



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S. C.**



**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

CLAVE 8901-25

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“TALLER DE REMINISCENCIA QUE COADYUVE A
DISMINUIR LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DEL
ADULTO MAYOR DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL DE
ATIZAPÁN SANTA CRUZ “**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

YADIRA ANDRADE SANTANA

No. EXPEDIENTE: 411549583

ASESOR DE TESIS:

MAESTRA ILDA ROBLES GONZÁLEZ

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO, 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por el regalo más hermoso; mi vida así también por la familia maravillosa que tengo y única, mis amigas (os) conocidos bonita gente que hacen aún más agradable este paso por la tierra, no está demás decir que en cada momento tu estas acompañándome y siempre delante de mí, durante este proceso para culminar el presente proyecto de investigación te sentí más cerca.

Mamá Ernestina a ti un ejemplo a seguir, la entrega, compromiso, esfuerzo y ser mi pilar que sostiene gran parte de mi vida además de motivarme a seguir adelante. Admirar que siempre fuiste mi padre y madre y ver lo fuerte es valorar y reconocer que a pesar de las circunstancias no te venciste, afirmo que eres el ser más extraordinario que Dios me mandó te amo.

Papá Pompeyo y mamá Juana el guiarme y apoyarme en cada momento, ustedes también son pilares de lo que soy. Más que su nieta, soy una hija más. Siempre me han inculcado que los sueños se pueden cumplir y cada circunstancia que se presente hace sacar lo mejor de uno. A ustedes mi admiración y respeto por ser los mejores “papás abuelos” de esta tierra.

Malena, Gabriel, Javier, Maritza, Virginia, Isaac, Reyna, Carlos, José y Esther tíos (as) a ustedes por estar atentos en la formación de su sobrina, el apoyarme, motivarme y darme la mano cuando lo necesitaba hace reiterar que los quiero y respeto.

Monserrat, Arturo, Pablo, Mariana, Jesús, Janet, Laura, Lissette, Kimberly y William mis primos ustedes por estar atentos y ser quienes me motivaban a no flaquear más en mi proyecto de investigación los quiero chiquillos.

Saraí Vicky amiga de tantos años mi hermana a tí, tu compañía, esas pláticas, tú el testigo de tantos momentos y aventuras hacen valorarte decir que te quiero.

Anel amiga y compañera de la universidad, eres una persona muy especial que el tenerte como amiga es un placer. A tí agradezco que siempre estuvieras para apoyarme en todo este proceso de investigación y en momentos personales siempre te haces presente.

Prof. Paul, Don Chucho, Don Paco, Jaime, Irruham, personas que siempre estuvieron atentos en este proyecto de investigación, además de alentarme a seguir adelante.

Lic. Margarito usted un profesional de la Psicología admiro la entrega, compromiso, la aportación de su experiencia en mi trabajo de investigación me permitieron obtener otra perspectiva. Gracias por compartir conocimientos de esta profesión.

Lic. Rubén usted fue una pieza importante de esta investigación. Reitero mi admiración a su labor como Psicólogo.

Lic. Ilda, quien fue mi director de tesis, agradezco el apoyo, paciencia y compromiso para concluir mi trabajo de investigación.

Lic Ángeles conocerla como coordinadora de la carrera, es de admirar su compromiso como profesional y personal.

Adultos mayores del Sistema DIF Municipal de Atizapán Santa Cruz son muchos para mencionarlos, personas valiosas, únicas mi respeto y admiración, agradezco la entrega y compromiso para mi proyecto. Compruebo que compartir momentos los adultos mayores es la mejor experiencia como profesional y personal.

Carmelo, Herme, Atan, Lupe, Vero, Sr. Matías y más conocidos agradezco que durante este tiempo me apoyaron y formaron parte para ser profesionista.

INTRODUCCIÓN.

Para abordar este trabajo de investigación, tiene una relación con el desarrollo de acerca de los diferentes tipos en intervención para el tratamiento del trastorno afectivo que se presenta en la vejez; depresión. Desde la Psicología se llevan a cabo diferentes enfoques, terapias, técnicas que son empleadas para completar parte del tratamiento. Sin embargo llama la atención, el término de reminiscencia desde los años 60 fue objeto de estudio del geriatra y psiquiatra Robert Butler. La reminiscencia se define como el acto de relatar episodios, acontecimientos e historias del pasado que son significativos para la persona. Algunos estudios concluyen que la reminiscencia se aplica en actividades como revisión de vida, autobiografía y narrativa personal.

Partiendo de lo anterior la reminiscencia es considerada como terapia para el tratamiento de la depresión. Para Serrano, Latorre y Montañés (2005) las técnicas de reminiscencia se consideran herramientas potenciales dirigidas para mejorar los síntomas del tipo depresivo que puede aparecer en la vejez, y en muchas ocasiones ayuda a alcanzar el desarrollo de la integridad personal.

Ahora bien la reminiscencia en edad avanzada realiza la función de desarrollo y adaptación, el contar recuerdos, momentos autobiográficos y relatar su propia historia influye un bienestar durante el curso de última etapa de vida. La recuperación de acontecimientos de la vida y sucesos ayuda a la persona a encontrar un significado a la propia vida, a desarrollar la integridad del yo, su identidad es por eso que la reminiscencia puede hacer que la persona afronte e integre los cambios asociados a la vejez.

Al respecto con el tema de depresión en la tercera edad, es frecuente, común y menudo no diagnostica ni se trata, esto representa implicaciones importantes en su salud y bienestar en los adultos mayores. Es necesario indicar que depresión no es una característica del envejecimiento, es decir las personas mayores pueden padecer depresiones debido a los cambios causados por el proceso de envejecimiento, la demanda en una adaptación que se produce en

esta etapa del ciclo vital, que influye en su estado de ánimo. Una de las características de este tipo de trastorno tiene un componente más de somatización y la hace un más confuso su diagnóstico, porque se puede similitud con algún otro trastorno psicológico y físico.

De acuerdo con lo datos aportados por el Instituto Nacional de Geriátría (2018) la depresión es una enfermedad mental que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo y el sector las personas mayores de 60 años son las más vulnerables, en nuestro país el 15% de la población mayor padece este trastorno.

El desarrollo de esta investigación que lleva por título “Taller de reminiscencia que coadyuve a disminuir la sintomatología depresiva del adulto mayor del Sistema DIF Municipal de Atizapán Santa Cruz”, llevo a cabo la elaboración de un taller con actividades del tipo de reminiscencia así también, la aplicación de la Escala Geriátría de Yesavage Versión Reducida que da paso a la identificación de las personas que padecen depresión moderada y severa.

El trabajo está compuesto de VI. capítulos. El capítulo I. lleva por título “Taller” describiendo la definición, los diferentes tipos, algunas características, su elaboración, la planificación, preparación y ejecución del taller.

El capítulo II. “Reminiscencia” contiene información, de sus antecedentes históricos partiendo de en la época griega, investigaciones de los años 50 hasta la actualidad, además de descripción de la teoría psicosocial de Erik Erikson que es fundamental de para los estudios del geriatra y psiquiatra Robert Butler, él es primero en enfatizar sus investigaciones en la vejez además de citar a reminiscencia y revisión de vida como un elemento a trabajar favorablemente con los gerontes. Así también la definición de reminiscencia, revisión de vida, tipos de reminiscencia, memoria autobiográfica y cuáles son los principales materiales para evocar y desarrollar la reminiscencia.

El capítulo III. “Depresión en el adulto mayor” describiendo información del término de depresión, los tipos de depresión, el origen, teorías y factores de la depresión. También la descripción de los factores de riesgos y síntomas representativos de este trastorno en personas de la tercera edad.

El capítulo IV. “La vejez” aporta información en definición de vejez, envejecimiento, los tipos de envejecimiento, los principales cambios que se dan a nivel físico, psicológico y social, además de las principales enfermedades y temas como jubilación, soledad que pueden presentarse más en esta edad.

El capítulo V. “Taller de Reminiscencia” se describe mediante 12 cartas descriptivas, cada sesión durara 90 minutos, una vez a la semana, se aplicaran actividades motivacionales, de expresión corporal, intelectual, manipuladoras todas estas actividades se basan en las materiales representativos de la reminiscencia como caja de recuerdos, fotografías, música, videos, elaboración de un libro de vida entre otros.

El capítulo VI. “Metodología” cuenta con información acerca de los pasos y la elaboración del procedimiento de este trabajo de investigación. Por último se agregan cuatro apartados que son las conclusiones, sugerencias, anexos y bibliografía.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS. INTRODUCCIÓN

| | |
|---|----|
| CAPÍTULO I. TALLER | 1 |
| 1.1 Definición de taller. | 1 |
| 1.2 Tipos de talleres. | 2 |
| 1.4 Elaboración del taller. | 6 |
| 1.4.1 Planificación..... | 7 |
| 1.3.2 Preparación. | 8 |
| 1.4.3 Ejecución. | 14 |
| CAPÍTULO II. REMINISCENCIA | 18 |
| 2.1 Antecedentes de la reminiscencia..... | 18 |
| 2.1.1 Época griega..... | 18 |
| 2.1.2 Investigaciones de la reminiscencia..... | 19 |
| 2.1.3 Teoría Psicosocial de Erik Erikson..... | 23 |
| 2.2 Definición de reminiscencia. | 30 |
| 2.3 Tipos de reminiscencia. | 32 |
| 2.5 Memoria autobiográfica | 39 |
| 2.6 Aspectos para la aplicación de reminiscencia..... | 40 |
| CAPÍTULO III. DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR | 43 |
| 3.1 Definición de depresión. | 43 |
| 3.1.1 Concepto de depresión del adulto mayor..... | 44 |
| 3.2 Tipos de depresión. | 47 |
| 3.3. Origen; Teorías y factores de la depresión. | 52 |
| 3.4 Etiología de la depresión del adulto mayor. | 57 |
| 3.5 Factores de riesgo para una depresión de adulto mayor. | 58 |
| 3.6 Principales síntomas de la depresión..... | 60 |
| 3.6.1 Sintomatología depresiva del adulto mayor. | 62 |
| CAPÍTULO IV. LA VEJEZ. | 64 |
| 4.1 Definición de vejez..... | 64 |

| | |
|---|-----|
| 4.2 Definición de envejecimiento. | 66 |
| 4.2.1 Tipos de envejecimiento. | 68 |
| 4.3 Cambios físicos. | 69 |
| 4.4 Cambios psicológicos. | 75 |
| 4.5 Aspectos sociales. | 78 |
| CAPÍTULO V. DISEÑO DEL TALLER | 81 |
| CAPÍTULO VI. METODOLOGÍA. | 98 |
| 6.1 Planteamiento del problema | 98 |
| 6.2 Pregunta de investigación..... | 99 |
| 6.3 Justificación de la investigación. | 99 |
| 6.4 Objetivos..... | 102 |
| 6.4.1 Objetivo General..... | 102 |
| 6.4.2 Objetivo Específicos. | 102 |
| 6.5 Hipótesis de la investigación..... | 103 |
| 6.6 Variables..... | 103 |
| 6.6.1 Variable independiente | 103 |
| 6.6.2 Variable dependiente | 104 |
| 6.7 Diseño de investigación | 104 |
| 6.9 Tipo de enfoque..... | 105 |
| 6.10 Técnica..... | 105 |
| 6.11 Instrumento..... | 105 |
| 6. 11.1 Escala De Depresión Geriátrica De Yesavage (Versión Reducida) | 106 |
| 6.12 Universo | 107 |
| 6.13 Muestra..... | 107 |
| 6.13.1 Tipo de muestra | 107 |
| 6.14 Criterios | 108 |
| 6. 14. 1 De inclusión. | 108 |
| 6.14.2 De exclusión. | 108 |
| 6.14.3 De eliminación. | 108 |
| CONCLUSIONES | 109 |
| SUGERENCIAS. | 112 |
| ANEXOS. | 113 |
| BIBLIOGRAFÍA | 127 |

CAPÍTULO I. TALLER

1.1 Definición de taller.

La palabra taller se deriva del francés “atelier” y significa, “estudio, obrador, obraje, oficina. También se define como una escuela o seminario de ciencias a donde asisten los estudiantes” (Alfaro y Badilla, 2015). A través de la historia, el taller data de lugares en donde se reunían obradores para realizar algún instrumento, se caracterizaba por un maestro y un aprendiz que permitía adquirir una habilidad o actividad.

Para González el taller es tiempo-espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización; en síntesis, da paso a pensar, el sentir y el hacer. Como el lugar para la participación y el aprendizaje (Pérez, 2008). Por medio del taller hay un interjuego entre los participantes y tarea, donde se concentra el pensamiento, sentimiento y acción. Es decir, el taller se convierte en lugar de vínculo, participación, comunicación y por ende un espacio de producción social de objetos, hechos y conocimientos.

Desde la Pedagogía, el taller es considerado un recurso didáctico. Para Gómez citado por Betancourt, Guevara y Fuentes, (2011) la define como una realidad integradora, compleja, reflexiva, donde se unen la teoría y la práctica como fuerza motriz del proceso pedagógico. Esto es por medio de la unión teoría con la práctica permite al alumno interactuar en el campo de acción y así comience a conocer una realidad del tema a tratar.

Para Calzado citado por Gilímas y Díaz (2014) explica es “un espacio para construir conocimiento a partir de la práctica, es imprescindible el espíritu colectivo en el trabajo y que estén bien delineadas las funciones de cada uno de los sujetos” Para un adecuado desarrollo del taller se debe tener una

preparación previa por parte del coordinador o guía, en cuestión del tema, así también los participantes deben tener un previo conocimiento y definiendo bien los objetivos nos permitirá llevar en momento y forma la realización del taller.

En lo esencial los talleres permiten formar espacios para la recreación, reelaboración y reconstrucción de saberes, afectos y conocimientos. Además, de ser una actividad voluntaria para ambas partes, tanto para la persona facilitadora como para las personas participantes.

El taller por excelencia es el centro de actividad teórico- práctica constituye una experiencia práctica que va nutriendo a los integrantes, la elaboración. La teórica, propicia a la práctica a fin de ir convirtiendo los conocimientos en aprendizaje.

En síntesis, las definiciones anteriores, nos permite comprender que el taller es un grupo integrado por un maestro y alumnos que se reúnen con la finalidad de llevar acabo un tema, trabajando la teoría y práctica para la adquisición de un nuevo conocimiento, habilidad y actividad. Los talleres en la actualidad se han utilizado en diferentes ámbitos, la combinación de actividades permite trabajar en equipo que dar paso a una actividad constructiva.

1.2 Tipos de talleres.

La primera clasificación es hacia el tipo de población (Universidad de Antioquia, s.f):

Talleres para niños: se imparten de forma escolarizada, se requieren de habilidades pedagógicas distintos aplicados por ejemplo en adolescentes y adultos. En el caso de los niños se trabaja en especial el potencial anímico, necesidades e intereses, creatividad. El conocimiento de la psicología infantil

en general y la psicología del aprendizaje permite tener conocimientos esenciales que el docente debe tener para la realización de estos talleres.

De los elementos importantes son actividades, dinámicas activas, elaboración de cosas, crear la participación, responder a las demandas e intereses de los niños. Las experiencias grupales, los juegos de organización, la toma de decisiones, el trabajo en equipo son herramientas que inserten a los niños a participar en los talleres.

Talleres para adolescentes: una de las preguntas que se hace antes de elaborar este tipo taller se comienza ¿Quién es el adolescente y cómo es un adolescente? El docente que elabora el taller debe visualizar el nivel y orden de complejidad y a veces la dificultad dependiendo a quien va dirigido.

Talleres para adultos: se dirigen a los padres, familiares y miembros adultos de alguna comunidad. Se realiza un diagnóstico previo para atender la necesidad en diferentes temas de interés o necesidad de la comunidad.

Es decir, el tipo de población determinará la complejidad y el nivel para intervención del taller. Cada población tiene diferentes características o actividades para llevarlo a cabo. Además, se debe recordar que los talleres tienen diferentes intenciones, sin olvidar la premisa que es aprender a aprender, llevar acabo la teoría con la práctica.

Otra clasificación con referencia al Manual para jóvenes facilitadores (2011) considerando solo cinco tipos de talleres cabe destacar pueden existir otros tipos porque inclusive de se van combinando:

Taller de sensibilización: el grupo debe de estar familiarizado con una problemática determinada, por ejemplo; lograr la solidaridad de participantes ante problemas concretos como abuso o maltrato infantil, tipos de violencia una cualidad que debe tener el facilitador es estar atento a los sentimientos y

reacciones que surjan al momento de estar tratando la problemática para luego orientarlas.

Taller de información: su intención es ofrecer información acerca de temas que permitan adquirir conocimiento en aspecto concreto. Estos deben ser lúdicos, con muchos juegos o dinámicas.

Taller de capacitación: la finalidad es preparar a las personas que acudan al taller a aprender a dominar una técnica específica, un quehacer, habilidad o destreza en base a actividades que ayuden lograr una participación activa. El trabajo en equipo es la principal actividad que se invita a llevar a cabo, así los participantes construyen de forma colectiva su conocimiento.

Taller de reflexión: busca iniciar procesos y está planeado lograr un cambio de actitud, creencias o forma de ver la vida. Se planean dinámicas y actividades reflexivas, que estén relacionadas con las necesidades a los asistentes al taller.

Los tipos de talleres citados, solo son una base para determinar el tipo de intervención. También dependiendo de los objetivos será que define cuál de estos tipos de talleres será el adecuado para llevarlo a cabo. Una de las ventajas de conocer los tipos de talleres es que nos ofrece una forma de crear una experiencia educativa intensa en un periodo corto de tiempo. Un taller puede introducir un concepto nuevo, estimulando a los participantes a investigar más por sí mismos o puede mostrar y fomentar la práctica de métodos reales.

1.3 Características de un taller.

Entre las principales características del taller destacan las siguientes Pérez (2008):

- Se debe planear previamente, no puede improvisarse.

- Se desarrolla en jornadas de trabajo que no deben superar cuatro horas.
- Se requiere de un programa en el cual se especifique qué se hará durante el tiempo estipulado.
- Se debe tener material de apoyo que facilite los procesos de actualización.
- Se requiere una base teórica y otra práctica.
- Los grupos que participen no deben ser tan numerosos (se recomienda un máximo de veinticinco personas).
- En el taller pueden existir hasta tres facilitadores, pero uno debe coordinar al momento de llevarse a cabo, otro se encarga de los trámites previos a su desarrollo; las cartas de solicitud de permisos, de ubicación del sitio, hora y día donde se llevará a cabo el taller, los materiales que se utilizaran y la forma en que se pueden adquirir. Y el último checar datos como los refrigerios, la planificación de la actividad y lo relativo al protocolo que incluye el taller.
- El taller es una actividad dinámica, flexible y participativa.
- Se puede dividir en etapas: motivación, desarrollo de la temática por tratar, recapitulación o cierre y evaluación.

De acuerdo a la lista anterior nos refiere a puntos que se deben tener en cuenta para la preparación en general de un taller. Sin embargo, retoma puntos como la determinación del tiempo, tener en cuenta un número de participantes, las actividades deben ser creativas, dinámicas, flexibles para que propicie una participación.

Desde otra descripción el Manual para jóvenes facilitadores (2011) cita otras características de manera general lo que debe contener un taller:

- a) Las actividades:** se centra en un aspecto específico que se desarrolla intensivamente.

- b) Hay mucha práctica:** los asistentes aprenden haciendo, es decir los conocimientos se adquieren mediante la práctica.
- c) Es una instancia de reflexión:** se analizan e interpretan la acción, las tareas pedagógicas, el hecho educativo, para captar su contenido y su eficacia hay mucha crítica.
- d) Se aprende analizando los errores:** la crítica es creativa, integradora y positiva además una de las oportunidades que brinda el taller es equivocarse y mediante de los errores se adquiere experiencia.
- e) La forma de evaluación es conjunta:** entre facilitadores y participantes, en relación con la forma co-gestionada de la producción de la tarea.
- f) Las personas participantes:** ofrecen su aporte personal, creativo y crítico. Se transforma en sujetos creadores de su propia experiencia.
- g) Es un equipo de trabajo:** hay maestro que enseña y alumno que aprenden, es el equipo que, a través de la reflexión y el trabajo, el interaprendizaje, produce su propio conocimiento.
- h) La persona facilitadora:** facilita a los participantes la realización de sus tareas mediante la relación basada en el dialogo, es el responsable principal del grupo y lo dirige hacia el logro del proceso de enseñanza aprendizaje.

Las características de ambas listas nos permiten en lo esencial retomar puntos a describir y puntualizar para planear un taller y especificar qué es lo que debe incluir. Mencionando el tiempo, el número de asistentes, el tipo de actividades que propicien un aprendizaje por medio de la práctica, algunas características que debe tener el facilitador.

1.4 Elaboración del taller.

Uno de los componentes para la elaboración de un taller tiene que ver con la planificación, preparación e implementación del mismo, así también como el

seguimiento del mismo. A continuación, se describirán distintos puntos con lo que respecta al paso de planificación.

1.4.1 Planificación.

De acuerdo a Candelo, Ortiz y Unger (2003) el primer punto a desarrollar es:

Análisis previo de necesidades: antes de planificar un taller es necesario analizar las causas del problema e identificar los posibles caminos que conduzcan a la solución. Una evaluación previa del grupo permite identificar las necesidades o el problema. Las personas facilitadoras deben conocer las necesidades del aprendizaje que tiene los participantes en relación a lo que se ofrecerá.

Además, se deben considerar otras propiedades socioeconómicas de los participantes como la edad, de dónde y cómo viven, ingresos, en que trabajan y los culturales, el grado escolar, idioma, hábitos y costumbres.

Consideración del tema: una vez realizado una evaluación previa identificar el tema nos permite saber de lo que se estará hablando. El tema también es un componente que dará paso a que tan interactivo o participativo sea el taller.

Considerar la audiencia: se refiere a la población que participara en el taller. Una vez ya realizada una evaluación de necesidades nos permitirá entender de qué manera ayudar al grupo. Debe señalarse que los grupos pueden ser, tranquilos, volátiles, muy apáticos o receptivos. El tipo de tono que prevalezca en el grupo dependerá por lo general de dos personas, este es un punto medio porque permitirá también identificar cual es el tipo de taller que se puede aplicar.

El número de personas que conformarán el taller: el tamaño es otra determinante ya que el número ideal es de 8 a 12 personas este primer grupo dará paso a hacer actividades en pequeños grupos (2-4) trabajando

todo el grupo. Otra posibilidad es un grupo de más de 15 personas, este también se dividirá en grupos para algunas actividades. Es por eso que el número ideal de personas que asistan al taller de 8–12 su tamaño es pequeño para que los asistentes puedan recibir atención a sus preguntas y también recibir atención individual. Un número mayor a 15 hay casos que las personas calladas tiende a perderse y él es menor a 6-8 no hay suficientes opiniones.

Considerar el tiempo: el tiempo que se aplica en los talleres varía de una hora o hasta días enteros. Dependiendo de los objetivos harán que se adapten los tiempos. De acuerdo al tiempo hay talleres de tiempo corto de 45- 90 minutos y el de duración media 90 minutos a 3 horas y de más de 3 horas.

Objetivos del taller: los talleres se dan por fines muy distintos y cada uno implica métodos específicos de presentación y otros detalles, después de tener la idea clara de las personas que participaran se procede a fijar los objetivos ¿Para qué? Estos tienen como base orientar el camino a recorrer y se debe alcanzar. Tiene que ser observables y realistas.

1.3.2 Preparación.

En esta parte se debe realizar el plan de taller o la descripción didáctica. Los aspectos que se deben considerar en la preparación del nombre de la actividad o taller, el tipo de taller que se impartirá, fecha, cuando se va a realizar el taller, cuanto tiempo durara, el horario, lugar o local, en qué lugar, participantes, quienes va a participar y cuantas personas, instituciones que serán responsables, personas facilitadoras, personas que coordinaran, los objetivos, metodología y los resultados esperados.

La siguiente tabla 1. Muestra cuales son los aspectos generales que se debe de considerar en el taller.

| Aspectos generales. |
|-----------------------------|
| Nombre o título del taller: |
| Tema: |
| Objetivo general: |
| Participantes: |
| Lugar y fecha: |
| Horario: |
| Equipo facilitador: |
| Resultados esperados: |

Retomado del Manual para jóvenes facilitadores (2011)

El nombre del taller también debe ser atractivo, fácil de recordar y describir el nombre de la actividad principal. El objetivo general es la descripción y los procedimientos del taller y por lo tanto nos indica los resultados que esperamos. Los participantes como antes ya se mencionó dependerá de número y hacia las cualidades que tengan. El lugar debe de ser un espacio tomando en cuenta el número de participantes, las actividades para trabajar en grupos, así también la alimentación y la recreación con ciertas comodidades. La fecha tiene ver la posibilidad en cuanto a la duración del taller y no agendar en tiempos donde desempeñen otra actividad importante. El horario es necesario establecer el tiempo de trabajo y prever las horas de alimentación y descanso. El equipo facilitador se integra de un responsable que en este caso puede ser por una institución u organización que tiene a su cargo otras personas involucradas como responsables. La persona facilitadora tendrá a su cargo la implementación didáctica del taller, es de tenerlo en cuenta porque las personas participantes les interesa saber quién será el facilitador y la coordinación juegan un papel importante ya que también tienen que despertar la confianza y seguridad del grupo a trabajar.

La tabla 2. Es una presentación de la preparación del taller, cuenta con aspectos generales, además de ser los datos base para partir a la descripción de cada una de las sesiones que llevara el taller acabo.

Diseño metodológico, planeamiento de un taller o carta didáctica.

| Objetivos de aprendizaje | Técnica | Contenidos | Práctica de aprendizaje | Tiempo | Recursos didácticos | Responsables |
|---|-------------|--------------------------------------|--|-----------|---|---------------------------------|
| Valorar el recibimiento y el esfuerzo al que ha sido invitado a participar. | Exposición. | Palabras de bienvenida y motivación. | Las personas facilitadoras reciben las personas participantes dándoles una calurosa bienvenida | 8:30-8:45 | Salón amplio. Micrófono. Amplificador y bocinas | Representantes o especialistas. |

Retomado del Manual para jóvenes facilitadores (2011)

Con lo respecta a los objetivos específicos representan las unidades menores o el desglose del objetivo en general, se redactan en términos de conducta desde el punto de vista de las personas que asistan qué se espera que hagan.

La técnica: es el modo característico de lograr un fin determinado mediante una actividad manual o corporal de otra índole, especializada. La técnica permite al equipo de facilitación otorgar un tipo de práctica para el aprendizaje que se va a emplear. Dentro de las técnicas que se pueden utilizar; exposición, demostración, observación, dinámica, análisis, armonización, redacción, estudio de caso, trabajo grupal, participación colectiva, evaluación participativa, etc.

El contenido: se desarrollan en relación con los objetivos de aprendizaje, los contenidos responden a la pregunta ¿Qué enseño? Las personas participantes se apropiarán de los contenidos mediante la puesta en práctica de la propuesta metodológica y las actividades planeadas.

Metodología y actividades: la metodología señala el camino, indica de qué manera las personas participantes van a adquirir los contenidos (conocimientos, habilidades y actitudes), para que cumplan con los objetivos. La metodología responde a la pregunta ¿Cómo enseño? Por lo tanto, aquí hablamos de procedimientos y prácticas.

Las actividades: deben mantener una estrecha relación con los objetivos y los contenidos. Es importante balancearlas; por ejemplo, mezclar un ejercicio didáctico con una charla, una actividad manual con una de análisis, una actividad larga, con otra actividad corta. Lo importante es que las actividades sorprendan para que el taller se convierta en una experiencia inolvidable.

Dentro de esta perspectiva Pérez (2014) señala el tipo de actividades que se pueden implementar en el taller:

Actividades introductorias: Son todas aquellas actividades que sean dirigidas a lograr un acercamiento entre los organizadores del taller y los participantes, entre ellas están el saludo y la bienvenida, la presentación de los asistentes al taller, la entrega del material y el programa para explicar que se hará y de qué manera se trabajara. También se especifican las instrucciones para el trabajo individual y grupal.

