



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR:
UNA VINCULACIÓN AL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO”**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

Lozano Moreno Rodolfo
Ramírez Huitrón Héctor Antonio

V.Bo.
[Firma manuscrita]

Lic. María Salomé Ángeles Escamilla
Lic. Marco Vinicio Velasco del Valle
Lic. José Esteban Vaquero Cázares



Los Reyes Iztacala, Edo. De México, 12 de octubre de 2021



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

Dedico esta tesis a mi familia, que ha estado presente en todo este proceso, aguantando todo tipo de situaciones y siendo un gran apoyo emocional en algunos momentos.

A mi compañero de tesis que, aun teniendo sus problemas, trabajo y puntos de vista diferentes, logramos concluir este proyecto.

A todos aquellos amigos que me apoyaron en los momentos más difíciles de esto y sus familiares que también tuvieron palabras de aliento.

A mis profesores y sinodales que sin ellos esto no sería posible, pues por ellos se logró llegar a la conclusión de este trabajo.

Y a la vida misma por traerme a este punto de mi vida, con altas y bajas, por traerme a personas especiales que me dejaron seguir avanzando, pues es a ellos a quienes les debo tanto apoyo incondicional.

Quiero agradecer a mis padres. Mamá, Papá, aunque muchas veces no expreso lo que siento, y un simple gracias resulta muy pequeño quiero decirles que los amo. Agradezco infinitamente ese gran cariño y apoyo incondicional en todo momento que lo he necesitado, la fuerza que me ha dado, la paciencia, la compañía, el consejo y los regaños, ya que sin ellos no sería quien soy y no estaría donde estoy; esto solo es una pequeña forma de devolverles solo un poco de lo mucho que me han dado.

Mamá, sé que muchas veces he sido muy necio y muy duro contigo, y te pido una disculpa por todo, y quiero agradecerte por escucharme, y por qué nunca dejaste de apoyarme.

Papá, contigo he aprendido muchas cosas y aunque muchas veces me regañabas, ahora entiendo “Lo bonito que es saber hacer un poco de todo” y es algo que nunca olvidaré.

Agradezco a mi familia, a todos ustedes por ese apoyo que me han brindado, consejos, palabras de aliento y apoyo incondicional.

Agradezco a mis amigos y amigas, a los que siguen conmigo y a los que tuve la dicha de conocer, a los que estuvieron en las buenas y a los que decidieron quedarse en las malas, a aquellos que el tiempo y la distancia no es más que un número, a aquellos que me han demostrado que, si existen los amigos verdaderos, me llevo de todos y cada uno un grato recuerdo, una gran enseñanza y tengan seguro que cuentan conmigo.

Agradezco a mi profesora y directora de tesis María Salomé por todo el tiempo, apoyo y guía que nos brindó.

Agradezco a la UNAM por ser mi casa todo este tiempo. A todos ustedes...

¡GRACIAS POR CREER EN MI!

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAP. I. Adulto Mayor y su Contexto	5
1.1 Modelos explicativos	8
1.1.1. Modelo social	8
1.1.1.1. Calidad de vida	12
1.1.2. Modelo biomédico	15
1.1.3. Modelo psicológico	16
CAP. II. Algunos de los Factores Asociados a la Conducta Depresiva en Adultos Mayores	18
2.1 Antecedentes de la depresión en el Adulto Mayor	20
2.2 Depresión en el Adulto Mayor	22
2.3 Evaluación	28
2.4 Posibles consecuencias de la depresión	32
2.5 Posibles síntomas	35
2.5.1 Afecciones de la salud	38
2.5.2 Percepción de desesperanza	40
2.5.3 Demencia	41
2.5.4 Duelo	46
2.5.5 Ansiedad	48
2.5.6 Ideación suicida	53
2.5.7 Inutilidad	54
2.5.7.1 Trastorno de marcha	55
2.5.7.2 Trastorno de memoria	57
2.5.7.3 Trastorno metabólico	58
2.6 Abandono	60

CAP. III. Psicología clínica	63
3.1 Las funciones del Psicólogo desde el modelo cognitivo conductual	65
3.2 Prevención	66
3.3 Tratamiento	69
3.3.1. Tratamiento farmacológico	72
3.3.2. Tratamiento NO farmacológico	75
3.3.3. Apoyo Psicológico	76
3.3.3.1. Psicoterapia	79
3.3.3.2. Capacitación de los cuidadores y personal	80
3.3.3.3. Apoyo familiar	83
3.3.3.4. Trabajo multidisciplinario	85
3.3.3.4.1. Grupo de apoyo	92
CAP. IV. Propuesta de intervención	101
Referencias	119

RESUMEN

La depresión en el adulto mayor crece día a día en la población mundial, convirtiéndose en una de las mayores problemáticas para este sector de la población ya que afecta su estilo de vida.

En la presente tesis se realiza una investigación sobre la depresión y cómo poder trabajar con ella desde la corriente cognitivo conductual, trabajando con el adulto mayor, así como con el cuidador, con la finalidad de crear un taller que ayude a los cuidadores a tener un mejor cuidado del adulto mayor.

Palabras clave: Adulto mayor; Depresión; Cuidador.

SUMMARY

Over recent years, there has been a dramatic global increase in the rates of depression among older adults, becoming one of the major's problems in this segment of the population because of the number of negative effects it has on their daily lives.

The aim of this thesis is to investigate on how to deal with Depression applying a cognitive behavioral approach, as well as developing caregivers' workshops to help current and future caregivers to give the best care for the elderly.

Keywords: Older adult; Depression; Caregiver.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento en la población es un grave problema a nivel mundial; la tercera edad suele describirse como una época de descanso, reflexión y de oportunidades para hacer cosas que quedaron postergadas mientras ellos se encontraban a cargo de los labores familiares, como la educación de los hijos y el llevar pan a la mesa. De esta forma la tercera edad es vista como una etapa donde el adulto mayor volverá ver por sí mismo.

Lamentablemente, el proceso de envejecimiento no es siempre tan perfecto o bien, tan fácil como se comenta. Acontecimientos de la tercera edad como, por ejemplo, las enfermedades crónico-degenerativas, alguna como producto o resultado de estilos de vida y algunas otras como parte de un desgaste natural; estas situaciones combinadas con la pérdida de amigos y familiares, la pérdida de relaciones intrapersonales, el abandono, el aislamiento, la pérdida del poder adquisitivo, así como la incapacidad de autosuficiencia.

Todas esto nos hace pensar en si realmente los adultos mayores cuentan con una buena salud, basándonos en la definición de La Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es como “[...] *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. (Hernández D., 2013)

La depresión en el adulto mayor tiene una mayor demanda de servicios de salud, el grupo de edad de mayores de 60 años presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad. En 1950 Aproximadamente el 8 % de la población mundial era mayor de 60 años, para el 2000 esta cifra se incrementó al 10 %, se espera que alcance un 21% para el 2050. (UNDESAPD, 2008). México no escapa a este proceso también conocido como

“envejecimiento global”, en el 2010 la población de adultos mayores fue de 9.67 millones, se espera que en el 2025 sea de 18.08 millones y para el 2050, alcance 35.96 millones, donde 1 de cada 4 habitantes será considerado adulto mayor. Estos datos debieran ser relevantes para todas aquellas profesiones y/o disciplinas involucradas al cuidado y atención de dicho grupo etario.

La psicología, trabajando junto con otras disciplinas encaminadas al bienestar de los individuos juega un papel preponderante en la procuración de servicios especializados para cubrir las necesidades específicas del adulto mayor, como, por ejemplo, el manejo adecuado de trastornos como la depresión.

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente, y es una de las principales causas de discapacidad. En 1990 se ubicó como la 4ª causa de discapacidad en el mundo, proyecciones al 2020 la ubican como la 2ª causa solo detrás de las enfermedades isquémicas (cardíacas). En 1994 se estimó una pérdida de 1.5 millones de años vida-ajustados por discapacidad en países occidentales, siendo esta cifra mayor en países en vías de desarrollo. (Lucero & Casali, 2006)

El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide.

En cuestión de género, por cada dos mujeres con depresión, un hombre la padece. Esta diferencia se debe a que la mayoría de los hombres no reconocen el malestar como una enfermedad, y cuando buscan ayuda, sus cuadros depresivos son severos. (Expansión, 2019).

El 25% de las personas mayores de 65 años de edad padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente.

Específicamente en México de cada 100 habitantes, 15 de ellos sufren depresión, misma cifra que está en constante aumento, debido a que algunas personas jamás han sido diagnosticadas y viven hasta 15 años sin saber que padecen esta afección, de acuerdo con la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). No se trata de una enfermedad exclusiva de gente adulta, pues casi seis millones de niños y adolescentes de entre 12 y 22 años de edad la sufren y la manifiestan mediante irritabilidad o violencia; en cuanto a la población de los adultos de más de 65 años, esta, se ve reflejada en su calidad de vida y en su autosuficiencia.

La incidencia de la depresión en el adulto mayor va del 7 al 36% en la valoración de consulta externa y se incrementa a 40% en el egreso del paciente hospitalizado. Los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 10 y el 20% de los hospitalizados, del 15 y el 35% de los que viven en asilos y el 40% de los que presentan múltiples enfermedades. Dentro de estas últimas, se destaca la enfermedad cerebrovascular, que se asocia entre 18 y 61%, siendo más frecuente en los 6 primeros meses, la enfermedad de Parkinson con un 40%, la enfermedad de Alzheimer un 20-40%, las cardiopatías entre el 20 y 30% con un porcentaje mayor para quienes sufrieron infarto agudo de miocardio llegando en estos casos hasta el 74%; la diabetes en el 36%, el hipotiroidismo en el 50%, el cáncer un 40%. La depresión puede estar presente en las etapas iniciales de la demencia, con una incidencia entre 13 y el 21%. (Katona, Watkin, & Livingston, 2003) (Lucero & Casali, 2006)

Específicamente en México se tiene el dato de que 5 de cada 100 mujeres de la tercera edad han tenido episodios de depresión leve, 63 han presentado episodios de depresión moderada, y, por otro lado, 30 han presentado trastornos de depresión recurrente, lo cual revela una cifra preocupante de mujeres que ya presentan conducta relacionadas. En relación con los varones, 6 de cada 100 han tenido episodios de depresión leve, 63 con episodios de depresión moderada, y 29 con trastornos de depresión recurrente. En una comparación podemos ver que las cifras son equivalentes y lo más relevante es que en general la población presenta síntomas de depresión moderada. (CEAMEG con base en anexo de estadísticas de depresión del INP “Ramón de la Fuente Muñiz” 2013 citado en (Hernández D., 2013))

El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónico-degenerativas incapacitante como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide. La recurrencia de la enfermedad es extremadamente alta y alcanza el 40%. (Gujardo, 2016)

CAPITULO I.

Adulto Mayor y su Contexto

1. Adulto Mayor y su Contexto

Actualmente se habla de adultos mayores, de personas de la tercera edad, de viejos también, aunque nombrar de este modo a las personas se evita, porque la palabra ha adquirido un sentido negativo, o bien se nombra así para separar, fragmentar o simplemente insultar.

(Piñera, Villar, Fernández, Padua, & Padrón, 2010) menciona que podemos entender a la tercera edad, como un conjunto de cambios no solo físicos sino también biológicos, psicológicos y sociales, los cuales son considerados normales a todo ser humano, estos cambios se ven influenciados en el comportamiento individual de cada ser humano los cuales se ven reflejado en sus últimos años de vida.

Otros manera de referirse a un viejo es tratarlo desde aseveraciones atadas al tiempo natural: “los que están en el otoño de la vida”, o desde un abanico de colores que tienen asignadas representaciones sobre la edad: “los años dorados”, o desde la fatalidad del tiempo cronológico: “los que están al fin del camino”. El uso del término “adultos mayores” también es interesante a cuestionar para ponerlo a prueba de su deconstrucción. (Guajardo, 2016)

Un aspecto importante de esta construcción social en este binomio adulto-mayor es la transformación de un elemento físico de la persona, por ejemplo, respecto a la pérdida de la fuerza física, como propiedad social altamente considerada. Dicha pérdida de fuerza suele ser entendida como pérdida de valor. Otro aspecto es la alteración de los rasgos que se enfrenta al ideal de belleza joven que “se pierde”, hasta lograr que la vejez parezca una edad vergonzosa y por lo tanto triste, una edad triste que provoca temor dado que está vinculada

a múltiples mitos. La materialidad de esta pérdida de fuerza corporal conduce además a la transformación del entorno físico que deberá adecuarse a la imposibilidad del cuerpo para moverse del mismo modo que antes lo hacía.

