saber cuándo está deprimido pero podría ser incapaz de expresar la razón de su estado de ánimo. Todo lo que expresa el paciente son los síntomas desagradables. (González, 2011)

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión de acuerdo a Beck (1979): 1) triada cognitiva. 2) los esquemas y 3) los errores cognitivos.

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrásico.

Primer componente de la triada cognitivo se centra en la visión negativa del paciente acerca de si mismo

Segundo componente se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa, le parece que el mundo le hace demandas exageradas y le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos.

Tercer y último componente se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente.

Organización estructural del pensamiento.

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia. El esquema es la base para transformar los datos en cogniciones. Así un esquema constituye la base para localizar diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructura distintas experiencias.

Errores en el procesamiento de la información.

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del paciente depresivo mantiene la creencia del paciente en la invalidez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (Beck, 2000).

1. Influencia arbitraria: se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en esencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
2. Abstracción selectiva: consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
3. Generalización excesiva: se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
4. Maximización y minimización: quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
5. Personalización: se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse así mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.



6. Pensamiento absolutista, dicotómico: se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas, el paciente tiende a la selección de categorías del extremo negativo.

La terapia cognitiva conductual considera los pensamientos y especialmente los errores lógicos como los determinantes de los sentimientos de depresión. La investigación sobre la depresión entre las personas mayores ha establecido que esta puede ser en buena medida, definida por el alto número de cogniciones negativas mantenidas en relación consigo mismo, con el mundo y con el futuro, así también los errores lógicos de la depresión determinan sus creencias erróneas que predisponen al sujeto al sentirse feliz y preocupado y generar pensamientos de fracaso e indefensión. Así en una investigación en la que se comparaba a un grupo de ancianos deprimidos con otro grupo de ancianos no deprimidos encontraron que los primeros tenían unas menores expectativas de probabilidad de ocurrencia de acontecimientos positivos y mayores expectativas sobre la ocurrencia de acontecimientos negativos. También Gallagher y Thompson (1981, en Zolotov, 2002) realizaron una investigación en la que encontraron una serie de pensamientos negativos concretos entre las personas mayores consideradas deprimidas.

Preocupación por los problemas físicos.

Pensamientos negativos acerca del pasado.

Decepción con los hijos.

Muerte de familiares y amigos.

Cambios en la apariencia física debido a la edad.

Perdida de roles sociales.

Necesidad de cuidado del cónyuge enfermo o de algún familiar.

Miedo intenso a suceso de baja ocurrencia de probabilidad (accidentes o delitos)

Preocupación con la disminución de actividad sexual.

En definitiva aunque las personas mayores que padecen depresión al igual que otros grupos de edad puedan haber experimentado algunas pérdidas o eventos ambientales desagradables, la tendencia a generalizar, exagerar, sobrevalorar parece ser lo que distinguiría a las personas mayores deprimidas de las no deprimidas. La intervención cognitiva conductual consistiría por tanto en la identificación de errores lógicos que se asocian al estado de ánimo deprimido así como la eliminación de cogniciones negativas, aprendiendo a sustituirlas por otras más adaptativas y lógicas acerca de sí mismo y de los demás.

La intervención desarrollada por Beck 1976 el tratamiento cognitivo comienza con el registro sistemático de las actividades diarias y al nivel del placer y maestría de ejecución que se asocia a cada una de ellas la razón para comenzar de esta forma el tratamiento estriban que bastantes personas mayores tienen serios problemas para utilizar estrategias cognitivas que les sean capaces de demostrar que los pensamientos afectan al estado de ánimo.

Las actividades tienen un propósito adicional al ser aplicadas en la intervención cognitiva conductual. Cuando el terapeuta propone al sujeto la realización de actividades puede que este exprese algunos de sus pensamientos negativos y por tanto el terapeuta tenga la oportunidad de demostrar la relación entre pensamientos negativos y sentimientos como aquellos impiden la implicación en actividades potencialmente positivas.

Una vez que aparece que la relación entre pensamientos y fluctuaciones del estado de ánimo ha sido entendida por el sujeto el próximo paso es identificar las distorsiones cognitivas específicas implicadas en los pensamientos negativos del sujeto, es importante ayudar al sujeto a identificar las distorsiones específicas que comete para poder centrar la terapia en la corrección de los errores del pensamiento.

Otra teoría fue propuesta por Selligman (1975, en Caro, 2007) basada en la experiencia animal propone que las personas que experimentan ausencia de

control sobre las consecuencias de su conducta aprenden a verse a si mismo como indefensos al mismo tiempo que desarrollan síntomas depresivos. Los síntomas de depresión a los que hace referencia este modelo son los siguientes alta latencia en la emisión de respuesta voluntaria, pasividad (a causas de déficit motivacionales) creencias negativas sobre sí mismo, sobre el entorno, el futuro y por ultimo sentimientos de indefensión, quejas constantes sobre lo que les ocurre.

### 3.3 Terapia de grupo

Un grupo de psicoterapia consiste en ayudar a la gente con problemas emocionales a resolver dificultades ¿hasta qué punto son prometedores estos métodos de tratamiento para los ancianos? El examen de lo que los grupos pueden ofrecer a los individuos de cualquier edad proporciona algunos indicios

Yost (1991) describe las diversas influencias curativas que consideran que son el fundamento de los grupos de psicoterapia. Considera que las influencias son comunes a todos los grupos que resultan satisfactorios con independencia de sus notables diferencias en la forma externa.

Los grupos de acuerdo a Yost (1991) facilita el aprendizaje interpersonal y permite que sus miembros desarrollen técnicas de socialización ofrecen un foro para que la gente aprenda como las demás perciben sus acciones incluyendo sus virtudes y sus defectos. Las respuestas honestas de otros miembros de grupo enseñan a los participantes lo que están haciendo mal y como relacionarlo con las mejores formas de actuar los grupos también ofrecen solidaridad. Con el apoyo del grupo cada participante tiene el consuelo de saber que no está solo luchando con sus problemas los grupos fomentan la esperanza y las sensaciones de universalidad permitiendo que los miembros del grupo reparen en otros individuos con problemas similares que puedan estar afrontándolos de forma más satisfactoria.

Como consecuencia el esfuerzo de cada individuo parece menos exclusivo e insuperable así mismo en relación con estos beneficios existe otra influencia los grupos fomentan el modelado observando como otros miembros del grupo

afrontan las dificultades, los participantes aprendan nuevas estrategias de afrontamiento.