Actividades motivacionales: la motivación, como proceso, tiene su inicio en el momento en que se recibe y se reconoce a los participantes del taller, por ello, cuenta mucho el recibimiento y la actividad que se desarrolle para lograr interesar a los asistentes en el tema a trabajar. En este caso pueden ser ejercicios variados que buscan crear un ambiente de familiaridad y deseos de permanecer trabajando en equipo individualmente. Con estas actividades se pretende despertar motivos intrínsecos y extrínsecos. En los primeros puede incluirse la curiosidad intelectual, los deseos de saber y de actualizarse para obtener una recompensa, el mejorar de posición, la auto estimulación, y a veces, por la necesidad de aceptación y éxito.

Actividades de observación: Estas pueden estar unidas a las motivacionales y aplicar una observación dirigida, sugiere o libre que enlace muy bien con la idea de que despertar el interés de los participantes por la temática que se abordara. Cabe aclarar que este tipo de actividades puede llevarse a cabo en otros momentos o etapas del taller.

Actividades de expresión corporal: con estas actividades se pretende lograr animar a los participantes mediante el juego, la dinámica didáctica y la plática. Esta actividad visualiza a los participantes de manera integrada, buscan relajar y crear un estado de ánimo de confianza para iniciar el trabajo y así poder contar con la participación de la mayoría. Estas, a veces, son confusas con las actividades motivacionales y no todos los participantes están de acuerdo en llevarla a cabo; es decir, es uno de los riesgos que se corre; sin embargo, se obtienen muchos beneficios al desarrollarlas.

Actividades intelectuales: corresponde a procesos y a la secuencia de actividades que conforman el cuerpo del taller como, por ejemplo: la información, la interpretación, la comprensión, el análisis, la síntesis, la aplicación, el juicio crítico, el juzgar y valorar para dar soluciones a las problemáticas planteadas, los valores y principios, entre otras. Estas actividades son las que están intencionalmente bien dirigidas para que los participantes actualicen conocimientos y se capaciten de acuerdo con sus necesidades.

Actividades manipuladoras: al ser la educación un proceso permanente y que busca la formación integral de los niños y jóvenes, un taller debe incorporar el desarrollo de habilidades y destrezas sin perder de vista lo cognoscitivo y afectivo pero muy apegado a lo psicomotriz. En este cabe lo relativo a la nueva tecnología de información, los avances en la ciencia, lo artístico, la creatividad, entre otras.

Actividades de evaluación: al final de un taller la evaluación es fundamental como un ejercicio que facilita el dialogo y comunicación estrecha que lleva al desarrollo de procesos de autoevaluación y coevaluación, así como a un sistema de evaluación más autogestionaria. El trabajo individual y grupal posibilita que entre compañeros se establezcan parámetros para evaluar de manera diagnostica y formativa.

Tiempo y horario: a cada actividad se le asigna un tiempo en el cual consideramos que las personas participantes pueden realizar los ejercicios o actividades que se han planteado. La suma total de los tiempos determina la duración del taller o al revés. De acuerdo con la duración del taller, planificamos las actividades y los tiempos. No olvidemos que hay dejar algún espacio de tiempo para los imponderables.

Recursos: para la llevar acabo la actividad también se tiene que apoyar de recursos técnicos o didácticos, a continuación de los recursos más utilizados son; material escrito (programa de actividades, fichas de inscripción, lista de control de asistencia, formato de evaluación, manual de facilitación) suministros (carpeta y libretas de notas, cinta adhesiva, goma de pegar, bolígrafos y lápices, cartulinas de colores y tijeras). Los medios marcadores, pizarra con sus respectivos marcadores o tizas, reproductor de audio “CD, casetes o USB”, tarjetas, proyector de video, computadora, cañón, rotafolios, reproductor de video “DVD”, micrófono, amplificador y parlantes.

Responsables: por lo general, en su aplicación requiere de la participación de varias personas, es recomendable que cada persona facilitadora se le asigne una o varias actividades concretas. Cada quien debe saber antes de iniciar el taller, que responsabilidades tiene en cada momento.

Agenda o programa: en el diseño metodológico de la carta didáctica o carta descriptiva no se les entrega a los participantes del taller. A ellos se les entrega una “propuesta de agenda”, también llamada “programa o

cronograma” de actividades. Donde se indica que el nombre del taller, actividades y el horario de cada ellas.

1.4.3 Ejecución.

Se inicia con una introducción del taller, presentación del el equipo facilitador debe tener preparado todo el material a trabajar y el lugar debe ya estar acondicionado de acuerdo a las actividades a elaborar. Describiendo los siguientes puntos (Gilímas y Díaz 2014):

Bienvenida: una de las ideas principales es recibir a con entusiasmo a cada participante, es importante transmitir un mensaje con un tono positivo y hacer que la gente se sienta interesada; permitirles algo de familiaridad y asegurarse de que saben a lo viene al taller.

Inscripción: es importante mencionar a las personas que pasen a inscribirse al taller con el fin de registrar sus datos personales y así comunicarles de manera personal convocarlos a nuevos talleres o encuentros, así como enviarles materiales. Los datos de esta hoja son: Nombre y apellidos, Dirección, Institución, Teléfono y correo electrónico.

Acto protocolario: en el taller se requiere de la participación de un conductor o conductora a quien se le llama también maestro o maestra de ceremonias, que puede ser uno de los miembros del equipo de facilitación se pueden llevar a cabo actividades como; canto del himno nacional, oración o invocación, motivación, palabras de invitados especiales, inauguración del taller.

Presentación: puede ser tradicional o interactiva, dependiendo del espacio en donde se desarrolle el taller. El nombre de cada persona es especial, por lo que el equipo facilitador debe esmerarse en que esta primera actividad sea un éxito. Se puede mencionar datos personales e intereses en algunas actividades también menciona que es lo espera del taller.

Mencionar reglas: después de la presentación, el facilitador tiene que indicar de manera general ciertas reglas que permitan hacer un clima apropiado para la concentración y comunicación con el grupo, las reglas no deben ser impuestas al contrario deben nacer de los participantes. Ellos o ellas deciden la mejor manera para que el taller sea exitoso.

Fase del desarrollo: en la implementación o ejecución del taller, siempre hay que tener presente que partimos de los conocimientos y experiencias de las personas participantes. De esta consulta obtendremos historias, testimonios ejemplos y referencias que probablemente, ni la misma persona participante podrán imaginar. Desde ese momento, se empieza a construir el conocimiento. Lo más relevante es darse cuenta de si conocen o no el tema para basarnos en esos conocimientos y construir a partir de ahí por medio de nuestro aporte y el de ellos.

Después se recurrirá a diversas técnicas sobre el trabajo grupal; este trabajo en grupos se realiza con el fin de motivar a los participantes a participar, sucede que hay personas con miedo o vergüenza al hablar en grupos grandes, en cambio en grupos pequeños suelen expresarse mejor.

Otros puntos a mencionar son:

- Controlar el tiempo.
- Hacer coincidir la presentación con el contenido del taller.
- Explicar y presentar el material de distintas formas.
- Hacer las actividades entretenidas.
- Animar a los participantes a relacionarse con el contenido del taller
- Dejar el tiempo suficiente para la reflexión y el debate en todas las actividades.

Clausura: esta es la fase final del taller, es necesario hacer un resumen de las cosas y dar a los participantes una posibilidad de reaccionar a lo que acaban de escuchar, se debe considerar puntos como:

- Resumir y revisar el programa.
- Repasar expectativas.
- Dar oportunidad a los participantes de resumir.
- Pedir opiniones sobre las técnicas, actividades y métodos que se expusieron.
- Recolectar los formularios de evaluación.

Fase de evaluación: en el transcurso del curso, el facilitador debe estar atento a los signos, gestos, posturas, expresiones de los participantes, es decir la evaluación es permanente. Por otra parte, hacer evaluaciones parciales para detectar las fallas y los aspectos que inquietan a los participantes para corregirlas. En caso la evaluación final, hay que propiciar un ambiente en el cual las personas participantes se sientan con la libertad de expresarse en diversos aspectos del taller. En el caso que la aplicación dure más días es conveniente realizar una evaluación participativa al final de cada día.

Seguimiento del taller: si hay material como bibliografía que quedó pendiente al enviar a la brevedad. Si hay nota sobre el resumen y la evolución, se recomienda escribirla a máquina y enviar la información a los participantes para una mayor comprensión del taller. Revisar las evaluaciones y los comentarios después del taller esto aportara por si se tiene que hacer algunas modificaciones en el diseño.

En resumen con respecto a este capítulo, nos proporciona los pasos e información de puntos en la elaboración de un taller. En esencial el taller nos permite llevar a cabo actividades, que mediante la práctica se genere el

conocimiento. El taller su base principal es la pedagogía porque sus recursos didácticos (técnicas y actividades) permite que se enriquezca el aprendizaje.

CAPÍTULO II. REMINISCENCIA

2.1 Antecedentes de la reminiscencia

2.1.1 Época griega

A través de la historia, el primer antecedente con respecto al tema de reminiscencia surge a través del mito filosófico realizado por Platón; “*el dei carro alado* que se encuentra en la obra de Fedro o del Amor “(Gambra, 1965). Explica que el alma se asemeja a un carro alado que tiene dos caballos, dirigidos por un auriga quien se encarga de moderar. La representación de un caballo de color blanco que figura el estado de ánimo, es la parte noble del alma. El otro caballo de color negro simboliza la pasión, apetito y lo desleal. El papel del auriga que personifica la razón tiene que gobernar y regir al conjunto.

El alma se encuentra en el cielo en donde se localizan los astros se caracterizaba por ser inocente y limpia. Así también las ideas se ubican en el mismo paraíso, posee la cualidad de no experimentar la contradicción entre la experiencia sensible e inteligible, solo se componía de la parte intelectual. Para Platón todo lo que se puede ver, es universal, existe fuera pensamiento y su presencia es perfecta. En algún momento del cielo hay una caída el alma, se apropia de un cuerpo, sucede que lo vivió en el mundo de las ideas es olvidado, y la persona en la tierra tendrá que conocer, y en ocasiones por medio percepciones recordara lo que vivió antes. El conocimiento es sensible, la información tiene un valor que despierta en el alma el recuerdo, de las ideas antes de encarnarse en el cuerpo, esto es el camino para llegar una anámnesis.

Es decir que origen de palabra reminiscencia se deriva con la palabra (anámnesis) que significa: traer a la memoria. “Es el acto por el cual el alma

humana accedía al conocimiento, gracias al recuerdo de un estadio anterior en el cual se poseía una visión directa de las ideas, según Platón” Diccionario Ilustrado de Psicología, (2002). Dicho de otra manera, la reminiscencia es un acto de recordar que permite, trasladarnos a momentos del pasado para atraerse en el presente. La información citada nos permite tener la base principal del origen de nuestro tema, recordar es uno de los actos del ser humano que en cualquier momento de la vida se puede acceder, solo se necesita de situaciones, factores que nos permitan evocar el recuerdo.

2.1.2 Investigaciones de la reminiscencia.

Las investigaciones representativas de este tema tienen relación desde la disciplina de la psicología, geriatría, terapia ocupacional. Comenzando desde el año 1913, la reminiscencia fue aplicada por el investigador Ballard; reconociendo a esta técnica como una “realización de un acto aprendido que ocurre mientras el sujeto está en reposo” (Eysenck, 1977). Dentro de la psicología experimental se estudió como el resultado de incrementos de aprendizaje en relación a la fatiga y motivación en actividad física.

El país de Estados Unidos se considera el primer lugar donde surge, el tema de investigación, a partir de la teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson (1950) en especial el último estadio surge la terapia de reminiscencia, se dio cuenta que ocurría un fenómeno natural y universal en el anciano; era la inclinación y con frecuencia de recordar, relatar hechos pertenecientes a su pasado (Krassolevitich, 2005). Desde la perspectiva psicológica este autor nos da apertura a conocer las características más representativas de cada estadio, en el caso de los adultos mayores uno de los actos más comunes es elaborar una revisión de vida para lograr una integridad, más adelante se explicará cada uno de los estadios.

Desde la perspectiva psiquiatra y geriatra de Robert Butler, es quien le dio más énfasis al llevar a cabo sus intervenciones con personas en la vejez. Esto se debe al año 1953, sus estudios se enfocaron en medir la potencialidad de la ancianidad. Su atención era hacia los gerontes que regresaban de la segunda guerra mundial, al darse cuenta de diferentes profesionistas al aprovechar de la vulnerabilidad de las personas y referirse que el adulto mayor su característica principal era enfermedad y fragilidad.

En el año 1958 Outpatient Clinic del Boston Veterans Administration Hospital, se atendían alrededor de 150 personas de la tercera edad, del sexo masculino, que habían pertenecido a la guerra, la edad promedio de 81 años, se llevó a cabo un estudio longitudinal para conocer los factores que contribuían a manejar con éxito los problemas de la vejez. La mayor parte de las entrevistas se tenían una característica en común y eran las reminiscencias (McMahon y Rhudick, 1973).

Sin embargo, del artículo "The Life Review" (1963) del psiquiatra y geriatra Robert Butler, su objetivo fue presentar a la reminiscencia como una interpretación de la vejez, así también desde un enfoque terapéutico para descubrir los potenciales que tiene y disfrutarla. Surge así término de revisión de vida es su primera aportación hacia la dicha etapa de la vida, es "definida como un proceso mental universal que se produce naturalmente, caracterizado por el retorno progresivo a la conciencia de las experiencias pasadas y en particular el surgimiento de conflictos no resueltos" (Serrano, et al. 2010). El geriatra Butler da importancia al tema de reminiscencia y revisión de vida, la define como proceso psicológico del anciano para lograr una adaptación exitosa por medio de las diferentes etapas de la vida.

Uno de los trabajos que citan McMahon y Rhudick (1964) fue la aplicación de este tipo de técnicas psicológicas, descubrieron que las personas mediante las actividades que evocan recuerdos, tenían beneficios como la disminución de puntos en depresión.

Para Kelly (1967) por citado por Lopes y Brás (2011) menciona la teoría de constructos personales considera la aplicación de reminiscencia, que permite organizar y darles una interpretación a constructos para un sentido de vida y lo que rodea. En la vejez las pérdidas y cambios hacen que la información de los constructos que son aquellas experiencias en algún momento se vean amenazadas, sin embargo, la reminiscencia en un momento llega a fortalecer, asegurar algún constructo que se vea en peligro.

Partiendo de las aportaciones anteriores, también se tiene que conocer las aportaciones o investigaciones al transcurso de años hasta la actualidad acerca de los beneficios de la reminiscencia en la demencia, sintomatología depresiva y por ahora utilizada en Alzheimer.

A principios de años de 70, la psiquiatría comenzó a descartar las técnicas desde un enfoque psicodinámico y una revisión de la persona, la carga emocional se adjudica que puede ser aliviada mediante medicamentos psicoactivos. También se utilizó como complemento las terapias de revisión y medicamentos para aliviar la ansiedad y el dolor, las combinaciones de ambas hacen que la persona pueda tener una reconciliación y cierre de conflictos del pasado.

La investigación de Fortuna (2016) cita que en los años 80 se dio paso en darle más credibilidad a la reminiscencia, porque los beneficios que aportaba eran similares a una intervención psicológica. Se obtenía; la disminución de la depresión, el aumento de la autoestima, satisfacción de la vida. También menciona la aportación de Coleman (1986) y Disch (1988) describiendo que

el adulto mayor tiene una característica que le permite tener un envejecimiento exitoso por medio de la reminiscencia. Para estas fechas la apertura de instituciones en el cuidado de la persona de la tercera edad, comenzó con la creación de terapia de grupo así también de profesionistas en la aplicación de la técnica.

Los investigadores Afonso & Bueno (2009) realizaron un estudio de *“Efectos de un programa de reminiscencia sobre la sintomatología depresiva en una muestra de población mayor portuguesa”*, la finalidad fue realizar un programa semiestructurado, de cinco sesiones individuales, en una población de 90 personas con una edad de 65 años en adelante, que presentaran sintomatología depresiva, sin medicación depresiva y sin evidencia de demencia. Los resultados muestran que la recuperación, así como la elaboración de recuerdos autobiográficos positivos y negativos, además de la estimulación del tipo de reminiscencia instrumental y de integración y el relato de recuerdos autobiográficos específicos y positivos, son una estrategia de intervención psicológica para disminuir la sintomatología depresiva en el adulto mayor.

Por otra parte, la reminiscencia también es utilizada en la demencia como por ejemplo el trabajo de Duarte et al. (2010) sobre la *“Construcción de un programa individual de reminiscencia para mayores con demencia residentes de una institución”* esta aplicación consistió en la construcción de un libro de memorias que implicaba anotar cinco acontecimientos autobiográficos positivos estos datos proporcionados, el psicólogo determinaba el plan de estimulación y las sesiones semanales. Resaltar que en esta investigación ofreció y desarrollo estrategias de intervención que permitió mejorar las relaciones interpersonales, frenar el declino cognitivo y estimular la identidad del yo en pacientes con demencia.

Asimismo Scolni (2013) llevó a cabo un “Taller de reminiscencia: resinificando recuerdos y experiencias con adultos mayores concurrentes a un hogar de día”, la realización de este taller se divide en dos aplicaciones; la primer parte tiene que ver con actividades de reminiscencia teniendo buenos resultados en atención primaria con adultos mayores, la segunda parte se rediseño el taller para trabajar en la prevención secundaria con adultos mayores concurrentes en un hogar de día que padecen diferentes patologías en especial sintomatologías depresivas. La aplicación fue de un año y los beneficios fueron fomentar la participación, la adaptación en el hogar, fortalecer la autoestima, y la disminución de síntomas depresivos.

Finalmente, Fortuna (2016) hace una síntesis de los trabajos realizados en los tiempos recientes desde las diferentes disciplinas como psicología, enfermería, medicina ciencias sociales y educación programas realizados y dirigidos al tema de reminiscencia en población de adultos mayores y en ninguno de los casos fue hecho en México por lo que campo de investigación en esta área es completamente extensa. Estos trabajos forman parte del sustento de reminiscencia como técnica terapeuta o terapia aplicado en programas y talleres tratando la sintomatología depresiva y alzhéimer.

2.1.3 Teoría Psicosocial de Erik Erikson.

Recordando que la aportación de Butler se basa en la teoría psicosocial del psicoanalista Erik H. Erikson. Es una de las propuestas más elaboradas en teorías psicosociales de los años 1950 a 1968, principalmente porque estudia todo el desarrollo del ser humano desde el nacimiento hasta la vejez, proponiendo que la personalidad tiene un cambio constante debido a los factores sociales, la identidad del ego es su aportación transcendental.

Siendo esta un elemento de identidad del ego es la sensación conscientemente experimentada del yo, se deriva de las transacciones con la realidad social. Es decir, todo cambio que experimente el ser humano causará un impacto que permitirá formar o mantener la capacidad de la integridad del ego o yo.

A propósito, refiere Martínez (2012) que el tema de revisión de vida y reminiscencia se basa en la teoría de Erikson sobre el desarrollo psicosocial del ser humano, así también da paso a descripción de los diferentes tipos de reminiscencia con la finalidad de trabajar diversos enfoques para la relacionar la reconstrucción del pasado, revisión terapéutica o como reflexión vital. La teoría es dividida en ocho etapas que el individuo debe resolver diferentes conflictos, con dos resultados posibles la resolución exitosa de la etapa o fracaso.

Observemos la siguiente tabla 2. en esta se plasma un resumen que representa las ocho etapas psicosociales de que establece la teoría Erikson, así también al final se dará una breve explicación de las características más representativas de la teoría del desarrollo psicosocial.

Tabla 2. Etapas del desarrollo psicosocial y fortalezas básicas

| Etapa | Edades | Formas adaptadas o inadaptadas de manejar la crisis | Fortaleza básica |
|---------------------------|---------------|--|-------------------------|
| Oral- sensorial | Nacimiento-1 | Confianza frente a desconfianza | Esperanza |
| Muscular-anal | 1-3 | Autonomía frente a la duda y vergüenza | Voluntad |
| Locomotora-genital | 3-5 | Iniciativa frente a culpa | Propósito |
| Latencia | 6-11 | Laboriosidad frente a inferioridad | Competencia |

| | | | |
|-------------------------|----------------|---|-----------|
| Adolescencia | 12-18 | Cohesión de identidad frente a confusión de roles | Fidelidad |
| Adultez temprana | 18-35 | Intimidad frente a aislamiento | Amor |
| Adultez | 35-55 | Generatividad frente a estancamiento | Afecto |
| Madurez-senectud | 55 en adelante | Integridad del yo frente a desesperación | Sabiduría |

Fuente de información Schultz D.P y Schultz S.E (2010)

Etapa 1. Confianza frente a desconfianza: Comienza desde el nacimiento y finaliza al primer año, hay una relación con la primera etapa del desarrollo psicosexual de la teoría de Sigmund Freud. Durante este periodo el bebé depende completamente de sus cuidadores primarios, por medio de ellos el satisface sus necesidades, la madre es fundamental porque le brinda el alimento.

La fortaleza básica de esta etapa es la esperanza como resultado de una resolución positiva de la crisis del periodo. La mamá y personas cercanas a él, brindan confianza en caso que no, siempre esté a su lado para la satisfacción de cosas básicas, entonces él sabe que debe sobrevivir aun cuando no esté satisfecho. Por otra parte, esta fortaleza da en un futuro que los deseos son alcanzables, es ahí el surgimiento de un optimismo en todos los aspectos de la vida (Jensen, 2012).

Etapa 2. Autonomía frente a vergüenza y duda: Da inicio desde los 2 a 3 años, el niño logra su autonomía. Una de actividades importante es; la preparación para ir al baño, caminar, relacionarse más en su ambiente social (Cloninger, 2003).

Los diferentes descubrimientos, al niño le permiten sentirse con la libertad de expresarse, en el caso si una conducta es controlada por un adulto puede generar la vergüenza o duda, o también puede ser la represión de los padres en ciertas acciones o bien limiten sus capacidades para ejecutar algunas

actividades de interés para el niño. La fortaleza básica de esta etapa es la voluntad que se relaciona con la decisión de ejercer, la toma de sus propias decisiones acertadas o no, así también limitarse en acciones esta viene en relación con la confianza adquirida en la etapa anterior.

Etapa 3 Iniciativa frente a culpa: se desarrolla a partir de los tres a cinco años de edad, existe una relación con la etapa fálica de la teoría de Sigmund Freud, sus capacidades motoras y mentales continúan desarrollándose el niño tiene y expresa más tener la iniciativa por realizar más cosas por sí solo.

También hay un fuerte deseo por formar fantasías, las cuales se manifiesta en el deseo de poseer al progenitor del sexo opuesto y en rivalidad con el mismo sexo (Schultz & Schultz, 2010). La fortaleza de esta etapa que le brinda otra cualidad al ego es el propósito que es el resultado de buscar sus objetivos que sean a beneficio o bienestar para él, sin el temor de que reprendido ante su decisión. La iniciativa permite darle la continuidad de realizar sus metas.

Etapa 4 Laboriosidad frente a inferioridad: Corresponde de los 5 a 11 años de edad, el niño sigue con su desarrollo encontrándose en la educación básica. Ahora sus acciones tienen que ver con actividades más impresionantes es decir todo trabajo tendrá un significado. La exigencia de sus padres y maestros crece debido al desempeño de tareas y aprendizajes que va adquiriendo y estas van en aumento. Además, hay un inicio de expectativas y exigencias hacia el niño, ahí surge la parte de laboriosidad se destina mayor atención y dedicación a las cosas que le piden como tareas o involucrarse en actividades de trabajo de un adulto (Carver y Sheier, 2014)

La fortaleza de esta etapa es el resultado de la laboriosidad e inferioridad: competencia y esta es el hacer las cosas o actividades que deban ser aprobadas y aceptadas por las demás.

Etapa 5 Identidad frente a confusión de roles: Para Erikson la crisis de identidad, es durante la etapa de desarrollo la adolescencia. Comienza con adquisición de los roles del adulto, esto permite la lucha para lograr un sentido de identidad. Una de las tareas es encontrar una respuesta a la pregunta ¿Quién soy yo? que es mutuamente agradable para el individuo y los demás. (Cloninger, 2003).

La identidad que es la integración del yo surge al establecer opiniones, puntos de vista e ideas propias, diferentes de sus progenitores, compañeros y otras influencias. La virtud en la etapa es la fidelidad que es, mantener la adhesión, certeza de tener un sentido del deber en las relaciones con los otros y lealtad para sí mismo.

Etapa 6 Intimidad frente aislamiento: Corresponde a un adulto joven de 21 a 35 años. La persona genera vínculos afectivos con el sexo opuesto, una pareja y la parte laboral tiene un valor imprescindible. Hay una independencia de los padres, el comienzo de una carrera universitaria da la pauta a una autónoma para la formación de adulto responsable (Schultz, 2010).

La parte negativa que se presenta es aislamiento, esto es vivir separado de los demás y no es capaz de comprometerse, un motivo puede ser para no querer intimar puede ser la situación no haber persona adecuada para cumplir sus necesidades y otro aspecto por decisión propia creer que una relación en pareja amenaza su independencia. La fortaleza es el amor, surge en la intimidad en la etapa de la adultez temprana, Erikson la considera como una virtud humana, siendo la entrega de mutua de identidad compartida en fusión con otra persona.

Etapa 7 Generatividad frente al estancamiento: Comprende de la edad de 35 a 55 años es la etapa de madurez, hay una participación activamente en temas de enseñanza y la orientación a la siguiente generación. La capacidad de generar, es en parte a una cuestión de crear y encaminar el crecimiento, incluyendo ideas u objetos que enseñan a los jóvenes que no son sus hijos cualquier cosa que influya en el futuro de forma positiva (Carver y Sheier, 2014).

La solidaridad es la fortaleza básica de esta etapa, para Erikson la describe como un interés hacia el otro, pensaba que se manifestaba en la necesidad de enseñar no solo en ayudar a los otros así también el realizar su propia identidad.

Etapa 8 Integridad del yo frente a desesperación: Para Cloninger (2003) esta etapa es el final del desarrollo psicosocial, la madurez y senectud donde se precisa elegir la integridad del yo y la desesperación, es decir las actitudes determinan la manera en que se evalúa la vida y se verifica el cumplimiento de las metas. En esta última parte del ciclo vital que inicia de 60 años hasta la muerte, el vivirla es el resultado de las etapas pasadas.

Después de la revisión de la persona, concluye que su vida ha tenido orden y significado, y acepta las decisiones que tomó y las cosas que realizó, surge una sensación de la integración del yo (Carver y Sheier, 2014). Es decir, el adulto al regresar a momentos específicos tenga una actitud positiva, el sentirse satisfecho por lo realizado asumiendo con responsabilidad en sus metas cumplidas y fracasos. Cuando el adulto mayor revisa momentos significativos de su vida pasada se da cuenta del orden en que las realizó, el sentirse a gusto da una sensación de estar completo, aceptando su presente y el pasado.

La desesperación surge a partir del revisar momentos que no fueron logrados, propósitos inconclusos provocando su presente una frustración al darse cuenta que no hay el tiempo suficiente para lograrlas. “La desesperanza hace que la persona a lugar de aceptar su historia como un regalo valioso, experimente amargura, por no poder cambiar la forma en como hizo las cosas” (Schultz, 2010). Dicho de otro modo, lo que no se logro puede ser resultado de que el adulto mayor responder de forma enfadada, se puede presentar el desprecio hacia otras personas al compararse por no lograr objetivos y metas.