Las personas mayores que han alcanzado la integridad del ego sienten que su vida tiene un significado. Paradójicamente, este sentido de la importancia personal les permite aceptar su insignificancia en la vida (es decir, el hecho de que pronto van a morir). Un destino diferente es el que aguarda al anciano que se lamenta de los errores cometidos y de los sueños no cumplidos. *“Frustrado y condenado porque ya es demasiado tarde para enmendar la pobreza de los años pasados, esta persona siente terror por la muerte”*. (Hernández, 2005)

Si relacionamos la vejez con la estructura social, lo que importa es la mirada que se posa sobre la persona, y esta mirada tiene varios aspectos a tomar en cuenta pues la relación con un adulto mayor comprende distintos factores. (Gujardo, 2016)

Gracias a lo antes mencionado el envejecimiento humano ha sido objeto de estudio y de preocupación a lo largo de la historia desde aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Biológicamente, los humanos comienzan a envejecer desde su nacimiento, pero con ritmos diferentes. La situación social, el modo de vida, el entorno cultural acelera o retrasan la evolución bio-fisiológica. *“Así, no hay una única edad para la vejez, pues son diferentes la edad cronológica, la edad corporal y la edad social”*. (Lozano, 2011)

1.1. Modelos explicativos

1.1.1. Modelo social

El proceso de envejecimiento no es solamente un hecho biológico. También es un acontecimiento social y cultural conformado según una ideología general sobre la vejez. Cada sociedad y cada cultura tienen su propia manera de significar o empequeñecer la persona anciana en beneficio de las generaciones más jóvenes a quienes se atribuye mayor capacidad de producción para el desarrollo económico, presuponiendo que es ésta la finalidad última de los individuos en una sociedad.

El envejecimiento es un proceso dinámico normal de la vida humana que desborda el campo de lo biológico, lo psicológico, lo sociocultural y económico. Este fenómeno ha de anclarse en la realidad individual de cada persona, considerando la mella ideológica adquirida, donde las reacciones emocionales ante la propia vejez están determinadas por las circunstancias personales del momento, por la biografía y la personalidad previa. (Merchan & Cifuentes, 2011).

A nivel mundial, la población adulta mayor ha aumentado significativamente debido, principalmente, al aumento de la esperanza de vida y la baja tasa de fecundidad (Popolo, 2001). Se ha podido observar que el aumento de dicha población está relacionado, como se mencionaba, con el aumento de la esperanza de vida, es decir que durante los últimos años los avances científicos, tecnológicos y las investigaciones médicas han contribuido a la disminución y control de enfermedades infecciosas y agudas, ampliando así la cobertura de los sistemas de salud y las mejoras en las condiciones sanitarias, (CONPES, 2004) lo que se

une a una nueva concepción del envejecimiento definido como “envejecimiento saludable y activo”, que abarca los siguientes componentes: duración de la vida, salud biológica y mental, eficacia cognitiva, competencia social y productividad, control personal y satisfacción en la vida (Colegio Oficial de Psicólogos, 2002).

De esta manera, el envejecimiento poblacional ha originado cambios no solo en las estructuras sociales, económicas y culturales de cada país, sino también ha afectado las distintas áreas del adulto mayor (familia, economía, salud, tejido social), llevando a que distintos países se cuestionen temas relacionados con el trabajo y la jubilación, la calidad de vida, la salud, el involucramiento social y la búsqueda de la seguridad económica de estas personas. A lo anterior se unen factores, tales como los procesos migratorios, el paso de la familia extensa a la familia nuclear y con esto una reducción del número de miembros que la componen, así como también el nuevo rol femenino que incorpora a la mujer al mundo laboral, y los procesos de separación, divorcio, que han llevado de una u otra manera a que se limite la dinámica familiar y, por ende, la permanencia de los adultos mayores con sus familiares (Fernández R. , 2010)

La depresión se produce cuando los roles y las funciones de una persona cambian en la sociedad. Se refiere a los roles específicos de la edad que asume una persona dentro del contexto de la sociedad en la que vive y se refleja principalmente en cómo se comporta la persona a la luz de las expectativas de su grupo social.

Los roles también prescriben normas y estándares específicos para realizar comportamientos apropiados y esperados. Además, *“todas las sociedades utilizan sistema de grabación de edad para definir y clasificar quien es joven, de edad mediana y viejo. Los*

roles específicos de la edad y las expectativas se adjudican en función de estas clasificaciones". (Cowgill & Holmes, 2002) De ahí que se espera que las persona joven, de edad mediana y vieja se comporte y sea tratada de forma diferente de los que no están dentro de sus clases etarias en una sociedad. Esto sirve para crear patrones de comportamiento e interacción social predecibles relacionados con la edad. La expresión que se oye a menudo de representar la propia edad significa precisamente conformarse con los roles específicos de la edad.

Un efecto íntimamente relacionado con las actitudes hacia el envejecimiento son las restricciones de roles que nuestra sociedad impone a una persona anciana. Nuestra sociedad desvaloriza a los ancianos y los considera no productivos y no contribuyente. En consecuencia, los ancianos tienen pocas oportunidades de desempeñar roles y no se les dan prerrogativas de seleccionar nuevos roles, incluso cuando son física y mentalmente capaces de cumplirlos. En nuestra sociedad, el rol de edad del anciano ha sido caracterizado muchas veces como rol sin rol, significativo de que se esperan o se proporcionan pocos roles o ninguno a los ancianos que les permitan hacer contribuciones importantes. (López & Salero, 2002)

La acción de "protección" se ubica en este contexto y principalmente quienes son dependientes quedan atrapados en lugares que muchas veces tienen un modelo disciplinario, higienista y coercitivo que se implementa de modo más cruel contra ancianos indigentes o sin medios. Son entonces los desfavorecidos y de escasos recursos económicos que experimentan más duramente este fenómeno de encierro.

Definidos como vulnerables, dependientes o incapaces, permanentemente están reconocidos como protegidos "para preservar su dignidad". Pero los efectos perversos de

este modo de tratar se dejan ver muy a menudo. Se suele presentar de modo recurrente la imagen de la persona anciana sola, sin familia, pero poco se aborda y trabaja sobre una familia que acoja y comprenda. (Guajardo, 2016)

Según (Langarica, 1985) el envejecimiento es un proceso que depende de factores propios del individuo y de factores ajenos a él. Es un proceso en el cual lo que es afectado en primer lugar no es la conducta cotidiana y probada del organismo para con su medio, sino sus disponibilidades, sus facultades, sus posibilidades de enfrentarse con una situación insólita, ya sea de orden biológico, personal o social. “Los cambios biopsicosociales no son sinónimos de enfermedad”. A veces resulta difícil establecer los límites entre cambios estructurales, funcionales y enfermedad.

¿Cómo se llama a la persona anciana? Se le denomina viejo-vieja. Se emplea el término “Gran Persona” de los “cabellos blancos”. También se le llama Padre-Madre que se encarga de dar cobijo y consejo al resto de personas del barrio.

La vejez como progreso. La vejez se convierte en un lugar ideal donde los achaques producidos por la edad se interpretan como cualidades. Algunos ejemplos:

- Si el viejo está inmobilizado, se remite a la vida pasada, a sus proezas y se pone el acento en el honor más que en el cuerpo.
- Si el cuerpo del anciano se dobla y empequeñece se atribuye al peso de las cosas que ha soportado en su vida.
- Si la marcha es lenta, recurren al proverbio de Niokolo para dar una explicación que dice “el caballo del hombre joven es rápido, pero no conoce el camino. El anciano anda lento porque es el que traza el sendero”.

- Si cuando habla el viejo se le observa que divaga se atribuye a que está cerca de los dioses y habla una lengua no conocida.

Valoración social del viejo. El viejo tiene un papel importante en la vida cotidiana. Aunque se procura que el anciano no haga trabajos duros (pescar, cazar, cultivar, etc.) se le asignan trabajos útiles para la comunidad como el tejido, la cerámica, el teñido, la dispensación de plantas medicinales, entre otras actividades.

Es muy importante la tarea que asumen los viejos como transmisor oral de las costumbres ocupándose de narrar la historia del grupo convirtiéndose en el garante de la tradición y de los valores sociales. La vejez en esta sociedad es un símbolo real de sabiduría.

1.1.1.1. Calidad de vida

El hecho de que la población anciana vaya en aumento deriva en la necesidad de que se desarrollen planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico. Que se garantice una atención médica y psicológica de calidad, una sociedad que no los segregue y estigmatice, sino al contrario, que los dignifique. Y, al mismo tiempo, que el Estado asuma su responsabilidad en la creación de políticas reales, dirigidas a garantizar un ingreso económico decoroso que permita a esta población llevar una vida digna y de calidad. (Vergara-Lope & González-Celis R., 2009)

A medida en que los adultos van envejeciendo, incrementa la posibilidad de la pérdida de sus funciones, esto ocasiona un temor por perder su buen funcionamiento mental y físico, y esto puede agudizarse si la persona presenta depresión e impotencia, ya que los mismos generan la pérdida del control de sus propios cuerpos. Estos problemas muchas veces general que los ancianos se aíslen y se sientan inútiles haciendo que su vida sea cada vez más

complicada. *“El deterioro que se presente tanto físico como mental hace que la persona reduzca su redes sociales y emocionales, posibilitando así la depresión y que las enfermedades crónicas se vuelvan más nocivas para la persona”*. (Lazaruz, 1998)

Como (Vinaccia & Orozco, 2005) mencionan, la calidad de vida se traduce como el nivel de bienestar de la persona; relacionado con todo aquello que las personas mayores han experimentado a través de su historia.

El que la esperanza de vida haya aumentado no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida haya mejorado. De ahí que sea necesario buscar estrategias que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. Bajo este contexto y debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer, es importante conocer la calidad de vida con la que se vive esta etapa.

El concepto de calidad de vida ha sufrido transformaciones en las tres últimas décadas, el mismo hace referencia a un proceso dinámico que ha ido evolucionando desde una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida de las personas. (Vergara-Lope & González-Celis R., 2009)

En la actualidad, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción

entre ambas lo que determina la calidad de vida “*Estado de bienestar*”. (Tuesca Molina, 2012)

Los estudiosos de la calidad de vida conciben la importancia de la valoración subjetiva. Sin embargo, usualmente las propuestas dirigidas a las personas mayores se orientan hacia una evaluación de los efectos que producen sobre esta los medicamentos o la enfermedad. (Delgado, 1993)

Son muchas las consecuencias de todos esos procesos, tanto a nivel macrosocial como en las experiencias individuales. Cómo dar sentido a la vida tras una jubilación llegada en muchas ocasiones de forma anticipada e imprevista, cómo hacer frente al mantenimiento de un hogar en ocasiones con hijos dependientes, con una pensión, cómo enfrentarse a la enfermedad crónica y a la dependencia de uno o más miembros ancianos de la familia. Son sólo algunos temas que necesitan un abordaje teórico y práctico responsable y riguroso. (Valencia, 2012)

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida. (Watanabe, 2014)

1.1.2. Modelo biomédico

Como es mencionado, el envejecimiento es un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos para las especies durante todo el ciclo de la vida. En los últimos años de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con su medio. Los ritmos a que esos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos, no son iguales. (López & Salero, 2002)

El término “mitad de la vida”, apareció en el diccionario en 1895 cuando la esperanza de vida comenzó a ampliarse. En la actualidad, en las sociedades industriales, la adultez media se considera una etapa distinta de la vida, con sus normas y papeles sociales, oportunidades y dificultades.

Definimos adultez media, en términos cronológicos, como la etapa entre los 40 y 65 años de edad, pero esta definición es arbitraria. No hay un consenso sobre cuándo empieza o termina ni sobre hechos biológicos o sociales que determinen sus límites. Con los avances en los ámbitos de salud y duración de la vida, se elevan los límites superiores subjetivos de la edad media. (Papalia & Martorell, 2012)

De acuerdo con la investigación del MIDUS, *“el envejecimiento, por lo menos hasta alrededor de los 75 años, parece ser un fenómeno positivo”*. Al mismo tiempo, los años de la edad media están marcados por crecientes diferencias entre los individuos y una multiplicidad de trayectorias vitales. Algunas personas de edad media corren maratones; otras se entrenan trepando escaleras empinadas. Unos tienen una memoria más aguda; otros sienten que su memoria comienza a flaquear. En esta edad, muchos adultos abrigan un

estable sentimiento de control sobre su vida al tiempo que manejan sus pesadas responsabilidades y sus funciones múltiples y exigentes: gobernar el hogar, el departamento o la empresa, independizar a los hijos y, quizá, hacerse cargo de padres ancianos o iniciar una carrera nueva. Otros, después de dejar una obra y criar hijos, se sienten más libres e independientes. Algunos están en la cúspide de su creatividad o su carrera; otros empezaron tarde o desembocaron en callejones sin salida. Otros más se sacuden los sueños estancados o persiguen metas nuevas y más estimulantes. Lo que hagan las personas y cómo vivan está muy relacionado con la forma en que envejecen. La edad media puede ser una época, no de declive y mengua, sino también de dominio, capacidad y crecimiento, una época para revalorar las metas y aspiraciones y para decidir sobre la mejor manera de aprovechar el resto de la vida. (Papalia & Martorell, 2012)

1.1.3. Modelo psicológico

La psicología tiene por objetivo el establecimiento de principios básicos que rigen en los fenómenos psicológicos, pero también se ocupa de en qué condiciones los comportamientos o atributos psicológicos difieren entre los individuos; o, en otros términos, bajo que supuestos se producen diferencias individuales en el comportamiento de las personas con base en su edad, su sexo, u otras condiciones biológicas o sociales.