Y por último a diferencia de la terapia individual, los grupos permiten que la gente sea altruista dando consejos y ayudando a otros miembros del grupo. Es previsible que esta experiencia de poder elevarse desde una posición dependiente de ofrecer ayuda y sea especialmente eficaz para aumentar la autoestima entre los ancianos que puedan sentirse inútiles porque han dejado de tener la posibilidad de entregarse a los demás.

## Metodología

Objetivo general:

- ✓ Por medio de un taller de enfoque cognitivo conductual, disminuir síntomas depresivos en adultos mayores.

Objetivos específicos:

- ✓ Evaluar a los adultos mayores para detectar y determinar el nivel de depresión.
- ✓ Elaborar un taller desde el enfoque cognitivo conductual, teniendo como objetivo disminuir síntomas depresivos.
- ✓ Intervenir con el taller elaborado y dirigirlo a los adultos mayores con depresión.
- ✓ Evaluar nuevamente a los adultos mayores con el objetivo de realizar el análisis estadístico pretest - postest.

Planteamiento del problema:

¿Se logran disminuir síntomas depresivos en adultos mayores, por medio de un taller de enfoque cognitivo conductual?

Hipótesis

- ✓ Los síntomas depresivos reducen al intervenir con un taller de enfoque cognitivo-conductual en los adultos mayores

Variables

Variable independiente: taller en el enfoque cognitivo-conductual.

Variable dependiente: síntomas depresivos.

### Definición:

VI. Terapia cognitivo conductual: es un procedimiento activo, directivo, estructurado de tiempo limitado, basada en que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene el individuo de estructurar el mundo, sus cogniciones se basan en actitudes desarrollados a partir de experiencias anteriores (Beck, 1979)

VD. Síntomas depresivos: Las concepciones negativas de los adultos influyen en su tristeza, pasividad, culpabilidad, falta de placer o agrado y tendencia al suicidio. Estableciendo un círculo vicioso: los pensamientos negativos los sentimientos desagradables, la falta de motivación, la pasividad se refuerzan mutuamente (Beck, 1976)

### Operacionalización:

- ✓ VI. Mediante la valoración de los adultos se llevará a cabo la aplicación del taller, teniendo como finalidad mitigar las alteraciones emocionales centradas en la interpretación errónea, en su conducta y actitudes inadecuadas de cada uno de los adultos mayores.
- ✓ VD. Los síntomas depresivos se evaluarán por medio del inventario de depresión geriátrica con 15 ítems. Mismos que se aplicaran al final del taller.

## Método

Tipo de investigación: Cuasi-experimental, con base a que el grupo ya se encontraba formado y no existió asignación al azar; el tipo de investigación ya mencionado es el más adecuado para las características de la presente investigación. (Hernández, 2003).

Diseño: Pretest-postest intragrupo. El tipo de diseño seleccionado se debió a que existe una medición de las variables antes y después de la intervención del taller, con la finalidad de realizar una comparación de datos que determina la afirmación de la hipótesis ya mencionada.

Población: La población se encontraba conformada por un total de 25 adultos mayores entre los 65 y 87 años. Que residían en la “Casa Hogar para Ancianos “CosioDucoing”.

Muestra: No probabilística, intencionada: La selección de los adultos que participaron en el taller; se basó en los resultados arrojados sobre la aplicación de la escala de depresión geriátrica abreviada GDS, que afirmaran que existía pensamientos depresivos en los sujetos, así como el interés en la participación de cada uno de ellos para con el taller. Obteniendo una muestra de 14 adultos siendo 8 mujeres y 6 hombres entre los 70 y 86 años.

El grupo se formó por 14 participantes con las siguientes características.

Participante	Genero	Edad	Estado civil	Nivel de Estudios
A	F	70	Divorciada	Superior trunca
B	F	78	Viuda	Secundaria
C	F	86	Viuda	Secundaria
D	F	78	Soltera	Preparatoria
E	F	84	Viuda	Primaria
F	F	82	Viuda	Preparatoria
G	F	74	Viuda	Primaria
H	F	70	Viuda	Secundaria
I	M	80	Viudo	Secundaria
J	M	80	Viudo	Primaria
K	M	82	Viudo	Preparatoria
L	M	71	Soltero	Primaria
M	M	77	Divorciado	Secundaria
N	M	72	Viudo	Superior

### Análisis estadístico: Prueba de "T" de Student.

Se utilizó la prueba de "T" de student debido a que se hará la comparación de los resultados obtenidos bajo los efectos de un tratamiento así mismo se utilizara por la explicación que se puede obtener estadísticamente de la variable independiente sobre la variable dependiente.

### Instrumentos

La escala de depresión geriátrica de Yesavage diseñada en 1986 fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos.

La escala se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si/no, diseñado en su versión original para ser auto administrado, si bien se admite también su aplicación hetero administrativa, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible tendencias a responder en un solo sentido, el marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa.

Su contenido se centra en aspectos cognitivos-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano.

Cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango d 0-15, según la versión. Siendo la puntuación la siguiente:

No depresión 0-5 puntos.

Probable depresión 6-9 puntos.

Depresión establecida 10-15 puntos.



### Análisis de datos:

- a) Análisis inferencial: la prueba T de Student se utilizó con un nivel de significancia de 0.05

La elección de la prueba T de Student se debió por el planteamiento de la hipótesis debido a que se requiere de una comprobación antes y después de la intervención del taller.

La prueba T de Student se caracteriza por ser utilizada para muestras dependientes debido a que exige la existencia de dos momentos uno antes y otro después, con ello se da a entender que en el primer periodo de la aplicación servirá de control para posteriormente conocer los cambios que se susciten después de la intervención del taller.

Debido a que la finalidad del taller es la reducción de síntomas depresivos en los adultos mayores la comparación de datos por medio de esta prueba es oportuna para los objetivos establecidos.

### Procedimiento.

El procedimiento consto de los siguientes pasos.

- 1) Como el primer paso, se estableció cercanía con cada uno de los adultos mayores de forma individual con la finalidad de establecer empatía, debido a que los adultos les costaba un poco de trabajo hablar con personas ajenas a la casa. Posteriormente al establecimiento de empatía se aplicó una entrevista estructurada, tocando puntos sobre el motivo de su estancia dentro de la casa, su estado de ánimo y sus actividades a realizar dentro de la casa. De igual manera se llevó a cabo la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yesavage (1986).