Sin embargo, para Erikson las personas de edad avanzada, se enfrentan a una necesidad de aceptar lo realizado en su vida; la manera en como la han vivido con el fin de aceptar su próxima muerte. La lucha de por lograr el sentido de integridad, de coherencia y totalidad de la vida en vez de dar vía a la desesperación debido a la incapacidad de volverla a revivirla de manera diferente. Si una persona ha tenido éxito en esta tarea integral final, construida sobre los resultados de las siete crisis previas, ganan sentido más amplio del orden y del significado de sus vidas dentro de un ordenamiento social más grande, pasado presente y futuro (Serrano y Latorre, 2005).

La virtud que se desarrolla durante esta etapa es la sabiduría que es un despreocupado e informado interés por la vida de cara a la muerte en sí misma, es decir incluye aceptar lo vivido, sin antipensamientos importantes sobre lo que fue diferente, que implica aceptar a los padres como personas que hicieron lo mejor que podía y por lo tanto merece amor, aunque no fueran perfectos y aceptar la propia muerte como el fin inevitable de la vida igualmente.

La sabiduría permite dejar experiencias que serán transmitidos de generación en generación. Los adultos mayores mantienen la integridad del

ego mediante la aceptación y el orgullo por sus historias vitales (Jensen, 2012).

La reminiscencia surge precisamente en esta edad por recordar momentos significativos en cada una de las etapas del ciclo vital, por ejemplo, hay estudios de psicólogos reconocidos que aportan resultados de análisis en autobiografías y recuerdos más significativos, los recurrentes son los logros de la edad adulta joven, como la época de la universidad, la graduación y llegada de sus hijos (Cloninger, 2003).

La revisión de la teoría de desarrollo psicosocial nos permite tener características principales del desarrollo personal a través del tiempo. En este modelo la división fue en ocho etapas, en donde el ser humano tenía diferentes tareas psicosociales que resolver, cada una de ellas se complementa. Aunque el ser humano no complementa algunas de las tareas, debe pasar a la siguiente etapa que a su vez le resultara más difícil porque no se ha establecido el pase con la nueva etapa.

Cabe resaltar que para la psicología hay diferentes perspectivas en cuanto al tema del desarrollo del ser humano, dependiendo del enfoque, sin embargo, esta teoría es de la perspectiva psicoanalítica. Erikson enfatizarla importancia de la vejez, la revisión de vida para llegar a darle un nuevo sentido positivo a lo vivido. Esta teoría es una de las bases fundamentales de la terapia de reminiscencia, porque le dan sentido a los recuerdos vitales que se convierten en una estrategia de gran potencia para superar esta última fase vital y afrontarla de una forma adaptativa y satisfactoria.

2.2 Definición de reminiscencia.

El significado de la palabra de reminiscencia se deriva del latín *reminiscentia* que significa “acción de recordar eventos y experiencias pasadas” (s.f). La

evocación de recuerdos y experiencias del pasado, normalmente tiene una característica la mayor parte son inconscientes. En especial recobra gran relevancia en la etapa de la vejez, por ser un recurso para el adulto mayor los recuerdos o experiencias son el resultado de momentos vividos en cada una de las etapas del ciclo vital, son más fácil de acceder ya que estos se encuentran en la memoria a largo plazo y en la vejez es con la que más se puede acceder.

De las fuentes de información, una de las definiciones de años atrás es de Webster's International Dictionary, Segunda Edición "es el acto o el hábito de pensar en las propias experiencias pasadas o relatarlas" (McMahon y Rhudick, 1973). Es decir, son los acontecimientos del pasado que se atraen al presente, principalmente de aquellas que resultan significantes, aquí la reminiscencia en la etapa de la vejez es una característica representativa, sin embargo, algunos estudios aportan que también es un criterio de signo de deterioro mental.

La reminiscencia surge por los estudios del psiquiatra y geriatra americano Robert Butler definiéndola "por recordar eventos o periodos de la propia vida y es uno de los componentes de lo que él denomina "revisión de vida" ("life review")". (Salazar, 2008). El adulto mayor en su vejez tiene la oportunidad de recapitular, momentos significativos, no obstante, se debe señalar que revisión de vida y reminiscencia son dos temas diferentes, para algunos la reminiscencia es la actividad espontánea de recordar experiencias y revisión de vida es una evaluación más minuciosa y de carácter evaluativo.

Otra perspectiva de Afonso, et al. (2010) es conocida por "el proceso de recuperación de episodios experimentados personalmente en el pasado, se trata de pensar sobre las experiencias del pasado, especialmente sobre las que resultan personalmente gratificantes". Este proceso además de estimular

los recuerdos del pasado, es en especial revocar aquellos que en su mayoría son experiencias positivas permite remontar a momentos concretos que tengan un significado especial o algún evento importante vivido.

Además refiere el autor Scolni (2013) la reminiscencia tiene la función de recordar pensando o relatando hechos, “actos o vivencias del pasado, es una actividad psíquica universal que parece ser necesaria en el envejecimiento y en la vejez, en tanto favorece la integración del pasado al presente, brinda continuidad, refuerza la identidad, aumenta la autoestima y permite la resignificación” la reminiscencia trae consigo más beneficios no solo el recordar, cuando el adulto mayor cuenta su propia historia produce un elevado potencial terapéutico, en la vejez por medio de esta técnica la persona se desarrolla, se actualiza y encuentra un sentido a su vida.

Como podemos darnos cuenta que este concepto es asimilado desde diferentes autores con sus respectivos enfoques; sin embargo, cabe señalar que el proceso es el mismo, con la finalidad de evocar recuerdos para poder llevar a cabo un proceso de plenitud al final del ciclo de la vida. Por esta razón es importante mencionar los tipos de Reminiscencia.

2.3 Tipos de reminiscencia.

Dentro de la reminiscencia, hay una clasificación y diferentes autores han aportado a describir las consecuencias psicológicas de cada ellas. Sin embargo, llevara a la practica la reminiscencia, aplicado en adultos mayores no tiene un sentido único, desde la aportación de Butler se han realizado, diferentes clasificaciones de lo que es reminiscencia apuntando la complejidad de cada uno (Martínez, 2012).

Por ejemplo, para McMahon y Rhudick (1964) citado por (Lopes y Brás, 2011):

- 1) Revisión de vida.
- 2) Reminiscencia despreciativa o glorificación.

El número uno se refiere a la relación con la resolución de conflictos, con la aceptación del yo y los demás, proporcionando un significado de la vida integrando el paso del presente. El número dos explica, consiste en la actuación de la persona de forma defensiva, glorificando acontecimientos del pasado para despreciar el pasado.

Para LoGerfo (1981), propone tres tipos: 1) Informativa: consiste en recuperar momentos del pasado que resultan gratificantes y placenteros. 2) Evaluativa: incluye intentar una reconciliación con conflictos y situaciones de fracaso del pasado. 3) Obsesiva: es denotar la comprensión e improductiva de hechos del pasado con los que la persona se sienta arrepentido (Lopes y Brás, 2011).

Mientras que Wong y Watt (1991) aportan la clasificación dividida en seis tipos, (integrativa, instrumental, transmisión, obsesiva, narrativa y escapista) las mencionadas cumplen funciones positivas o negativas para favorecer un envejecimiento satisfactorio.

Reminiscencia integrativa: se relaciona con resolución de conflictos y reconciliaciones, se trata de la aceptación de uno mismo y los demás, hay un descubrimiento del sentido y significado de vida e integración del pasado con el presente". (Martínez, 2012). Este tipo permite aceptarse uno mismo, también la paso a resolución de conflictos, otorgar un significado a los sentimientos, permitiendo que los sujetos acepten sus acontecimientos del pasado para encontrar un sentido y valor a lo que ha vivido.

Para Martínez (2012) las tareas de la siguiente lista de la reminiscencia integradora permiten que el adulto mayor desarrolle:

- Aceptar el propio pasado como algo significativo y que mereció la pena.
- Aceptar las experiencias pasadas negativas e integrarlas con el presente.
- Reconciliar la realidad con lo que se había considerado como ideal.
- Resolver conflictos del pasado.
- Recordar experiencias y lecciones que han contribuido al desarrollo de los significados personales.
- Conseguir un sentido de coherencia entre el pasado y el presente.
- Reestructurar algunos acontecimientos de forma que la vida empiece a tomar sentido y significación personal.
- Revisar auto-esquemas de modo que los aspectos negativos del pasado se integren con los aspectos positivos.

Por lo tanto, el adulto mayor permite a través de este tipo tiene la capacidad para aliviar sentimientos depresivos, ya que hay una reestructuración cognitiva, por medio de estrategias hay la posibilidad de reducir creencias negativas que tiene la persona de sí misma. Dentro de la misma hay una evaluación de sí mismo, la persona al contar sus recuerdos por medio de estímulos que produzcan el recuerdo y a través de ello busque detalles en su vida y revisar sus experiencias positivas o negativas que generen un cambio y una aceptación de la persona.

Reminiscencia instrumental: se basa en recordar el pasado y la forma de enfocar alguna actividad que fueron resueltas en el pasado y así poder hacer frente a situaciones en el presente, es decir representar los problemas del pasado en la situación actual (Fortuna, 2016). El pasado en esta reminiscencia es fundamental por las experiencias que son la base para el adulto mayor se dé cuenta que las adversidades que asumió en un pasado y

que ahora se hacen presente tienen una solución al tener la experiencia de lo que ha vivido para lograr una mejor adaptación.

También permite que el adulto mayor sea el portador de resumir sus logros del pasado, al trabajar con estas personas en su discurso se puede percibir que se sienten orgullosos de todos sus logros desde el ámbito profesional, el papel que hayan desempeñado en la familia, en sus cosas materiales y lo principal es que nadie es igual al ya que son únicos en lo que ha realizado. Al trabajar este tipo se hace presente la oportunidad de ver cuáles son las emociones negativas un ejemplo la angustia, al identificarla la emoción nos da pauta a tener un control interno para dar una satisfacción y una mejora a la salud.

Reminiscencia transitoria: permite que el adulto mayor cuente sus historias más importantes o las significativas con la finalidad que las personas que están a su alrededor sepan de su historia (Bermejo, 2010). Así también la participación de eventos importantes y que pasen de generación a generación. Se comparte desde valores tradicionales, eventos históricos importantes, herencias culturales y la parte más significativa sabiduría y experiencia personal.

Para (Jung, 1933) la transmisión de historias y experiencias del pasado cobran un significado relevante después de la segunda mitad de vida de la persona (Fortuna, 2016). Cuantas veces no se ha escuchado a un adulto mayor contar sus historias o experiencias con el fin de que las personas que lo escuchan sepan de la importancia del tal acontecimiento en primera porque aporta valor histórico, único y de aprendizaje. Esta reminiscencia también tiene un efecto positivo a la adaptación, proporciona una función social y refuerza su autoestima.

Reminiscencia narrativa: su finalidad es de contar relatos de episodios autobiográficos sin una actitud de evaluación o interpretación se “describen hechos del pasado y eventos positivos prevalecen, la manera de buscar la información es de forma autobiográfica o con el simple hecho de placer de relatar momentos importantes y esta no es evaluativa ni interpretativa” (Martínez, 2012).

Dos funciones son proporcionar información biográfica, como fecha y lugar de nacimiento, segundo relatar hechos o anécdotas del pasado que le resulten de interés o atractivas para saber información. Los hechos autobiográficos, contar historias del pasado sin darle una interpretación o evaluación hacen del adulto mayor ser partícipe de hechos históricos importantes.

Reminiscencia escapista: cumple un rol de defensiva, en donde el adulto mayor evade su situación actual. La manera de expresarse es por afirmaciones o diálogos con afirmaciones y magnificaciones que engrandecen y enlazan tiempos previos, hay deseos de regresar aun pasado para expresar logros de forma exagerada y con la característica de despreciar su presente (Martínez, 2012).

Por ejemplo, el adulto mayor en su recuerdo hace referencia que en el pasado ha hecho grandes logros, hace notar manifestar su felicidad exagerada y que tiene una necesidad o desea regresar a ese momento diciendo que esos fueron sus mejores tiempos. Tal caso puede presentarse una desconexión de su presente.

Reminiscencia obsesiva: es el recuerdo repetitivo de hechos del pasado, que suelen resaltar conflictos del pasado no resueltos, por ejemplo, sentimientos de rabia, duelo, vergüenza que el adulto mayor no ha sido

capaz de resolver. Se caracteriza por tener una culpa del pasado, sus efectos negativos de estos recuerdos pueden generar de una posible depresión, estados de pánico, agitación hasta llegar a un suicidio (Bermejo, 2010)

Los recuerdos más dolorosos, parecen ser lo más importantes ante el discurso, esto refleja que hubo una falla de experiencias pasadas en donde los problemas o la mala experiencia se hacen que sea lo más importante y no ver las cosas positivas de este hecho. Por lo tanto, la reminiscencia obsesiva se caracteriza para trabajarla de forma personal ya que puede presentarse una situación que puede manifestar un síntoma de psicopatología mental.

2.4 Revisión de vida.

La revisión de vida RV se ha utilizado desde una finalidad terapéutica (life review) su objetivo central es ayudar a resolver conflictos no resueltos de la persona y elaborar significados positivos de episodios complejos de la vida, fue propuesta en los años sesenta por Butler que la conceptualiza “como una forma espontánea o proceso natural que se caracteriza por el progresivo retorno a la conciencia de las experiencias pasadas y en particular, el resurgimiento de conflictos no resueltos” (Serrano et al., 2010).

Es decir todas las personas en un momento de su vida llevan acabo una revision de su pasado de vez en cuando y que cuakquier crisis podia provocar la revision de vida, es necesario definir que la RV es más intensa y la es más frecuente en la vejez. De acuerdo a Butler la revision de vida por medio de; los recuerdos autobiograficos, revisar la vida involucra un proceso terapeutico que ayuda a los adultos de la tercera edad a clarificar, profundizar y adaptar a esta etapa.

Por otra parte, la RV implica que la persona relate, con determinada secuencia su vida, desde la infancia hasta su presente, o que cuente su vida relacionado los principales temas que concierne a su desarrollo personal. Tiene un sentido y significado los objetivos de la propia vida. Este proceso de vida es más estructurada y comprensiva que la reminiscencia simple y es de carácter evaluativo. Es decir, la reminiscencia simple es parte de un proceso de revisión de vida (Lopes y Bueno, 2011).

Desde la perspectiva de Papalia et al. (2009), es “un proceso de reminiscencia que permite a una persona observar el significado de la vida conforme la muerte se acerca cada vez más”. En la última etapa del ciclo vital el ser humano, da mucha importancia a los acontecimientos del pasado con la finalidad de hacer un recuento de todo lo hizo y por lo que falta hacer y si esta aun a tiempo tener la oportunidad de llevarlos a cabo.

Desde la aportación Butler; la RV cobra un interés terapéutico, su trabajo se inició de forma individual y la persona, era ayudada por un terapeuta, repasaban diferentes momentos de su vida incluyendo los conflictos hasta llegar a reelaborar su historia vital positiva (Martínez, 2012) La orientación del terapeuta en la RV permite no solo conducir el recuerdo, más bien ayudar a darle a persona un sentido una coherencia a su pasado y aceptarlo. No todo lo que reelabora con momentos positivos, lo negativo permite también que la persona tenga la oportunidad de cerrar ciclos que no han bloqueado para disfrutar de su presente.

Para finalizar este subtema, muestra que es actividad o estrategia que se puede aplicar en los adultos mayores para rescatar momentos importantes de su vida. Sin embargo, también se considera otro elemento que forma parte de un proceso cognitivo la memoria, en especial la memoria

autobiográfica ya que solo trabajara con momentos significativos de la persona.

2.5 Memoria autobiográfica

La memoria episódica contiene recuerdos, de los hechos, sucesos y datos en referencia con una dimensión temporoespacial, dependiendo también de la recuperación de claves textuales. Dentro de esta memoria algunos estudios la han denominado memoria autobiográfica que se refiere a recuerdos y sucesos al yo, a la experiencia vital de cada individuo (Martínez, 2012).

La memoria autobiográfica se define como la memoria que contiene información relacionada de uno mismo (Brewer, 1986 citado por Ruiz, 1994). Estudios de relacionados coneste tipo de memoria han demostrado que cuando se presenta una palabra que actua como clave para elicitar el recuerdo, las personas deprimas en especial recuperan recuerdos menos especificos y más generales en comparacion con personas no depresivas (Serrano, Latorre y Montañés, 2005).

Las funciones de la memoria autobiográfica que elaboro Pillemer (1992) citado Fortuna (2016) explica las tres funciones de la MA desde una perspectiva psicodinámica.

Función directiva: Utiliza las experiencias del pasado como referencia para la solución de os problemas actuales y una guía para nuestras acciones en el presente y futuro.

Función social: Desarrolla y mantiene vínculos sociales, proporcionando material a la gente para conversar, compartiendo recuerdos personales con los demás, es una forma de facilitar la interacción social.

Función del Self: Crear y mantener una identidad coherente en el tiempo. Esta auto-continuidad es la que se refiere más a la función de auto representante en la memoria autobiográfica. Una auto identidad estable permite la evaluación de las experiencias pasadas conocida como reflexión de vida, que conduce a la auto-compresión y, a menudo auto-crecimiento.

El acceso a los recuerdos autobiográficos se facilita por se utilizan claves y estrategias convenientes. La utilización de estas herramientas, resultaran de vital importancia para la evocación de recuerdos, que deben de ser potentes, variadas y resultar adecuadas en función de que los recuerdos se refieran a períodos de vida, hechos generales o momentos más específicos. La importancia de ellos se basa en la codificación específica de indicar momentos o acontecimientos.

Las diferentes técnicas que están diseñados para estudiar la memoria autobiográfica tiene que tener una forma de comprobar la correspondencia de hechos reales y los hechos tal como son recordados las más utilizadas se basa en diarios y las asociaciones libres (Ruiz Vargas, 1994).

2.6 Aspectos para la aplicación de reminiscencia.

Tipo de estrategia metodológica.

La terapia de reminiscencia y revisión de vida, con frecuencia se utiliza en centros de día, residencias, que brindan la atención al gerente, dichas actividades forman parte programadas que se llevan a cabo. Se ha encontrado diferentes formatos y metodologías desarrolladas, por consiguiente se dificulta la comparación en resultados, su evaluación y eficacia. Tiene diferentes criterios para llevarse aplicarse es decir:

Tipo de objetivo; clínico- terapéutico su propósito es revisar conflictos no resueltos en la vida, apoyando a una resolución, de este modo permite una adaptación más positiva al presente y futuro hasta la aceptación de la

muerte. Estimulación del recuerdo, la reflexión y validación de los sentimientos, su finalidad es procurar oportunidades de evocación sobre el pasado, reforzando una reflexión que conduzca a una imagen positiva de lo vivido así como una mayor integración en el presente. Este tipo de contexto no es terapéutico, porque no se centra en resolver conflictos, más bien en crear espacios relacionales y estimulativos mediante acontecimientos o recuerdos del pasado. El tipo de intervención terapéutico o estimulativo se puede aplicar de forma individual o grupal, esto dependerá de los objetivos. También puede haber una combinación de diferentes actividades. El trabajo individual se aborda para el tipo terapéutico de preferencia. Por último el tipo grupal corresponde o es más idóneo para el tipo estimulativo (Martínez, 2012).

Desde luego el tipo de materiales para la aplicación de reminiscencia o revisión de vida son los siguientes de acuerdo a (Sardinero, 2009).

Caja de recuerdos: se recopilan objetos personales del individual que participara en las actividades o bien materiales que resulten comunes a un grupo de participantes de una misma generación puede ser hasta un tema en especial:

- Fotografía personales y antiguas no personales.
- Música de la época de los asistentes.
- Ropas antiguas.
- Documentación pasada como carnet, documentos de afiliación a un equipo, cuaderno de notas.
- Diarios, cartas, anotaciones personales.
- Videos documentales de épocas pretéritas.
- Películas de la colección de los participantes y películas antiguas.
- Objetos antiguos de los pacientes, como relojes, joyería y juguetes.

De la lista anterior el tipo de material personal, debe de contar con la aprobación de asistentes y cuidadores, pues no se trata en ningún caso de

vulnerar su intimidad, sino de facilitar la evocación del recuerdo a partir de una disposición emocional de aceptación, cooperación y comunicación entre ambas partes.

Libro autobiográfico: este tipo de material es cumplimiento con ayuda del terapeuta y de un familiar informante. Consiste en desarrollar un libro estructurado que recoja los datos más importantes de la biografía de la persona a lo largo de todo su ciclo vital. Permite anexar fotografías que acompañen al texto y hacer comentarios de los acontecimientos personales.

Datos socio-históricos y culturales: este tipo de material requiere de un mayor desarrollo por parte del terapeuta, porque consiste en recopilar sistemáticamente información sobre los sucesos históricos, sociales y culturales más importantes de la generación del paciente. Una vez seleccionados se le leen uno a uno en distintas sesiones para que comente su vivencia y opinión del acontecimiento. Siempre se tendrá que considerar los intereses y gustos individuales, pues unas personas estarán mejor informadas sobre hechos políticos, mientras que otras sobre eventos deportivos o sobre los acontecimientos de su propia localidad.

De acuerdo a la información anterior deja ver los materiales deben ser propiciar recuerdos que reflejen momentos significativos de la vida de los sujetos en la intervención de estas actividades, su elección de ser forma más objetiva para no caer infantilismo, sin olvidar que también se debe generar el interés para su participación.

CAPÍTULO III. DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR.

3.1 Definición de depresión.

Todo ser humano experimenta momentos de tristeza, por diferentes circunstancias y su duración también es variable, sin embargo, referirse a la depresión no solo se determina por una tristeza profunda, hay otros síntomas que se deben valorar además de la duración. Se tiene que comprender que este es un trastorno afectivo perjudica todas las esferas del ser humano y en consecuencia su calidad vida. Ahora bien, se citarán algunas definiciones que proporcionarán diferentes consideraciones para comprender este tema.

Para empezar la palabra depresión se deriva del latín *depression* (*dē* “hacia abajo” y *press* “oprimido”), se define por presentar un estado de ánimo, triste decaído, falta de energía y vitalidad, en ocasiones acompañado de angustia, sentimientos de minusvalía personal y reproches (Medicina, 2011). La manifestación de la depresión afecta principalmente el estado de ánimo caracterizado por la tristeza, esto se debe a que hay circunstancias o eventos que activa la emoción del miedo y esta vive por una pérdida afectiva significativa y son situaciones transitorias, proporcional al evento sufrido. Cuando la tristeza persiste o aparece de forma espontánea sin motivo o razón que produce una afectación en su actividad diaria se puede hablar de una manifestación de un estado depresivo.

De igual manera la Organización Mundial de la Salud (OMS) la describe como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. Debe señalarse que un trastorno mental es un conjunto de síntomas psicológicos, que afecta a la conducta significativamente

provocando una incapacidad en el individuo, además afectando su propia percepción de sí mismo.

Por otra parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social (2014) explica que la depresión:

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

En lo anterior se puede aterrizar que también se denomina como una enfermedad, recordando que una característica de enfermedad; se presenta como padecimiento que modifica la condición de salud. Cabe señalar que esta definición enfatiza en uno de los factores causantes biológicos que propicia al padecimiento de la depresión se debe al descenso de ciertos neurotransmisores encargados de normalizar el estado de ánimo.

En resumen, se puede definir a la depresión como un trastorno del estado de ánimo, distinguido por la presencia de la tristeza, provocando una baja autoestima, problemas de sueño, hay una pérdida de vitalidad para desempeñar actividades diarias. Si bien es conocido que la depresión es un desencadenante de provocar una discapacidad produciendo días perdidos productivos en las personas, y que son diversos los factores que intervienen en a su aparición que más adelante se indicaran.

3.1.1 Concepto de depresión del adulto mayor.

La depresión es uno de problemas para la salud pública a nivel mundial y nacional generando altos costos en su tratamiento. El ser humano está expuesto a pasar por episodio depresivo en cualquier momento de su vida. Es necesario recalcar que son muchos los casos que llega atención médica

no se valora, ni diagnostica oportunamente a consecuencia no hay un tratamiento. Sobre el tema de depresión en la vejez es; uno de los padecimientos que se presenta con mayor frecuencia es un síndrome que resulta el trastorno más presente en esta etapa de vida, la persona vive un decaimiento del ánimo o voluntad (Hernández, Vásquez, y Ramo,2012). También afecta la mayor parte de la población de la tercera edad inclusive hay estudios que refieren que la edad 75 años alcanza un índice mayor. Con respecto al proceso de envejecimiento puede contribuir a una mayor vulnerabilidad de adquirir diferentes padecimientos.

Por su parte las personas mayores pueden sufrir depresiones por la influencia de los cambios que son causados por el proceso de envejecimiento, la demanda de adaptación que se presenta a esta etapa vida (modificaciones en aspectos sociales, físicos, familiares, y económicos) la influencia que se ejercen en el estado de ánimo con respecto a diferentes enfermedades que predominan en la vejez (Durante & Pedro, 2010). Si bien es conocido el envejecimiento como un proceso en donde hay decremento de ciertas actividades tanto biológicas y físicas y una de ellas es el cambio en el sistema nervioso suelen ser precursores de la depresión. Al mismo tiempo se consideran otros aspectos como la viudez, jubilación, duelo (pérdida de salud y personas), dependencia que también influyen a que se propicie una depresión.

Con referencia a la aportación de Sotelo et al. (2012) “es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, el sexo femenino es más proclive a presentarse, los síntomas más presentes como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional provoca una grave agitación e ideación suicida”. La depresión afecta los últimos días del ciclo vital, provocando una discapacidad. En el caso de la mujer la presencia de un estado depresivo tiene que ver elementos biológicos del propio ciclo vital, los factores hormonales y psicosociales que

caracterizan a la mujer es por uno de los tantos motivos porque tiene más posibilidades. En el caso de los hombres mayores se les adjudica que ellos son más propensos a llegar al suicidio en especial aquellos que tienen una enfermedad mental más avanzada.

Al mismo tiempo este trastorno en el anciano es muy diferente en el caso de los jóvenes. La tristeza es uno de los síntomas que menos comunes que se presente, es así que la somatización, la irritabilidad y las alteraciones cognoscitivas son las más frecuentes.

Otra característica de la depresión en los adultos mayores es que en esta etapa, puede pasarse por alto síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer el sentimiento de tristeza o pena (Douglas, 2010). Cuando el adulto mayor acude a consulta médica los síntomas que manifiesta la mayoría de los síntomas se atribuye a una enfermedad cuando puede ser que detrás sea un cuadro de síntomas depresivos. Otra característica del envejecimiento es que poco se conoce realmente de los cambios que ocurren y el tener no conocimiento el adulto mayor no pueda expresar lo que siente.

Otros de los datos acerca este subtema tiene que ver con los datos estadísticos; el Instituto de Geriátría en México proporciona datos del 2013 que más de un tercio de población el 35.6% de los adultos mayores mexicanos cursan con SDCS (sintomatología depresiva, clínicamente significativa) (3.5 millones); 8% con demencia (800 mil personas.) Estos datos nos confirman que hay un trastorno afectivo que prevalece en la población adulta mayor. Sin embargo, el punto más crítico es que no se diagnostica ni se brinda la atención oportuna a la depresión.

La prevalencia de depresión en pacientes mayores de 65 años y hospitalizados es alrededor del 40%; en residencias del 30% y, del 8-15% quienes viven en la comunidad. En México y de acuerdo con la Encuesta

Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), realizada en 10 entidades federativas en personas mayores de 60 años, se identificó que la depresión leve, correspondió al 11.5% de la población y la depresión severa, al 3.4% de la muestra (Salud, 2018).

3.2 Tipos de depresión.

Los posibles y diferentes estudios de acuerdo a las distintas fuentes de información se ha realizado una posible clasificación y función del área de observación elegida como etiológica, evolutiva, psicológica, biológica etc., considerando las siguientes tres tipos depresión (Chinchilla, 1999):

Depresión endógena: son los factores constitucionales internos, de origen biológico y predisposición hereditaria, se presenta alteraciones en los sentimientos en específico la tristeza, se acompaña de cambios en perturbaciones del pensamientos y motoras inhibición y agitación además vegetativas específicas como el insomnio, anorexia.