Así pues, la psicología también se ocupa del comportamiento a lo largo de la vida tratando de establecer tanto cuales son las pautas o los patrones típicos o cuales son los cambios que se producen con el paso de la edad o a través del ciclo vital y, cómo derivación, cuáles son las más notables diferencias a lo largo de la vida desde el nacimiento hasta la muerte.

Si tratamos de establecer que esenciales diferencias se producen en estas cuatro etapas podríamos decir que, desde el nacimiento hasta la edad adulta (incluyendo la infancia y la adolescencia) se produce un fortísimo crecimiento en prácticamente todos los sistemas comportamentales y, por tanto, los psicólogos evolutivos han denominado periodo del desarrollo. Estas primeras dos etapas de la vida son perfectamente coincidentes con lo que ocurre a niveles biológico: en ellas se produce la maduración del individuo que en estrecha interacción con el medio ambiente familiar y social.

La idea más común es que existe un comienzo de esa vejez, generalmente establecido en la edad de jubilación, y, lo que es peor, que ello conlleva pérdida, declive y deterioro. Y es que la psicología o mejor aún, algunos psicólogos han asumido un modelo biomédico por el que sabemos que, a lo largo de la vida, pasados un periodo de fuerte crecimiento, todos nuestros sistemas biológicos pierden eficiencia. Es este comportamiento de los sistemas biofísicos a lo que, desde la biología, se llama envejecimiento y se expresa como una involución que tiene el signo contrario a lo que llamamos desarrollo.

El ser humano no se “termina” psicológicamente hablando cuando acaba su máxima maduración física y biológica ni empieza su deterioro cuando termina, en la edad adulta, su etapa laboral, se marchan los hijos del hogar o cuando ocurre cualquier otra condición física, biológica y social. El desarrollo humano, desde una perspectiva psicológica, dura mientras siguen produciendo las transacciones entre el organismo biológico y el contexto sociocultural. Pero, desde luego, en esa ecuación del cambio a lo largo de la vida en ese balance entre evolución y desarrollo e involución y deterioro, existen factores psicológicos que experimentan ganancias y otros que experimentan pérdidas. (Fernández-Ballesteros, 2004)

CAPITULO II.

Algunos de los Factores Asociados a la Conducta Depresiva en Adultos Mayores

2. Algunos de los Factores Asociados a la Conducta Depresiva en Adultos Mayores

El envejecimiento de la población es una realidad social que nos lleva a pensar y a preguntarnos por el lugar que tienen las personas mayores en la vida social. No obstante, lo más importante es pensar el lugar que las sociedades les dan o les quiere dar.

Cuando se trata de pensar, enfrentar y sentir la vejez, es a la luz de lo que observamos día a día en los múltiples espacios y en medio de las situaciones donde compartimos con los demás, que nos preguntamos por el sufrimiento específico de los viejos(as) y al mismo tiempo por lo que nosotros mismos(as) tenemos cuando ya hemos envejecido y tendremos que vivir, por el hecho de portar una edad que la sociedad no soporta y a la que le teme; Porque la vejez siempre llega, está pacientemente esperando para transformar el cuerpo e incrustarle negativamente la historia de una vida de ataduras con un mundo que al ver que se acerca el final de una ruta, se aparta de la persona que porta a la vejez en su cuerpo. Esta acción de apartarse o de acercarse compasivamente, tal vez lo desencadena el temor que se refleja en un otro más joven respecto a lo que le viene y que se hace real en el golpe que el espejo y los ojos de la sociedad le devuelven al individuo. Así, cuando un individuo que envejece o ya viejo roza a un otro, le provoca sentimientos de temor, compasión o desagrado. Este sentimiento adquiere aún más fuerza cuando el cuerpo está marcado por el estigma de la pobreza e informa sobre las características que lo presentan en la vida cotidiana: la clase, el origen, el sexo, el territorio, el estado de salud, por ejemplo. Un sentimiento extraño invade a quien lo mira, haciendo surgir la incomodidad en gestos y prácticas de rechazo que luego se repiten y naturalizan.

Para quien envejece, el estigma de la vejez que marca el cuerpo participa en la construcción de mitos que convierten a la persona en un objeto dependiente, vaciado de lo

social y deshumanizado. La principal consecuencia, es el sufrimiento que la persona experimenta y que tiene el carácter de social. (Guajardo, 2016)

2.1. Antecedentes de la depresión en el Adulto Mayor

A lo largo de la historia el hombre ha estado preocupado por el envejecimiento, tanto en sentido positivo como negativo. La investigación científica gerontológica comenzó en el siglo XVII con los siguientes autores:

- Francis Bacon, que planteó que la vida humana se prolongaría cuando la higiene y otras condiciones sociales y médicas mejorasen. (Romero, 2007) Su desarrollo se enmarca a partir de la segunda mitad del siglo XX, en respuesta al fenómeno de envejecimiento poblacional.
- El francés Quetelet fue el primero en expresar la importancia del establecimiento de los principios que rigen el proceso a través del que el ser humano nace, crece y muere.
- Francis Galton trabajó en las diferencias individuales sobre características físicas, sensoriales y motrices, datos que presentó en su obra “Estudio sobre las facultades humanas y su desarrollo”.

Tomando en cuenta que la Gerontología (Estudio de la salud, la psicología y la integración social y económica de las personas que se encuentran en la vejez.) es una joven disciplina y fue trabajada desde inicios del siglo XX; Siendo el detonante la Segunda Guerra Mundial cuando se desarrollaron la mayor parte de las asociaciones de Gerontología.

- En el año de 1945 se creó la asociación norteamericana Gerontological Society
- En el año de 1948 siguió la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Esto responde a un fenómeno extraordinariamente importante para la segunda mitad de siglo: el envejecimiento de la población, ya que la oportunidad de vida se vio en aumento

gracias avances médicos. Sin embargo, también ha habido avances en otros países como es el caso de Cuba, donde se comenzó a desarrollarse la atención hospitalaria especializada al anciano a partir del año 1985. En la Ciudad de La Habana se originó el primer Servicio de Geriátrica de Cuba y comenzó la residencia de esta especialidad; de forma inmediata se implementaría los servicios en los principales hospitales docentes de la capital y de otras provincias. Los Equipos Multidisciplinarios de Atención Gerontológica se instauraron en el Sistema de Salud cubano en 2006, se han acompañado de un proceso de envejecimiento poblacional cada vez más acelerado y están constituidos por un Médico especialista, una Licenciada en Enfermería, un Trabajador social y un Licenciado en Psicología, los que reciben diplomados en Gerontología comunitaria. (Rojas, 2014)

Para los adultos mayores este contexto presenta desventajas para que las familias puedan encargarse de todos sus miembros, incluso los más débiles, el bajo ingreso de los hogares, la debilidad o ausencia de programas institucionales, junto a la mala calidad en los servicios existentes, son algunos de los factores que actúan en el deterioro de la calidad de vida de la población.

Entonces, la noción de que las familias apoyan a sus miembros en edad avanzada es cada vez menos confiable frente a un contexto de sacrificio económico y debilidad gubernamental. “[...]En otros países hay programas asistenciales bien estructurados, se sabe qué hacer con los ancianos, no se les relega; en México se les abandona por la falta de cultura del envejecimiento que tenemos en la familia”. (Bautista, 2016)

2.2. Depresión en el Adulto Mayor

La depresión es un trastorno mental caracterizado por síntomas de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos, que, a comparación con el duelo o el sentimiento de tristeza cotidiano, esta se manifiesta sin razón aparente que la justifique tal como lo menciona (Zarragoitía, 2011) *“La depresión no es tristeza únicamente, es una enfermedad que debe ser tratada, no es en modo alguno parte necesaria del envejecimiento”*. Los síntomas y las enfermedades depresivas son comunes y deben ser tratadas, aunque sus signos con frecuencia pasan desapercibidos. (OPS, --)

Los síntomas y las enfermedades depresivas son comunes y deben ser tratadas, sus signos con frecuencia pasan desapercibidos. En el caso del DSM-V los síntomas que se sugieren considerar en un cuadro de depresión son la falta o exceso de apetito, el insomnio o hipersomnia, baja energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones o sentimientos de desesperanza, estos siendo los síntomas de los trastornos depresivos persistentes; En cuanto a la denominada depresión mayor los síntomas son: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, un aumento o pérdida significativa (> 5%) de peso, o disminución o aumento del apetito, insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor observado por otros (no informado por el mismo paciente), fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada, capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse (Asociación Estadounidense de Psiquiatría,

2016) Cabe mencionar que los síntomas debieran ser evaluados adecuadamente para descartar su derivación por otro tipo de trastornos, incluso propios de la edad.

Las cifras globales de trastornos mentales en la vejez pueden alcanzar al 20-25% de los mayores de 65 años que viven en la comunidad; enunciado en forma positiva podríamos decir que las tres cuartas partes de las personas mayores envejecen relativamente bien. En cambio, si nos referimos únicamente a las personas institucionalizadas u hospitalizadas, aunque representan un porcentaje pequeño de la población mayor, estas cifras se disparan hacia la vertiente patológica (Conde & Jarne, 2006)

Es importante mencionar que la depresión del anciano difiere en varios aspectos de la que ocurre en sujetos más jóvenes. Según varios autores, la tristeza es uno de los síntomas menos comunes, en cambio la somatización, irritabilidad, insomnio, abatimiento funcional y alteraciones cognoscitivas son más frecuentes. La presentación atípica del trastorno depresivo es común en el adulto mayor siendo frecuentemente subdiagnosticada (Lucero & Casali, 2006) y/o subtratada, esto se debe al estigma asociado a la depresión y la creencia de que esta es parte normal del envejecimiento. (Sarkisian, 2003)

Un adulto mayor deprimido no puede diagnosticarse tan fácilmente, pues se cree que la fatiga, el insomnio o el sueño excesivo que presenta son sucesos normales en la vejez. Por eso, muchos no acuden a tiempo a recibir el tratamiento adecuado y cuando consultan ya la depresión es profunda.

Normalmente, la vejez se asocia con la aparición de problemas físicos tales como, por ejemplo, problemas en las rodillas o caderas, dificultades en la movilidad, dolores de huesos, etc.; pero es muy importante tener en consideración los problemas psicológicos que sufren

las personas mayores para así, poder ayudarlas en la medida de lo posible ya que este tipo de trastornos va a generar un fuerte malestar en quienes los sufren.

Es preciso, antes que nada, distinguir entre los sentimientos de tristeza ocasionales relacionados con alguna circunstancia vital y lo que denominamos depresión clínica cuyos síntomas son persistentes en el tiempo. Cuando hablamos de depresión nos referimos a un estado en el que el paciente sufre una persistencia de los estados de ánimo tristes y pesimistas, una pérdida de interés por todas las actividades, una disminución de la energía, etc. que suele ir acompañado de síntomas somáticos tales como la fatiga, insomnio, alteraciones del apetito, etc. y cognitivos tales como la baja autoestima, pérdida de memoria, dificultad de concentración, pobreza y lentitud en el pensamiento y lenguaje, etc. En los ancianos tienen mayor preponderancia los síntomas de apatía que los síntomas emocionales y también hay una mayor presencia de los síntomas somáticos. Si bien los episodios depresivos graves tienen una frecuencia menor, en cambio los episodios depresivos leves son bastante frecuentes en el anciano.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA), define a la depresión como “*un trastorno del estado del ánimo o falta de interés o placer en todas las actividades, con síntomas asociados; por un período mayor a 2 semanas*”. El paciente con depresión experimenta falta de interés y placer en desarrollar las actividades que antes le representaban una satisfacción. Sintomatología asociada la constituye: pérdida o ganancia ponderal significativa, alteraciones del sueño, falta de energía, disminución de concentración, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. (Silva R & Juárez A, 2013)

Mientras que por otro lado se menciona que la depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad. (Cantú, Rivera, Belio, & Pérez, 2011)

La depresión es el principal factor de riesgo para el suicidio. Entre el 60 y el 90% de los ancianos que intentan suicidarse presentan síntomas depresivos. La existencia de sentimientos de desesperanza aumenta significativamente el riesgo tanto en la fase de tratamiento como en la de seguimiento. La presencia de alcoholismo también aumenta el riesgo. En el caso de los trastornos psicóticos la cifra de suicidios es de alrededor del 10%.