- 2) Se llevó a cabo la realización del taller de enfoque cognitivo conductual basado en la teoría cognitiva de la depresión de Aron Beck (1979) con la finalidad de reducir síntomas depresivos que los adultos presentaban. Datos obtenidos por medio de la escala aplicada.
  
- 3) La aplicación del taller de enfoque cognitivo conductual para la reducción de síntomas depresivos consto de 12 sesiones en un lapso de una hora cada sesión una vez por semana. El espacio en donde se realizo el taller fue en un lugar amplio, limpio, con iluminación natural, ventilación adecuada y asientos cómodos para cada uno de los participantes, no viéndose afectado el lugar por ruidos externos.
  
- 4) A la conclusión del taller nuevamente se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yasavage (1986). Para la evaluación postest y análisis de datos con prueba T de Student.

Descripción del taller:

La realización del taller, presentó como sede las instalaciones de la casa hogar para ancianos fundada por el Dr. Gonzalo Cosio Ducoing desde 1994 misma que lleva el nombre de su creador.

El taller se realizó durante 12 sesiones en un periodo de 60 minutos una vez por semana, mismo que fue dirigido hacia los adultos mayores que en la aplicación de la escala geriátrica de depresión abreviada, presentaban una puntuación correspondiente a personas deprimidas. Cada uno de los participantes mostraba una actitud de disposición debido a que anteriormente no se habían realizado actividades como el taller a realizar.

La aplicación del taller tenía como objetivo reducir los síntomas depresivos de los adultos mayores, ante lo anterior se abordaron distintas dinámicas estructuradas para poder brindar a cada uno de los adultos un mejoramiento emocional.

La sesión 1 y 2 tuvieron como objetivo el reforzar una actitud cooperadora dentro del taller, establecimiento de reglas y mostrar ejemplos de cómo expresarse dentro de las sesiones (no poder decir frases negativas) debido a que los adultos viven juntos existía algunas diferencias entre ellos por lo que se realiza en la segunda sesión; la actividad de reconocer las habilidades de sus compañeros en especial con la persona que comparten habitación.

En la sesión 3, 4, 5, 6 y 7 se llevó a cabo la representación gráfica de experiencias positivas y negativas. Las primeras experiencias con la finalidad de valorar las emociones, pensamientos que en esos momentos los hacían sentir bien. En lo contrario cuando se habló de experiencias negativas se desvaloran los sentimientos y pensamientos negativos. En la sesión 7 se hace énfasis sobre los pensamientos automáticos, creencias negativas y distorsiones cognitivas que cada uno de ellos presenta.

En la sesión 8, 9, 10 y 11 se tienen como objetivo el brindar un mejor entorno para obtener una mejor calidad de vida personal dentro de la casa por lo que se realiza la asignación de tareas a cada uno de los adultos (de acuerdo a sus habilidades y gustos personales). Se estimula la comunicación y habilidad para la solución de problemas y motivación en su historia personal.

En la sesión final se realizó nuevamente la aplicación de la escala de depresión geriátrica abreviada. Para el análisis de datos posttest, para la conclusión del taller se conocerán los comentarios del personal que esta al cuidado de la casa con la finalidad de verificar cambios en sus pensamientos y conductas de cada uno de los adultos mayores.

## Resultados.

### Análisis de datos.

Para la realización del análisis de resultados de pretest-posttest de la escala de depresión geriátrica abreviada de Yesavage (1986) se utilizó la prueba T de Student con un nivel de significancia de 0.05.

A continuación se presentaran las tablas que corresponden a las variables de los participantes así mismo el análisis de resultados.

#### a) Análisis descriptivo.

Tabla 1. Muestra el porcentaje por género de los participantes

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	8	57.1
Hombre	6	42.9

El taller fue conformado equivalentemente debido a que la participación de las mujeres fue del 57.1 por ciento y los hombres con un porcentaje de 42.9.

Tabla 2. La presente tabla muestra la edad de los participantes que integraron el taller.

Participante	Edad
A	70
B	78
C	86
D	78
E	84
F	82
G	74
H	70
I	80
J	80
K	82
L	71
M	77
N	72

En la tabla se puede observar la variable edad en donde el adulto mayor de menos edad es de 70 años en comparación con el adulto de mayor edad es de 86 años. La frecuencia entre adultos de 70 a 75 años y de 76 a 80 es igualitaria debido a que corresponde a 5 adultos en cada grupo.

Tabla 3. Estado civil

Participante	Estado civil
A	Divorciado
B	Viudo
C	Viudo
D	Soltero
E	Soltera
F	Viudo
G	Viuda
H	Viudo
I	Viudo
J	Viudo
K	Viudo
L	Soltero
M	Divorciado
N	Viudo

De acuerdo a la tabla 3 el estado civil de los adultos corresponde a mayoritariamente a la viudez, debido a que 9 de los participantes tiene este estado civil. Posteriormente es el de soltero quienes 3 personas presentan esta condición y solo 2 son divorciados.

## Análisis Inferencial.

Tabla 5. Muestra las abreviaturas utilizadas de cada una de las preguntas de la escala de depresión geriátrica abreviada GDS, para su análisis de datos y exposición de resultados.

N°	Abreviatura	Variable
1.	SATVI	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?
2.	ABIN	¿Ha disminuido o abandonado mucho de sus intereses o actividades previas?
3.	VIVAC	¿Siente que su vida esta vacía?
4.	ABUF	¿Se siente aburrido frecuentemente?
5.	ANIMO	¿Está usted en buen ánimo la mayoría del tiempo?
6.	TEMOR	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?
7.	FELIZ	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?
8.	DESAM	¿Se siente con frecuencia desamparado?
9.	CASA	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir hacer cosas nuevas?
10.	MEMORIA	¿Siente usted que tiene mas problema con su memoria que otras personas de su edad?
11.	MARVI	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?
12.	INUTIL	¿Se siente inútil o despreciable, como está usted actualmente?
13.	ENERGIA	¿Se siente lleno de energía?
14.	SINESP	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?
15.	PERSME	¿Cree usted que otras personas están en general mejor que usted?

Tabla 4. Muestra de variables, frecuencia y porcentaje de pretest.