Depresión exógena: son los factores que se encuentran en el medio ambiente, lo que desencadena la depresión es la forma en que la persona vive y reacciona ante los factores ambientales. Los acontecimientos que intervienen son el duelo, la separación o el divorcio, la situación económica, pobreza, que alguna parte de su cuerpo no le guste o sea mal percibida y algún acontecimiento traumático ligado a la violencia.

Depresión somatógena: son secundarias a diversas enfermedades o medicamentos, entre los que se puede destacar los anticonceptivos orales, los antihipertensivos, los psicodélicos y sobre todo los antipsicóticos.

Para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM – V) el trastorno de depresión cuenta con una clasificación en esta última versión hace una separación de los trastornos depresivos de los trastornos

bipolares y trastornos relacionados a diferencia del DSM-IV. Los diferentes tipos de depresión de este manual tienen una característica similar la presencia de estado de ánimo triste, vacío o irritable, así también como los cambios físico y cognitivo que afectan la calidad de vida de la persona (APA, 2014).

Trastorno depresivo mayor.

Los síntomas de los criterios diagnósticos del trastorno de depresivo mayor deberían de aparecer casi cada día para poderlos considerarlos, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Debe haber ánimo deprimido mayor parte del día, además de casi cada día. A menudo de los síntomas de presentación son el insomnio y fatiga.

El criterio A menciona que se debe tener cinco o más síntomas han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo.

- El estado de ánimo deprimido mayor está presente en gran parte del día o casi todos los días.
- La disminución del interés o el hacer actividades se ve afectada de forma significativa la mayor parte del día.
- La pérdida considerable de peso sin hacer dieta, ejercicio y también aumento de peso.
- La calidad del sueño se afecta provocando insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Alteración o retraso psicomotor casi todos los días y es visible para otros.
- La fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Los sentimientos de inutilidad o bien la culpabilidad excesiva o inapropiada.

- Problemas para la capacidad de pensar o concentrarse que interfieran en la toma de decisiones afectando la mayor parte del día.
- Los pensamientos de muerte recurrentes.

En el caso de la evaluación de los síntomas del episodio depresivo mayor es difícil en un paciente que, tiene además un padecimiento médico general ejemplo; el cáncer, un infarto cerebral, infarto de miocardio, diabetes y embarazo. De estos signos y síntomas de los criterios del episodio depresivo mayor tienen gran similitud a afecciones médicas generales, ejemplo; pérdida de peso por la diabetes sin tratar, fatiga de cáncer, la hipersomnia al comienzo del embarazo, el insomnio en el embarazo avanzado o en el posparto.

El trastorno depresivo mayor se asocia a una alta mortalidad y la mayor parte de esta se debe al suicidio; sin embargo, no es la única causa. Un ejemplo, pacientes deprimidos ancianos que ingresan a un instituto o residencia presentan una probabilidad notable de fallecer en el primer año. Es con frecuencia ver signos como; el llanto, irritabilidad, estado irritable, estado taciturno, rumiación obsesiva, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolores por ejemplo el dolor de cabeza, de articulaciones, abdominal u otros dolores.

Trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4 (F34.1)

La distimia se caracteriza por la cronicidad que se hace presente la depresión, en donde el estado de ánimo está bajo del nivel durante la mayor parte del tiempo. Su curso puede ser discontinuo, en periodos normales que duren de semanas a meses. Sin embargo, es más frecuente que se presente en mujeres que hombres. El (DSM-V, 2014) describe los criterios de la siguiente forma:

- El Criterio A. el estado de ánimo deprimido está durante un mayor tiempo del día, se presenta más días que los que está ausente, según se la información subjetiva y la observación por parte de otras personas cercanas a quien la padece refieren a un tiempo mínimo de dos años.
- El Criterio B. la aparición de la depresión tiene que ver de dos a más de los síntomas como; poco apetito o sobrealimentación, insomnio hipersomnia, escasa energía, fatiga, baja autoestima, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.
- El Criterio C. el tiempo que se presenta es de dos años en adultos y en de un año en niños y adolescentes.
- Criterio D en el caso del trastorno de depresión mayor, los criterios pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- Criterio E. jamás se debe de haber presentado un episodio maniaco o un episodio persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u trastorno específico o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

Sobre el mismo asunto de los tipos de depresión se considera la aportación de los siguientes autores Guitiérrez et al, (2010) describen la presentación clínica algunos tipos del trastorno mencionado:

Depresión doble: se presenta en pacientes que tienen distimia que sufren como mínimo un episodio de depresión mayor que coincide con una depresión crónica de ahí se denomina como una depresión doble. Los síntomas tienen a empeorar con el tiempo, a veces se considera como parte natural de la distimia, sin embargo, las mujeres son más sensibles en presentarlas.

Depresión atípica: se caracterizan en dos aspectos la comida y el dormir, tiene que ver con el exceso, en sentido general una pesadez y un sentimiento fuerte de rechazo.

Trastorno afectivo estacional(SAD): son los episodios que se presentan de forma anual en el caso de la depresión, aparece en las estaciones de otoño e invierno y termina en primavera durante esta estación también se presenta otra fase que es la maniaca que culmina en verano. De los síntomas más representativos son la fatiga, predisposición a comer en exceso en especial de los hidratos de carbono y dormir en invierno, la duración es de cinco meses aproximadamente, se presenta en los dos sexos y también afecta a las personas que vivan en cualquier lugar.

Depresión enmascarada: se refiere a la manifestación de depresión, en donde los síntomas somáticos están en primer plano o los síntomas psíquicos están enmascarados es cuando faltan por completo los síntomas depresivos. Las manifestaciones somáticas son inespecíficas y variada, por ejemplo; algias (dolor en alguna región corporal), parestesias (entumecimiento o hormigueo en alguna parte del cuerpo), cefaleas, vértigos, trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, neurovegetativos entre otros.

Depresión con síntomas psicóticos: esta condición puede ocurrir comúnmente en pacientes deprimidos que tienen un primer episodio que ocurre en una etapa tardía en la vida. Se caracteriza por delirios y alucinaciones, tienden a ser somáticos en su naturaleza, el paciente está convencido de que tiene una enfermedad incurable o bien que por acciones del pasado tiene que ser castigado. Los síntomas psicóticos son congruentes con el estado de ánimo, esto se refiere al contenido del pensamiento guarda relación con el estado de ánimo.

La información anterior nos da un panorama más acerca de otros tipos de depresión, que se puede manifestar. Identificar el tipo de depresión permitirá dar un tratamiento idóneo para el paciente. Sin embargo, hay que recalcar se necesita de una evaluación y valoración, medica, psiquiátrica y psicológica para dar un diagnóstico certero. Teniendo en cuenta algunos tipos de depresión, también se considera relevante mencionar como la depresión puede relacionarse con la presencia de algunas enfermedades y en especial en la etapa de vejez.

3.3. Origen; Teorías y factores de la depresión.

Una de las razones para desarrollar este subtema tiene que ver con el origen de la depresión. Durante años se ha entendido el tipo de descendencia etiopaogénicos, del factor biológico, características genéticas y ambientales que intervienen tanto en la aparición, el tipo, curso y gravedad de la enfermedad.

Una realidad acerca de la aparición de la depresión, es la multicausalidad ya que son muchos factores los que interviene, pero a través de las diferentes fuentes de información hay distintas teorías que intentan explicar su aparición. Los siguientes puntos a desarrollar son de acuerdo a la aportación de Chinchilla (1999).

Teorías biológicas: desde esta base, parte del supuesto que la depresión es causada por una disfunción neuroquímica, cuyas características fundamentales radican en el papel desempeñado por determinado de ciertos neurotransmisores y factores neuroendocrinos.

- a) Disminución de la actividad de las catecolaminas; el supuesto plantea que la depresión está originada, por una disminución entre los niveles de las catecolaminas “dopamina, adrenalina y en especial la noradrenalina”.

- b) Alteración de la serotonina; el supuesto plantea que hay una disminución de la actividad de la serotonina del sistema nervioso central.
- c) Balance adrenérgico-colinérgico; se relaciona con la existencia de un balance equilibrado entre ambos sistemas de neurotransmisión, se ha observado que los pacientes con manía presentan más actividad del predominio de la acetilcolina y mientras que en los depresivos predomina la norepinefrina.

Para dar paso al siguiente punto, es necesario indicar las funciones principales de neurotransmisores de manera general en el caso de la dopamina se encarga del rol de actividad cerebral, la atención, motivación y gozo, en la resolución de problemas, la sensación de recompensa, humor, el sueño, la esquizofrenia, la actividad motora y la producción de leche. La adrenalina conocida por (epinefrina) se encarga de activar y estar en alerta en situaciones de alerta, se relaciona con actividades de relajación, el vaso dilatación, broncodilatación, taquicardia, dilatación de las pupilas etc. La norepinefrina (norepinefrina) si hay perturbación se asocia a la depresión y la ansiedad, de las actividades que realiza es la lucha-huida ante un daño potencial, aumentando la frecuencia cardiaca, el flujo sanguíneo y de oxígeno en el cerebro y en la liberación de glucosa. Por último, la serotonina se relaciona con el estado de ánimo, la felicidad, el apetito, la memoria, aprendizaje también apoya a los mecanismos del organismo para deshacerse de lo resulte intolerante.

- d) Hormonal; la hipótesis refiere que las anormalidades neuroendocrinas reflejan probablemente alteraciones de la llegada de aminas biógenas al hipotálamo, sucede pues que en la depresión hay hiperactividad del eje hipotálamo- hipófisis- suprarrenal. La glándula tiroides segrega dos hormonas cruciales para el metabolismo y el crecimiento, es quizás la causa biológica más frecuente de la depresión. se estima que entre un

10-15% de los depresivos tienen alguna disfunción tiroidea. El hipotiroidismo llega a provocar cansancio, aumento de peso, inactividad mental, intolerancia al frío, puede ser la causa de una depresión o un trastorno bipolar. En el caso de la menopausia resulta ser significativo en los para la presencia de cuadro depresivos.

- e) Genética; la psiquiatría biológica sostiene que existen factores genéticos en la aparición de la depresión, puede ser por la participación química de los neurotransmisores. La aparición de depresión de inicio tardío tiene un menor contenido hereditario y se influye más por el entorno social, familiar y vital. Se dice también que los niños con un pariente de tenga una enfermedad afectiva tienen 2 veces más la probabilidad de un trastorno afectivo y quien tenga dos parientes con el mismo trastorno hay cuatro veces más probabilidad de desarrollarla.

Teorías psicológicas: Si bien es cierto la depresión es un trastorno más estudiados en el campo de la psicología. En cambio, tener la conceptualización del conjunto distintas teorías que se expondrán a continuación, permite tener una visión acerca de la causalidad en este tema, además esta información nos facilita la comprensión en los aspectos de evaluación y tratamiento.

Teoría cognitiva- comportamental (Beck, 1967-1976); se enfatiza en la importancia de los pensamientos del sujeto en cuanto a su nivel de actividad y estado de ánimo, este autor explica la triada que consiste en “visión negativa de sí mismo, visión negativa del mundo (de la relación con los demás o el entorno) y visión negativa del futuro”. El problema de los pensamientos son la regla de una visión distorsionada de la realidad, que se ve influenciada en la aparición del estado de ánimo depresivo.

Teorías de los cambios ambientales (Ferster 1973): su base parte de la teoría de Skinner (1953), el autor afirma que la depresión surge a raíz de la extinción de diferentes conductas no depresivas en función de cambios ambientales como (baja tasa de esfuerzo, reducción de las fuentes de estímulos discriminativos y refuerzos de conductas adaptativas, refuerzo negativo de conductas de evitación y castigo de conductas no depresivas. Esta teoría trata de mostrar la naturaleza funcional de los cambios ambientales, asociados a acontecimientos vitales.

Teoría de indefensión aprendida (Seligman, 1973): sus estudios parten de la experimental con animal, afirma que la relación entre la ocurrencia de pérdidas y la aparición de la depresión. Lo que el autor propone en su teoría es que las personas que experimentan cambios sobre los que no perciben el poder ejercer control alguno aprenden a verse a sí misma como indefensas, por lo que no intentan llevar a cabo ningún tipo de acción para modificar su situación.

Teoría de la atribución (Seligman, Abramson y Teasdale, 1978): consiste en que los individuos depresivos, son más proclives a responsabilizarse de los resultados negativos, atribuyéndolos a causas internas, mientras que los depresivos no tienden a no sentirse responsables de los resultados negativos, que atribuyen a causas externas, si los resultados son positivos, el orden se invierte.

Teoría de autocontrol (Rehn, 1977, 1981 y 1988): este modelo se basa en la importancia que atribuye, como principales causales de la depresión (la auto-evaluación, la auto-observación y el auto-refuerzo). El esquema se conceptual se caracteriza a los pacientes depresivos como personas que atienden más la información y evaluaciones negativas, a su vez son menos conscientes de las consecuencias positivas de su comportamiento.

Factores etiopatogénicos:

Enfermedades médicas que pueden desencadenar una depresión: el grupo de carcinoma: son aquellos tipos de cáncer que se presentan en piel, en células superficiales y los órganos internos: páncreas, cerebral, gástrico, pulmonar y renal. Cardiovasculares: cardiopatía isquémica e hipertensión arterial. Cuadros hemáticos: anemias, déficit vitamina B (1, 6 y 12), linfomas, pelagra. Endocrinopatías: Addison, Cushing, diabetes, hiperparatiroidismo, hipertiroidismo, hipotiroidismo. Infecciones: encefalitis, fiebre tifoidea, hepatitis, herpes, neumonías, VIH, sífilis, toxoplasmosis, tuberculosis, urinarias. Intoxicaciones: bismuto, mercurio, monóxido de carbono, plomo y talio. Neurológicas: arteriosclerosis cerebral, corea de Huntington, demencias, enfermedad del Parkinson, esclerosis múltiple, hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea e infarto cerebral.

Fármacos que causan depresión según Garza (2004): Antihipertensivos y fármacos para el corazón: Betanidina, clonidina, enalapril, guanetidina, hidralacina, isosorbida, lidocaína, medtildopa, mesoserpidina, nifedipino, oxprenolol, prazosin, procainamida, propanolol, reserpina y veratrum. Sedantes e hipnóticos: Barbitúricos, benzodiazepinas, cloracepato, clormetiazol, etanol, hidrato cloral, narcóticos. Esteroides y hormonas: Corticosteroides, contraceptivos orales, Danazol, esteroides anabólicos, hormonas tiroideas, noretisterona, prednisona, triamcinolona. Estimulantes e inhibidores del apetito: Anfetamina, dietilpropión, fenfluramina, fenmetracina. Antipsicóticos: Butirofenomas, fenotiacinas, haldol, perfenazina. Agentes neurológicos: Ácido valproico, amantidina, baclofén, bromocriptina, cabamacepina, fenitoína, levodopa, metosuximida, pergolida, tetrabenacina. Analgésicos y fármacos antiinflamatorios: Bencidamina, fenoprofeno, ibuprofeno, indometacina, fenacetina, fenibutazona, opiáceos, pentazocina. Fármacos antibacteriales, antivirales y fungicidas: Ácido nalidiximo, ampicilina, Aciclovir, norfloxasina, ofloxasina, cicloserina, clotrimazol, dapsona, estreptomycin, etionamida, griseofulvina, isoniacida, metronidazol,

nitrofurantoína, sulfametoxazol, sulfonamidas, tetraciclina, tiocarbanilida. Antineoplásicos: C-aspariginasa, 6-azauridina, bleomicina, interferón alfa, mitramicina, trimetoprim, vincristina, zidovudina. Fármacos diversos: Acetazolamida, anticolinesterasas, cimetidina, ciproheptadina, colina, difenoxilato, disulfiram, etretinato, fenilefrina, fenilpropanolamina, fertermina, isotretinoína, lisergida, mebeverina, meclizina, metoclopramida, metisergida, pizotifén, salbutamol, teofilina, tiazidas.

Factores psicosociales: se tiene que considerar la forma de respuesta, en relación a la estructura de personalidad previa adecuada movilización de mecanismos de adaptación a la etapa del ciclo vital a la que se enfrentan, más la suma de dificultades de las etapas anteriores, se deprimen por ejemplo más los adultos mayores con personalidades dependientes, pasivo, agresivo, rígido o paranoides (Escorcía, 2012). También hay aspectos socioeconómicos tales como las dificultades del retiro laboral, la utilización del tiempo libre y los problemas básicos de la subsistencia y seguridad social. Además, una separación, la viudez, pérdida del trabajo, muerte de familiares o amigos, exposición a situaciones estresantes o traumáticas, violencia, maltrato y abuso o adicción a sustancias. De estos factores se agregan otros dos que tiene que ver con la soledad y el aislamiento, se ha comprobado que este tipo de situaciones tiene que ver la disminución de la serotonina, que además las personas con estos bajos niveles del neurotransmisor pueden producirse un suicidio.

3.4 Etiología de la depresión del adulto mayor.

También se selección de acuerdo a la información los factores de riesgo que está expuesto el adulto mayor para presentación de las posibles causas de la aparición de episodios depresivos en personas mayores según Iñiguez (2008) citado por Caprara & López , (2014)

Biológicas: enfermedades; híper o hipotiroidismo, patologías cardiovasculares, cáncer, dolor crónico, enfermedades del Sistema Nervioso Central (SNC), enfermedades crónicas o incapacitantes, insomnio, etc. Neurotransmisores: cambios en el nivel de dopamina, norepinefrina y serotonina. Fármacos; antihipertensivos, anti parkinsonianos, tranquilizantes etc. Además del consumo de drogas, alcohol entre otros.

Psicosociales: el tipo de personalidad depresiva con ideas y sentimientos de inutilidad y desesperación. Hipocondríaca centrándose de forma excesiva en la salud y exagerando dolencias reales o imaginarias. Paranoide con ideas de sospecha, celos y actitud defensiva. Baja tasa de refuerzos positivos; con ausencia de realización de actividades agradables y reforzantes para la persona. Alta tasa de castigos; o de acontecimientos desagradables. Jubilación; la pérdida de la actividad profesional y de relaciones con compañeros de trabajo.

Otros; los cambios de hábitos y de estilo de vida, pérdida de seres queridos, dificultades económicas, problemas con el sueño, problema de funciones cognitivas.

Debe señalarse que la depresión en los gerontes, puede ser considerada como el resultado de diversos factores que afectan a la persona. Por eso es indispensable adoptar un enfoque etiológico que considere el origen biológico, psicológico y social como anteriormente de describió.

3.5 Factores de riesgo para una depresión de adulto mayor.

La Secretaria de Salud (2018) refiere que cuando una persona presenta un estadio de depresión tardía después de los 60 años, puede cubrir los síntomas con otra apariencia, las quejas somáticas son múltiples y confusas. Es por eso que se selecciono la siguiente tabla que nos muestra los posibles factores para el origen de la depresion en este sector de la poblacion.

Tabla 4. Posibles factores de riesgo permiten detectar o conocer el origen de la depresión.

| Factores de riesgo | Factores de riesgo psicosociales | Factores protectores. |
|---|---|--|
| Sexo mujer | Asilamiento | Adecuado estado de salud |
| Abuso de sustancias | Perdidas, jubilación, relaciones personales, patologías, viudez, pobreza. | Buen funcionamiento físico y cognoscitivo. |
| Dolor crónico y múltiples comorbilidades. | Discriminación. | Participación e integración social. |
| Trastornos del sueño | Mala percepción de la salud | Religión. |
| Polifarmacia | Nivel socioeconómico bajo | Buenas redes de soporte social. |

Fuente: Secretaría de salud "Guía de consulta para el médico de primer nivel de atención" (2018, p. 11)

La vejez se caracteriza más por pérdidas que ganancias, antes de eso se debe tener en cuenta que esta última etapa es también el resultado de las demás etapas anteriores, el cuidado y atención son el resultado de una calidad de vida. A nuestros días con el avance tecnológico y la esperanza de vida no garantizan una buena calidad de vida en los últimos años del ciclo vital, lo más preocupante es que la mala atención a enfermedades puede presentar cuadros de síntomas depresivos, los estigmas sociales crean la idea que la depresión es el resultado de todas las pérdidas y que no es necesaria tratarla porque forma parte de la vida misma. No solo la depresión acaba de manera negativa los días de quien lo padece sino también de la familia. La depresión es la una principal causa de discapacidad favoreciendo a la pérdida de años significativos que el mismo adulto mayor que puede aprovechar para realizar cosas pendientes.

3.6 Principales síntomas de la depresión

Los síntomas depresivos se presentan de manera diferente en cada persona, así también como su evolución temporal. En algunos casos solo se presenta de forma temporal, la gravedad también puede variar en algunos casos solo son leves y en otros existe en intento de suicidio.

Es por eso conocer de manera general la sintomatología depresiva, la referencia es por Belloch et al. (2009) que divide los síntomas y signos en cinco núcleos de acuerdo a Vázquez (1990).

1. Síntomas anímicos: en el sistema anímico la tristeza es la primera característica de la depresión y la queja principal de casi la mitad de las personas. El abatimiento, pesadumbre o infelicidad, son los más habituales, la irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo forman parte de la misma descripción sintomatológica. Un ejemplo también es que el paciente puede llegar a negar sentimientos de tristeza, alegando con aparente persistencia de que es incapaz de tener algún sentimiento, también sucede que manifestar la falta de expresión para llorar esto debe tener una atención más puntual porque es una demostración de mayor gravedad de la depresión. Otro aspecto importante es la reducción de emociones positivas.

2. Síntomas motivacionales y conductuales: uno de los aspectos subjetivos más dolorosos en las personas deprimidas es el estado general de inhibición en que se hallan. La apatía y la falta de motivación de síntomas psicológicamente muy importantes que suele estar conectadas además a pensamientos negativos de desesperanza, falta de control o de no poder dar sentido a los que uno hace. Ejemplos afectado actividades cotidianas como levantarse de la cama por las mañanas o asearse convirtiéndose en tareas imposibles abandonando sus estudios, trabajo etcétera. Por otra parte, una forma más grave es este tipo de inhibición conductual se conoce como

retardo psicomotor, un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional casi absoluta.

3. Síntomas cognitivos: el rendimiento cognitivo de una persona deprimida está afectando. La memoria, la atención y la capacidad de concentración pueden llegar a resentirse drásticamente perjudicando su desempeño en labores diarias. El pensamiento circular y rumiativo parece una característica especialmente importante ligada a la depresión. En efecto la valoración que hace una persona deprimida de sí

misma, de su entorno y de su futuro suele ser negativa, la autodepreciación, la autoculpación, y la pérdida de autoestima suelen ser, por lo tanto, contenidos clave de cogniciones en una persona deprimida.

4. Síntomas físicos: uno de los cambios más habituales físicos que afecta el 70-80% de los pacientes depresivos son los problemas de sueño. El insomnio e hipersomnias son los más frecuentes. Otro de los síntomas físicos comunes son la fatiga, la pérdida de apetito y una disminución de la actividad y el deseo sexuales en los hombres puede ir acompañado con dificultades en la erección. También los deprimidos se quejan con frecuencia de molestias corporales difusa, dolor de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento micción dolorosa visión borrosa.

5. Síntomas interpersonales: es una importante característica de la persona deprimida es el deterioro en las relaciones con los demás, de hecho, un 70% dice haber disminuido su interés por la gente, especialmente pacientes normalmente sufren rechazo de las personas que le rodea, lo que a su vez re actúa aislándose más. Esta es un área descuidada de la investigación sintomatológica en la depresión.

3.6.1 Sintomatología depresiva del adulto mayor.

La sintomatología depresiva tiene que ser evaluada minuciosamente. La siguiente tabla 5. Presenta los aspectos significativos en cuanto a síntomas emocionales, cognoscitivos, ideas delirantes, alucinaciones y físicos. Los signos son los aspectos, psicomotora, que alteran la funcionalidad del adulto de la tercera edad.

Tabla 5. Síntomas y signos de la depresión en el anciano

| Síntomas. | Signos. |
|--|---|
| Emocionales | Aspecto. |
| Abatimiento y tristeza. | Postura inmóvil |
| Disminución de la satisfacción de la vida. | Expresión triste. |
| Perdida de intereses. | Falta de cooperación. |
| Llanto. | Retraimiento social. |
| Irritabilidad. | Hostilidad. |
| Sensación de vacío. | Susplicacia. |
| Miedo y ansiedad. | Confusión y obnubilación de conciencia. |
| Sentimiento negativo para sí mismo. | Variaciones diurnas del humor. |
| Preocupaciones. | Aspecto desaliñado. |
| Desesperanza. | Crisis de llanto o gemidos. |
| Sensación de fracaso. | Ulceraciones ocasionales en cornea secundarias a disminución de parpadeo. |
| Soledad. | Pérdida de peso. |
| Inutilidad. | Impactada fecal. |
| Cognoscitivos. | Psicomotor. |
| Baja autoestima. | Bradilalia. |
| Pesimismo. | Movimientos lentos. |
| Autoacusaciones y críticas. | Gesticulación minimizada. |
| Rumiación de problemas. | Marcha lenta y torpe. |
| Pensamientos suicidas. | Mutismo. |
| Ideas delirantes: de Inutilidad | Estupor o semicoma. |
| De comportamiento imperdonable. | Cesación de la masticación o la deglución. |
| Nihilistas. | Disminución o inhibición del parpadeo. |
| Somáticas. | |

| | |
|---|--|
| Alucinaciones Auditivas Dudas sobre valores y creencias. Dificultad de concentración. Mala memoria. Físicos Anorexia. Astenia. Trastorno del sueño: insomnio inicial o terminal Estreñimiento. Perdida de la libido Dolor inquietud. Volitivos. | Actividad motora continúa. Retorcimiento de manos. Autolesiones cutáneas. Marcha incesante. Sueño inquieto. Comportamiento anormal o inapropiado. Amagos o intentos suicidas. Negativismo (negarse a comer o beber) Brotos de agresividad. |
|---|--|

Fuente Ugalde Guía Clínica para el Tratamiento de los Trastornos Psicogerítricos (2010)

La depresión en la senectud, se distingue porque se puede enmascarar con síntomas psíquicos o corporales, que hacen difícil la detección e identificar en consulta médica. La sintomatología que se presenta en el adulto es del tipo somática, por suele relacionarse con enfermedades físicas que aparecen en la edad. Sin olvidar también que la presencia de enfermedades crónicas también facilita la aparición de síntomas depresivos. Así mismo, hay que tener presente que hay manifestaciones que pueden atribuirse de forma incorrecta al proceso normal de envejecimiento.

CAPÍTULO IV. LA VEJEZ.

4.1 Definición de vejez.

El término de vejez proviene del *vetus* que se deriva del griego *etos* y significa años o añejo. La palabra anciano(a) se origina del siglo XIII, que expresa “quien estuvo antes”. La expresión de anciano se relaciona con el paso del tiempo y quien a su transcurso gana experiencia y sabiduría. El término de geronte se origina en Gerusia, definido por el gobierno de Esparta y sus integrantes adultos de una edad 60 años. El senado de Roma expresa que las personas seniles eran quienes conformaban este grupo, considera una edad de 60 es la adecuada para aportar a la vida institucional (INADI, 2017).

La vejez biológicamente y psicológicamente es la última etapa de la vida adulta, en algunos países occidentales se fija por lo general alrededor de los 65 años de edad que suele coincidir con la jubilación (Diccionario de Psicología, 2002). La vejez es un periodo en donde el cuerpo alcanza su madurez, por otra parte, también se relaciona con la disminución en actividad física, psicológica y social.

Del ciclo vital es la última etapa, del ser humano que inicia a los 65 años según lo establece la teoría del desarrollo y se encuentra relacionada con una serie de cambios biopsicosociales que marcan fundamentalmente los diferentes ámbitos de interacción de las personas. Durante esta fase de la vida pueden desarrollarse o agudizarse las enfermedades crónicas y paralelamente esto, coincide con el cese del rol laboral, modificaciones en la estructura familiar, además puede experimentarse la viudez y/o la pérdida de pares.