Existen varias formas de depresión, las más comunes se describen en la siguiente tabla.

Tabla 1:

Grados de Depresión

Tipo	Características
Depresión grave	<p>Síntomas severos que interfieren con la capacidad de trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida.</p> <p>Algunas personas puede que experimenten solo un episodio durante el transcurso de su vida, pero con más frecuencia una persona puede padecer múltiples episodios.</p>

Trastorno distímico o distimia	Síntomas depresivos que duran mucho tiempo (2 años o más) pero que son menos severos que los de la depresión grave.
Depresión secundaria	Similar a la depresión grave y a la distimia, pero los síntomas son menos severos y pueden durar menos tiempo.
Otros trastornos depresivos	En este apartado hay que incluir los síndromes depresivos que pueden formar parte del conjunto de síntomas de otras enfermedades psiquiátricas (por ejemplo, el trastorno bipolar) y no psiquiátricas (por ejemplo, anemias, esclerosis múltiple, hipotiroidismo).

Al igual que con otros síndromes psiquiátricos geriátricos, las claves para efectuar el diagnóstico de depresión en la vejez son la historia del paciente y la historia colateral que aporta cada miembro de la familia.

La depresión puede desarrollarse por primer vez en la tercera edad o ser una recurrencia de un trastorno afectivo, y puede presentarse clínicamente a partir de la edad media y cumplir los criterios diagnósticos de depresión mayor. (Martínez, 2007)

A. Al menos uno de los siguientes tres estados de ánimo debe de estar presente e interferir en la vida de la persona:

- 1) Ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, por lo menos 2 semanas.

2) Pérdida de todo interés y del placer la mayor parte del día, casi todos los días al menos 2 semanas.

3) Si es menor de 18 años, humor irritable la mayor parte del día, casi todos los días, al menos 2 semanas.

B. Al menos cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante las primeras semanas:

1) Ánimo depresivo (o irritabilidad en los niños y ancianos)

2) Marcada disminución del interés o del placer.

3) Alteraciones del peso o del apetito, ya sea: pérdida de peso o disminución del apetito, ganancia anormal de peso o aumento del apetito.

4) Alteraciones del sueño, ya sea insomnio o hipersomnias.

5) Alteraciones en la actividad, ya sea agitación ó enlentecimiento (observado por otros)

6) Fatiga o pérdida de la energía

7) Autorreproche o culpabilidad inapropiada

8) Pobre concentración o indecisión

9) Pensamientos mórbidos de muerte (no solo miedo de morir) o de suicidio

C. Los síntomas no son debidos a psicosis

D. Nunca ha sido un episodio maniaco, episodio mixto, o episodio hipomaniaco

E. Los síntomas no son debidos a enfermedad física, consumo de alcohol, medicamentos, o de drogas ilícitas

F. Los síntomas no son por una pérdida normal

Es importante mencionar que los criterios del DSM IV-R no se presentan en la totalidad de los ancianos deprimidos y algunas alternativas en la presentación de la depresión en el

adulto mayor son: irritabilidad, agitación, ansiedad, preocupación, quejas somáticas, deterioro cognitivo, disminución de la iniciativa y de la capacidad de resolución de problemas, deterioro del auto cuidado, abuso de alcohol y otras sustancias, aislamiento social, culpa excesiva, paranoia, obsesiones y compulsiones, discordia marital, son elementos que tenemos que considerar para establecer el diagnóstico de depresión en el adulto mayor.

2.3. Evaluación

La evaluación (cognitiva, afectiva, funcional, apoyo social, etc.), el diagnóstico y el tratamiento e intervención de trastornos mentales comunes a otros grupos de edad pero especialmente presta atención a aquellos vinculados a las crisis inherentes al proceso de envejecer: Las depresiones reactivas por pérdida de roles depresiones mayores de evolución tardía, trastornos psicóticos y de la personalidad, trastornos fóbicos, hipocondriasis, trastornos adaptativos y trastornos ansioso depresivos asociados a la enfermedad física.

La planificación del tratamiento debería comenzar con una evaluación la cual puede darse con:

- La escala de Hamilton para la depresión (HAM-D).

Fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión inicial, con 24 ítems, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor, en 1967, reduciéndola a 21 ítems. De ellos, los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la intensidad o gravedad de la depresión, por lo que en los ensayos clínicos de evaluación terapéutica se ha generalizado el uso de una versión reducida de 17 ítems, que corresponden a los 17 primeros de la versión publicada en 1967.

La versión de 21 ítems fue adaptada al castellano por Conde y Cols. en 1984, quien introdujo un ítem final para valoración de otros síntomas, por lo que consta de 22 ítems. Ramos-Brieva y Cordero (1986) adaptaron al castellano y validaron la versión reducida de 17 ítems. (Hamilton, 2014)

Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente.

La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones asignadas a cada uno de los ítems, con la salvedad de que en la versión de 21 ítems el criterio más extendido es tomar en consideración a efectos de score sólo los 17 primeros ítems.

Por tanto, el rango de puntuación para ambas versiones es de 0-52 puntos.

- Vázquez C. (1995)

0-6 Sin Depresión

7-17 Depresión ligera

18-24 Depresión moderada

25-52 Depresión grave

- Bech P. (1996)

0-7 Sin Depresión

8-12 Depresión menor

13-17 Menos que Depresión mayor

18-29 Depresión mayor

30-52 Más que Depresión mayor

- La escala de Montgomery-Asberg (MADRS).

La Escala de depresión Montgomery-Asberg, es considerada una escala administrada mediante una entrevista, está diseñada para evaluar la severidad de los síntomas de las depresión en adultos, la cual contiene 10 ítems los cuales son evaluados de 0 a 10. (Lobo, 2002)

- Inventario de depresión de Beck.

El inventario de depresión de Beck consta de 21 ítems que se califica del 0 al 3 esta escala funciona con datos sobre los sentimientos en general de las últimas dos semanas de la persona a quien se le aplica, incluyendo el día de aplicación, en este caso 0 sería no me identifico en absoluto y un 3 describiría un hecho con el que nos identificamos casi al 100%. Es normal que el usuario se sienta identificado con dos respuestas y estas pueden ser marcadas, este inventario tiene de 5 a 10 minutos para ser aplicado

En cuanto a su resolución se puede decir que de 0-13 depresión baja, 14-19 depresión leve, 20-28, depresión moderada, 29-63 depresión grave. (Beck & Steer, 2006)

- Escala auto aplicable para la medida de la depresión de Zung.

Desarrollada por Zung en 1965, Es una escala auto aplicada formada por 20 ítems relacionados con la depresión, formulados la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

En cuanto a su interpretación se habla que se pueden obtener de 20 a 100 puntos donde 40 puntos o menos significan que no hay depresión, la depresión leve va de los 41 a 47 puntos. La depresión moderada va de los 48 a 55 puntos y la depresión grave va de los 55 en adelante. (Zung, 1986)

○ La escala para la depresión de estudios epidemiológicos (CES-S).

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD) es un instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología durante la última semana. La CES-D ha demostrado ser una herramienta útil y económica en formato auto aplicable en virtud de que no requiere personal especializado para su calificación y es auto aplicable

La escala CES-DC es uno de los instrumentos más utilizados para detectar síntomas depresivos en niños y adolescentes de 6 a 17 años.

Costa de 20 ítems. Cada ítem se puntúa en una escala de 4 puntos refiriéndose a la frecuencia del ítem en la última semana, desde 'en absoluto' a 'mucho'. La suma de todos sus ítems da lugar a la puntuación total de depresión (ítems 4, 8, 12 y 16 con puntuaciones inversas). Puntuaciones totales altas indican mayores niveles de depresión. (Children's Symptom and Social Functioning Self-report Scales comparison of mother's and children's reports, 1980)

Cada una de estas escalas es fundamental para saber en qué estancia o nivel de la depresión se encuentra el usuario, sin embargo, el verdadero trabajo inicia al momento de tomar las sesiones terapéuticas pues estas brindaran apoyo a la regulación del adulto mayor.

Se puede observar que la mayoría de los estudios dirigen sus objetivos a medir la eficacia de intervenciones psicológicas en relación con la salud del adulto mayor, seguidas de investigaciones relacionadas con los cuidadores de estas personas y de variables psicológicas como tal.

Siendo el psicólogo el encargado de dotar de habilidades a aquellos que se disponen a ser cuidadores de un adulto mayor ya sea el caso de un familiar o de una persona especializada en dar seguimiento a los adultos mayores (enfermeras, ayudantes, etc.)

El psicólogo proporcionará de técnicas para mantener la calma a la hora de que el cuidador se quien esté a cargo del adulto mayor, así como le dotará de habilidades para no colapsar al momento de tener a su cargo al adulto, referido al estrés, al agobio etc., así mismo dotará al cuidador para no generar una dependencia al paciente.

2.4. Posibles Causas de la depresión

¿Qué causa la depresión? Varios factores o una combinación de factores pueden contribuir a causar la depresión. 1) Genes: Las personas con una historia familiar de depresión pueden ser más propensas a desarrollarla que aquellas cuyas familias no padecen la enfermedad. Las personas mayores que padecieron de depresión cuando eran jóvenes corren un riesgo mayor de desarrollarla más adelante en su vida que aquellos que no padecieron la enfermedad anteriormente; 2) Química del cerebro: Las personas con depresión pueden tener una química cerebral diferente de aquellas que no padecen la enfermedad y 3) Estrés: La pérdida de un ser querido, una relación dificultosa o cualquier situación estresante puede desencadenar la depresión.

Las causas por las cuales los adultos mayores pueden deprimirse son variadas. Una es la pérdida de su vitalidad, cambio en su ritmo de vida, disminución de sus funciones y capacidades. Otras son las pérdidas que va teniendo a su alrededor de figuras significativas e importantes, como puede ser: gente de su edad, de su pareja, la separación de los hijos y las familias, así como pérdidas laborales. También repercute el inicio de una serie de enfermedades crónicas degenerativas que con la edad empiezan a llegar. La merma económica puede ser factor predisponente para una depresión; no es lo mismo que sea trabajador en activo a que tenga alguna limitante, como una pensión o que incluso no tenga ninguna entrada económica. Sin embargo, el adulto mayor no debería tener esta enfermedad. El adulto mayor debe continuar viviendo intensamente, adaptándose a su situación, pero no por ello debe estar triste o con pensamientos recurrentes de muerte.

Dentro de los principales factores predisponentes a depresión en el anciano se encuentran: la familia, enfermedades, fármacos, alteraciones ambientales, y circunstanciales; como menciona (Fuentes & García, 2003) los pacientes de la tercera edad que acuden a consulta, con frecuencia manifiestan un sinnúmero de padecimientos que a pesar del tratamiento no mejoran, además acuden solos a consulta y cuando tienen la oportunidad de ser escuchados, se expresa, platicando todas sus inquietudes que guardan y que no han podido compartir con nadie, podemos observar que son gente ávida de atención, de afecto y cariño, el cual no es satisfecho en el seno familiar. Al atenderlos, escucharlos y darles unas palabras de aliento, manifiestan sentirse mejor.

Los ancianos que experimentan el primer episodio de depresión tienen menor probabilidad de tener una historia familiar de depresión u otro trastorno mental que aquellos pacientes que tienen el primer evento de depresión en edad temprana. Esta diferencia sugiere

que el rol familiar o genético es menos probable en la depresión en el adulto mayor; Además, es necesario considerar que, dentro de los aspectos sociales, se encuentran algunos que van directamente relacionados a la economía, mismos que puede ser factor predisponente para una depresión; es decir no es lo mismo que sea trabajador en activo a que tenga alguna limitante, como una pensión o que incluso no tenga ninguna entrada económica.

Martínez. O (2007) menciona que algunos de los factores de riesgo para la depresión en el adulto mayor incluyen los siguientes:

- Sexo femenino.
- Aislamiento social.
- Viudez.
- Divorcio o estado de separación marital.
- Enfermedades médicas asociadas.
- Enfermedad médica incapacitante reciente
- Polifarmacia.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Dolor crónico.
- Trastornos del sueño (Insomnio).
- Abatimiento funcional.
- Duelo económico o familiar.
- Deterioro cognoscitivo
- Institucionalización.
- Dependencia al alcohol.
- Benzodiacepinas.
- Etc.

La depresión del adulto mayor con frecuencia se relaciona a enfermedades musculoesqueléticas, las enfermedades cardiovasculares, las endocrinas, enterales, oftalmológicas, urogenitales, neurológicas, entre otras. El insomnio no solo es un factor de riesgo para depresión, también está asociado a la persistencia y recurrencia de la depresión.