		Pretest		Postest		
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
1)	Satvi	Si	10	71.4	12	85.7
		No	4	28.6	2	14.3
		Total	14	100.0	14	100
2)	Abin	Si	13	92.9	12	85.7
		No	1	7.1	2	14.3
		Total	14	100	14	100
3)	Vivac	Si	4	28.6		
		No	10	71.4	14	100
		Total	14	100	14	100
4)	Abuf	Si	9	64.3	3	21.4
		No	5	35.7	11	78.6
		Total	14	100	14	100
5)	Animo	Si	3	21.4	11	78.6
		No	11	78.6	3	21.4
		Total	14	100	14	100
6)	Temor	Si	6	42.9		
		No	8	57.1	14	100
		total	14	100	14	100
7)	Feliz	Si	4	28.6	7	50
		No	10	71.4	7	50
		Total	14	100	14	100
8)	Desam	Si	6	42.9	3	21.4
		No	8	57.1	11	78.6
		Total	14	100	14	100
9)	Casa	Si	8	57.1	9	64.3
		No	6	42.9	5	35.7
		Total	14	100	14	100
10)	Memoria	Si	8	57.1	8	57.1
		No	6	42.9	6	42.9
		Total	14	100	14	100
11)	Marvi	Si	8	57.1	10	71.4
		No	6	42.9	4	28.6
		Total	14	100	14	100
12)	Inútil	Si	8	57.1	2	14.3
		No	6	42.9	12	85.7
		Total	14	100	14	100
13)	Energía	Si	6	42.9	6	42.9
		No	8	57.1	8	57.1
		Total	14	100	14	100
14)	Sinop	Si	5	35.7	1	7.1
		No	9	64.3	13	92.9
		Total	14	100	14	100
15)	Persme	Si	8	57.1	7	50
		No	6	42.9	7	50
		Total	14	100	14	100



Tabla 5. Pretest – Postest por variable de la escala de depresión geriátrica abreviada.

	Pretest	Media	Postest	Media	Diferencia Media	Valor t	GI	Significancia
1)	Satvi	1.2857	Satvi	1.1429	.14286	1.472	13	.165
2)	Abin	1.0714	Abin	1.1429	-.07143	-1000	13	.336
3)	Vivac	1.7143	Vivac	2.0000	-.28571	-2.280	13	<b>.040</b>
4)	Abuf	1.3571	Abuf	1.7857	-.42857	-3.122	13	<b>.008</b>
5)	Animo	1.7857	Animo	1.2143	.57143	4.163	13	<b>.001</b>
6)	Temor	1.5714	Temor	20000	-.42857	-3.122	13	<b>.008</b>
7)	Feliz	1.7143	Feliz	1.5000	.21429	1.385	13	.189
8)	Desam	1.5714	Desam	1.7857	-.21429	-1.385	13	.189
9)	Casa	1.4286	Casa	1.3571	.07143	.563	13	.583
10)	Memoria	1.4286	Memoria	1.4286	.00000	.000	13	1.000
11)	Marvi	1.4286	Marvi	1.2857	.14286	1.000	13	.336
12)	Inútil	1.4286	Inútil	1.8571	-.42857	-3.122	13	<b>.008</b>
13)	Energía	1.5714	Energía	1.5714	.00000	.000	13	1.000
14)	Sinesp	1.6429	Sinesp	1.9286	-.28571	-2.280	13	<b>.040</b>
15)	Persme	1.4286	Persme	1.5000	-.07143	-.563	13	.583

La tabla 8 muestra cada una de las variables de la escala de depresión geriátrica abreviada, reflejando los datos obtenidos por medio de la prueba T de Student con un nivel de significancia de 0.05. Dentro de esta tabla se observa que seis variables si obtienen una modificación de pensamiento en los adultos mayores las variable modificadas fueron: 1) Siente que su vida está vacía. 2) Se siente aburrido frecuentemente. 3) Está usted en buen ánimo la mayoría del tiempo. 4) Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar. 5) Se siente inútil o despreciable. 6) Se encuentra sin esperanza ante su situación actual.

## Discusión

Durante la realización de la presente se realizó la lectura de diversas fuentes de carácter científico en donde sobresale la prevalencia de depresión en la gente adulta mayor que va entre 20 y 45%. De ahí que fue pertinente intervenir a través de la terapia cognitivo conductual pues ésta ha sido un elemento base en la psicoterapias dirigidas a la depresión y la ansiedad (González 2011).

De acuerdo a Fernández (1992) la atención psicológica en adultos mayores debería aplicarse preferentemente de manera grupal, estableciendo una relación afectiva del grupo en tratamiento y el valor que puede tener para combatir la soledad considerada por diversos autores como un antecedente primario de la depresión en la tercera edad.

Triado (2006) refiere que algunas situaciones pueden abocar a las personas a padecer una disminución positiva en su estado de ánimo las cuales podrían ser: la jubilación, aparición de enfermedades, disminución de ingresos económicos, pérdida de pareja, reducción de actividad y el enfrentamiento a dichos acontecimientos producen falta de estímulos positivos.

Tanto profesionales de la salud mental como familiares de adultos mayores e inclusive los mismos sujetos en cuestión deben promover una mejor estabilidad emocional en cualquier etapa del ser humano brindando mayor énfasis en la última etapa del desarrollo humano ya que es un grupo social vulnerable.

De ahí que se proponga una posible alternativa para la intervención sobre la depresión en adultos mayores, ésta se basa en un taller de enfoque cognitivo conductual titulado "Taller de mejoramiento emocional". El cual tiene como objetivo reducir síntomas depresivos en adultos mayores de edades que van de los 70 a los 86 años. Se trabajó con una muestra de población que habita en la casa hogar para ancianos fundada por el Dr. Gonzalo Cosío Ducoing, misma que lleva el nombre de su creador.

La realización del taller fue pretest-posttest utilizando la escala de depresión Geriátrica Abreviada, GDS por sus siglas en inglés. Su creador fue Yesavage en el año 1986. Escala especialmente para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores pues ésta no sobrevalora los síntomas somáticos.

Se utilizaron las técnicas del norteamericano Kazdin que a continuación se mencionan.

“1) Reestructuración cognitiva: técnica dirigida a modificar los pensamientos o creencias específicas que provocan las repuestas psicoemocionales y conductas adaptativas. 2) Resignificar: retribuir significados a los sucesos, rescatando sólo lo positivo. 3) Método psicoeducativo: brinda la enseñanza de nuevos conocimientos que ayudan al sujeto a modificar su conducta, pensamiento y emoción. 4) Resolución de problemas: se adquiere un aprendizaje sobre habilidades cognitivas para enfrentarse a situaciones interpersonales problemáticas.