Para Erikson la vejez es un estadio de la vida en que uno intenta equilibrar la búsqueda por la integridad del yo con cierto sentido de desesperación. La

resolución de este conflicto dará por resultado alcanzar la sabiduría, es la virtud humana que se ha asociado frecuentemente en la vejez (Schaie y Willis, 2003). Una de las tareas de la vejez es, la revisión de la propia vida, intentar encontrarle un sentido y aunar todos momentos e integrarlos. La desesperación es un componente necesario del proceso, porque la revisión de vida es obligatoriamente saca a la luz muchas pruebas de los propios errores.

Con respecto a la categorización de la edad, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), estableció que la categoría de ancianos o viejos es para las personas de 65 años y más, en los países de desarrollo de 60 y más. La OMS refiere que para tener la cualidad de viejo debe de ser a una edad de 60 años en países en vías desarrollo y 65 años para países desarrollados. Para México por en la Ley del Seguro Social (2006) cumpliendo 65 años es una edad de retiro normal la parte laboral “jubilación” y 60 años para retirarse de manera voluntaria en el trabajo. Para el INAPAM (2006) los 60 años es la edad legal para ingresar a la vejez (Gonzalez, Tron y Chávez, 2009).

Para comprender la clasificación de los viejos esta es una de las más aceptadas en el ámbito gerontológico (Hernández, 2011) .

Viejos- jóvenes.

Edad de 60 a 74 años

- Son potencialmente activos y la mayoría sanos.
- Este grupo se representa como una capital social para trabajar el envejecimiento activo.
- Representado por el 70% del sector de vejez.

Viejos – viejos:

- Edad de 75 años a 89 años.

- Se presenta un mayor porcentaje de limitaciones en el funcionamiento físico, psicológico y social.
- Se requieren de programas de gerontológicos en temas de para prolongar y recuperar la funcionalidad.
- Este grupo representa solo el 25% del sector de la vejez.

Viejos- longevos:

- Edad de 90 años y más años.
- Este grupo es más vulnerable desde el punto de vista biológico, psicológico, y social.
- Se necesitan programas de gerontología asistida para prevenir y controlar la fragilidad.
- Este grupo está representado por el 5 % del sector de la vejez.

Esta clasificación nos permite tener conocimiento de las características principales que se presentan en cada uno de los rangos de edad en la vejez, así también de los programas que se puedan intervenir.

4.2 Definición de envejecimiento.

Desde la concepción las células inician el desarrollo de su propio ciclo vital, cada día los cambios se reflejan en el cuerpo. Inclusive para algunos investigadores sostienen que la persona comienza el proceso de envejecimiento desde de la concepción hasta la muerte. Cada una las etapas del ciclo vital son indispensables para el desarrollo del ser humano. Sin duda el envejecimiento cobra relevancia cuando la persona cumple 60 años, los cambios en características; físicas, psicológicas, sociales y labores se hacen más notorias afectando actividades cotidianas.

Para González, (2009) “es un proceso de deterioración fisiológica, progresivo, irreversible, bien definido e independiente de episodios patológicos que marcan la vida de un individuo. Este proceso como tal, nos

acerca cada día más a la muerte” (p. 16). El curso de la vida es irreversible, los cambios se relacionan con la edad dando como resultado la vejez, algunas enfermedades van imposibilitando cada vez a la persona esto depende del desarrollo anterior solo.

El envejecimiento es también conocido como senescencia, la cual implica una serie de modificaciones fisiológicas en los seres vivos con el paso del tiempo; las cuales disminuyen la adaptación de los organismos ante respuestas nocivas del ambiente que les rodea (Peña, Macías, & Morales, 2011). El envejecimiento es un proceso biológico, gradual de cambios naturales; es decir con el paso del tiempo ciertas funciones celulares se van debilitando, al cuerpo lo hacen cada vez más vulnerable, dando paso a una adaptación diferente es necesario recalcar que cada persona tiene un envejecimiento único.

También refiere (Da Silva, 2017) “el envejecimiento es una respuesta general al tiempo, que produce cambios visibles, llevando al adulto mayor a un estado de tensión, ansiedad, estrés y vulnerabilidad, que son producidos principales por el concepto social y las enfermedades” (p. 1). En un adulto mayor es visible ver las arrugas, el cambio del pigmento del cabello, la movilidad del cuerpo se hace lenta, en consecuencia, se tiene la idea que son personas que están por concluir su vida. No obstante, al referirse a este proceso se tiene la idea que es una persona enfermiza es por eso que las personas tienen miedo a envejecer.

Así también la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) el envejecimiento se vincula con cambios en la vida muy significativos como es; la jubilación, el traslado de viviendas más apropiadas y la muerte del cónyuge, amistades e hijos. El envejecimiento no solo se tiene que ver desde una perspectiva biológica, desde el aspecto social hay cambios que refuerzan su adaptación a su ambiente de desarrollo sin duda las pérdidas aparte de ser biológicas, son físicas, psicológicas y sociales.

4.2.1 Tipos de envejecimiento.

Para entender al envejecimiento se considera tener en cuenta información de las características biológicas, psicológicas y sociales que conforman un concepto amplio con respecto al tema, los autores a citar tienen diferentes perspectivas considerando que tienen mucha similitud y nos dan paso a un término que en la actualidad es el tema a trabajar conocido como envejecimiento activo.

Uno de los antecedentes acerca de la división del envejecimiento viene de los estudios de Strehler 1959 describiendo así cada una de las fases del envejecimiento (Serrano, 2013):

- Deletéreo: es la pérdida de capacidades que llevan a un cambio en el fallo de actividades.
- Progresivo e irreversible: es decir que no hay un retroceso hacia otras etapas, los cambios que se producen hay modo de detenerse
- Intrínseco: es un proceso único y específico. Los cambios se van determinando por información genética y los factores ambientales influyen como la alimentación, ejercicio, estilo de vida etc.
- Universal: es un proceso que afecta y constituye la última etapa del ciclo vital de las personas, se presentan características similares pero cada envejecimiento es diferente.

Para (López, 2008) indica los tipos de envejecimiento:

Envejecimiento biológico: se refiere a la información genética, la determinación genética y la influencia del medio ambiente que se desenvuelve. La relación con los sistemas fisiológico, neuroendocrinológicos, inmunológicos, y metabólicos.

Envejecimiento psicológico: es aludir al ciclo vital, durante este proceso hay pérdidas y ganancias. Se consideran tres puntos que son la selectividad, la optimización y la compensación de oportunidades que se dan en la vida y como se utilizan estas para un crecimiento.

Envejecimiento social: tiene que ver con todos los cambios que surge en el transcurso de vida son factores, de productividad, la actividad laboral, sus ingresos, su clase social y su lugar que ocupa socialmente.

Envejecimiento demográfico: tiene que ver con el incremento de las personas que cumplen 60 o 65 años, este dependerá de cada país dependiendo del nivel en desarrollo y la relación de datos de mortalidad y fecundidad.

Envejecimiento global: es el proceso que se experimenta a nivel mundial, los cambios en temas de edad global, la fuerza de trabajo, el nivel de productividad, la protección social, la seguridad social, los cambios en la economía, el crecimiento de los más viejos entre los viejos, la longevidad y actualización d las fuentes de información acerca del tema.

En conclusión, el envejecimiento y la vejez siempre serán distintos, tomando en cuenta características de la población como, región, costumbres, cultura, aspectos económicos, políticos y psicosociales. Esto permite no generalizar los cambios ya que las características individuales permitirán tener un proceso de envejecimiento y vejez diferente.

4.3 Cambios físicos.

Cambios relacionados con la vejez.

Para la Psicología es indispensable conocer los cambios principales que ocurren en cada una de las etapas del ciclo vital. Al respecto en la vejez como última etapa del desarrollo, los cambios se asocian a una disminución

en todos los aspectos. Sin embargo se tiene que recordar que el cuerpo pasa por un proceso de envejecimiento y este es irreversible.

Los siguientes párrafos describirán características de la vejez; cambios físicos, cambios psicológicos y sociales. El desarrollo de anciano no solo se tiene que ver como la etapa de pérdidas, más bien se tiene que comprender por el proceso que pasa para respetar su adaptación y porque no el aprendizaje de nuevas habilidades.

Con el paso del tiempo, el cuerpo tiene cambios exteriores e interiores. En los seres humanos al llegar a su última de etapa de vida los cambios físicos, psicológicos y sociales tiene una característica porque se relaciona con el deterioro para realizar actividades cotidianas. Los cambios físicos se pueden dividir en dos tipos; los anatómicos que son los más evidentes se asocian con el envejecimiento porque se producen en la constitución, apariencia, tamaño posición relativa de órganos, aparatos y sistemas del organismo. Los fisiológicos o funcionales que son los más importantes, implican una alteración del funcionamiento de órganos, aparatos y los sistemas del organismo humano. En los siguientes párrafos se describirá de manera general todo lo referente al aspecto físico.

Aparato locomotor: la estatura disminuye ligeramente, debido a que se atrofia los discos vertebrales, la densidad de los huesos disminuye y la osteoporosis es la más común en mujeres aumentando el riesgo de fracturas. El tejido conectivo disminuye y la densidad de fibras aumenta, es así que las heridas más tardan en cicatrizar. El colágeno tiende a descalcificar, lo que provoca una disminución de la flexibilidad en las articulaciones. La masa baja y la grasa aumenta, las fibras musculares se atrofian provocando que la fuerza y potencia (Durante y Pedro, 2010).

Visual: los ojos de los ancianos necesitan más luz para ver, además se vuelven más sensibles a luz y es por eso que les cuesta localizar y leer las señas. Además, también pueden tener dificultades con la percepción de

profundidad o de color en actividades diarias como leer, coser, ir de compras o cocinar. La sensibilidad al contraste visual puede ocasionar problemas para leer letras pequeñas. Una de las enfermedades más frecuentes son las cataratas que son áreas nubosas u opacas en el cristalino que provocan una visión borrosa. La degeneración macular relacionadas con la edad es la principal causa de deterioro visual; las células retínales en esta área se degeneran con el tiempo hace que el centro de la retina pierda de manera gradual la capacidad para distinguir con nitidez los detalles finos. Y por último el glaucoma que es un daño irreversible del nervio óptico cuando el aumento de la presión del ojo, y al no tratarse ocasiona ceguera (Papalia y Martorrell, 2015).

Auditivo: en sus dos funciones de audición y mantenimiento del equilibrio, se ven modificados por el aumento del umbral, es decir, la estimulación necesaria para percibir la sensación debe ser mayor. Los hombres son los más propensos que las mujeres a experimentar la pérdida auditiva. Esta pérdida progresiva de la audición se relaciona con la edad se denomina presbiacusia que representa un 30 % de los adultos mayores (Hernández, 2011)

El gusto: se atrofian y disminuye las papilas gustativas, se altera la percepción del sabor de los alimentos aumentando predominando los sabores amargos y disminuye la cantidad de saliva que junto con la pérdida de piezas dentales y alteraciones en el olfato con lleva a cambios en preferencia de los alimentos.

Olfato y tacto: la capacidad olfativa se reduce, especialmente en el hombre fumador. El tacto se percibe menos el calor, el frío, la presión, el dolor y el contacto al cuerpo le resulta más difícil regular su temperatura.

Piel: es el órgano que nos muestra en una forma clara y simple, las modificaciones que se presentan con la edad. pierde su elasticidad y se torna más fina, pálida y seca, el cambio brusco de temperatura no se puede tolerar, el pelo es más fino y quebradizo perdiendo su color y brillo. La

aparición de arrugas y manchas de color. El vello también se hace más grueso en orejas, nariz. Las uñas se engruesan, se tornan amarillas, opacas reduciendo su crecimiento y frágiles (López, 2008).

Sistema nervioso: a partir de los 30 años disminuye el peso de 2 a 3 gramos por año y se reduce de un 2% de su volumen, en cada década a partir de los 50 años. Las funciones se deterioran y pueden llegar a una pérdida de identidad y de lo significa ser un ser humano. A los 55 años se comienza a adelgazar la capa de la mielina, el deterioro de esta sustancia en el cerebro o materia blanca se asocia con una decadencia cognoscitiva y motora. Los cambios en el cerebro atraen consecuencias sociales y cognoscitivas, la pérdida de función ejecutiva de la corteza frontal disminuye el pensamiento irreverente o no deseado es por eso que en ocasiones el adulto mayor habla demasiado de cuestiones que al parecer no están relacionadas con el tema. La disminución de ciertos neurotransmisores, producen alteraciones en la capacidad de memoria, atención, concentración además uno de más propensos depresión (Gutiérrez et al., 2010).

Aparato digestivo: los cambios que se presentan son significativos porque de ellos depende una adecuada nutrición. El apetito no se modifica con el envejecimiento, sino que causa enfermedades concomitantes. La secreción de la saliva se reduce y la eficacia en la masticación de alimentos disminuye debido a la pérdida de piezas dentales. El peristaltismo en el esófago disminuye produciéndose un tránsito más prolongado. También es habitual el reflujo esofágico. Las alteraciones motoras en el intestino grueso producen enlentecimiento del tránsito y como consecuencia tendencia al estreñimiento. En el hígado se produce una disminución del peso, tamaño y flujo sanguíneo, lo que genera una reducción de la actividad metabólica.

Aparato renal: la función renal está alterada debido a la reducción del número y tamaño de las nefronas, del flujo sanguíneo y del índice de filtración glomerular, hecho que hay tener en cuenta en la preinscripción

farmacológica. En la mujer el tono de la musculatura pélvica es menor y en el hombre existe una hipertrofia de la próstata que, unido a la disminución de la contractibilidad vesical, produce una dificultad para posponer la micción, por lo que suele ser frecuente la nicturia, la incontinencia y las infecciones urinarias (Durante y Pedro, 2010).

Sistema endocrino: la disminución en el rendimiento fisiológico asociado a la edad se traduce en una falla en la homeostasis a nivel molecular. Hay cambios en la hipófisis, la glándula suprarrenal, tiroides, cambios en la glucosa, la función reproductiva y el metabolismo del calcio. El hipotálamo se ve afectado por varios tipos de neurotransmisores y péptidos del sistema nervioso central, se modifica la secreción e hormonas hipotalámicas e hipofisarias siendo los responsables de las alteraciones del sistema endocrino por la edad (Hernández, 2011).

Aparato respiratorio: el cambio más evidente del sistema respiratorio es la dificultad respiratoria. A medida que se envejece hay una disminución de la movilidad de las costillas y contradicción y el colapso vertebral junto a una calcificación de los cartílagos costales. La rigidez aumenta en el cartílago de la raquea y los bronquios se descalcifican. La capacidad pulmonar máxima empieza a declinar a los 20 años aunque el ritmo del cambio se incrementa a los 40 años. Las mujeres son más frecuentes a padecer trastornos pulmonares (Triadó y Villar, 2014).

Aparato cardiovascular: el corazón aumenta de tamaño y de pesos. La contracción es más lenta e irregular, ya que las válvulas cardiacas pierden la elasticidad. En los vasos sanguíneos hay un aumento de colágeno y se reduce la flexibilidad debido a la presencia de arterioesclerosis. El grosor de las paredes aumenta; esto provoca que acentúe el riesgo de trombosis y que disminuya la capacidad de trabajo del corazón. La presión arterial puede elevarse, especialmente la sistólica. Es frecuente la hipotensión postural que se asocia a síncope y caídas (López, 2008).

Aparato genital: en la mujer la menopausia es la señal del final de su etapa reproductora porque cesa la producción de óvulos, esto se debe a la disminución exclusiva de la falta de secreción de hormonal. La menopausia también se relaciona con un periodo de su vida en que se enfrenta al ciclo familiar “nido vacío”, también la actitud del cónyuge ante infidelidades, esta situaciones pueden provocar en la mujer un desequilibrio físico, sino también psicológico. La andropausia en el caso de los hombres, hay cambios en la disminución del tamaño y firmeza de los testículos, los túbulos seminíferos se engruesan y empieza el proceso degenerativo progresivo que inhibe la producción de esperma, la próstata a menudo aumenta de tamaño y sus contracciones durante el orgasmo son más débiles, la eyaculación es menos copiosa debido al líquido seminal pierde viscosidad y se vuelve más escaso (González, 2009)

En conclusión para entender el proceso de envejecimiento, es necesario tener información acerca de los cambios que ocurren en el adulto mayor, lo más visibles tienen que ver en los físicos sin olvidar que también hay una variación en diferentes sistemas y aparatos. Cada uno de cambios también implica un deterioro en la salud y por ende diferentes enfermedades que en siguiente subtema se describirá las prevalentes en esta edad.

Enfermedades principales del adulto mayor.

Una de las fuentes de información más recientes en cuanto a las enfermedades del adulto mayor en México es el “Estudio de carga de la enfermedad en personas adultas mayores (CGE)” en las personas de 60 años y más, el primer estudio realizado fue en 2014 y la publicación más reciente fue el 2017. Para entender estos resultados primero nos habla del tema esperanza de vida que tiene se tiene a nivel nacional. En el caso de las mujeres el promedio de vida es de 79 años, de los cuales 68 años en promedio son vividos con buena salud y los otros 11 con mala salud. Los hombres el promedio de vida es de 72.3 años, casi 7 años menores que las mujeres, viven una mala salud en promedio de 8.5 años, casi 2.5 años menor

que las mujeres. Las enfermedades que más representativas que producen una discapacidad en las personas mayores es la diabetes mellitus, el dolor de espada y de cuello, la osteoartritis, los trastornos bucales, enfermedades mentales como la depresión, demencia y ansiedad (Gutiérrez, et al., 2017).

4.4 Cambios psicológicos.

Los cambios psicológicos de la vejez, se relacionan con el funcionamiento del proceso cognitivo de memoria, afectividad y personalidad. Para González (2009) “los problemas psicológicos más frecuentes se encuentran los cambios de personalidad, que se dirigen a una hipocondría, depresiones severas, que traen consigo un desinterés total, rechazo de alimentación, insomnios severos etcétera (p.31)”. El adulto mayor al llegar a la vejez, se preocupa cómo será su salud, al tener una perspectiva que todo adulto mayor es una persona enfermiza, provocando no vivir una buena calidad de vida en sus últimos años. A medida que van disminuyendo las capacidades físicas y cognitivas por ende su desenvolvimiento afectara sus relaciones sociales y familiares.

De acuerdo a Peña y et al. (2011) Durante el transcurso de esta etapa es visible ver el incremento de perdidas, en diferentes dimensiones de la vida de todo aquello que siente que ha dejado de tener, lo cual puede ser real o subjetivo, que a final es importante y significativo para el individuo ejemplo; de perdida de capacidades físicas, cognoscitivas, relaciones familiares, pareja que provocan la falta de interés de relacionarse en su medio.

Personalidad

No existe una personalidad característica de la vejez, va a estar determinada por los rasgos de la vida adulta anterior. Es frecuente un mayor retraimiento por las limitaciones en las actividades laborales y en las relaciones interpersonales. Las relaciones se hacen más egocentristas y la

inseguridad conduce a la dependencia. Hay una mayor rigidez y ser flexible cuesta expresar.

También el adulto mayor suele utilizar mecanismos de defensa más rígidos como la negación, no queriendo ver los problemas; como la proyección, culpando a los otros de sus males, o como la regresión adoptando actitudes infantiles. Una característica de las personas narcisista no tiene un buen proceso de adaptación al envejecimiento y al perder la relevancia social y poder, toleran peor la frustración. En el caso de las personas que su trabajo era fundamental al llegar la jubilación o el retiro por condiciones físicas hacen sentir un vacío al transcurso de los años (Ugalde, 2010). Las personas dependientes e inseguras pueden acentuar rasgos al sentirse frágiles y vulnerables. A cualquier edad el ser humano necesita compañía, reconocimiento, afecto, seguridad y aprobación.

En la vejez el aspecto social también interviene en la vejez, los adultos mayores pueden volverse introvertidos, su grupo de personas se hace cada más pequeño permitiéndole una mejor adaptación. También se adquiere de un nuevo rol, el ser abuelo cumpliendo con la continuidad y transmisión de las tradiciones familiares.

Una de las características hacia el adulto mayor tiene que ver con aspectos negativos, por ejemplo; si el adulto mayor era ahorrativo se convierte en un avaro, el desconfiado se siente perseguido, etc.; en cuanto a la valoración del tiempo, el pasado es más importante que el futuro, no se aceptan los cambios, se tienen periodos profundamente nostálgicos y se demuestra cierta displicencia por los jóvenes y los cambios de valores. Con ese gusto por el pasado, no es difícil caer en el pesimismo para posteriormente pasar por una etapa de depresión; el carácter agrio, los deseos de cualquier tipo se debilitan, como intercambios sociales y sexuales, viajes, compras, deseo de conocer, de gustar, de agradar, etc.

Inteligencia

La inteligencia alcanza la madurez y después el proceso declina. La actividad intelectual que se mantenga va influir de manera importante: cuánto más activo se pueda ser intelectualmente el riesgo de deterioro es menor, En los procesos nuevos de aprendizaje se precisa de más tiempo para asimilar el material reciente. El coeficiente intelectual es estable hasta los 80 años aproximadamente, junto con la habilidad verbal que se mantiene, pero disminuye la velocidad psicomotora en la realización de tareas (Ugalde, 2010).

Memoria

Una de las facultades más vulnerables es la memoria; al principio se olvidan nombres, la utilización de aparatos, se tienen problemas de vocabulario y se utilizan metáforas, se dan olvidados en la vida cotidiana, pero lo más importante son las lagunas que se tienen del pasado. Sin embargo, la memoria depende estrechamente de la afectividad, recordamos aquello que nos interesa o que deseamos aprender.

Este proceso cognoscitivo permite que el individuo almacenar experiencias y percepciones que más tarde puede recordar y utilizar en diferentes situaciones. La memoria a corto plazo sufre de alteraciones cuando la información solo es retenida por algunos minutos se ve afectada (Peña et al. 2011).

La memoria a largo plazo para Papalia y Martorell (2015) divide la memoria en: episódica, semántica y procedimental. La primera se refiere a todas las experiencias o eventos específicos vinculados a un tiempo y un lugar. La segunda que es la semántica tiene que ver con los conocimientos, información de costumbres sociales y lenguaje. Y la última procedimental conocida como memoria explícita son todas aquellas habilidades motoras, hábitos y la manera de hacer las cosas las cuales pueden recordarse sin mayor esfuerzo consciente.

Los adultos de la tercera edad en la memoria tienen una fortaleza y es la memoria a largo plazo, por eso en esta etapa se recuerdan mejor aquellos

sucesos anclados en la nuestra experiencia individual como las experiencias vividas en la infancia o juventud que los hechos inmediatos o recientes.

4.5 Aspectos sociales.

Las personas de la tercera edad cambian los roles: su entorno le resta las responsabilidades y funciones así como la iniciativa para la toma de decisiones; por otra parte la economía es subsidia por la familia en algunos casos, por lo que esta sigue siendo el apoyo central y la base para las relaciónese sociales, lo que estimula la búsqueda de grupos de iguales en diferentes ámbitos, como la iglesia o la comunidad.

El rol individual los cambios se manifiestan en tres dimensiones: el anciano como individuo, cambia su percepción de la muerte ahora es vista como una liberación, el final de lucha y preocupaciones transcurridas a los largo de la vida, algunos la rechazan y otros la aceptan; como integrante de un grupo familiar, ahora convivir más con los nietos e hijos; y como persona es capaz de afrontar las perdidas con sentimiento de soledad y tensión emocional.

La sociedad ha estado relegando a este grupo de la población, en la actualidad se motiva a la comunidad a cambiar el esquema de anciano “a persona inactiva” su experiencia al compartirla hace que se mantenga interesado en participar en actividades cívicas y religiosas, como el seguir votando pertenecer a sindicatos o asociaciones y aprovechar la sabiduría y experiencia que tienen (Peña et. al 2011).

El aspecto laboral durante esta etapa llega el momento de cambiar el rol de trabajador por el de pensionado o jubilado y administrar las horas que antes se utilizaban en el trabajo, en horas de ocio o en la búsqueda de actividades recreativas, como actividades de deporte, manualidades, juegos de mesa y azar, actividades espirituales o religiosas; así como también buscan darse tiempo a reconquistar a la pareja con la que nuevo comparten la mayor parte del tiempo, ya que este momento donde se presenta el nido vacío.

Jubilación

Es el proceso de jubilación o retiro de la vida productiva es, para la mayoría de las personas, una pérdida de identidad; para muchos individuos es una etapa sumamente difícil, porque están acostumbrados a un ritmo de trabajo se enfrentan al problema del manejo de su tiempo; situación que se agrava a medida que la persona ha desempeñado diversos papeles dentro de la comunidad, por la cual ha recibido de diversas fuentes un cierto reconocimiento social, profesional o público y, al romper con estímulo proveniente del exterior, por consecuencia atravesará con mayor dificultad el retiro de la vida activa:

Los jubilados se pueden dividir en dos grupos:

- a) Por problemas de salud o su escasa escolaridad, se les dificulta seguir trabajando.
- b) Los que tienen mayores recursos económicos para dedicarse a otras actividades remuneradas o no.

Es también en esta etapa de la vida cuando más pérdidas se sufren la muerte de personas queridas (padres, contemporáneos), por lo que la depresión se conjuntara con la tristeza que dichas pérdidas provoquen.

El momento de la jubilación es de un empleo o de una tarea, pero no de la vida, y para que realmente podamos aprovechar nuestra vez, debemos fomentar y desarrollar nuestro espíritu. Es el ambiente el que hace obsoleto al ser humano y no su edad.

Desgraciadamente, en México no existen programas de preparación dentro de las empresas para los empleados jubilados y, lejos de ser una salida digna, preparada, programada y de reconocimiento a su desempeño y labor de tantos, la salida es forzada, poco decorosa y la mayoría de veces, humillante.

Manejo de la soledad:

La soledad, más que el problema económico, es uno de los factores que más afectan el envejecer. La sociedad la que se enferme de soledad, porque solo da lugar a contactos interpersonales superficiales y convencionales. Conforme transcurre el tiempo, nuestra actitud frente compromiso es menos intensa y si deseamos verdaderamente establecer una relación interpersonal, esta además de requerir tiempo nos llevara a adquirir un cierto compromiso, sin olvidar que el otro nos provoca un temor a lo desconocido y que la apertura de nosotros mismos en muchas ocasiones dolorosas. Y si esta es una sensación del espíritu, no saber estar con nosotros mismo nos provoca el sentimiento de abandono y depresión.

Abandono y negligencia.

El abandono se produce cuando cualquier persona o institución no asume la responsabilidad que le corresponde del cuidado de una persona mayor que tiene algún grado de dependencia, o cuando se asume el cuidado o custodia de un mayor y este es desamparado de una manera voluntaria. El abandono está muy ligado a la negligencia la cual además implica descuido u omisión en la realización de determinadas atenciones o desamparado de un adulto mayor que depende de una persona o institución y, por lo tanto, ésta tiene alguna obligación legal o moral.

El no llevar acabo las funciones propias el cuidado y necesidades básicas del adulto mayor como la higiene, vestuario, administración de medicamentos, cuidados médicos, o cambiarlos de postura o pañales. La negligencia o abandono puede ser intencionada o no intencionada.

CAPÍTULO V. DISEÑO DEL TALLER

**TALLER DE REMINISCENCIA PARA EL
ADULTO MAYOR DEL DIF DE ATIZAPAN
SANTA CRUZ ESTADO DE MEXICO.**



La vida no es la que uno vivió, sino la que recuerda y cómo la recuerda para contarla
Gabriel García Márquez

Introducción.