La depresión en mujeres ancianas es más prevalente debido a factores como:

- I. Mayor susceptibilidad a depresión.
- II. Mayor persistencia de la depresión una vez instaurada.
- III. Menor mortalidad.

Mientras que por el anciano varón la depresión se presenta con:

- I. Irritabilidad.
- II. Enojo
- III. Apatía
- IV. Anhedonia o Aislamiento
- V. Con síntomas de Tristeza o Psicológicos. (con menor frecuencia se reconoce)

Los adultos mayores cuyas condiciones de vida sean adversas, tengan aislamiento social, adicciones o comorbilidad importante, presentan mayor riesgo de depresión. (Delgado, 1993) Plantea, el adulto mayor debería continuar con su vida, gozar de ella, vivirla intensamente, adaptándose a los cambios y/o situaciones, sentirse orgullosos de lo que ha hecho y quizás evitando preguntar ¿qué ha hecho mal todo este tiempo?

2.5. Posibles Síntomas

Para comprender la psicopatología de los trastornos del ánimo, es necesario diferenciar el trastorno del ánimo, como enfermedad de las reacciones vivenciales anormales y de los problemas afectivos de la vida cotidiana, y, por ende, el estado de ánimo o humor y los sentimientos.

Por afectividad se entiende el conjunto de los sentimientos y estados de ánimo. El estado de ánimo o humor es un estado afectivo, de carácter relativamente autónomo y duradero en el tiempo, las experiencias psicológicas y corporales, por lo tanto, es un modo de experiencia

total, con afectación primaria a la percepción del propio yo, y secundariamente a la experiencia del mundo que rodea a la persona.

Las alteraciones básicas del estado de ánimo son el depresivo, el eufórico y el disfórico. La alteración del estado de ánimo del polo depresivo se corresponde con la aparición de los sentimientos de las capas profundas (vitales y sensoriales) de tonalidad depresiva, mientras que los sentimientos psicológicos solo se afectan de manera secundaria.

La afectación de los sentimientos vitales suele llevar la experiencia de tristeza, que, por tener un carácter cualitativamente distinto de la experiencia normal de tristeza, se le denomina tristeza patológica. Esta diferenciación es básica para delimitar las enfermedades afectivas de las reacciones vivenciales anormales y de los meros problemas afectivos.

La tristeza patológica es un sentimiento cualitativamente distinto de la tristeza normal, que los propios pacientes diferencian muy bien como una cualidad distinta y a veces inefable del estado de ánimo. (Zarragoitía, 2011)

Los siguientes comportamientos pueden dar luces sobre si un adulto mayor está deprimido:

- Está constantemente confundido
- Olvida constantemente los nombres.
- Las fechas
- Los sucesos y las cosas más simples.
- Desaseo y falta de cuidado en la higiene personal.
- Descuido en el arreglo del hogar.
- Aislamiento.
- Falta de contacto con familiares o amigos.
- Pérdida de peso.

- Dolores de cabeza.
- Trastornos de sueño.
- Vértigo
- Apatía

Por eso, si sus hijos, cuidadores o familiares ven estos u otro tipo de síntomas de depresión en el adulto mayor, es necesario buscar ayuda, pues las consecuencias de una depresión mal tratada pueden ser fatales para ellos.

Según el (American Psychiatric Association, 1994), el diagnóstico de depresión mayor se efectúa con el hallazgo de 5 o más de los siguientes síntomas, siendo obligados la presencia de los dos primeros:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- Pérdida de interés de actividades previamente placentera.
- Aumento o pérdida de peso.
- Agitación o lentitud psicomotriz.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Disminución de la capacidad para concentrarse.
- Pensamientos recurrentes de muerte.

Hay que tomar en cuenta que en el adulto mayor existen diferencias en la presentación clínica diferentes de los adultos jóvenes, en los primeros, es más frecuente encontrar:

- Irritabilidad o enojo.
- Agitación, ansiedad, preocupación.

- Pérdida del apetito con pérdida de peso.
- Somatización.
- Deterioro cognitivo y/o alteraciones de la memoria.
- Actitudes obsesivas y compulsivas.
- Aislamiento social.
- Problemas maritales.

2.5.1. Afecciones de la salud

El estrés ocurre cuando los cambios en el medio externo o interno son interpretados por el organismo como una amenaza a su homeostasis. La habilidad del organismo de ejecutar la respuesta apropiada a cambios ambientales potencialmente estresantes requiere del correcto reconocimiento del cambio ambiental y la activación de la respuesta de estrés.

La habilidad de eliminar el estresor activamente mediante la relocalización o la evitación requiere la evolución de una habilidad para detectar o anticipar los cambios estresantes y el conocimiento o memoria de las estrategias o ajustes exitosos para evitarlos. Así, la evolución de estas estrategias o ajustes se da cuando los eventos estresantes son predecibles, prolongados y frecuentes en relación con los tiempos generacionales de los individuos.

En la década de 1930 Hans Selye tras haber iniciado sus estudio en endocrinología, realizo una serie de experimentos, llego a la conclusión de que los cambios que había hallado en los sujetos eran una respuesta no especifica a una situación displacentera. Buscando una manera de describir esta respuesta tomó un término de la física y estableció que los sujetos estaban “sufriendo estrés”; aunque el término estrés ya había sido introducido en la medicina durante la década del 20 por un fisiólogo llamado Walter Cannon, que lo definió como la

respuesta ante una amenaza a nuestro equilibrio interno u homeostasis. Lo que hizo Selye fue formalizar el concepto con dos ideas:

- El cuerpo tiene un grupo de respuestas para afrontar al estresor.
- Si el estresor se prolonga por mucho tiempo puede hacer que nos enfermemos.

También planteó una respuesta al estrés de 3 etapas:

- 1) Fase inicial (alarma): cuando se detecta la presencia del estresor.
- 2) Segunda fase (adaptación o resistencia): cuando se moviliza el sistema de respuesta volviendo al equilibrio (proceso activo mediante el cual el cuerpo responde a los eventos cotidianos para mantener la homeostasis, se denomina “alostasis”).
- 3) Tercera fase (agotamiento): si el estresor se prolonga en el tiempo, se entra en esta última fase, donde surgen las alteraciones relacionadas con el estrés crónico.

Según la visión de Selye, durante la fase de agotamiento llegaban enfermedades debido a que las reservas de hormonas secretadas durante la respuesta al estrés se agotaban, entonces, definir a un estresor como cualquier cosa que nos aleje a nuestro cuerpo del estado de balance homeostático y la respuesta al estrés es el intento de nuestro cuerpo por restablecerlo mediante la secreción de algunas hormonas, la inhibición de otras y la activación de ciertas estructuras del sistema nervioso. Independientemente de cuál sea el estresor se activa la misma respuesta al estrés.

La respuesta al estrés tiene mucho que ver con el sistema nervioso autónomo; parte de este sistema se activa, parte se inhibe.

La parte que se activa es el sistema nervioso simpático. Originadas en el cerebro las proyecciones de este sistema irradian desde la médula espinal y contactan casi todos los

órganos, vasos sanguíneos y glándulas sudoríparas del cuerpo. Este sistema se activa durante lo que nuestro cerebro considera una emergencia. Su activación aumenta la vigilancia, la motivación y la activación general. (Daneri, 2012)

2.5.2. Percepción de desesperanza

Cuando los seres humanos se enfrentan ante alguna situación difícil, muchas de ellas tienden a darse por vencidas mientras que otros persisten; esta diferencia radica en que estas personas no tienen control sobre las situaciones a las que se enfrentan y pueden caer en un estado de desesperanza, debido a que suelen creer que nada de lo que ellos hagan tendrá un resultado esperado o favorable para ellos y esta creencia se traduce en daños cognitivo, emocionales y motivacionales; y esto no acaba aquí, cuando una persona llega a sentirse en ese estado de desesperanza suele incrementar la emotividad, la ansiedad y esto conlleva a la depresión.

La autoestima consiste en las actitudes del individuo hacia sí mismo. Cuando estas son positivas hablamos de buen nivel o alto nivel de autoestima, sin embargo, lo que más va a influir es el juicio de cada persona hacia sus propias capacidades y recursos personales para poder afrontar de manera asertiva las situaciones a las que se enfrenta.

La modificación de las funciones sociales, ocasionadas por el acontecimiento que supone la jubilación, por la percepción de la vejez que tienen las propias personas ancianas y también por la percepción que se tiene de este nivel de edad por parte del resto de la sociedad, provocan que la consistencia interna de los diversos elementos del concepto de sí mismo resulte perturbada. Uno de los principales determinantes de la autoestima es la de

etiquetarse a sí mismos como “viejo”, debido a las connotaciones no positivas que este término conlleva en la actualidad. Ser viejo equivale a ser inútil, incapacitado, asexuado. Se estima que el adulto mayor pierde inevitablemente la mayoría de las capacidades de que gozaba en su vida anterior. No tiene otra capacidad. Es simplemente un discapacitado. *“Esta carga de prejuicios desemboca inevitablemente en ubicarlos en el único depósito con que cuenta la sociedad para ellos”*. (Orosco, 2015)

2.5.3. Demencias

La demencia como enfermedad asociada a la edad es una patología donde se hace necesaria la aportación del psicólogo de cara al diagnóstico neuropsicológico, al apoyo psicológico a la familia y al tratamiento paliativo de la enfermedad.

A un nivel preventivo se destacan las funciones de Consejo, Asesoría y Consulta destinada al colectivo de mayores, familias y servicios sociosanitarios. La promoción de la salud destinada a la comunidad y especialmente a las personas mayores en una sociedad donde cada vez se hace más imperativo el lema "dar vida a los años" mediante la detección de factores de riesgo y el fomento de hábitos saludables.

El diagnóstico de demencia se establece en una persona con un declive de las capacidades cognitivas en al menos dos dominios y/o un trastorno de la conducta, de severidad suficiente como para interferir con el funcionamiento social y ocupacional. (Guajardo, 2016)

Se han propuesto distintas definiciones de las demencias. En la mayoría se retienen los siguientes elementos:

A. Las demencias son un síndrome adquirido y crónico, por lo tanto, se diferencian del retardo mental y del síndrome confusional.

B. Las demencias son generalmente irreversibles y son causadas por lesiones estructurales en el cerebro.

C. se caracterizan por un deterioro de las capacidades cognitivas y/o un trastorno del comportamiento, y en ocasiones por trastornos del movimiento.

D. los trastornos presentados por los pacientes interfieren con sus habilidades sociales, y actividades de la vida diaria y les impiden llevar una vida independiente. (Guajardo, 2016)

Las demencias son un conjunto de enfermedades causantes de disfunción cerebral, manifestada por una pérdida de habilidades cognitivas asociadas a trastornos de la conducta, de severidad suficiente como para interferir con las actividades de la vida diaria de acuerdo con (Slachevsky A, 2008) Las demencias se caracterizan por dos elementos fundamentales: por un lado, la persona experimenta un deterioro de sus capacidades cognitivas y de su conducta y, por el otro, el trastorno interfiere significativamente con su trabajo y sus actividades habituales según. (Knopman, Boeve, & Petersen, 2003)

Las demencias se han transformado en uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. Su prevalencia se duplica a partir de los 65 años. Afectan a entre 5% y 8% de los individuos entre 65 y 70 años, de 15% a 20% de los mayores de 75 años y de 25% a 50% de los mayores de 85 años. (Guajardo, 2016)

Esta condición es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas en el mundo entero. Si bien la prevalencia de las demencias aumenta en la adultez mayor, no es una consecuencia normal del envejecimiento. Para enfrentarla, diversos países han implementado o están desarrollando estrategias y planes nacionales, entre ellos, Australia, Bélgica, Costa Rica, Cuba, Dinamarca, Estados Unidos de América, Finlandia, Francia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Luxemburgo, México, Noruega, Países Bajos, Reino

Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República de Corea, Suiza, Japón, México y Perú. Bolivia, República Dominicana y Argentina han promulgado leyes al respecto.