Posterior a la intervención del taller se realizó la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada con base en los resultados obtenidos. Después se llevó a cabo un análisis estadístico por medio de la prueba T de *Student* sobre cada una de las variables de la escala de la cual ya se ha hecho mención.

Con base en los resultados obtenidos se aprueba de manera satisfactoria la hipótesis en las siguientes variables: 3) ¿Siente que su vida está vacía? (VIVAC). 4) ¿Se siente aburrido frecuentemente? (ABUF). 5) ¿Está usted en buena ánimo la mayoría del tiempo? (ÁNIMO). 6) ¿Está preocupado o cree que algo malo le va a pasar? (TEMOR) 12) ¿Se siente inútil o despreciable, cómo está usted actualmente? (INÚTIL). 14) ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual? (SINESP).

Se logró un cambio de pensamiento en los adultos mayores gracias a la intervención del taller y a la implementación de nuevas actividades logrando que sus cogniciones fueran positivas. Esto ayudó a los adultos no sólo a tener una

actitud más positiva si no que mejoró la percepción sobre su condición de vida actual. De acuerdo a Mahoney "Al igual que ocurre con la cognición, la emoción y la conducta, el pensamiento influye en el sentir y el comportarse debido a que tener emociones incluye de forma significativa el pensar y comportarse" (1985).

La intervención del taller logró la reducción de pensamientos depresivos en un 40 por ciento, lo cual se considera importante. Con base en Mahoney "la detección del pensamiento es un procedimiento diseñado para suprimir o eliminar reflexiones indeseadas, instruyendo al paciente para que realice la conducta reflexiva" (1988).

Es preciso señalar que al inicio del taller, dentro de la casa hogar, ocurrió el deceso de un miembro de la muestra, situación que a cada uno de ellos afectó. Evento que suscito diversas reacciones, principalmente en los adultos manifestando sentimientos negativos.

Los sentimientos expresados por los adultos se debieron a que cayeron en cuenta que estaban solos, alejados de sus familiares y lo peor de todo es que enfrentarían la muerte al lado de sus compañeros que se encuentran en las mismas condiciones de espera.

De acuerdo a Beck "refiere que la capacidad de la persona depresiva para expresar sentimientos positivos se encuentra disminuida, pero sí experimenta un grado muy agudo de emociones negativas. La finalidad de la terapia cognitiva consiste en mitigar las alteraciones emocionales de la depresión, centrándose en las interpretaciones erróneas del paciente" (1979).

Se concluye que el modelo cognitivo conductual ofrece una posible alternativa de técnicas para mitigar experiencias que el ser humano enfrenta a lo largo de su vida. Dicho modelo puede ayudar a obtener gratos resultados pues se basa en el pensar, sentir y hacer de las personas.

## Conclusiones

- De acuerdo a los datos obtenidos por (Zolotov, 2002) “se estima que para el año 2050 uno de cada tres habitantes a nivel mundial será un adulto mayor”. Con base en dichas estadísticas se puede decir que la pirámide poblacional sufrirá un fenómeno nunca antes visto pues de ser un triángulo donde la base, actualmente, está ocupada por infantes y la cúspide por adultos mayores, para el año antes citado la forma pasará a ser un rectángulo. esto se deberá a que los adultos que formaran parte de las estadísticas del año 2050 ya nacieron entre los años de 1975 y 1980. Debido a dichos datos es importante que se brinden alternativas para las necesidades de los adultos mayores en cualquier área profesional, que van desde los hogares hasta nivel de institución.
- Llegar a la etapa de la vejez, debe ser un momento en donde el ser humano ha culminado la mayoría de sus metas y otras tantas en un proceso de realización, sin embargo cuando las personas son vulnerables o no cuentan con un apoyo familiar los cambios pueden dificultarse. Lo que acarrea como consecuencia una falsa percepción de sí mismo y de su entorno ocasionando, en el adulto mayor, síntomas depresivos, mismos que en esta etapa tienden a confundirse con sintomatología propia de la vejez, con base en los datos ya mencionados sobre la incidencia de depresión en adultos mayores.
- Durante la elaboración e intervención del taller de mejoramiento emocional, el trabajar con adultos mayores en grupo tuvo diferentes alcances positivos: la resolución de problemas entre los habitantes de la casa brindándoles habilidades para vivir en convivencia. Vale recalcar que los adultos

modificaron su pensamiento sobre el sentirse olvidados revalorando las condiciones y calidad de vida en esta última etapa de desarrollo. Por otro lado se les delegaron, bajo su consentimiento, obligaciones y actividades para que se sintieran activos. Con lo ya dicho se puede concluir que no se logró un cambio en toda la muestra que se tomó del universo de estudio, sin embargo, existió repercusión en el mejoramiento de los rubros antes citados.

- La intervención realizada utilizando la terapia cognitivo conductual fue eficaz debido a que es una terapia de procedimiento activo, directivo y estructurado
- Tomando en consideración la gran población senil que existirá para el año 2050 según estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y con base en los resultados que la presente investigación arrojó es preciso hacer conciencia en cuanto a la salud pública y programas dirigidos especialmente al aumento de calidad de vida de dicho grupo.
- Para culminar: la realización de la presente estuvo llena de incentivos, algunos forzosos para alcanzar la cumbre de todo universitario, por otro la labor social que me ha encomendado mi universidad: ayudar a otros. Mi experiencia con los ancianos en la casa-hogar "Cosío Ducoing" fue un campo de práctica, un lugar para aplicar las teorías, entender los paradigmas de la vida y un remanso de sensibilización. Esos adultos mayores que no sé si hoy día siguen en este planeta me han dado un aporte insuperable, un tema de tesis y una ética profesional. Gracias.