Al llegar a la etapa de la vejez, el ser humano se encuentra ante la oportunidad de revisar todo lo que ha vivido. Los recuerdos en esta etapa tienen un gran valor significativo ya sean experiencias positivas o negativas. Cada una de ellas trae consigo un aprendizaje. En la actualidad nuestro adulto mayor se encuentra ante una adaptación y consigo los cambios desde el aspecto físico, psicológico, social y cultural.

Nuestro adulto mayor sin duda a nivel cultural es una persona que juega un papel fundamental en la familia; al ser quien en primera ha vivido más, cada una de historias son experiencias que de gran valor, él es encargado de transmitir valores, educación etcétera. Sin embargo a nuestros días las cosas han cambiado, el adulto mayor sufre aislamiento, abandono de familiares, maltrato físico, psicológico, económico, la pérdida de su pareja físicamente, vivir con o sin voluntad en centros de atención especializada y los cambios físicos y anatómicos. Lo mencionado son posibles factores que propician a desarrollar uno de los trastornos afectivos que afecta su esfera biopsicosocial; la depresión.

La depresión es un trastorno que presenta un cuadro de síntomas que suele confundirse con otra padecimiento, es por eso que el diagnóstico se hace complejo y más a esta edad, se cree que el adulto mayor la gran parte del tiempo es una persona triste, que solo espera de acuerdo a su creencia el día para morir. El caso es que la depresión es un trastorno silencioso y que va acabando con los días del adulto mayor.

A pesar del avance científico, hay tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos, grupos de ayuda e intervención médica, falta personas en el área psicológica que ofrezcan servicios en esta población ya sea una intervención de prevención o bien tratar con tal el trastorno. Es por eso que la intención de este taller es ofrecer sesiones que permitan realizar la aplicación de una técnica terapéutica reminiscencia para disminuir la sintomatología depresiva en el adulto mayor.

Elaboración del taller.

Planificación:

Análisis previo de necesidades:

La población seleccionada el grupo de adultos mayores que forman parte del Sistema DIF Municipal Atizapán Santa Cruz. Este punto se llevó a cabo por medio de la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Versión Reducida), participaron 55 sujetos, generando un resultado de 12 sujetos con depresión moderada y 4 sujetos con depresión moderada. La evaluación fue de forma individual, algunas aplicaciones fueron realizadas en dicha institución 30 y 25 se acudió a visitas domiciliarias aclarando que los datos proporcionados fueron por parte del encargado del grupo.

La edad de los sujetos va desde los 60 a 85 años, se conforma más de género femenino. De acuerdo a los comentarios y observación en el caso de las visitas se aprecia que los adultos aun realizar actividades del hogar, así también elaboran alguna tarea que les genere un ingreso económico.

Consideración del tema y subtemas:

El tema principal fue detectar la presencia de sintomatología depresiva. Como resultado de la aplicación de a escala se considera temas relevantes a tratar por ejemplo; la soledad, abandono, el temor de que algo malo les vaya a ocurrir, problemas de memoria y también reafirmar la identidad de adulto mayor.

De lo mencionado serán algunos de los temas que dan paso a la selección de actividades para llevar a cabo.

Número de personas que conformaran el taller:

En el primer capítulo hay un apartado que define que el número de asistentes es determinante para su aplicación y el ideal es de 8 a 12, en este

caso se consideran 16 por el resultado de la aplicación. También se tiene contemplado la posibilidad de los sujetos que no quieran participar.

Considerar el tiempo: se considera un tiempo de tres meses una sesión a la semana el día es tratar de acuerdo a sus actividades. El tiempo a trabajar es de una hora y veinte minutos.

Objetivos del taller:

Objetivo general:

Desarrollar un taller con actividades de reminiscencia que coadyuve a disminuir nivel de sintomatología depresiva del adulto mayor del DIF Atizapán Santa Cruz.

Objetivos específicos.

- Aplicación escala de depresión geriátrica de Yesavage versión reducida, de forma individualmente el probable nivel de depresión en cada uno de los adultos mayores que asisten en el DIF Atizapán Santa Cruz.
- Aplicar un cuestionario para saber el si los asistentes tienen información acerca del tema.
- Realizar actividades que incremente la autoestima, identidad, significado de vida, mejorar el estado de ánimo y fortalecer la unión grupal.
- Registrar el desarrollo de las sesiones, por medio de diario, grabaciones de audio y video.
- Evaluar el taller por medio de un cuestionario para saber la efectividad de las actividades realizadas.
- Aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yesavage versión reducida, individualmente para identificar el probable nivel de depresión en cada uno de los adultos mayores después de las

actividades de reminiscencia que asisten en el DIF Atizapán Santa Cruz.

Preparación:

| ASPECTOS GENERALES. | |
|-----------------------------|--|
| Nombre del taller | Taller de reminiscencia para el adulto mayor del DIF de Atizapán Santa Cruz Estado de México. |
| Tema | Reminiscencia. |
| Objetivo general. | Desarrollar un taller con actividades de reminiscencia que coadyuve a disminuir nivel de sintomatología depresiva del adulto mayor del DIF Atizapán Santa Cruz |
| Participantes | Adultos mayores del DIF. La edad oscila de 60-85 años. |
| Lugar y fecha: | Instalaciones en especial el aula de entrega de apoyos del DIF municipal Atizapán Santa Cruz, además se contara con visita a un parque del mismo lugar. |
| Horario | 10: 00 am- 11:20 am |
| Equipo facilitador | Responsable principal: Yadira Andrade Santana. Promotor de los adultos mayores de dicha institución. |
| Resultados esperados | Que las actividades del taller de reminiscencia propuestas sean favorezcan a la disminuían de síntomas depresivos del sujeto participante al taller. Comprobar que la terapia de reminiscencia y es efectiva para su aplicación en los adultos mayores. |

| Taller de reminiscencia para el adulto mayor del DIF de Atizapán Santa Cruz Estado de México. | | | | | | |
|--|---|--|----------------|--|---|--------------------|
| Tema: Reminiscencia. | | | Sesión: 1 | | Responsable: Yadira Andrade Santana | |
| Actividad | Objetivos de aprendizaje | Contenido | Técnica | Practica de aprendizaje | Recurso didáctico | Tiempo |
| Bienvenida al taller. | Generar un ambiente de recibimiento y valoración a los participantes. | Palabras de bienvenida. | Exposición. | El responsable debe dar la bienvenida y reiterar el agradecimiento de estar aquí. | Salón amplio. Sillas. | 10:00 am-10:10 am |
| Presentación individual | Recalcar la presencia de cada sujeto al taller, da paso a conocer características generales de los compañeros de trabajo. | “¿Quiénes somos?” | Participación. | Presentarse con nombre, apellido y apodo si lo tiene y por qué tiene ese apodo | Una mesa. Rectángulos de colores. Marcadores. Seguros. Un salón amplio. | 10:10 am-10:30 am. |
| Introducción al taller. | Que el participante, conozca las características principales del taller desde. | Explicación del taller, objetivo, beneficios, responsable, forma de trabajar y reglas. | Exposición. | El responsable debe mencionar los objetivos, del taller y la importancia del mismo. | Carteles con el nombre del taller, objetivos. Diurex | 10:30 am-10:50 am. |
| Ejercicio de reminiscencia. | A través del este ejercicio detecten las actividades que se llevaran a cabo durante el taller. | Recuerdos “evocaciones a través del sonido; oído e imaginación” | | El responsable debe pedir a los participantes que cierren los ojos y escuchen la música y al final comentar al grupo que recuerdo provoco esa canción. | Música a edad promedio. Reproductor de música. Sillas. Salón amplio. | 10:50am-11:10 am |
| Revisión de sesión. | Retroalimentar las actividades realizadas. | Despedida. | | El responsable agradece la presencia e invita a asistir a la siguiente sesión | Música de fondo. Sillas. | 11:10 am-11:20 |

| Taller de reminiscencia para el adulto mayor del DIF de Atzapán Santa Cruz Estado de México. | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|----------------|--|--|---------------------|
| Tema: Definición de reminiscencia y tipos | | | Sesión: 2 | | Responsable: Yadira Andrade Santana | |
| Actividad | Objetivos de aprendizaje | Contenido | Técnica | Practica de aprendizaje | Recurso didáctico | Tiempo |
| Retroalimentación y bienvenida. | Que los asistentes recuerden que se realizó la sesión pasada. | Revisión de la sesión anterior. | Charla. | El responsable, de forma alazar hará que los asistentes al taller aporten información general de porque están aquí y que tipo de actividad se realizó. | Un salón amplio. Sillas. | 10:00 am - 10:10 am |
| Definiciones. | Que el asistente, entienda conceptos básicos del tema. | ¿Qué es reminiscencia? | Exposición. | El responsable, explicara de forma general información del tema de reminiscencia y ¿Por qué en la vejez? | Proyector. Computadora Presentación de PowerPoint. | 10:10 am- 10:40 am |
| Dinámica. | La relajación permite que el participante. | Técnica de relajación. | | El responsable dará las indicaciones para llevar acabo la técnica | Espacio amplio. Sillas. | 10:40 am - 11:00 am |
| Revisión de sesión. | Por medio de la participación se aporte un idea general de lo aprendido. | Cierre. | Charla. | El responsable preguntara acerca de lo visto en la sesión de manera alazar, todos tienen que participar. | Salón. Sillas. | 11:00am- 11:20am. |

| Taller de reminiscencia para el adulto mayor del DIF de Atizapán Santa Cruz Estado de México. | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|--------------------------------|--|---|---------------------|
| Tema: ¿Quién es el adulto mayor? | | | Sesión: 3 | | Responsable: Yadira Andrade Santana | |
| Actividad | Objetivos de aprendizaje | Contenido | Técnica | Practica de aprendizaje | Recurso didáctico | Tiempo |
| Retroalimentación y bienvenida. | Que los asistentes recuerden que se realizó la sesión pasada. | Revisión de la sesión anterior. | Charla. | El responsable, de forma alazar hará que los asistentes al taller aporten información general de porque están aquí y que tipo de actividad se realizó. | Un salón amplio. Sillas. | 10:00 am - 10:10 am |
| Definición. | Por medio de esta actividad los participantes, definan y conozcan quién es un adulto mayor. | ¿ Quién es el adulto mayor? | Técnica de la lluvia de ideas. | El responsable, debe facilitar la participación acerca de temas que se relacionen con el adulto mayor. | Un salón amplio. Sillas. Papel bond. Marcadores . | 10:10 am- 10:40 am |
| Dinámica. | Por medio de esta actividad el participante favorece una mirada retrospectiva sobre la propia historia. | Moldeando la arcilla. | | El responsable dará las indicaciones para llevar a cabo la actividad. | Mesa. Sillas. Arcilla. Música de fondo | 10:40 am – 11:00 am |
| Revisión de sesión. | Por medio de la participación se aporte un idea general de lo aprendido. | Cierre. | Charla. | El responsable preguntara acerca de lo visto en la sesión de manera alazar, todos tienen que participar. | Salón. Sillas. | 11: 00 am- 11:20am. |

| Taller de reminiscencia para el adulto mayor del DIF de Atizapán Santa Cruz Estado de México. | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|-------------------------------|--|--|---------------------|
| Tema: ¿Qué es la depresión del adulto mayor? | | | Sesión: 4 | | Responsable: Yadira Andrade Santana | |
| Actividad | Objetivos de aprendizaje | Contenido | Técnica | Practica de aprendizaje | Recurso didáctico | Tiempo |
| Retroalimentación y bienvenida. | Que los asistentes recuerden que se realizó la sesión pasada. | Revisión de la sesión anterior. | Charla. | El responsable, de forma alazar hará que los asistentes al taller aporten información general de porque están aquí y que tipo de actividad se realizó. | Un salón amplio. Sillas. | 10:00 am - 10:10 am |
| Crear una definición de depresión. | Que los asistentes comenten acerca de es depresión. | Definiendo depresión. | Lluvia de ideas y exposición. | Por medio los comentarios emitidos complementaran la presentación de que es depresión. | Salón amplio. Una mesa. Trípticos. Rota folio con información de depresión | 10:10 am- 10:50 am |
| Actividad de relajación. | Que los asistentes por medio de esta actividad sea una alternativa para reducir situaciones de estrés | Relajación grupal | Participación individual. | El responsable de la sesión dará las indicaciones de cómo se llevara los paso los ejercicios de la actividad. | Sillas que estén colocadas en forma de círculo. | 10:50 am - 11:10 am |
| Revisión de sesión. | Por medio de la participación se aporte un idea general de lo aprendido. | Cierre. | Charla. | El responsable preguntara acerca de lo visto en la sesión de manera alazar, todos tienen que participar. | Salón. Sillas. | 11: 10 am- 11:20am |

| Taller de reminiscencia para el adulto mayor del DIF de Atizapán Santa Cruz Estado de México. | | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--------------------|--|--|---------------------|
| Tema: Reminiscencia e infancia. | | | Sesión: 5 | | Responsable: Yadira Andrade Santana | |
| Actividad | Objetivos de aprendizaje | Contenido | Técnica | Practica de aprendizaje | Recurso didáctico | Tiempo |
| Retroalimentación y bienvenida. | Que los asistentes recuerden que se realizó la sesión pasada. | Revisión de la sesión anterior. | Charla. | El responsable, de forma alazar hará que los asistentes al taller aporten información general de porque están aquí y que tipo de actividad se realizó. | Un salón amplio. Sillas. | 10:00 am - 10:10 am |
| Respuestas a preguntas. | Que los asistentes recuerden momentos significativos de su infancia. | Momentos significativos de infancia | Exposición. | Las respuestas serán evocadas por estímulos elicidores (juguetes de su época, fotografías, láminas y juegos de su época). | Salón amplio. Una mesa. Objetos. Juguetes. Imágenes. | 10:10 am- 10:50 am |
| Integrar los recuerdos en el presente. | Que los asistentes digan un comentarios acerca de los cambios que hay de acuerdo al pasado con el presente en tema de infancia. | Enlace del pasado con el presente. | Técnica del debate | El responsable de la sesión, hará una pregunta ¿Qué hay de diferente en la infancia de ustedes a la actual? | Sillas que estén colocadas en forma de circulo. | 10:50 am - 11:10 am |
| Revisión de sesión. | Por medio de la participación se aporte un idea general de lo aprendido. | Cierre. | Charla. | El responsable preguntara acerca de lo visto en la sesión de manera alazar, todos tienen que participar. | Salón. Sillas. | 11: 10 am- 11:20am |

| Taller de reminiscencia para el adulto mayor del DIF de Atizapán Santa Cruz Estado de México. | | | | | | |
|--|---|------------------------------------|----------------|---|---|---------------------|
| Tema: Reminiscencia e adolescencia. | | | Sesión: 6 | | Responsable: Yadira Andrade Santana | |
| Actividad | Objetivos de aprendizaje | Contenido | Técnica | Practica de aprendizaje | Recurso didáctico | Tiempo |
| Retroalimentación y bienvenida. | Que los asistentes recuerden que se realizó la sesión pasada. | Revisión de la sesión anterior. | Charla. | El responsable, de forma alazar hará que los asistentes al taller aporten información general de porque están aquí y que tipo de actividad se realizó. | Un salón amplio. Sillas. | 10:00 am - 10:10 am |
| Respuestas a preguntas. | Que los asistentes recuerden momentos significativos de su adolescencia. | Caja de recuerdos de adolescencia. | Exposición. | Las respuestas serán evocadas por estímulos elicidores (cartas, fotografías, láminas). | Salón amplio. Una mesa. Objetos. Imágenes. | 10:10 am- 10:50 am |
| Baile. | Que los asistentes a través de la música y el baile recuerden momentos de su adolescencia | Enlace del pasado con el presente. | Participación. | El responsable de la sesión, indicará que escuchen el mix de canciones de su época de adolescentes y así también que bailen y al final se realizara comentario de lo que sintieron. | Sillas que estén colocadas en forma de circulo. | 10:50 am - 11:10 am |
| Revisión de sesión. | Por medio de la participación se aporte un idea general de lo aprendido. | Cierre. | Charla. | El responsable preguntara acerca de lo visto en la sesión de manera alazar, todos tienen que participar. | Salón. Sillas. | 11: 10 am- 11:20am |

| Taller de reminiscencia para el adulto mayor del DIF de Atizapán Santa Cruz Estado de México. | | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|----------------|--|--|---------------------|
| Tema: Reminiscencia y adultez. | | | Sesión: 7 | | Responsable: Yadira Andrade Santana | |
| Actividad | Objetivos de aprendizaje | Contenido | Técnica | Practica de aprendizaje | Recurso didáctico | Tiempo |
| Retroalimentación y bienvenida. | Que los asistentes recuerden que se realizó la sesión pasada. | Revisión de la sesión anterior. | Charla. | El responsable, de forma alazar hará que los asistentes al taller aporten información general de porque están aquí y que tipo de actividad se realizó. | Un salón amplio. Sillas. | 10:00 am - 10:10 am |
| Momentos de la adultez. | Que por medio de los sentidos, evoquen sensaciones y recuerdos. | Recordando mediante los sentidos. | Participación. | Con los ojos cerrados, cada persona deberá decir que objeto está tocando, algunos probaran comidas, oler aromas de perfumes o flores. | Mesa. Sillas. Platillos antiguos. Flores. Fragancias. | 10:10 am- 10:30 am |
| Significado de palabras. | Por medio de las palabras puedan, recordar un momento significativo. | ¿Qué me recuerda al escuchar? | Charla. | El responsable mencionara algunas palabras permitiendo la participación de cada uno de sujetos. | Letreros con palabras diferentes. Sillas colocadas en media luna. | 10:30 am- 10:50 am |
| Actividad final de sesión. | Por medio de esta actividad. | Rompecabezas. | Participación. | En una caja habrá piezas de rompecabezas y tendrán que descifrar el mensaje. | Piezas en forma de rompecabezas Caja de cartón Una mesa. | 10:50 am 11:10 am |
| Revisión de sesión. | Por medio de la participación se aporte un idea general de lo aprendido. | Cierre. | Charla. | El responsable preguntara acerca de lo visto en la sesión de manera alazar, todos tienen que participar | Salón. Sillas. | 11:10 am 11:20 pm |

| Taller de reminiscencia para el adulto mayor del DIF de Atizapán Santa Cruz Estado de México. | | | | | | |
|--|--|---------------------------------|---------------------|--|--|----------------------|
| Tema: Reminiscencia y resumen de vida. | | | Sesión: 8 | | Responsable: Yadira Andrade Santana | |
| Actividad | Objetivos de aprendizaje | Contenido | Técnica | Practica de aprendizaje | Recurso didáctico | Tiempo |
| Retroalimentación y bienvenida. | Que los asistentes recuerden que se realizó la sesión pasada. | Revisión de la sesión anterior. | Charla. | El responsable, de forma alazar hará que los asistentes al taller aporten información general de porque están aquí y que tipo de actividad se realizó. | Un salón amplio. Sillas. | 10:00 am - 10:10 am |
| Elaboración de un libro de memorias. | Que el participante elabore su propio álbum de momentos más importantes de todas las etapas de vida. | Evidencia de mí vida. | Trabajo individual. | El responsable les indicara que realicen su propio álbum con su material personal. | Mesa. Siilas. Fotos. Cartas Pegamento. Libretas de hojas de dibujo. Colores. | 10:10 am – 11:00 am |
| Preguntar ¿cómo se sintieron? | Esta pregunta mostrara las sensaciones o pensamientos que prevalecieron. | ¿Cómo me sentí? | Participación. | El responsable de la actividad tiene que identificar a través de las respuestas los temas a trabajar en la siguiente sesión. | Sillas colocadas en media círculo. | 11:00 am – 11:10 am |
| Revisión de sesión. | Por medio de la participación se aporte un idea general de lo aprendido. | Cierre. | Charla. | El responsable preguntara acerca de lo visto en la sesión de manera alazar, todos tienen que participar | Salón. Sillas. | 11:10 am 11:20 pm |

| Taller de reminiscencia para el adulto mayor del DIF de Atizapán Santa Cruz Estado de México. | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---------------------------|--|--|----------------------|
| Tema: Reminiscencia y resumen de vida. | | | Sesión: 9 | | Responsable: Yadira Andrade Santana | |
| Actividad | Objetivos de aprendizaje | Contenido | Técnica | Practica de aprendizaje | Recurso didáctico | Tiempo |
| Retroalimentación y bienvenida. | Que los asistentes recuerden que se realizó la sesión pasada. | Revisión de la sesión anterior. | Charla. | El responsable, de forma alazar hará que los asistentes al taller aporten información general de porque están aquí y que tipo de actividad se realizó. | Un salón amplio. Sillas. | 10:00 am - 10:10 am |
| Preguntas | A través del álbum de evidencia de vida identifique el resumen de si vida. | Resumen de vida. | Participación individual. | El responsable realizara preguntas que con respecto a un resumen de su vida. | Su álbum evidencia de vida. Sillas que estén colocadas en medio circulo. | 10:10 am – 11:00 am |
| Relajación. | Los ejercicios harán que el adulto mayor, baje la tensión de la actividad anterior. | Técnicas de relajación y respiración. | Participación individual. | El responsable dará indicaciones del desarrollo de los ejercicios. | Espacio amplio. Sillas. | 11:00 am – 11:10 am |
| Revisión de sesión. | Por medio de la participación se aporte un idea general de lo aprendido. | Cierre. | Charla. | El responsable preguntara acerca de lo visto en la sesión de manera alazar, todos tienen que participar | Salón. Sillas. | 11:10 am 11:20 pm |

Taller de reminiscencia para el adulto mayor del DIF de Atizapán Santa Cruz Estado de México.

| Tema: Autoestima en el adulto mayor. | | | Sesión: 10 | | Responsable: Yadira Andrade Santana | |
|---|---|---|---------------------------|--|--|---------------------|
| Actividad | Objetivos de aprendizaje | Contenido | Técnica | Practica de aprendizaje | Recurso didáctico | Tiempo |
| Retroalimentación y bienvenida. | Que los asistentes recuerden que se realizó la sesión pasada. | Revisión de la sesión anterior. | Charla. | El responsable, de forma alazar hará que los asistentes al taller aporten información general de porque están aquí y que tipo de actividad se realizó. | Un salón amplio. Sillas. | 10:00 am - 10:10 am |
| Creando un momento agradable. | Por medio de experiencias de los adultos compartan sus momentos más divertidos. | Los momentos más divertidos de mi vida. | Participación individual. | El responsable, pedirá al grupo que comente los momentos más importantes. | Salón amplio. Sillas que estén colocadas en forma de medio círculo. | 10:10 am- 10:35 am. |
| Autoestima. | Esta actividad permitirá que los participantes reconozcan aspectos que más le agrade de sí mismo. | Conócete a ti mismo. | Exposición. | El responsable les entregara una hoja dividido en 4 cuadros en cada uno tiene que anotar 5 aspectos que más le agrade. | Hojas divididas en 4 partes. Sillas. Mesa. Lapiceros. | 10:35 am- 11:00 am. |
| Revisión de sesión | Por medio de la participación se aporte un idea general de lo aprendido. | Cierre. | Charla. | El responsable preguntara acerca de lo visto en la sesión de manera alazar, todos tienen que participar. | Salón. Sillas. | 11:00 am- 11:20 am |

| Taller de reminiscencia para el adulto mayor del DIF de Atizapán Santa Cruz Estado de México. | | | | | | |
|--|--|------------------------------------|----------------|--|--|---------------------|
| Tema: Mi situación actual. | | | Sesión: 11 | | Responsable: Yadira Andrade Santana | |
| Actividad | Objetivos de aprendizaje | Contenido | Técnica | Practica de aprendizaje | Recurso didáctico | Tiempo |
| Retroalimentación y bienvenida. | Que los asistentes recuerden que se realizó la sesión pasada. | Revisión de la sesión anterior. | Charla. | El responsable, de forma alazar hará que los asistentes al taller aporten información general de porque están aquí y que tipo de actividad se realizó. | Un salón amplio. Sillas. | 10:00 am - 10:10 am |
| Reflexión. | Mediante esta actividad el participante reflexión acerca de su situación actual. | Como podría ser diferente su vida. | Exposición. | El responsable les dará indicaciones acerca de cómo se llevará a cabo la actividad. Tendrá tiempo necesario para describir la su situación, después compartirán con sus compañeros su respuesta. | Sillas. Espacio amplio. Hojas blancas. Lapiceros. | 10:10 am - 10:50 am |
| Descripción de foto. | Mediante esta actividad el participante tendrá la oportunidad de describir y expresar una historia su propia historia. | Foto proyección. | Exposición. | El responsable dará la indicación de que observarán la fotografía y cada uno de ellos describirá en una hoja una historia acerca de la fotografía lo que ocurrió antes, que está pasando y que sucederá después. | Un salón amplio. Sillas. Equipos de 4 personas. Fotografías. | 10:50 am - 11:10 am |
| Revisión de sesión | Por medio de la participación se aporte un idea general de lo aprendido | Cierre. | Charla. | El responsable preguntara acerca de lo visto en la sesión de manera alazar. | Salón. Sillas. | 11:00 am- 11:20 am |

| Taller de reminiscencia para el adulto mayor del DIF de Atizapán Santa Cruz Estado de México. | | | | | | |
|--|---|--|----------------|--|---|------------------------|
| Tema: Cierre de taller | | | Sesión: 12 | | Responsable: Yadira Andrade Santana | |
| Actividad | Objetivos de aprendizaje | Contenido | Técnica | Practica de aprendizaje | Recurso didáctico | Tiempo |
| Bienvenida al taller y retroalimentación. | Que los asistentes recuerden que se realizó la sesión pasada. | Palabras de bienvenida. | Exposición. | El responsable debe dar la bienvenida y reiterar el agradecimiento de estar aquí. | Salón amplio. Sillas. | 10:00 am- 10:10 am |
| Presentación individual | Recalcar la presencia de cada sujeto al taller, da paso a conocer características generales de los compañeros de trabajo. | “¿Quiénes somos?” | Participación. | Presentarse con nombre, apellido y apodo si lo tiene y por qué tiene ese apodo | Una mesa. Rectángulos de colores. Marcadores. Seguros. Un salón amplio. | 10:10 am- 10:30 am. |
| Introducción al taller. | Que el participante, conozca las características principales del taller desde. | Explicación del taller, objetivo, beneficios, responsable, forma de trabajar y reglas. | Exposición. | El responsable debe mencionar los objetivos, del taller y la importancia del mismo. | Carteles con el nombre del taller, objetivos. Diurex | 10:30 am- 10:50 am. |
| Ejercicio de reminiscencia. | A través del este ejercicio detecten las actividades que se llevaran a cabo durante el taller. | Recuerdos “evocaciones a través del sonido; oído e imaginación” | | El responsable debe pedir a los participantes que cierren los ojos y escuchen la música y al final comentar al grupo que recuerdo provoco esa canción. | Música a edad promedio. Reproductor de música. Sillas. Salón amplio. | 10:50am- 11:10 am |
| Revisión de sesión. | Retroalimentar las actividades realizadas. | Despedida. | | El responsable agradece la presencia e invita a asistir a la siguiente sesión | Música de fondo. Sillas. | 11:10 am- 11:20 |

CAPÍTULO VI. METODOLOGÍA.

6.1 Planteamiento del problema

La presente investigación tiene como interés la elaboración de un taller de reminiscencia que coadyuve a la disminución de la sintomatología depresiva para personas de la tercera edad, dado que en la actualidad los trabajos llevado acabo no han cubierto los requisitos de cientificidad y eficacia para tratar este trastorno emocional.

Es importante resaltar que en la área psicológica la depresión en el anciano cobra un tipo de interés porque; es el primer trastorno más común, su manifestación clínica no solo afecta a su salud mental, emocional, sino también la salud en general, su funcionalidad en la familia y sociedad. Sucede que la mayoría de los casos cuando van a consulta no son diagnosticados oportunamente y no reciben tratamiento adecuado produciendo un problema en costos de familia y servicios públicos.