Tabla 2:

Avances en la Reglamentación de la Depresión

País	Año de implementación	Principales acciones
Australia	2006	-Servicio de asistencia y apoyo flexible, acorde a las necesidades de las personas con demencia, sus cuidadores y familiares
Francia	2008	<ul style="list-style-type: none"> -Acceso equitativo a la información sobre la demanda de investigación, sobre prevención, reducción de riesgos y el retraso en la aparición de la demencia, así como las necesidades de las personas con este padecimiento -Aumentar el apoyo a los cuidadores -Fortalecer la coordinación entre todas las partes implicadas -Mejorar el acceso al diagnóstico los itinerarios de asistencia -Esfuerzos sin precedentes de la investigación -Organizar la vigilancia y el seguimiento epidemiológico

Países bajos	2004	<ul style="list-style-type: none"> -Proporcionar información para la sensibilización pública general -Promover consideraciones y un enfoque éticos -Creación de una serie coordinada de opciones de asistencia que respondan a las necesidades y deseos de las personas implicadas -Orientación y apoyo suficiente a las personas con demencia y sus cuidadores
Noruega	2007	<ul style="list-style-type: none"> -Programas de día Instalaciones mejore adaptadas a las necesidades de las personas -Aumento en el conocimiento de competencias -Desarrollo de estrategias para afrontar los desafíos de asistencia para las personas con demencia -Desarrollo, investigación y planificación de calidad
Corea del sur	2008	<ul style="list-style-type: none"> -Reducir el tiempo de espera para el tratamiento de la enfermedad mediante el diagnóstico precoz

Reino
Unido

2009

- Ampliación de infraestructura para servicios y formación de especialidades
- Alivio a la carga de los cuidadores, en colaboración directa a las familias
- Sensibilización y la comprensión de la demencia ante el público y los profesionales
- Diagnóstico e intervención temprana
- Asistencia de apoyo y asesoramiento después del diagnóstico
- Ejecución de estrategias para los cuidadores
- Mejoramiento de la calidad e asistencia para las personas en hospitales generales
- Consideración del apoyo potencial en el hogar
- Asistencia en el final de la vida de las personas con demencia
- Profesionales formados y eficaces para las personas con demencia
- Desarrollo de evidencia científica y las necesidades
- Apoyo nacional y regional eficaz para la ejecución de estrategias

Estados Unidos	2012	<ul style="list-style-type: none"> -Prevenir y tratar eficazmente la enfermedad de Alzheimer -Mejorar la calidad y eficacia de la asistencia -Mejorar la sensibilidad pública y la partida -Mejorar los datos para controlar el progreso del paciente
Canadá	2014	<ul style="list-style-type: none"> -Colaboración entre los actores -Reducción de riesgos y desarrollo de mejores condiciones de salud y bienestar -Apoyo a las personas con demencia y provisión de cuidadores -Desarrollo de investigación y estudios

2.5.4. Duelo

El duelo es una respuesta emocional frente a la muerte de un ser querido, en la que la tristeza y el dolor perturban de manera notable el rendimiento y la adaptación de la persona que lo sufre.

En el duelo normal pueden manifestarse síntomas parecidos a la depresión, aunque no suele haber ideas suicidas, síntomas psicóticos, enlentecimiento psicomotor o pérdida grave de la autoestima. El cuadro clínico de este tipo de duelo abarcaría síntomas relacionados con el dolor de separación (llantos, anhelos), elementos del estrés postraumático (incredulidad, aturdimiento) y otros relacionados con la aceptación de la muerte. Estos síntomas serían

diferentes a los del cuadro depresivo, que se caracterizado por pérdida de la autoestima, tristeza, minusvaloración, hipocondría, insomnio, inhibición o ideas suicidas.

Se pueden presentar diferentes tipos de duelo y cada uno de ellos tiene características particulares.

Tabla 3:

Tipos de Duelo.

Tipo	Características
Duelo retrasado	También se le llama duelo pospuesto. Al experimentar la pérdida procesa parte de las emociones, pero no completamente y al pasar los días, comienza a sentir de nuevo el peso emocional con más intensidad, lo cual le impide superarlo.
Duelo Exagerado	El dolor es desbordante y la persona se torna evasiva, refugiándose en las drogas, en el alcohol, en la calle o en el trabajo excesivo, a fin de sobrellevar la situación que con el

Duelo enmascarado

tiempo puede ocasionarle un trastorno psicopatológico que vincula la ansiedad con la depresión. En muchos casos la persona está consciente de lo que está pasando, pero no sabe cómo salir de eso.

La persona comienza a somatizar, manteniendo hábitos perjudiciales relacionados con la pérdida. Son comunes los episodios depresivos y los trastornos alimentarios, pero a diferencia de que la persona no sabe que su actitud es consecuencia de la pérdida y del duelo no resuelto.

2.5.5. Ansiedad

El estrés es un concepto muy usado hoy en día. Son muchas las personas que viven con estrés y que están sometidas continuamente a las demandas del medio ambiente. Este concepto no sólo tiene connotaciones negativas pues también tiene un valor positivo, siempre que sea un estrés moderado y puntual.

Ante un estresor moderado o moderado/agudo, el organismo reacciona mediante un aumento en la actividad del Sistema Nervioso Simpático (SNS; aumento de la tasa cardíaca, presión sanguínea, aumento en la respiración, etc.), así como un aumento en la liberación de ciertos neurotransmisores (catecolaminas, serotonina, neuropéptidos, etc.). Esta respuesta que se desencadena en el organismo es necesaria para la supervivencia del individuo y, por tanto, es una respuesta adaptativa, a la que nos referimos comúnmente como estrés.

No obstante, una sobre activación del SNC, y una sobreproducción y liberación de neurotransmisores (NT), puede tener graves consecuencias en el organismo, y éste puede acabar desarrollando ciertas enfermedades y trastornos, lo que se conoce como carga alostática. Este término es sinónimo del término distrés, que denota una experiencia con un contenido emocional negativo que provoca confusión, baja concentración y ansiedad en el organismo, siendo pues perjudicial para la persona. (Molina, Gutiérrez, Hernández, & Contreras, 2008)

Otro de los mecanismos implicados en la respuesta fisiológica del estrés, a parte del SNS, es el eje hipotálamo-hipófisis- adrenal (HHA). La actividad de este eje se inicia en el núcleo paraventricular (NPV) del hipotálamo y da lugar a la liberación de glucocorticoides (GL) y catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), que son las principales hormonas del estrés, y actúan tanto a nivel periférico como a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC).

A nivel del SNC, son varias las áreas cerebrales implicadas en la respuesta de estrés, destacando el papel desempeñado por el hipotálamo, el hipocampo, la amígdala, el locus coeruleus, regiones del tallo cerebral y la corteza prefrontal.

Como se mencionará a lo largo de esta revisión, alteraciones en la actividad del eje HHA se relacionan con numerosas enfermedades y trastornos psicológicos.

(Villar & Triadó, 2014) Menciona que la ansiedad es “*un estado emocional caracterizado por síntomas de malestar, aprensión y preocupación excesiva que se desencadena ante una amenaza potencial, real o imaginaria, viéndose la persona incapaz de controlar este estado de inquietud*”. Suele ir acompañado de trastornos somáticos tales como taquicardias, tensión muscular, cefaleas, sudoración, sensación de ahogo, fatiga, trastornos del sueño, digestivos, etc.

Los síntomas de ansiedad son frecuentes en el anciano, acompañando a diversas patologías (depresión, demencia, alcoholismo, enfermedades somáticas) y es menos frecuente su diagnóstico como trastorno único.

En general, el estrés se relaciona con determinadas enfermedades de naturaleza cardiovascular, gastrointestinal, dermatológica, y/o metabólica. De especial interés es también la relación entre estrés y de trastorno de depresión mayor, cuyo origen parece ser una hiperactividad del eje HHA. Por otra parte, cabe mencionar que experimentar eventos traumáticos a lo largo de la vida predispone a las personas a desarrollar adicción a determinadas drogas, como el tabaco y el alcohol. Sin embargo, no todas las personas que se exponen a situaciones estresantes acaban desarrollando estrés, ya que existen diferencias individuales en la vulnerabilidad al estrés.

Dicha vulnerabilidad hace referencia a la susceptibilidad de un individuo a padecer estrés, algo que depende no sólo de la situación estresante sino también de determinadas variables

personales (tipo A de personalidad, evaluación cognitiva, estilos de afrontamiento, etc.) y sociales.

Son varias las aportaciones de la psicología a este terreno. Entre las principales técnicas empleadas para manejar y reducir los niveles de estrés destacan relajación y entrenamiento autógeno, mindfulness, técnica de respiración, reestructuración cognitiva e inoculación del estrés. (Fernández R. R., 2014)

¿Por qué el estrés ocasiona enfermedades? ¿Por qué algunas personas lo manejan mejor que otras? “*Los estresores crónicos activan el sistema inmune, lo que conduce a una persistente inflamación y enfermedad*”. (Miller & Blackwell, 2006)

Distintos tipos de estresores afectan al sistema inmune de maneras diversas. El estrés agudo, de corto plazo, como la dificultad de presentar una prueba o de hablar en público, fortalece el sistema inmune; pero el estrés intenso o prolongado, como el que es resultado de pobreza o discapacidad, puede debilitarlo o degradarlo, lo que aumenta la susceptibilidad a las enfermedades. (Segerstrom & Miller, 2004)

Existen diversas causas que favorecen la aparición y el mantenimiento de la ansiedad, variables biológicas, aprendizaje, predisposición genética, circunstancias que atravesase/haya atravesado la persona, capacidad para enfrentar las contrariedades, actitud ante la vida, educación recibida, resiliencia, en definitiva, de su historia de vida condicionada tanto por el ambiente como por la biología. Debido a esto, es muy importante atender cada caso de manera individualizada.

Cuantos más cambios estresantes ocurran en la vida de una persona, mayor es la probabilidad de que padezca una enfermedad grave en uno o dos años. El cambio, aun si es positivo, puede producir estrés y algunas personas reaccionan a él enfermándose.

El estrés ocasionado por los cambios de la vida va en aumento, según una encuesta en línea basada en reactivos selectos de la escala de cambios de la vida (Bonvoisin, 2008)

Tabla 4:

Comparativo de Cambio de Vida Después de Situaciones Estresantes.

Estrés en los cambios de vida	Unidades de cambio en la vida	
	1967	2007
Muerte de cónyuge	100	80
Muerte de familiar	63	70
Divorcio o separación	63/75	66
Cese o despido de trabajos	47	62
Nacimiento de hijos/embarazo	40	60
Muerte de conocidos	37	58
Matrimonio	50	50
Retiro	45	49
Reconciliación marital	45	48
Cambio de ámbito de trabajo	36	47
Hijos se van de casa	29	43

De manera indirecta, el estrés puede dañar la salud, a través de otros estilos de vida. Las personas sometidas a estrés duermen menos, fuman y beben más, se alimentan mal y prestan

poca atención a su salud (American Psychological Association, 2007). Ejercitarse a menudo, comer bien, dormir por lo menos siete horas y socializar con frecuencia se asocian con bajos niveles de estrés. Las personas que creen tener el control de su vida adoptan hábitos más sanos, se enferman menos y tienen mejor funcionamiento físico. ¿Cómo enfrentan las personas los sucesos traumáticos? Por sorprendente que parezca, el resultado más común es la resiliencia. Las personas resilientes que sufren una alteración de la vida normal se las arreglan para seguir funcionando como siempre o casi como siempre. *“Las relaciones de apoyo, junto con la propia habilidad de la persona para adaptarse con flexibilidad y pragmatismo a las dificultades, contribuye a la resiliencia”*. (Papalia & Martorell, 2012)

2.5.6. Ideación suicida

La asociación entre depresión y suicidio está bien documentada. Es el principal factor de riesgo. En el anciano se presenta de forma atípica en muchas ocasiones, en un complejo contexto médico y psicosocial. Esto hace que no sea siempre fácil de diagnosticar. A menudo, la depresión en los ancianos está infradiagnosticada e infra tratada, en parte por la creencia de que es normal en ellos estar deprimidos. Esto se relaciona en parte por la forma atípica de presentarse en los ancianos, como, por ejemplo, irritabilidad o los síntomas referidos a menudo como molestias inespecíficas o como quejas físicas difíciles de definir, pero no directamente como “síntomas” depresivos. A la hora de detectar la depresión en ancianos, y como estrategia de prevención del suicidio, debemos estar atentos a datos más específicos en la forma de presentación de la depresión en la etapa geriátrica: más quejas somáticas, apatía, vivencias de soledad y desesperanza, y, sin embargo, una menor verbalización de tristeza vital como tal.

La depresión es el principal factor de riesgo para el suicidio. Entre el 60 y el 90% de los ancianos que intentan suicidarse presentan síntomas depresivos. La existencia de sentimientos de desesperanza aumenta significativamente el riesgo tanto en la fase de tratamiento como en la de seguimiento. La presencia de alcoholismo también aumenta el riesgo. Esta mayor frecuencia del suicidio en el hombre podría explicarse por al menos dos factores. Uno de ellos sería el de la invalidez corporal, que sería menos tolerable para los adultos mayores ya que afectaría a la pérdida del control de sí mismo. Otro factor sería el del aislamiento social ya que los adultos mayores tienen unas redes de apoyo social más restringidas, situación que se agrava en el caso de la pérdida de la pareja.