## Referencias

- Bazo, R. (2006). *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. España: Panamericana.
- Beck, A. (1992). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A., John, A., Brian, F. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclee de brouwer
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa
- Belsky, J. (1996). *Psicología del envejecimiento: Teoría investigaciones e intervencione*. Barcelona: Masson.
- Birren, J. (1985). *Psicopatología del anciano*. Barcelona: Masson.
- Blazer, G. (1984). *Síndromes depresivos en geriatría*. España: Doyma.
- Caro, G. (2007). *Manual teórico práctico de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Bilbao
- Caro, G. (2003). *Psicoterapias Cognitivas: Evaluación y comparación*. Barcelona: Paidós
- Centeno, C. (2005). *Psicología social, marco metodológico*. Ecuador: L.cala
- Cerejido, L. (1999). *Cuidando de los adultos mayores*. México: Trillas.
- Cervera, D., Saiz, G. (2009). *Actualización en geriatría y gerontología*. España: Alcala.
- Chamde, R. (2003). *El envejecimiento en México*. México: Porrúa
- Clark, H. (2000). *Gerontología*. Barcelona: Masson
- Cornachione, L. (2006). *Psicología del desarrollo: Vejez*. México: Mc Graw Hill
- CONAPO (2012). Comisión Nacional de Población *Proyecciones de la población 2000-2050 recuperado en <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm>*
- Corsi, C. (1996) *Aproximaciones de las neurociencias a la conducta*. México: Cromo color
- Cruz, A. (2006). *Violencia a los adultos mayores en el siglo XXI*. Tesis de licenciatura. UNAM. Facultad de psicología

- Cuevas, S. (1993). *¿Qué hago con mis abuelos? Los conflictos de la familia con el anciano*. México. D.F: Prax.
- Douwe, D. (2009). *Porque el tiempo vuela, cuando nos hacemos mayores como la memoria rediseña nuestro pasado*. Madrid: Alianza.
- DSM-IV (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson
- Escalante, H. (2011). *Envejecimiento en México* Recuperado en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid>.
- Estruch, J., Cardus, S., (1985). *Los suicidios*, Barcelona.: Herder.
- Farre, M. (2000). *Enciclopedia De La Psicología*. (vol. 4). España.: Océano.
- Fericgla, M. (1992). *Envejecer*. México: Antropos.
- Fernández, B., González, J. &Montorio, I. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.
- Funes, J., GarantII, M., &Navarroll, S., (2006). *Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México*. Revista Panamericana de Salud Pública vol. 19 (5) 75-82
- García, M. (1999). *Envejecimiento, sociedad y salud*. España: La mancha.
- González, M. (2000). *Cuando la tercera edad nos alcanza*. México, D.F.: trillas
- González, N., Gil, G., Carrasco, C., & García, M. (2001). *Depresión Un Enfoque Gerontológico*, España.: Ediciones 2010.
- González, R. (2011). *Terapia cognitiva conductual: Grupo de atención del adulto mayor*. México: UNAM Facultad de estudios superiores Iztacala.
- Gutiérrez, E. (2008). *Servicio educativo en asilos casas de reposo y la residencias para adultos mayores*. México. D.F.: Trillas.
- Hernández, A. (2010). *El envejecimiento de la población*. Recuperado el día 27 de septiembre del 2011, de [www.emexico.gob.mx/wb2/eMex/Mex\\_](http://www.emexico.gob.mx/wb2/eMex/Mex_)
- Hernández, S., et. al. (2003). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill.



- INEGI (2012). Instituto Nacional de Estadística y Geografía Recuperado el 10 de enero del 2013 de [www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanolproyectos/continuas/vitales/bd/mortalidad](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanolproyectos/continuas/vitales/bd/mortalidad)
- James, P. (2003). Tratamiento para la depresión crónica: sistema de psicoterapia de análisis cognitivo conductual. México: Manual Moderno.
- Kazdin, E. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones pprácticas* México: Manual Moderno
- López, L., Monroy, T., & Puentes, R. (2004). *La mortalidad por suicidios: México 1990-2001*, Revista Panamericana de Salud Pública, vol 16 N° 2 56-81.
- Mackinnon, R., Michels, R. (1988). *Psiquiatría Clínica Aplicada*. México: Interamericana
- Mahoney, J. (1985). Cognición y psicoterapia. España: Paidos.
- Mahoney, J. (1988). Cognición y modificación de la conducta. México: Trillas
- Matellanes, U., Montero, M. (2010). *El proceso de envejecer: una perspectiva integradora evaluación e intervención biopsicosocial*. España: Deusto Publicaciones.
- Mc Colbugh, P. (2003). Tratamiento para la depresión crónica: sistema de psicoterapia de análisis cognitivo conductual. México: Manual Moderno
- Moragas, M. (1991). *Gerontología social: Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.
- Muñoz, T. (2006). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide.
- ONU (2012). Organización de las Naciones Unidas. Recuperado el 18 de junio del 2012. [www.pobla/onu/estadisticas/mundial/](http://www.pobla/onu/estadisticas/mundial/)
- Pantopa, P. (2010). *Envejecer en la ciudad: pobreza, vulnerabilidad social y desigualdad*. México: Castilla.
- Ramírez, G. (1999). *Envejecer no es deteriorarse*. Colombia: Panamericana.
- Salvarezza, L. (2000). *La vejez: Una mirada gerontológica*. Barcelona: Paidos
- Seth, C. (2005). *Diagnóstico y tratamiento en geriatría*. México: Manual moderno.
- Triado, F. (2006). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza.
- Whitbourne, K., Weistock, J. (1993). *Trastornos Del humor*. Madrid: Medica Panamericana
- Yesavage, J. (1986). *Geriatric Depression Scale*. New York: Haworth

Yost, B. E., Beutler, L., Corbishley, M.A., Allender, J., (1991). *Terapia cognoscitiva de grupo*. México: Limusa.

Zolotov, D. (2002). *Los devenires de la ancianidad*. Argentina: Lumenh manitas.