Una aportación del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2015) refiere que al menos el 15% de ese sector de la población a nivel mundial padece de un algún trastorno mental y la más común es la depresión, es la causa del 50% de las personas que recurre a hospitales psiquiátricos y 7 de cada 100 declaran parecer depresión, en nuestro país la cifra alcanza 9 de cada 100 mayores de 60 años. Para el investigador Mañana (2011) refiere que la depresión es el motivo principal de las causas de asistencia a consulta médica y su presencia pasa por desapercibida.

Este trastorno tiene una característica muy silenciosa ya que los síntomas que el adulto refiere en consulta médica, son más de descripción física, cuando en realidad pueden estar cubiertos de una alteración emocional. Para dar un diagnóstico oportuno en la depresión se necesita de una evaluación detallada y un tratamiento idóneo pero en los centros de salud no se brinda la atención debida.

Al no darse un diagnóstico oportuno para el tratamiento de la depresión del adulto mayor, por consecuencia se puede presentar un caso más grave como el suicidio, para Douglas (2010) en hombres de 75 años o más se presenta un alto índice de suicidio. La depresión deteriora su calidad de vida, al haber una disminución en actividades que le producían placer, sentirse sin fuerzas, sin esperanza y vivir esto por un tiempo extenso, se genera la idea de atentar contra su vida.

El trabajo se llevara a cabo en el Sistema Municipal DIF de Atizapán Santa Cruz Estado de México, es poca la atención psicológica que se brinda a los adultos mayores, ya que mayoría de las actividades que se realizan tienden a ser “recreativas, el desarrollo de actividades manuales y convivencia. Es de suma importancia la implementación de programas, talleres y técnicas efectivas que ayuden a este sector de la población en la disminución de la sintomatología depresiva, que suele estar pasando por desapercibido.

6.2 Pregunta de investigación.

¿El taller de reminiscencia es eficaz para coadyuvar a disminuir la sintomatología depresiva del adulto mayor del Sistema Municipal DIF de Atizapán Santa Cruz Estado de México?

6.3 Justificación de la investigación.

Para iniciar esta investigación, tiene el interés de trabajar con la población de la tercera edad, ir envejeciendo es el resultado de cambios que se producen con el tiempo en aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. El ser humano al llegar a la vejez se encuentra ante un proceso de adaptación, sus actividades físicas comienzan a limitarse más, la salud suele ser prioridad y más si hay una enfermedad crónica, además el comienzo de nuevas actividades recreativas, reunirse con grupos de su edad, disfrutar de

la familia, ver por los nietos y usar sus ahorros de un trabajo realizado por muchos años.

Sin embargo en la actualidad son pocas las personas que disfrutan de su vejez, para otros sucede lo contrario, vivir solos, la salud está muy afectada, hacerse cargo de los nietos, no tener un sustento económico, ser abandonados por su familia, sufrir de maltrato físico, psicológico, además los estigmas negativos hacia la esta etapa, la discriminación también son factores desencadenantes de uno de los trastornos afectivos con más prevalencia la depresión.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la depresión es un trastorno a nivel mundial que afecta frecuentemente más de 350 millones de personas de todas las edades; a consecuencia es la causa principal de discapacidad que contribuye a la carga mundial de morbilidad general, las mujeres se ven más afectadas que los hombres. La depresión se puede presentar en las diferentes etapas del ciclo vital. Son diversos factores que producen la aparición desde la parte; biológica, psicológica, neuroquímica, comorbilidad médica, ciertos medicamentos y factores genéticos. En México la prevalencia de este trastorno es de un 15 a 17 % la depresión es una condición más frecuente e incapacitante en mayores de 65 años afectando su vida cotidiana y dificultando la atención de las comorbilidades médicas (Secretaría de Salud, 2017).

Este trabajo se enfocara en la depresión de adultos mayores por ser el primer trastorno afectivo con más presencia después de la ansiedad, es la que más síntomas presenta que puede pasar por desapercibida. En anteriores párrafos se hace hincapié acerca de la falta de un diagnostico por médico en una consulta general, una evaluación médica y psicológica más minuciosa ya que puede confundirse con otros trastornos por ejemplo la demencia.

Algunas instituciones de salud, que brindan la atención psicológica llevan a cabo intervenciones, conocidas como terapias farmacológicas, terapias no farmacológicas, y terapias psicoterapéuticas para tratar la depresión sin embargo este servicio en el sector público es deficiente a falta de personal capacitado para la intervención y la falta de cultura en pedir la atención psicológica.

Desde la psicología se pretende llevar a cabo la aplicación de una técnica que fue cobro interés por el psiquiatra y geriatra americano Robert Butler (1963) es el principal investigador que ha formado parte de estudios más representativos en el término de reminiscencia y revisión de vida basándose en la teoría psicosocial del psicoanalista Erikson (1963) la reminiscencia se define como “ un proceso mental que ocurre de manera natural, en el cual se atraen a la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos sin resolver” (Butler 1963, citado por Serrano, 2010 p.1) La reminiscencia al ser un proceso psíquico universal permite recordar momentos positivos y negativos además que en cualquier edad puede ejecutarse, no solo se trata de contar recuerdos antes nos permiten conocer su modo de vivir, su esencia, su propia experiencia y ser escuchado ya que es verdad que en esta edad ya es poca la importancia que se le da a un adulto mayor al expresarse.

Los recuerdos y el compartir experiencias es uno de actos más importantes del adulto mayor “toda actividad que se basa en la reminiscencia, como proceso mental saludable que permite traer a conciencia eventos del pasado, tanto los concluidos como los que aun generan conflictos” Da Silva Rodrigues (2017).

Sin duda el recurso más importante de toda persona son sus historias positivas o negativas, es así que el recordar aquellos actos permiten en primera reactivar su memoria a largo plazo, expresar sentimientos, emociones, fortalecer su propia identidad, además de hacer notar que hay

alguien más que está interesado en saber ¿Quién es? Además hay estudios que refieren que con estas actividades se puede fortalecer la autoestima, la identidad, dar significado su vida, aceptar todo lo que ha vivido y mejorar el estado de ánimo y una preparación hacia la muerte.

Por lo tanto en este trabajo elaborara un taller de reminiscencia que coadyuve a la disminución de sintomatología depresiva en el adulto mayor. Las técnicas de reminiscencia además incluyen diversas actividades aplicadas en forma grupal, es un trabajo adaptado a la edad de personas de 60 años.

Con la elaboración de este taller se pretende también hacer una aportación a los tratamientos geriátricos que en la actualidad se llevan a cabo, ya que el sector de la población anciana ha sido descuidado por muchos años en el área psicológica. Siendo la familia quien propicia el desarrollo del trastorno emocional depresivo en el adulto mayor, el anciano se vuelve una carga para ellos.

6.4 Objetivos

6.4.1 Objetivo General

Elaborar un taller de reminiscencia que coadyuve a disminuir la sintomatología depresiva del adulto mayor al Sistema Municipal DIF Atizapán Santa Cruz Estado de México.

6.4.2 Objetivo Específicos.

- Identificar el probable nivel de depresión en los adultos mayores del Sistema Municipal DIF Atizapán Santa Cruz Estado de México por medio de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.
- Elaborar el taller de reminiscencia.
- Realizar actividades que incremente la autoestima, identidad, significado de vida, mejorar el estado de ánimo y fortalecer la unión grupal.

- Evaluación del taller y aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

6.5 Hipótesis de la investigación

Las hipótesis “son explicaciones tentativas del fenómeno investigado que se formulan como proposiciones” Hernández (2010) es decir es una guía que dirige a nuestro trabajo ya que son suposiciones que permitan comprobar la pregunta de investigación.

- **HI:** La aplicación del taller de reminiscencia coadyuva a la disminución de la sintomatología depresiva en el adulto mayor del Sistema Municipal DIF Atizapán Santa Cruz Estado de México.
- **HO:** La aplicación del taller de reminiscencia no coadyuva a la disminución de la sintomatología depresiva del adulto mayor del Sistema Municipal DIF de Atizapán Santa Cruz del Estado de México.
- **HA:** La aplicación del taller de reminiscencia ayudara disminución de la sintomatología depresiva del adulto mayor del Sistema Municipal DIF de Atizapán Santa Cruz del Estado de México.

6.6 Variables

6.6.1 Variable independiente

Taller de reminiscencia.

Conceptual: El taller para la mayoría de los investigadores sociales se basa en la experiencia y conocimiento, el taller en un lenguaje cotidiano es el lugar en donde se repara algo. En el taller se adquiere la significación de un número de personas que se han reunido con la idea principal que aporten experiencias acerca del tema a trabajar, por medio de actividades

específicas, graduadas y sistemáticas con el fin de cumplir los objetivos del proceso de investigación.

Operacional: El taller de reminiscencia será planeación por el investigador el propósito principal es que se realice actividades encaminadas a la reelaboración de reminiscencias o recuerdos a lo largo del ciclo vital ya sean momentos positivos o negativos.

6.6.2 Variable dependiente

Sintomatología depresiva.

Conceptual: La depresión es un trastorno afectivo, caracterizada por la ausencia de afecto positivo, aplanamiento afectivo, descenso del humor disminución de la vitalidad, y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo; casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más.

Operacional: la depresión es un conjunto de síntomas psicológicos que se expresan en síntomas físicos, en la tercera edad el adulto tiende a cambiar radicalmente su estado de humor, se aleja, puede estar el mayor tiempo triste o enojado estos uno de signos más presentes que pueden reflejar estar pasando una depresión.

6.7 Diseño de investigación

Diseño no experimental

Para esta investigación el tipo de diseño seleccionado es de acuerdo a Hernández et al. (2010) diseño no experimental principalmente porque no hay manipulación en el grupo a trabajar, se analiza el modo de las variables a trabajar en el momento, y permite evaluar la situación en tiempo.

6.8 Tipo de estudio

Estudio descriptivo

El tipo de estudio que se implementara en la investigación es; del tipo descriptivo Hernández et al. (2014) lo define “únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los

conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no indicar como se relacionan éstas.” Es decir, en esta investigación se llevara a cabo la evaluación del tipo de depresión en los adultos mayores del Sistema Municipal DIF de Atizapán Santa Cruz Estado de México, a través de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y finalmente los resultados obtenidos serán la base para diseñar nuestro taller de reminiscencia para la disminución de sintomatología depresiva en este sector de la población.

6.9 Tipo de enfoque

Enfoque cualitativo

La investigación utilizara el enfoque cualitativo se utiliza cuando “hay una recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación” (Hernández, et al., 2014).

6.10 Técnica

Observación: es una técnica que consiste en observar detalladamente el fenómeno a trabajar, para obtener información y registrarla para después analizarla. Este es un elemento básico en todo proceso de investigación.

Test: es una técnica derivada de la entrevista y encuesta, tiene como objetivo obtener datos de información sobre los rasgos de la personalidad, la conducta o determinados comportamientos y características individuales o colectivas de la persona (inteligencia, interés, actitudes, aptitudes, rendimiento, memoria, manipulación, etc.)

6.11 Instrumento

Este instrumento seleccionado es uno de los adecuados para la aplicación en los adultos mayores de la tercera edad para identificar la probabilidad de depresión.

6. 11.1 Escala De Depresión Geriátrica De Yesavage (Versión Reducida)

Descripción de la escala: Si bien existen muchos instrumentos para medir la depresión, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage, et al., ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El cuestionario largo GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana.

En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente.

El puntaje de 0-5 se considera normal; 6-9 indica depresión leve y >10 depresión establecida. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos.

Población de destino: El GDS puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo plazo.

Validez y confiabilidad: La sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como la investigación clínica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron

su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ($r = 0.84$, $p < 0.001$) (Sheikh & Yesavage, 1986).

Fortalezas y limitaciones: El GDS no reemplaza la entrevista de diagnóstico realizada por profesionales de salud mental. Es una herramienta de detección útil en el entorno clínico que facilita la evaluación de la depresión en los adultos mayores, especialmente cuando las mediciones de base se comparan con puntajes posteriores. No sirve para evaluar los intentos de suicidio.

Seguimiento: La presencia de depresión garantiza intervención y tratamiento inmediatos. El GDS puede usarse para controlar la depresión a lo largo del tiempo en entornos clínicos. Un puntaje positivo por encima de 5 en el cuestionario corto GDS debería dar lugar a una evaluación psicológica minuciosa y una evaluación del intento de suicidio.

6.12 Universo

La población de adultos mayores de la tercera edad del municipio de Atizapán Santa Cruz que se encuentran adscritos al Sistema Municipal DIF del Estado de México.

6.13 Muestra

La muestra tiene que ser representativa de la población de la que se extrae. En esta investigación se consideran 55 personas que acuden al grupo principal que conforman al Sistema Municipal DIF de Atizapán Santa Cruz.

6.13.1 Tipo de muestra

No probabilística: Es el subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación.

La selección de la muestra se realizara principalmente por la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage las personas que presenten la posibilidad de depresión en el grupo de los adultos mayores del Sistema Municipal DIF Atizapán Santa Cruz Estado de México serán los que formaran parte del taller de reminiscencia.

6.14 Criterios

6. 14. 1 De inclusión.

- Personas que pertenezcan al Sistema Municipal DIF Atizapán Estado de México.
- Personas que sean mayores de 60 años.

6.14.2 De exclusión.

- Adultos mayores que no pertenezcan al grupo Hilos del Plata del DIF municipal.
- Personas que no quieran participar en la aplicación del Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

6.14.3 De eliminación.

- Personas que no hayan realizado la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.
- Personas menores de 60 años

CONCLUSIONES

La realización de la investigación, nos permito profundizar en las actividades encaminadas al tema de reminiscencia. De acuerdo a la pregunta de investigación ¿El taller de reminiscencia es eficaz para coadyuvar a disminuir la sintomatología depresiva del adulto mayor del Sistema Municipal DIF de Atizapán Santa Cruz? La efectividad de la reminiscencia en la población envejecida, la posiciona entre las terapias que tiene efectos clínicos en la reducción de la sintomatología depresiva (Cappeliez, 2002 citado por Lopes y Brás Mertins, 2011). Es decir en el entendido que la reminiscencia es el proceso por el cual se evoca, momentos o acontecimientos del pasado y se traen al presente para darle un sentido, en el caso de los adultos mayores sus recuerdos son una herramienta que permite interactuar en su medio y desde luego la mayoría de sus conversaciones giran en torno a momentos significativos. Sin embargo estos recuerdos para la reminiscencia a esta edad y la finalidad de la terapia es usar los recuerdos como una reserva de experiencias para provocar cambios terapéuticos.

Por su parte Butler refiere que la reminiscencia permite dar un nuevo significado a esos recuerdos y ofrecer una nueva visión de vida a partir de ese momento, liberar los sentimientos negativos que permanecían en ellos por suceso y acontecimientos de la vida pasada. Esto es a que las actividades que se llevan a cabo por ejemplo la revisión de vida (RV) dar un proceso terapéutico que permita dar la reconciliación con el propio pasado en presencia de otros

Para Serrano , Latorre y Montañés (2005) contribuye a que algunos autores aceptan las ideas de Butler acerca de los beneficios de la reminiscencia en personas mayores. En la actualidad, estas técnicas se consideran herramientas potenciales dirigidas a la mejora de síntomas como los depresivos que pueden aparecer en la última etapa de la vida y en muchas ocasiones ayudan alcanzar el desarrollo de la integridad personal.

De los beneficios que se obtiene desde una perspectiva terapéutica es (Chinchilla, 1999) obtener información de forma espontánea del paciente sobre acontecimientos vitales “significativos” facilitando un mayor conocimiento y posibilidad de contacto. Lograr obtener un mejor afrontamiento de los sentimientos y pensamientos de muerte en el anciano, retribuyendo o significando, de forma correcta sus recuerdos dentro del marco terapéutico. Puede adquirir gran importancia en una segunda fase del tratamiento de la depresión, cuando se ha conseguido la tolerancia ante recuerdos que generaban sentimientos de culpa o de pérdidas irreparables. Parece demostrado que la terapia de reminiscencia no sólo ayuda a los pacientes, a su vez es una forma reforzante de trabajo para los profesionales que la utilizan ya que crea situaciones de afectividad muy positivas.

Las diferentes actividades de reminiscencia frecuentemente son aplicadas en residencias, instituciones donde brindan la atención al adulto mayor. Sin embargo siguen siendo muy pocos los estudios que le den seguimiento a la efectividad. También su aplicación se debe considerar en sesiones grupales o individuales al menos una vez por semana, donde se estimule a los participantes a hablar de sus vivencias pasadas generalmente con el material de fotografías, objetos, videos de una época, temática que remonten al pasado.

Por otra parte también se encontró que la reminiscencia es utilizada para en personas con demencia, especialmente con el Alzheimer y la demencia vascular.

Otro dato es que en México no hay investigaciones relevantes en intervenciones de reminiscencia desde la psicología, terapia ocupacional o gerontología que den seguimiento a la efectividad de las actividades. Por otra parte hay información de otros países que enfatizan en su aplicación y el

seguimiento de proyectos como España en adaptación de lugares específicos con una temática para evocar reminiscencia.

Para finalizar también el curso de la investigación se realizó la aplicación de la Escala Geriátrica Yesavage Versión Reducida se identificó el número de adultos mayores que son candidatos a participar al taller de reminiscencia, así también otros temas significativos que también fueron retomados para algunas actividades.

SUGERENCIAS.

De preferencia que la intervención sea por un psicólogo clínico además de tener conocimiento de cómo trabajar con los adultos de la tercera edad.

El psicólogo/a debe antes tener un expediente de sujeto a participar al taller desde una; entrevista clínica, aplicación de Test o escalas acerca del tema de depresión, actividades diarias evaluación cognitiva, una entrevista con un familiar o cuidador.

El profesionalista aplicar el taller debe tener información con respecto al tema de reminiscencia y revisión de vida. Así también debe conocer la estructura del taller y practicar las actividades del taller.

Que la intervención sea de mejor individual, para obtener un mejor trabajo de intervención terapéutica.

En cuanto a los materiales personales se debe tomar en cuenta que tienen que otorgados con el consentimiento del adulto mayor o cuidador

Llevar acabo cada una de las actividades sin alterar su forma de aplicación respetando tiempos para no generar atraso.

Verificar el lugar de aplicación recomendando que sea un espacio amplio sin muchos distractores.

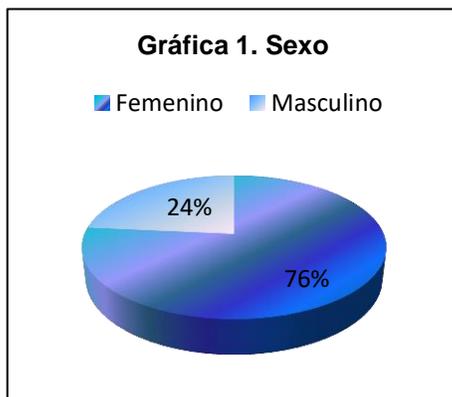
Mencionar que el taller está dirigido a personas que presentan solamente sintomatología depresiva, sin embargo hay que mencionar que la reminiscencia también es efectiva para trabajar la demencia ya considerando otras actividades.

ANEXOS.

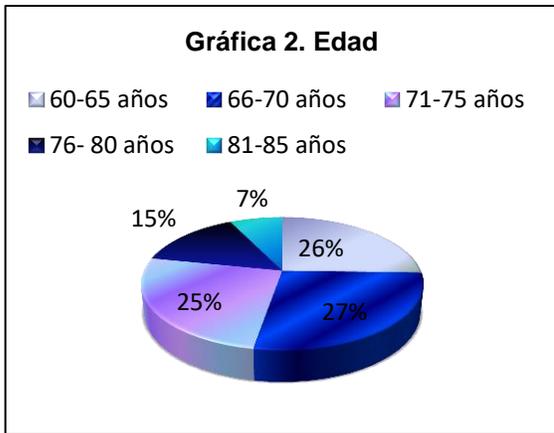
Uno de los objetivos de este trabajo de investigación, es identificar el probable nivel de depresión que tienen los adultos mayores que acuden al Sistema DIF Municipal de Atizapán Santa Cruz, para esto se seleccionó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-versión reducida) corresponde a un cuestionario de 15 preguntas, con respuestas dicotómicas “SI o NO” la forma de aplicar fue de manera individual.

El número de la muestra corresponde a 55 personas de la tercera edad que viven en el municipio ya mencionado y están inscritos en el DIF de cabecera, cabe resaltar que solo se aplicaron 30 escalas en el Sistema las otras 25 fueron visitas domiciliarias.

A continuación se presentaran los datos obtenidos de cada una de las preguntas que componen de la escala Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-versión reducida).

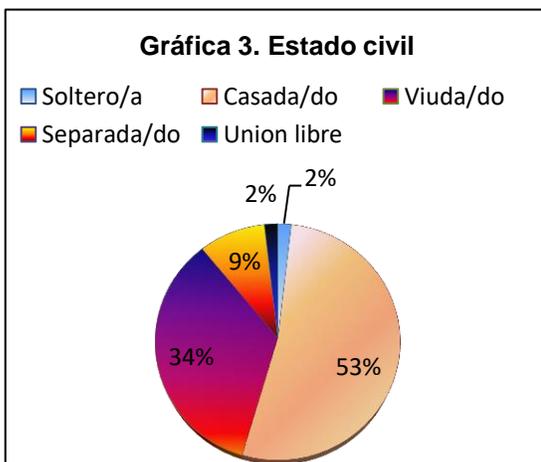


Descripción: Gráfica 1. “Sexo” de las personas encuestadas, el género femenino representa el 76 % en número de personas son 39. El género masculino representa el 24% en número de personas son 12. El resultado nos permite visualizar que el sexo femenino es el más representativo de la aplicación.



Descripción: Gráfica 2. “Edad”, del rango de 60- 65 años es el 25% en número son 14 sujetos. De 66-70 años es un 27% que son 15 sujetos. De 71-75 años equivale a un 26% esto es a 14 sujetos. El rango de 76-80 años es un 15% esto es a 8 sujetos. Por ultimo de 81-85 años

equivale a un 7% que son 4 sujetos. Del 100% de la población estudiada el 27% es el más representativo y la edad con prevalencia es de 66 a 70 años.

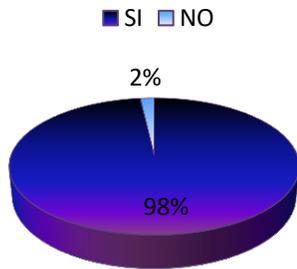


Descripción: Gráfica 3. “Estado civil” del tipo soltero/a equivale a un 2 % esto a una persona. Del tipo casado/a representa a un 53% esto es a 29 sujetos. El rango de viudo/a es de 34% esto es a 19 sujetos. Del tipo separado/a es un 9% es decir a 5 sujetos. Por ultimo en unión libre representa a un 2% que equivale a

un sujeto. Del 100% de la población estudiada el estado civil que más prevalece son los casados con un 53%. Las tres graficas anteriores corresponden al tipo de pregunta de identificación, omitiendo el nombre. La información que se graficó anteriormente nos permite obtener datos de forma general en cuanto edad, sexo y estado civil de la población de las personas de la tercera edad del DIF municipal Atizapán.

De la gráfica 4 a la 18 corresponde a las preguntas cerradas de la escala.

Gráfica 4. Pregunta 1
¿Está satisfecho/a con su vida?



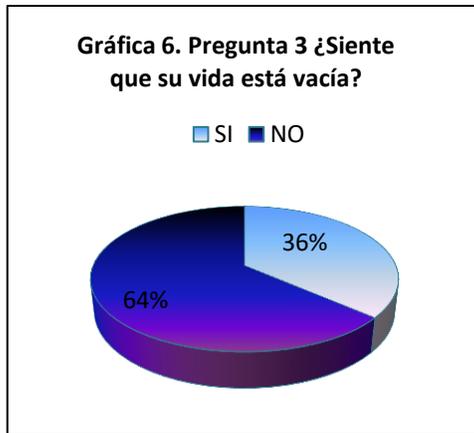
Descripción: Gráfica 4. Pregunta 1. ¿Está satisfecho/a con su vida? Este es un reactivo negativo. Del 100% corresponde a 55 sujetos, el 98% respondió que SI esto es a 54 sujetos. El 2% contestó con un NO esto equivale a un sujeto.

Es decir el 98% Si está satisfecho con su vida.

Gráfica 5. Pregunta 2
¿Ha renunciado a muchas actividades de sus actividades e intereses?



Descripción: Gráfica 5. Pregunta #2 ¿Ha renunciado a muchas actividades de sus actividades e intereses? Es un reactivo positivo. Del 100% corresponde a 55 sujetos. El 53% corresponde a 29 sujetos contestando con un Sí. El 47% corresponde a 26 sujetos contestando con un No. Es decir del 100% el 53% afirma que si ha renunciado a muchas actividades de sus actividades e intereses.

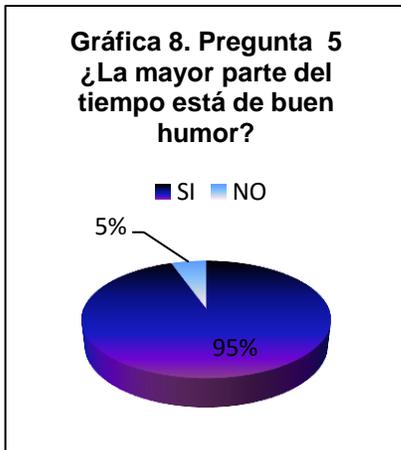


no

Descripción: Gráfica 6. Pregunta # 3 ¿Siente que su vida está vacía? Reactivo de tipo positivo. Del 100% que corresponde a 55 sujetos. El 36% representa a 20 sujetos contestando con un SI. El 64% representa a 35 sujetos responde con un NO. Es decir del 100% de la población el 64% afirma que su vida está vacía.



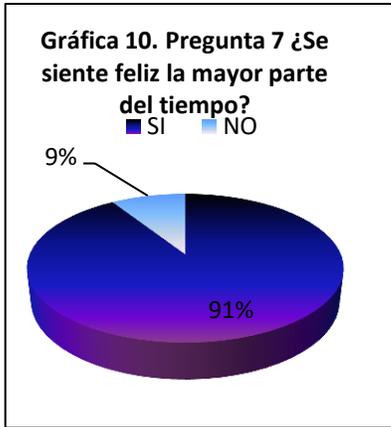
Descripción: Gráfica 7. Pregunta # 4 ¿Se encuentra a menudo aburrido/a? Es un reactivo negativo. El 16% que representa a 17 sujetos contestan con un Sí. El 69% que representa a 38 sujetos contestan que NO. Es decir el 69% de la población estudiada no se encuentra aburrida.



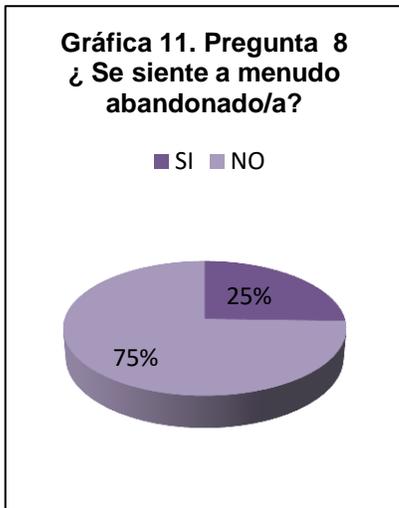
Descripción: Gráfica 8. Pregunta #5 ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor? Este es un reactivo negativo. Del 100% representa a 55 sujetos. El 95% corresponde a 52 sujetos contestaron con un SI. El 5% representa a 3 sujetos contestando que NO. Es decir el 95% de los sujetos afirma que la mayor parte del tiempo Si, están de buen humor.



Descripción: Gráfica 9. Pregunta # 6 ¿Teme de que algo malo le pase? Es un reactivo negativo. Del 100% que equivale a 55 sujetos. El 51% representa a 27 sujetos contesta que SI. El 49% representa a 28 sujetos contestando que No. Es decir que del 100% el 51% Si teme de que algo malo le pase.