2.5.7. Inutilidad

La depresión en el adulto mayor suele ser común después de alguna fractura, o algún accidente que es capaz de inmovilizar por completo al adulto, además que, cabe mencionar que el mayor periodo de riesgo es inmediatamente después del evento. La depresión se asocia con el abatimiento funcional en el paciente anciano, por lo que evaluar de forma precisa al paciente deprimido al momento del diagnóstico y durante el seguimiento del tratamiento puede ser crucial para determinar el estado de ánimo del adulto. (Bhalla & Butters, 2011)

La depresión se asocia frecuentemente con deterioro cognitivo. La evaluación cognitiva en el anciano con síntomas depresivos debe posponerse hasta 2 semanas después de iniciado el tratamiento y remisión de síntomas depresivos por la posibilidad de la existencia de Pseudodemencia depresiva, esta se agrupa entre las demencias "curables" porque, en realidad, no se trata de una verdadera demencia. Como lo sugiere el nombre, es, en realidad,

un trastorno del estado de ánimo, y también después que pasa el trastorno llega un grado de depresión. Una depresión de tipo inhibido, es decir, con predominio de comportamientos que eluden la ejecución de acciones. Los pacientes con depresiones de este tipo abandonan sus quehaceres habituales, tienden a permanecer quietos, buscan estar acostados en su cama, no hablan, no muestran interés por nada de su entorno, etc. Este cuadro comparte con la demencia el hallazgo de síntomas cognoscitivos tales como la desorientación espacio temporal y más comúnmente la hipoprosexia o disminución de la atención, esta última entendida como una disminución del campo de la conciencia.

2.5.7.1. Trastorno de marcha

Los trastornos de la marcha tienen un gran impacto en el adulto mayor y han aumentado en frecuencia como consecuencia del envejecimiento poblacional; estos son un problema en la población adulta mayor y causa importante de limitación funcional de las actividades de la vida diaria, aumentan la morbilidad y discapacidad siendo uno de los principales factores que contribuye a la institucionalización.

En esta época la humanidad asiste a una situación particular, más personas llegan a las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez, lo que ha convertido al envejecimiento de la población en un reto para las sociedades modernas. Esto, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma en un proceso, tributario de grandes decisiones y soluciones adecuadas con las consecuencias que de esto se derivan.

En los adultos mayores existen múltiples cambios y uno de ellos se observa en el sistema musculoesquelético. Los músculos se atrofian, disminuyen su masa y fuerza física, especialmente en miembros inferiores, aparece la osteoporosis y los ligamentos y cartílagos pierden resistencia y elasticidad, se producen además alteraciones de la sensibilidad vibratoria y cambios en la visión periférica, el paso se hace corto y más lento, según algunos autores esto es consecuencia de cambios de los reflejos posturales, cambios degenerativos del sistema piramidal y modificaciones y disminución en la capacidad de coordinación neuromuscular, por tanto ante las tareas difíciles, fatigosas y mantenidas mostrarán cansancio, agotamiento e incapacidad.

Mantener una calidad de vida adecuada en la persona que llega a la vejez, es uno de los problemas más graves con que se enfrentan los sistemas de salud y seguridad social en el mundo. La conservación de la marcha es uno de los requisitos más importantes para una ancianidad satisfactoria, sus trastornos según Oriol Franch, son un problema frecuente en las personas mayores y causan limitación de las actividades, al perder la deambulacion independiente, aumenta la morbilidad, y es un factor que contribuye a la institucionalización e ingreso en hogares de ancianos. (Leyva, 2008)

La capacidad de locomoción en bípedo es característica de los seres humanos, distinguiéndonos del resto de los seres vivos. La deambulacion en dos pies libera nuestras extremidades superiores y nos permite realizar otras actividades de la vida diaria e interactuar con el medio que nos rodea.

Los adultos mayores son especialmente sensibles a disminuir su capacidad locomotora, iniciando de esta forma un progresivo deterioro del estado de funcionalidad física, psíquica y social. A los 60 años, un 15% de los individuos presentan alteraciones en la marcha, 35%

a los 70 años y aumenta hasta cerca del 50% en los mayores de 85 años (Cerdeira, 2014). La alteración de la capacidad de marcha en los ancianos se puede complicar con caídas, es predictor de deterioro funcional, aumenta la morbilidad y contribuye al ingreso a residencias de larga estadía. Por todo lo expuesto es que el trastorno de la marcha constituye uno de los síndromes geriátricos más importantes

2.5.7.2. Trastorno de memoria

Al envejecer, el cerebro experimenta deterioros en varias áreas, sobre todo en el caso de tareas que requieren un tiempo de reacción rápido o hacer malabares con múltiples ocupaciones. El deterioro es mayor en las tareas que implican elección de respuestas (como presionar un botón cuando se enciende una luz y otro cuando se escucha un tono) y habilidades motrices complejas que involucran muchos estímulos, respuestas y decisiones (como conducir un vehículo). Esto se debe en parte a que la capacidad para ignorar las distracciones disminuye gradualmente con la edad, lo que hace más difícil realizar muchas cosas al mismo tiempo. Algunos de esos deterioros pueden deberse a cambios físicos reales del cerebro. (Papalia & Martorell, 2012)

La pérdida de memoria es una de las mayores amenazas para el cerebro que envejece. En efecto, si bien a cualquier edad pueden aparecer enfermedades cerebrales que causan fallas de memoria, son más frecuentes en los adultos mayores. Entre estas enfermedades queremos mencionar la enfermedad de Alzheimer, el deterioro cognitivo leve, las lesiones vasculares, el efecto de fármacos o drogas y los trastornos emocionales.

El deterioro cognitivo es un síndrome geriátrico muy prevalente que afecta a aproximadamente 24 millones de personas. Es considerado uno de los motivos más frecuentes en la consulta en atención primaria, con una prevalencia estimada de entre el 12 y el 18% en personas mayores a 60 años. Además, diversos estudios han estimado una tasa global del deterioro cognitivo leve de 7,6%, asociado con la edad, quejas subjetivas de memoria, deterioro en actividades instrumentales de la vida diaria y antecedentes de un menor rendimiento cognitivo (Vilchez, 2017)

En muchos casos, incluso a pesar del deterioro en ciertas habilidades, el conocimiento basado en la experiencia puede más que compensar los cambios físicos. *“Los deterioros no son necesariamente inevitables ni permanentes. Incluso cuando envejecemos nuestro cerebro mantiene su flexibilidad y puede responder de manera positiva”*. (Papalia & Martorell, 2012)

2.5.7.3. Síndrome metabólico

La depresión se ha relacionado con alteraciones del metabolismo de la glucosa, hipertensión, adiposidad central y dislipidemias, integrantes todos del llamado síndrome metabólico. Este síndrome es la concurrencia de varios factores de riesgo, para eventos cardiovasculares y de desarrollo de diabetes, cuya fisiopatología unificadora más probable es la resistencia a la insulina y la disfunción endotelial.

El síndrome metabólico (SM) es una condición clínica que aparece con amplias variaciones fenotípicas en personas con una predisposición determinada genéticamente y condicionada por estilos de vida no saludables tales como ingestión alta de carbohidratos y grasa, tabaquismo y sedentarismo que condicionan sobrepeso y obesidad.

El síndrome metabólico ha sido definido por el AdultTreatment Panel III como una situación de riesgo basada en la presencia de tres o más de los siguientes criterios: obesidad abdominal, triglicéridos altos, colesterol bajo, presión arterial elevada e hiperglicemia en ayunas (Aliaga, y otros, 2014)

Como en la adultez temprana, la alimentación, el tabaquismo, el consumo de alcohol y de drogas, así como la actividad física, influyen en la salud en la edad media, y también después. Quienes no fuman, hacen ejercicio, toman alcohol con moderación y comen muchas frutas y verduras corren cuatro veces menos riesgos de morir a la mitad de la vida y la vejez que las personas que no siguen estas conductas. En realidad, no sólo viven más, sino que tienen menos periodos de discapacidad al final de la vida. Los hombres y mujeres de edad media que dejan de fumar reducen su riesgo de enfermedad cardíaca y apoplejía; Por desgracia, sólo alrededor de la tercera parte de los adultos siguen las recomendaciones de salud y es particularmente improbable que obedezcan las directrices sugeridas para la dieta. El exceso de peso en la edad media aumenta el riesgo de deteriorar la salud y morir, aun en personas sanas y quienes nunca han fumado.

La actividad física a la mitad de la vida aumenta las probabilidades de conservar la movilidad en la vejez, al evitar el aumento de peso y mantener la salud por más tiempo ayuda a esquivar la mortalidad. El deterioro en la salud cardiovascular es particularmente marcado después de los 45 años; Factores indirectos, como la posición socioeconómica, raza, etnia y género también afectan la salud. Lo mismo pasa con las relaciones sociales, por ejemplo, la soledad en la adultez media predice descensos en la actividad Otro factor importante es el estrés, cuyos efectos acumulados en la salud física y mental comienzan a aparecer en la edad media (Papalia & Martorell, 2012)

2.6. Abandono

Desde años anteriores se ha presentado de forma recurrente el abandono a nuestros ancianos lo cual ha conllevado a que, en la actualidad, las personas de la tercera edad empiecen a ser desplazados no solo por parte de sus familias sino también por parte de la sociedad en general. (Palacios, 2016)

Una de las razones más comunes causante de este abandono es cuando una persona de la tercer edad deja de trabajar, ya sea por jubilación o desempleo, dejando de ser útil en el ámbito económico familiar, transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece. Situación que se transforma en causal de rompimiento de interacción humana, relaciones, comunicación y hasta la afectividad.

La violencia se observa en las calles, en los lugares de trabajo, en las escuelas y más aún en lugares tan privados como el seno del hogar. Las víctimas de violencia tienen en común su vulnerabilidad las cuales obedecen a muy diversos factores como: su condición de dependencia económica y/o afectiva, su desvinculación del medio socioeconómico, edad o nivel educativo. (Ruiz & Orozco, 2009)

La tercera edad se convierte en un momento donde de la vida del adulto mayor pierde total importancia para la familia, afectándose a sí mismo y sintiéndose desplazado por la familia, reduciéndose su mundo social, provocando en el adulto mayor una serie de repercusiones tales como abandono familiar social, aislamiento, transformación o cambios en los lazos afectivos, cambios bruscos en los estadios de ánimo, etc.

El aislamiento y la soledad en el anciano sigue siendo cada vez más patente en una sociedad inmersa en una creciente competitividad y deshumanización. Se ha observado que

aproximadamente el 20% de la población experimenta la soledad y el abandono social, en un entorno de estrés y violencia, lo que ha ocasionado importantes cambios sociales y culturales que han venido a neutralizar los valores tradicionales que protegían a la familia y en especial a los adultos mayores. (Ruiz & Orozco, 2009)

Otro caso frecuente ocurre cuando la familia toma posesión de los bienes del adulto mayor, aprovechando su condición, falta de memoria o dependencia. El abandono cobra sentido cuando al dueño original se le ignora, o incluso este puede ser mandado a un asilo o cas de retiro sin su consentimiento

Hoy día el adulto mayor no solo es abandonado por la familia sino también por la sociedad donde estos dejan de tener un papel activo y simplemente son visos como personas que generan problemas, excluyéndolos de actividades o lugares donde se les limita la entrada

El abuso en el adulto mayor se ha generalizado; principalmente en el ámbito familiar puede definirse como violencia intrafamiliar. Se trata de un acto de omisión único o repetitivo que consiste en el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono cometido por un miembro de la familia; esta violencia, se puede dar en relación con el poder del que ejecuta la violencia o bien en función de: sexo, edad o condición física.

La prevalencia de casos de abusos del anciano no es fácil de obtener debido a varios factores:

- Miedo a la familia o al cuidador.
- Vergüenza
- Sentimiento de culpa
- La demencia como patología coadyuvante

Los profesionales de la salud especialmente en el primer nivel de atención deberíamos analizar los factores condicionantes que puedan provocar abandono en el adulto mayor tales como las enfermedades crónico-degenerativas, las cuales pueden provocar desgaste del “cuidador” o de toda la familia -con el consecuente abandono del anciano. (Ruiz & Orozco, 2009)

CAPITULO III.

Psicología Clínica

3. Psicología Clínica

La psicología es una ciencia que se define por el estudio del comportamiento en todas sus manifestaciones y contextos; Esta se ocupa del estudio, explicación, promoción, prevención, evaluación, tratamiento psicológico y rehabilitación de aquellos fenómenos psicológicos, conductuales y relacionales, que inciden en la salud y hábitos de los seres humanos.