## ANEXO 1

### ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA ABREVIADA (GDS)

Nombre \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

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

TOTAL:

## Anexo 2

### Puntuaciones Pretes – Postest

#### ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA ABREVIADA

##### Participante “A” Pretest

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

TOTAL:

10
----

## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

### Participante "A" Postest

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

TOTAL: 

3
---

# ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

## Participante "B" Pretest

1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?  
**SI** NO
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?  
**SI** NO
3. ¿Siente que su vida esta vacía?  
**SI** NO
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?  
**SI** NO
5. ¿Está usted en buen ánimo la mayoría del tiempo?  
SI **NO**
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?  
**SI** NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?  
**SI** NO
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?  
**SI** NO
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?  
SI **NO**
10. ¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?  
**SI** NO
11. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?  
SI **NO**
12. Se siente inútil y despreciable, como está usted actualmente?  
SI **NO**
13. ¿se siente lleno de energía?  
SI **NO**
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?  
SI **NO**
15. ¿cree usted que las otras personas están en general, mejor que usted?  
**SI** NO

TOTAL:

10
----

# ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

## Participante "B" Posttest

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

TOTAL:

6
---

# ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

## Participante "C" Pretest

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

TOTAL: 

13
----



## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

### Participante "C" Postest

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

TOTAL: 

5
---

# ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

## Participante "D" Pretest

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

TOTAL:

6
---

# ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

## Participante "D" Postest

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

TOTAL: 

2
---

# ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

## Participante “E” Pretest

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

TOTAL:

9
---

# ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

## Participante "E" Postest

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

TOTAL:

5
---

# ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

## Participante "F" Pretest

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

TOTAL:

8
---

# ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

## Participante "F" Postest

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

TOTAL:

6
---

## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

### Participante "G" Pretest

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

TOTAL:

11
----



# ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

## Participante "G" Postest

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

TOTAL: 

7
---

# ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

## Participante "H" Pretest

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

TOTAL:

5
---

# ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

## Participante "H" Posttest

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

TOTAL: 

2
---

# ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

## Participante "I" Pretest

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

TOTAL:

11

# ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

## Participante "I" Postest

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

TOTAL:

8

# ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

## Participante “J” Pretest

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

TOTAL:

11

# ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

## Participante "J" Posttest

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

TOTAL:

8
---

# ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

## Participante “K” Pretest

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

TOTAL: 

10
----



# ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

## Participante "K" Posttest

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

TOTAL:

8

# ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

## Participante "L" Pretest

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

TOTAL:

7
---

## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

### Participante "L" Postest

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

TOTAL:

2
---

## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

### Participante “M” Pretest

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

TOTAL:

4

## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

### Participante "M" Postest

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

TOTAL:

2

# ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

## Participante "N" Pretest

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

TOTAL:

3
---

# ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

## Participante "N" Postest

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

TOTAL: 

0
---

### Anexo 3

#### Taller Mejoramiento Emocional.

**Sesión 1:** Dentro de esta primera sesión se darán a conocer los objetivos del taller, reglas y la presentación de cada uno de los adultos que participaran.

<b>Objetivo</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo.</b>
<b>Presentar a los adultos que participaran dentro del taller mejoramiento emocional.</b>	Primera sesión. Actividades. Realizar la presentación de los adultos, saludo de mano a todos y decir: bienvenidos.		5 min.
<b>Planteamiento de reglas.</b>	Establecer las reglas del taller, mismas que acordarán todos los adultos.	Pizarrón	15 min.
<b>Explicación de los síntomas y conductas de la depresión de manera concreta y clara.</b>	Explicar las formas como pueden expresarse y hablar de los pensamientos y sentimientos que presenten.	Pizarrón.	40 min.



**Sesión 2:** Asignación de calendarios para registro de pensamientos y sentimientos.

Objetivo	Procedimiento	Material	Tiempo.
<p><b>Registro de sentimientos negativos, para un análisis posterior</b></p>	<p>Cada uno de los adultos se les entregará y explicará el funcionamiento de un calendario conductual en donde se registraran su estado de ánimo, iniciando con la actividad que se encontraban realizando y una descripción de sus pensamientos en el momento del registro. Se realizara con la ayuda de las enfermeras quienes se encargan de los cuidados de cada uno de los adultos.</p>	<p>Calendarios conductuales. Folders. Lápices. Pizarrón. Plumones.</p>	<p>20 min.</p>
<p><b>Reconocer a sus compañeros.</b></p>	<p>Cada participante mencionara una característica o habilidad de cada uno de sus compañeros haciendo énfasis en la persona con quien comparte habitación.</p>	<p>Solo la interacción</p>	<p>40 min.</p>

**Sesión 3:** Expresión de experiencias positivas.

Objetivo.	Procedimiento.	Material.	Tiempo.
<p><b>Expresar y analizar experiencias positivas de manera individual.</b></p>	<p>Se le pedirá a cada uno de los participantes que escriban, dibujen o narren alguna experiencia positiva.</p>	<p>Hojas blancas. Cartulinas. Colores. Lápices. Plumas.</p>	<p>30 min.</p>
<p><b>Expresión verbal del dibujo o historia.</b></p>	<p>Posteriormente un participante hablará de su experiencia positiva. Al final de esta explicación se les harán preguntas como: ¿Cómo se sintió recordando lo sucedido? ¿Qué es lo que más le gusto de la experiencia que vivió? A quienes recuerda más y por qué.</p>	<p>Pizarrón</p>	<p>30 min.</p>

**Sesión 4:** Continuación con las expresiones positivas de los adultos.

<b>Objetivo.</b>	<b>Procedimiento.</b>	<b>Material.</b>	<b>Tiempo.</b>
<b>Expresión verbal del dibujo o historia.</b>	Se continuara con la expresión verbal de las experiencias positivas, así como el análisis de las mismas. ¿Cómo se sintió recordando lo sucedido? ¿Qué es lo que más le gusto de la experiencia que vivió? A quienes recuerda más y por qué.	Pizarrón.	60 min.

**Sesión 5:** expresión escrita y verbal de experiencias negativas.

Objetivo.	Procedimiento.	Material.	Tiempo.
<p><b>Expresión de experiencias negativas, de manera escrita o por medio de dibujos.</b></p>	<p>Se les pedirá que expresen de manera gráfica alguna experiencia negativa que aun recuerden con frecuencia.</p>	<p>Hojas blancas. Cartulinas. Colores. Lápices. Plumas.</p>	<p>30 minutos.</p>
<p><b>Expresión verbal de la experiencia negativa.</b></p>	<p>Para la expresión de la historia, se les pedirá que narren o describan ante el grupo lo que hicieron. Al finalizar la explicación se hará el análisis de los pensamientos irracionales, para trabajar lo irracional de la creencia y explicarles que son inadecuados debido a que solo son pensamientos y aprendan a dirigirlos de una manera racional.</p>	<p>Pizarrón.</p>	<p>30 min.</p>

**Sesión 6:** Expresión escrita y verbal de experiencias negativas.

<b>Objetivo.</b>	<b>Procedimiento.</b>	<b>Material.</b>	<b>Tiempo.</b>
<b>Expresión de experiencias negativas, de manera escrita o por medio de dibujos.</b>	Se les pedirá a los adultos que expresen de manera gráfica alguna experiencia negativa que aun recuerden con frecuencia.	Hojas blancas. Cartulinas. Colores. Lápices. Plumas.	30 minutos.
<b>Expresión verbal de la experiencia negativa.</b>	Para la expresión de la historia, se les pedirá que narren o describan ante el grupo lo que hicieron. Al finalizar la explicación se hará el análisis de los pensamientos irracionales, para poder explicarles que son inadecuados y se relacionan con parte de su sufrimiento aún a que solo son pensamientos y aprendan a dirigirlos de una manera racional.	Pizarrón.	30 min.