Gráfica 10. Pregunta #7 “¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?” Es un reactivo del tipo positivo. Del 100% representa a 55 sujetos. El 91% corresponde a 50 sujetos contestando que Sí. El 9% representa a 5 sujetos y contestan que No. Es decir del 100% el 91% afirma que la mayor parte del Sí se siente feliz la mayor parte del tiempo.

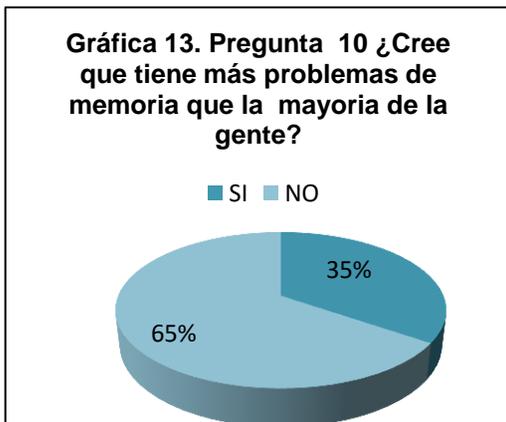


Descripción: Gráfica 11. Pregunta #8 “¿Se siente a menudo abandonado/a?” Es del reactivo negativo. Del 100% se representa de 55 sujetos. El 25% corresponde a 14 sujetos respondiendo con un SI. El 75% corresponde a 41 sujetos contestando que NO. Es decir del 100% de la población estudiada el 75% afirma no sentirse abandonado/a.



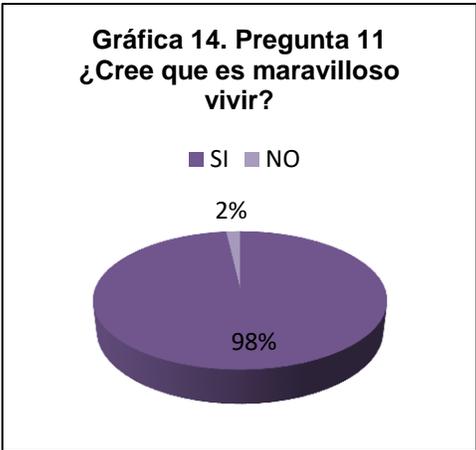
Descripción: Gráfica 12. Pregunta #9 “¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?” Es un reactivo del tipo positivo. Del 100% de la población se representa de 55 sujetos. El 35% corresponde a 19 sujetos contestando que SI. El 65% corresponde a 36 sujetos contestando que No. Es decir del 100% de la

población estudiada el 65% afirma No prefiere quedarse en casa en lugar de salir hacer cosas nuevas.

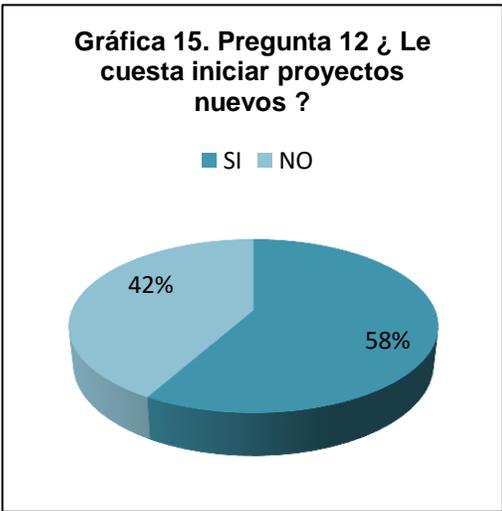


Gráfica 13. Pregunta #10 “¿Cree que tiene más problema de memoria que la mayoría de gente?” Es un reactivo positivo. Del 100% que corresponde al 55 sujetos. El 35% representa a 19 sujetos responde con un SI. El 65% que representa a 36 sujetos responden que No. Es decir del 100% de la

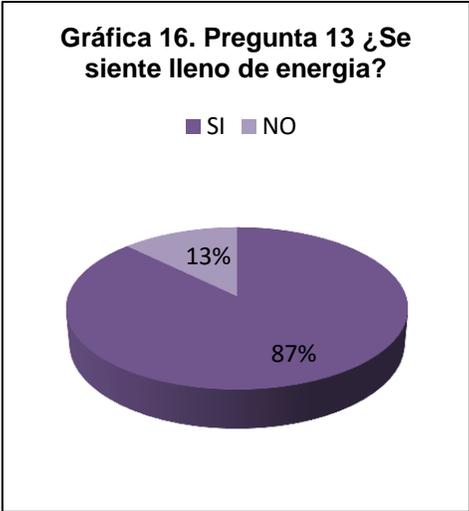
población estudiada el 65% afirma que No cree tener problemas de memoria que la mayoría de la gente.



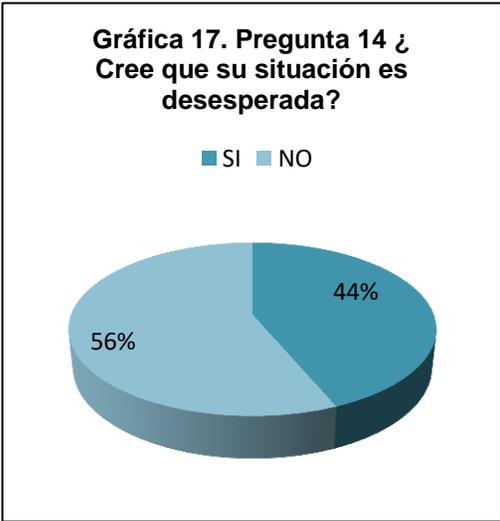
Descripción: Gráfica 14. Pregunta #11 de la escala “¿Cree que es maravilloso vivir? Es un reactivo negativo. Del 100% que representa a 55 sujetos. El 98% corresponde a un 54 sujetos contestando que SI. El 2% corresponde a un sujeto contestando que NO. Es decir del 100% de la población estudiada el 98 % afirma que Sí es maravilloso vivir.



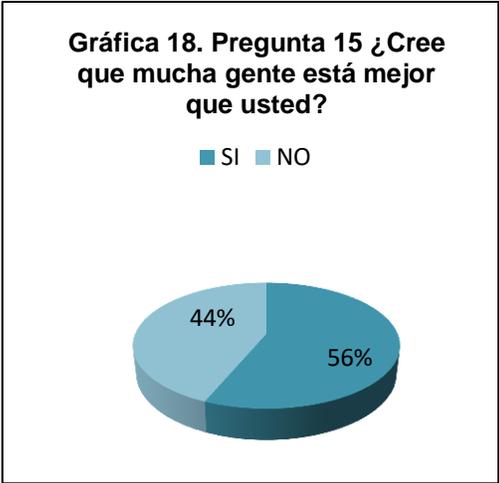
Descripción: Gráfica 15. Pregunta #12 “¿Le cuesta iniciar proyectos nuevos?” Es un reactivo positivo. Del 100% que representa a 55 sujetos. El 52% corresponde a 32 sujetos contestando que SI. El 42% corresponde a 23 sujetos contestando que No. Es decir del 100% de la población estudiada el 52% afirma que Sí cuesta iniciar nuevos proyectos.



Descripción: Gráfica 16. Pregunta #13 “¿Se siente lleno de energía?” es el último reactivo negativo de la escala. Del 100% que representa a 55 sujetos. El 87% representa a 48 sujetos contestaron que SI. El 13% representa a 7 sujetos contestando que NO. Del 100% de la población estudiada el 87% afirma que Sí se sienten llenos de energía.

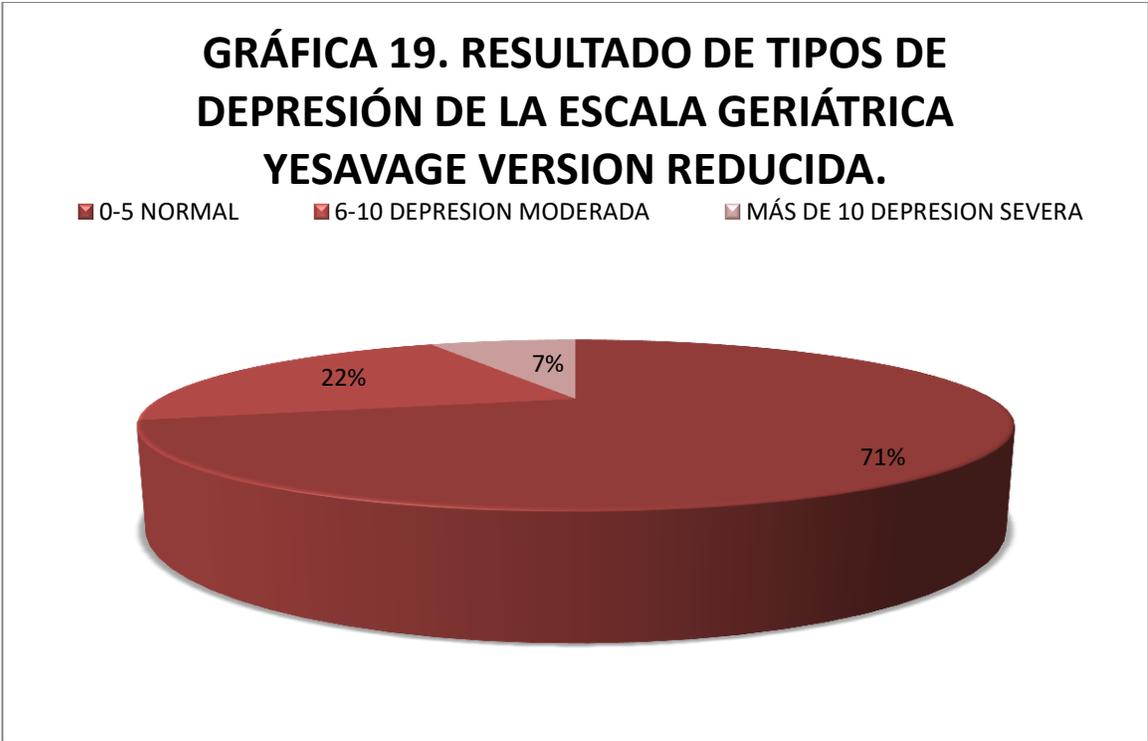


Gráfica 17. Pregunta #14 ¿ Cree que su situación es desesperada? Es un reactivo positivo. Del 100% de la población representa a 55 sujetos. El 44% representa a 24 sujetos respondiendo que Sí. El 56% representa a 31 sujetos contestando que NO. Es decir del 100% de la población estudiada el 56% afirma creer que su situación No desespera.



Descripción: Gráfica 18. Pregunta #15 “¿Cree que mucha gente está mejor que usted?” Esta es la última reactivo positivo de la escala. Del 100% de la población representa a 55 sujetos. El 56% corresponde a 31 sujetos contestando que Sí. El 44% corresponde a 24 sujetos contestando que NO. Es decir del 100% de la

población estudiada el 56% afirma que Si creen que hay gente mejor que ellos.



Grafica 19 esta última presenta el Resultado de tipos de Depresión de la Escala Geriátrica Yesavage versión reducida. Del 100% de la población que representa a 55 sujetos. El 71% que corresponde a 39 sujetos se encuentra

Normal. El 22% corresponde a 12 sujetos se encuentra en una Depresión Modera. El 7% restante corresponde a 4 sujetos se encuentran en una Depresión Severa. Es decir de la población estudiada el 71% de los sujetos se encuentran en un estado Normal.

La OMS (2017) expone que la población mundial está envejeciendo a diario. Para el 2015 y 2050 las personas de 60 años se duplicaran al 22%. En la salud mental se estima que un 15% de adultos mayores de 60 años o más padecerá un trastorno mental. Es decir que más de un 205 de las personas que pasan de los 60 años sufren un trastorno mental o neuronal, provocando 6.6% de la discapacidad en este grupo. La población anciana un 17.4% son años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes de esta edad.

Un dato de acuerdo a la Guía de consulta para el médico de primer nivel de atención; Depresión en el Adulto Mayor (2018) refiere que la depresión en adultos mayores en México; los pacientes mayores de 65 años en especial los hospitalizados el 40% presenta depresión, un 30% quienes están en residencias y del 8 al 15% quienes viven en comunidad. Así también en el Estado de México, también hay un dato aportado por la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) (Secretaría de Salud, 2012) en 1572 sujetos, el tamizaje de la sintomatología depresiva utilizó la escala Geriátrica de Yesavage modificada para el estudio los resultados es que el 4.5 % población refiere padecerla y a medida incrementa asociado a la edad y representa no estar asociada a la edad.

Las gráficas anteriores aportan datos significativos en cuanto a temas representativos en la vejez ejemplo; memoria, abandono, soledad, su estado de ánimo y el temor de algo malo les ocurra. En cada una de las preguntas los sujetos aportaban momentos o recuerdos de acuerdo al tema. Las reacciones eran de risa, llanto, por momentos reflexionaban su respuesta.

Los tipos de escenarios nos permitieron también visualizar en el caso del Sistema DIF, como viven los sujetos esto es a que platican también quien por el momento son las personas más cercanas e importantes para ellas. Por otra parte las visitas domiciliarias cambia la perspectiva, en el caso de un sujeto que tiene una discapacidad ver la situación en que vive hace referir a una persona con depresión. .

En la escala se detectaron datos significativos como en la pregunta ¿Teme de que malo le vaya a ocurrir? Hay una diferencia de tan solo dos puntos, los adultos referían agregaban comentarios “ya estará de Dios”, “temer con respecto a su salud si este en el caso llegar a empeorar, hasta llegar ser dependiente de un familiar”. Como refiere (Peña, 2011) el anciano cambia la percepción de la muerte, ahora es vista como una liberación, el final de la lucha y preocupaciones transcurridas a lo largo de la vida algunos la rechazan o aceptan.

De igual manera otra pregunta que llamo la atención es ¿Cree que su situación es desesperada? Tan solo hay una diferencia con respecto a doce puntos, algunos adultos mayores referían estar preocupados en el aspecto económico, la mayoría de ellos ya no trabaja, obtienen su recurso económico mediante los hijos, nietos por cuidar a sus nietos, otros mediante las actividades que realizan en los grupos que asisten al DIF venden sus servilletas o manualidades y por ultimo tienen el apoyo económico de los programas a nivel nacional. Expresaban también sentirse preocupados por no tener en ocasiones dinero para lo más básico. Como refiere González (2009) en etapa de la vejez se pasa por un proceso conocido como jubilación o retiro de la vida productiva produciendo una pérdida de identidad, para muchos es sumamente difícil porque ya no tiene el mismo ritmo para trabajar.

Una preguntas del tipo negativo ¿Siente que su vida está vacía? Y ¿Se siente a menudo abandonado/a? determinados adultos mayores mencionaban que, viven por situaciones de soledad y abandono, por parte de familiares cercanos, como hijos, nietos otros mencionaban la falta de su pareja en el caso más de la mujeres, aunque tiene a su familia con ellos no es lo mismo porque les falta su compañía conyugal. El tema de soledad y abandono son muy representativos que pueda vivir el adulto mayor. La soledad también es un factor que afecta a la vejez. El abandono se da cuando cualquier persona no asume la responsabilidad que le corresponde, del cuidado de una persona mayor que tiene un grado de dependencia (González, 2009).

Para finalizar la aplicación de esta escala en primera nos permite detectar el número de adultos mayores que son candidatos a participar al taller de reminiscencia, así también identificar los temas más significativos que también fueron retomados para algunas actividades. Por otra parte también se consideró que se debe hacer otra evaluación con otros instrumentos de midan la depresión en los adultos mayores.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Fecha de evaluación _____

| PREGUNTA | SI | NO |
|--|----|----|
| 1. ¿Está satisfecho con su vida? | | |
| 2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses? | | |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía? | | |
| 4. ¿Se encuentra a menudo aburrido? | | |
| 5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor? | | |
| 6. ¿Teme que algo malo le pase? | | |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | | |
| 8. ¿A menudo se siente abandonado/a? | | |
| 9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas? | | |
| 10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente? | | |
| 11. ¿Cree que vivir es maravilloso? | | |
| 12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos? | | |
| 13. ¿Se siente lleno/a de energía? | | |
| 14. ¿Cree que su situación le desespera? | | |
| 15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted? | | |

BIBLIOGRAFÍA

- (APA), A. A. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. España: Medica Panamericana.
- Diccionario de Psicología*. (2002). Barcelona: Larousse. S.A.
- Manual de facilitadores Jovenes*. (Noviembre de 2011). Recuperado el 8 de Enero de 2019, de Agencia de los Estado Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID):
<http://portal.oas.org/LinkClick.aspx?fileticket=fbwjJWFL2QM%3D>.
- Secretaria de Salud*. (2012). Recuperado el 12 de Febrero de 2019, de Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento Estado de México:
http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/EncuestaSABE_EdoMex.pdf
(12 de Noviembre de 2018). Obtenido de Organización Mundial de la Salud :
<https://www.who.int/topics/depression/es/>
- INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA*. (17 de julio de 2018). Recuperado el 17 de Noviembre de 2018, de gob.mx:
geriatria.salud.gob.mx/contenidos/enseñanza/archivo-boletin.html
- Secretaria de Salud*. (2018). Recuperado el 2 de Noviembre de 2018, de Instituto Nacional de Geriatria:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/398791/_ltima_revisi_n_gu_a_Depresi_n_marzo_2018_GVE_-07-08-18.pdf
- Acerbi Cremades, N. (Diciembre de 2013). *Revista de salud publica*. Recuperado el 12 de Septiembre de 2018, de www.saludpublica.fem.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP/3_510miradahistorica.pdf
- Afonso, R., & Bueno, B. (3 de Septiembre de 2009). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. Recuperado el 21 de Septiembre de 2018, de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-efectos-un-programa-reminiscencia-sobre-S0211139X09001334>
- Alfaro Valverde, A., & Badilla Vargas, M. (10 de Junio de 2015). *Revista Electronica Perspectivas*. Recuperado el 8 de Enero de 2019, de www.revistas.una.ac.cr/index.php/perspectivas/article/download/6751/6885/
- Antioquia, U. d. (s.f). *Facultad de Ciencias Sociales y Humanas*. Recuperado el 12 de Enero de 2019, de Centros de Estudios de Opinión.:
<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/1650/1302%20%5B26>.
- Bermejo García, L. (2010). *Envejecimiento activo actividades socieducativas con personas mayores: "Guía de buenas practicas"*. Mdrid: Médica Panamericana.
- Betancourt Jaimes, R., Guevara Murillo, L., & Fuentes Ramírez, E. (2011). Trabajo de Grado. Recuperado el 8 de Enero de 2019, de

- repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/7927/T26.11%20B465f.pdf
- Candelo R., C., Ortiz R., G., & Unger, B. (2003). Recuperado el 10 de Enero de 2019, de awsassets.panda.org/downloads/hacer_talleres___guia_para_capacitadores_wwf.pdf
- Caprara, M. G., & López Bravo, M. D. (2014). Trastornos psicológicos en la vejez: trastornos del estado de ánimo. El trastorno depresivo. En M. Caprara, & M. López Bravo, *Psicogerontología* (págs. 216-264). Madrid: Ediciones CEF.
- Carbajo Vélez, M. (2008). Recuperado el 13 de Septiembre de 2018, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3003504.pdf>
- Carver, C., & Scheier, M. (2014). *Teorías de la personalidad séptima edición*. México: PEARSON EDUCACIÓN .
- Chinchilla Moreno, A. (1999). *Guía terapéutica de las depresiones*. España: MASSON S.A .
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: PEARSON EDUCACIÓN .
- Da Silva Rodriguez, C. (2017). *Envejecimiento: evaluación e intervención psicológica*. Mexico: Manual Moderno.
- Douglas C., N. (2010). Depresión en el adulto mayor. En I. d. Geriatria, *Envejecimiento Humano Una visión transdisciplinaria*. (págs. 239-248). México: Secretaria de Salud.
- Durante Moina, P., & Pedro Torrés, P. (2010). *Terapia ocupacional en geriatría (Principio y Practica)*. España: MASSON.
- Escorcía Calderón, A. (2012). Trastornos de afecto. En L. Gutierrez Robledo, M. García Peña, V. E. Arango Lopera, & M. Pérez Zepeda, *Geriatría para el médico familiar*. (págs. 264-270). México: Manual Moderno.
- Eysenck Hans, J. (1977). *Reminiscence, motivation and personality*. New York: Library of Congress Cataloging in Publication.
- facilitadores, M. p. (Noviembre de 2011). *Agencia de los Estado Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)*. Recuperado el 8 de Enero de 2019, de <http://portal.oas.org/LinkClick.aspx?fileticket=fbwjJWFL2QM%3D>.
- Fortuna Terreno, F. (2016). *Universidad de València Facultad de Psicología*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2018, de <https://core.ac.uk/download/pdf/71061366.pdf>
- Gambra, R. (1965). *Historia sencilla de la filosofía*. Madrid: Libros de Bolsillo RIALP.
- Gambra, R. (1965). *Historia sencilla de la filosofía* . Madrid: Libros de bolsillo RIALP.
- García Valgañón, R. (2008). Recuperado el 14 de Septiembre de 2018, de [Redalyc.org: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281322176004>](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281322176004)

- Garza Gutiérrez , F. (2004). *Depresión y angustia:guía para pacientes y familiares*. México: Trillas.
- Gilímas Siles, A., & Díaz Crespo , L. (18 de Abril de 2014). Recuperado el 9 de Enero de 2019, de http://cvi.mes.edu.cu/peduniv/index.php/peduniv/article/viewFile/606/pdf_27.
- Gonzalez- Celis Rangel, A., Tron Álvarez, R., & Chávez Becerra, M. (2009). *Evaluación de calidad de vida a través del Whoool wn población anciana en México* . México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- González Guzmán , R., Castro Albarrán , J., & Moreno Altamirano, L. (2011). *Promoción de la salud en el ciclo de vida*. México: Mc Graw Hill.
- González Miers, M. (2009). *Los retos de la tercera edad*. México: Trillas.
- Gutiérrez Robledo, L., Picardi Marassa, P., Aguilar Navarro, S., Ávila Funes, J., Menéndez Jiménez, J., & Pérez -Lizaur, A. (2010). *Gerontología y nutrición del adulto mayor*. México: McGrawHill Educación.
- Gutiérrez Robledo, L., García Peña, C., Medina Campos, R., Parra Rodríguez, L., López Ortega, M., González Meljem, J., y otros. (27 de Noviembre de 2017). *Instituto Nacional de Geriatria*. Recuperado el 10 de Noviembre de 2018, de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/ResumenEjecutivo_Final_20Oct.pdf
- Hernández Zamora, Z. E., Vásquez Espinosa, J. M., & Ramo Mendoza, A. (13 de Julio de 2012). *DOCPLAYER*. Recuperado el 9 de Noviembre de 2018, de Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad: <https://docplayer.es/20381513-Depresion-en-adultos-mayores-hospitalizados-una-propuesta-integral-de-intervencion-del-psicologo.html>
- Hernández, R. (2011). *Odontogeriatría y gerodontología*. México: Trillas.
- INADI, I. (2017). *Discriminación por edad, vejez, esterotipos y prejuicios*. Buenos Aires: Área Diseño Gráfico y Editorial.
- Jensen, S. (2012). *Valoración de la salud en enfermería. Una guía para la práctica*. Barcelona: Lippincontt Williams & Wilkins.
- Krassolevitich , M. (2005). Psicoterapia individual. En *Psicoterapia geriátrica* (págs. 174-180). México: FCE Colección de Psicología.
- Lopes, R., & Brás Mertins, A. (2011). Reminiscencia, depresion y envejecimiento. En F. Quintanar Olguín, *Atención psicológica de las personas mayores:Investigaciones y experiencias en psicología del envejecimiento* (págs. 154-171). México: Pax .
- López Cervantes, M. (2008). *Conocimientos fundamentales de ciencias de la salud*. México: PEARSON EDUCACIÓN.
- Martínez Ortega, M., Polo Luque, M., & Carrasco Fernández, B. (2002). Recuperado el 13 de Septiembre de 2018, de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4889/1/CC_11_08.pdf

- Martínez Rodríguez, T. (2012). *Entrenar la memoria e intervenir en reminiscencia Dos guías desde dos miradas*. España: Médica PANAMERICANA S.A.
- McMahon , A., & Rhudick, P. (1973). La reminiscencia en la vejez: una respuesta adaptativa. En S. Levin, & R. Kahana , *Creatividad, reminiscencia y muerte* (págs. 71-88). Buenos Aires: Paídos.
- Medicina, R. A. (2011). *Diccionario de términos médicos* . España: Médica Panamericana.
- Osawa Deguchi, J. (1994). *Estomatología geriátrica*. México: Trillas.
- Papalia, D., & Martorell, G. (2015). *Desarrollo Humano Decimo tercera Edición*. México: Mc Graw Hill Education.
- Peña Moreno, J., Macías Núñez , N., & Morales Aguilar, F. (2011). *Manual de Práctica Básica del Adulto Mayor*. México: Manual Moderno.
- Pérez Duque, Margarita María. (Julio de 2008). *Facultad de Diseño y Comunicación*. (O. Echeverría , Ed.) Recuperado el 06 de Enero de 2019, de https://fido.palermo.edu/servicios_dyc/publicacionesdc/vista/detalle_publicacion.php?id_libro=1
- Ruiz Vargas, J. (1994). *Psicología de la memoria*. Madrid : Alianza.
- Sardinero Peña, A. (2009). *Estimulación cognitiva para adultos*. España: GESFOMEDIA.
- Schaie , K., & Willis, L. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. España: Pearson Prentice Hall.
- Schultz , D., & Schultz, S. (2010). *Teorías de la personalidad, 9a ed*. México: CENGAGE Learning.
- Scolni, M. (2013). Recuperado el 23 de Agosto de 2018, de <https://www.aacademica.org/000-054/596>
- Serrano , J., Latorre , J., & Montañés, J. (16 de Febrero de 2005). *Revista Esp. Geriátría Gerontología*. Recuperado el 21 de Agosto de 2018, de <http://www.elsevier.es/day21/07/2018>
- Serrano Selva, J., & Latorre Postigo, J. (01 de Mayo de 2005). *PORTAL MAYORES*. Recuperado el 29 de Septiembre de 2018, de INFORME PORTAL MAYORES: envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/serrano-revision-01.pdf
- Serrano, J., Latorre, J., Ricarte , J., Ros , L., Aguilar, M., & Nieto, M. (Agosto de 2010). *PORTAL MAYORES*. Recuperado el 18 de Octubre de 2018, de PORTAL MAYORES: http://www.escornell.edu/danco/remchiwork/papers/webster_MappingTheFutureOfReminiscence.pdf
- Triadó, C., & Villar, F. (2014). *Psicología de la Vejez*. Madrid: Alianza.
- Ugalde, O. (2010). *Guía Clínica para el Tratamiento de los Trastornos Psicogerítricos*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Ursula Lehr Hans, T. (2003). *Psicología de la senectud*. España: HERDER.

- Betancourt Jaimes, R., Guevara Murillo, L., & Fuentes Ramírez, E. (2011). Trabajo de Grado. Recuperado el 8 de Enero de 2019, de repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/7927/T26.11%20B465f.pdf
- Gilímas Siles, A., & Díaz Crespo, L. (18 de Abril de 2014). Recuperado el 9 de Enero de 2019, de http://cvi.mes.edu.cu/peduniv/index.php/peduniv/article/viewFile/606/pdf_27.
- Pérez Duque, Margarita María. (Julio de 2008). Facultad de Diseño y Comunicación. (O. Echeverría, Ed.) Recuperado el 06 de Enero de 2019, de https://fido.palermo.edu/servicios_dyc/publicacionesdc/vista/detalle_publicacion.php?id_libro=1
- Alfaro Valverde, A., & Badilla Vargas, M. (10 de Junio de 2015). Revista Electronica Perspectivas. Recuperado el 8 de Enero de 2019, de www.revistas.una.ac.cr/index.php/perspectivas/article/download/6751/6885/