**Sesión 7:** Hablar de experiencias negativas y con ayuda de la psicóloga analizar los pensamientos negativos.

Objetivo.	Procedimiento.	Material	Tiempo.
<p><b>Por medio de los calendarios se tomaran algunos pensamientos negativos para su análisis.</b></p>	<p>De acuerdo a los calendarios se tomaran el de personas que manifiesten pensamientos negativos. De acuerdo con las creencias negativas y sus distorsiones cognitivas asociadas se hará debate racional.</p> <p>¿Es cierto lo que pienso?            ¿Cómo la demuestro?            ¿Qué evidencias tengo?            ¿Pensar así me consigue lo que quiero?            ¿Pensar así me hace sentir como yo quiero?            ¿Pensar así me evita problemas?            ¿Estas ideas protegen mi vida?</p>	<p>Pizarrón.            Lista de distorsiones y preguntas del debate racional</p>	<p>60 min.</p>

**Sesión 8:** Se hablara de presente analizando el aquí y el ahora.

Objetivo.	Procedimiento.	Material.	Tiempo.
<p><b>Dentro de la presente sesión se hablara del aquí y ahora.</b></p>	<p>Se les pedirá a los adultos que narren las actividades que realizaron durante el día y como se sintieron y que pensaban mientras realizaban dichas actividades</p>	<p>Pizarrón.</p>	<p>40 minutos.</p>
<p><b>Realizar una actividad de integración de los adultos.</b></p>	<p>Dentro de esta actividad se les pedirá que mencionen una característica negativa de alguno de sus compañeros con la finalidad de mejorar la convivencia entre ellos.</p>	<p>Se les dará un globo que significa la diferencia o área de conflicto y cuando se resuelva se rompe el globo, aplauden y dicen en voz alta que estarán mejor y llevarán mejor</p>	<p>20 min.</p>

**Sesión 9:** La presente sesión será enfocada a las condiciones en las que viven dentro de la casa y las actividades que realizar durante el día.

Objetivo.	Procedimiento.	Material.	Tiempo.
<p><b>Hablar de las condiciones de la casa.</b></p>	<p>Se le pedirá a cada uno de los adultos que expliquen qué opinión tienen sobre el funcionamiento y condiciones de la casa. Esto es con la finalidad de obtener su percepción y lograr más participación para mejorar algunos elementos de insatisfacción e incluso de disgusto para que ellos se sientan mejor viviendo en la casa.</p>	<p>Pizarrón.</p>	<p>20 min.</p>
<p><b>Hablar de las actividades especiales que realiza cada uno de los adultos.</b></p>	<p>Se realizara la anotación de los adultos que tienen una actividad de la cuales son responsables. De acuerdo a los adultos que no realizan ninguna actividad en especial se les asignar una tarea solo con su consentimiento.</p>		<p>40 min.</p>



**Sesión 10:** la finalidad de la sesión será realizar un plan a corto plazo y el conocer cómo se han sentido con las actividades asignadas.

Objetivo.	Procedimiento.	Material.	Tiempo.
<p><b>Hablar de su historia personal.</b></p>	<p>Se hablara de los pensamientos que presentan de su pasado (historia personal).            Se hablara de los pensamientos que presentan de su presente (historia personal).            Se hablara de los pensamientos que presentan de su futuro (historia personal).</p> <p>Se les motivará con actividades que quieran realizar para este propósito se tomarán en cuenta las posibilidades de la casa.            Se les pedirá que elaboren un plan a corto plazo de dos meses. Este plan se escribirá en un sobre y lo guardaran cada uno de ellos.</p>	<p>Hojas blancas            Sobres            Lápices            Colores</p>	<p>40 minutos.</p>
<p><b>Conocer cómo se siente con las tareas asignadas.</b></p>	<p>De acuerdo a la sesión anterior se les preguntaran como se han sentido y si desean realizar algún cambio dentro de su actividad asignada.</p>		<p>20 minutos.</p>

**Sesión 11:** De acuerdo a las sesiones anteriores, se enseñara como analizar y solucionar problemas.

<b>Objetivo</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo.</b>
<b>Adquirir habilidades para la solución de problemas</b>	Se realizara un análisis en donde cada uno expondrá un problema al cual se enfrenta, con la finalidad de brindar alternativas de solución para poder resolverlo de la mejor manera.	Pizarrón Plumones	60 min.

**Sesión 12:** Descripción de emociones de acuerdo a lo experimentado dentro del taller.

Objetivo.	Procedimiento.	Material.	Tiempo.
<p><b>Descripción de emociones de acuerdo a sus experiencias dentro del taller.</b></p>	<p>Pedirle a cada uno de los adultos que manifieste sus pensamientos, emociones y cambios de conducta dentro del taller y de la casa.</p>	<p>Solicitar reporte al personal para saber del cambio producido por el taller, por ejemplo disminución de quejas, reducción de frases negativas, cambio de frases ya nada vale la pena, quiero que todo acabe, es mejor morir por otras frases algunas cosas son difíciles pero es mejor estar vivo, extraño a mi familia pero estoy aprendiendo a disfrutar la vida solo, aquí y ahora me siento mejor con todos, en esta casa nos atienden, cuidan y quieren gracias por todo esto.</p> <p>Practicar a reírse, aplaudir, saludarse de mano, decir frase que bonito todo, me siento feliz, estoy contento.</p>	<p>0 minutos.</p>

**Segunda evaluación:** Aplicación de manera individual de la escala de depresión geriátrica abreviada GDS

<b>Objetivo</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Aplicación de la escala GDS</b>	Aplicación de la escala GDS a cada uno de los adultos. Con la finalidad de contrastar los resultados finales con su primera evaluación.	Escala de depresión GDS. Lápices. Plumas.	Tiempo necesario.