El comportamiento es lo que hace la gente y supone, por tanto, alguna acción, actividad o conducta. En este sentido, el comportamiento tiene una variedad de formas o manifestaciones que incluyen la actividad mental, la respuesta fisiológica, la reacción emocional, el decir y el hacer propiamente. Puesto que todo comportamiento se da en algún contexto, la Psicología estudia el comportamiento en los distintos contextos incluyendo las relaciones sociales, las actividades laborales, el desarrollo educativo, la vida familiar y, en fin, todos los ámbitos del hacer humano. (Papeles del Psicólogo, 2003) La psicología clínica se ocupa del comportamiento y los fenómenos psicológicos, su objetivo es el desarrollo y la aplicación de principios, métodos, procedimientos e instrumentos de evaluación, que permiten, observar, comprender, predecir, tratar y prevenir trastornos de comportamiento, alteraciones o trastornos cognitivos, emocionales y comportamentales, malestares y enfermedades en todos los aspectos de la vida humana, así como la promoción de la salud y el bienestar personal y de la sociedad. (CNEPC, 2003)

La psicología clínica es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos.

3.1. Las funciones del Psicólogo desde el modelo cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual está basada en la idea de que la depresión es causada por una combinación de déficit en las habilidades de afrontamiento, problemas con la regulación emocional y una perspectiva muy negativa sobre su situación en el mundo, conforme a las capacidades del adulto mayor, teniendo en cuenta que en el caso del adulto mayor es mucho más complicado que este aprenda nuevas habilidades y nuevo material para afrontar las situaciones.

Por eso se proponen tres métodos de trabajo

1.- Trabajo clínico en consulta con el usuario en donde se implementarán técnicas para desarrollar habilidades que le ayudaran a regular la depresión

La creencia de los usuarios, la reanudación de actividades positivas y la comunicación, son de manera importante objetivos relevantes de la terapia.

2.- trabajo clínico con cuidadores, donde el trabajo del psicólogos dotar de habilidades al cuidador para genera una sana convivencia con el usuario, así como evitar el estrés en este

3.- trabajo multidisciplinario en grupos en donde el psicólogo junto a otros profesionales será de ayuda para que el adulto mayor tenga una vida más activa. (Rude & Bates, 2005)

Dicho lo anterior la terapia cognitivo conductual es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. Este tipo de terapia puede ayudar al adulto mayor a cambiar la forma cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de algunas de las otras "terapias habladas",

la terapia cognitivo conductual se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora (Royal College of Psychiatrists., 2009)

De esta forma se puede decir que la terapia cognitivo conductual observa al ser humano y su comportamiento, partiendo del pensamiento desde una perspectiva científica y manejando el interior de las personas para hacer más completo su análisis, objetivo y su planteamiento. Dicha terapia lleva al paciente a descubrir otras posibilidades de solución, siendo un trabajo terapéutico directivo, ya que genera un mundo de perspectivas a partir de las cuales puede enfocar lo que provoca conflicto, llevando al paciente a encontrar por él mismo lo que le genera malestar, o pensamientos irracionales.

3.2. Prevención

Una vez hablado sobre la terapia cognitiva conductual nos enfocaremos en un punto importante de esta, la prevención que es entendida como el logro de que la población llegue a tener un conocimiento respecto de las causas, incidencias, características y consecuencias de la depresión, por medio de la sensibilización, concientización, información y difusión adecuadas en una promoción de Salud Mental; además de que, en muchos casos, esta misma interacción con la gente ayuda, ya que hay casos en que no existe prevención efectiva. (Rozados, 2003)

La prevención está relacionada con los factores contribuyentes y con el apoyo social que es de utilidad en el manejo de las pérdidas de seres queridos y en los cambios en la movilidad. En muchos casos, no existe prevención efectiva.

En ocasiones muchas personas deprimidas son objeto de equivocadas creencias sobre la enfermedad mental, en el seno de su misma familia, lo cual retarda el diagnóstico, y por ello el tratamiento siendo afectados por un falso diagnóstico precoz, dado por la familia y amigos los cuales no toman en cuenta los diferentes síntomas que pueden existir.

El origen de la sintomatología depresiva puede derivar de la deficiencia de neurotransmisores, factores biológicos, pérdidas en general (cónyuge, amistades, trabajo) o por el tipo de personalidad. Existe la depresión mayor, la que se caracteriza por una alteración del estado de ánimo, disminución del interés, pérdida de placer en todas las actividades que se realizan, cambios en la pérdida o ganancia del peso corporal, movimientos lentos o bien una mayor agitación, insomnio, pérdida de la energía, así como una disminución de la concentración y pensamientos recurrentes de muerte (Parra & Aguilar, 2009)

En una depresión menor se presentan de dos a cinco de los síntomas anteriores, razón por la cual, es importante identificar el estadio en el que se encuentra el adulto mayor. (Gómez-Feria, 2002)

Una vez que se detecta alguno de estos síntomas es necesario como parte de la prevención ver si el adulto mayor realiza alguna de las siguientes actividades, las cuales son vistas como parte de la prevención de la depresión

- Las personas que cuentan con redes sociales activas tienen menor probabilidad de deprimirse luego de pérdidas importantes.
- La familia, como sistema y red de apoyo social informal cumple con dos funciones básicas:

- Asegurar la supervivencia, el bienestar físico, la suficiencia de alimento y vestido.
- Proporcionar los vínculos afectivos, no solo en la enfermedad, sino también en su rehabilitación.
- El médico familiar debe fomentar en el adulto mayor, estilos de vida saludables (ejercicio aeróbico, dieta sana, erradicación de adicciones etc.), así como promover la asistencia a grupos de atención social a la salud y terapia ocupacional.
- La actividad física tiene efectos favorables sobre la disminución del riesgo de padecer depresión.
- Se recomienda alentar a los pacientes con riesgo de depresión para que aumenten y mantengan la actividad física compartida con familiares o amigos, ya que tiene beneficios inmediatos y efectos poco riesgosos sobre el cuadro depresivo.
- Es recomendable que el paciente anciano mantenga un régimen de vida variado, que incluya paseos, caminatas y diversiones, alternando actividades físicas con recreativas y reposo, eligiéndolas según sus gustos y actitudes.
- Se recomienda obtener información referente a síntomas de depresión, proporcionados por el cuidador primario con el fin de identificar factores de riesgo para depresión, en particular en los mayores de 80 años.
- El médico familiar deberá buscar de manera intencionada y periódica síntomas depresivos en el adulto mayor con la finalidad de realizar un diagnóstico y ofrecer un tratamiento oportuno.
- El aislamiento social en la vejez secundario a depresión está relacionado con un declive de las capacidades físicas y mentales.

- Se recomienda mantener una comunicación con los miembros de la familia, los amigos, los vecinos, y los grupos comunitarios ya que es fundamental para la salud en todas las edades, en especial en pacientes deprimidos donde es más probable que las personas mayores tengan duelos o pérdidas y sean susceptibles a la soledad y al aislamiento social.
- Se recomienda que el adulto mayor deprimido realice ejercicio regular y consiga desarrollar su autoestima lo que favorecerá un mayor apoyo entre sus semejantes y mejorará las relaciones con el entorno.
- En un estudio sobre prevención de caídas (educación, hogar seguro y entrenamiento físico), los sujetos mayores de 65 años que recibieron entrenamiento mostraron mejor control del equilibrio y marcha, reducción del miedo a las caídas, menor depresión y mejora de la calidad de vida.
- Una vez hablada la prevención daremos paso al tratamiento el cual puede dividirse en dos tipos el tratamiento farmacológico y el psicológico

3.3. Tratamiento

Los objetivos del tratamiento consisten en la reducción de los síntomas depresivos, evitar la idea suicida, de las recaídas o de las recurrencias, mejorar el estado cognitivo y funcional y ayudar a los pacientes a que desarrollen las habilidades necesarias para lidiar con su incapacidad o adversidad psicosocial, si fuera necesario.

Una vez diagnosticado el grado de depresión se procederá tomar terapia o llevar un tratamiento médico. Los antidepresivos, la psicoterapia o ambos son necesarios y su combinación es la opción terapéutica preferida para la DEA; sin embargo, la farmacoterapia o la psicoterapia como únicas medidas son alternativas aceptables si la depresión es leve. La

terapia electroconvulsiva es una opción si el paciente no responde al tratamiento farmacológico, si tiene posibilidades de fallecer debido a la falta de alimentación o si presenta psicosis.

La mayoría de las personas que tienen depresión pueden ser evaluadas y tratadas por el médico de primer nivel de atención, sin recurrir a los servicios especializados de primera intención. Sin embargo, en caso de duda diagnóstica y ante la concurrencia de poli patología y resistencia al tratamiento, se recomienda tomar en consideración la necesidad de interconsulta con el especialista. El psiquiatra y el médico de primer nivel deben evaluar la severidad del trastorno depresivo, detectar los posibles factores etiológicos y desencadenantes, investigando los efectos de los tratamientos aplicados con anterioridad.

Es de vital importancia identificar y en caso necesario buscar, una red de apoyo preferentemente en: la familia, los vecinos, amigos, compadres, etcétera. Sobre todo, en las primeras semanas de tratamiento, cuando puede ser de mayor dificultad el manejo del enfermo. Así como para monitorear los efectos secundarios de la prescripción y verificar el cumplimiento de las indicaciones médicas.

Menciona (Peña, 2009) los objetivos del tratamiento del trastorno depresivo mayor en los ancianos consisten en mejorar la calidad de vida, optimizar el funcionamiento, lograr la remisión de los síntomas y prevenir las recaídas y recurrencias.

Si el entorno cercano al anciano cree que este está pasando por una depresión, es necesario actuar a tiempo. No importa la renuencia del enfermo: la obligación de las personas que lo cuidan es consultar cuando ven cambios drásticos en el ánimo y el comportamiento del anciano.

Por eso, es recomendable acudir al médico de cabecera y contarle lo que han visto en el anciano en los últimos días, semanas o meses. Es importante que le cuenten no sólo los cambios físicos y de comportamiento por los que está pasando, sino también los pesares por los que el adulto se queja constantemente. Cualquier detalle es importante para diagnosticar certeramente esta enfermedad.

Lo más seguro es que, gracias a esta información, el médico remita al paciente a un especialista. El psiquiatra seguramente le ordenará antidepresivos y psicoterapia. Estos deben ser únicamente ordenados por él, en la dosis y periodicidad adecuada.

En casa, el adulto mayor puede ayudarse a pasar por esta mala racha. Para eso, es recomendable:

- Evita la automedicación.
- Evitar el consumo de cualquier sustancia psicoactiva, hacer ejercicio regularmente tener buenos hábitos de sueño y cuidar la alimentación.
- Hablar de los problemas con personas cercanas y discutir sus soluciones.
- No dejar a un lado las actividades que antes brindaban placer o bienestar (visitar a los amigos, hijos y nietos, tejer, bordar, caminar, acudir a celebraciones religiosas, leer, pintar, etc.).
- Tomar juiciosamente los medicamentos ordenados por el psiquiatra y acudir con puntualidad a las citas con él o el psicólogo.

Los deberes de los hijos, familiares o cuidadores para con el paciente deprimido son:

- Vigilar que el enfermo se tome los medicamentos para la depresión de forma adecuada.
- Llevarlo a las citas con el psiquiatra o el psicólogo.

- Vigilar sus hábitos de sueño.
- Controlar su alimentación.
- Escucharle sus penas y angustias.
- Alentarlo a que realice actividades que le produzcan bienestar y alegría.
- No juzgarlo, sino llenarlo de amor y comprensión.

La depresión en el adulto mayor, aunque común, es una enfermedad que merece toda la atención por parte de su entorno. Los cambios, a veces difíciles, que se presentan a esta edad, pueden conllevar a un cuadro depresivo que puede afectar tanto la salud física como la salud mental del afectado.

Una vez visto el principal objetivo del tratamiento hablaremos del tratamiento farmacológico, como ya se mencionó, es aquel recetado por el doctor o especialista

3.3.1. Tratamiento farmacológico

En esta apartado no es posible hablar a profundidad del tratamiento farmacológico, siendo el encargado el médico que se encarga de atender al adulto mayor en un trabajo multidisciplinario, en donde se tomarán en cuenta diversas recomendaciones hechas por diferentes instituciones.

En los ancianos, la respuesta es similar a la de los adultos más jóvenes, pero tienen mayor sensibilidad a los efectos secundarios y mayor riesgo de interacciones medicamentosas, debido a las alteraciones farmacocinéticas y farmacodinamias propias del envejecimiento y por la presencia habitual de pluripatología y polimedicación. (Sánchez, 2005)

Se recomienda empezar siempre el tratamiento con dosis bajas y aumentarlas de manera más lenta que en los adultos, sin caer en el gran peligro del infra tratamiento, que es la principal causa de fracaso terapéutico.

Existen diversos criterios para elegir un fármaco. En cuanto a los criterios de respuesta, casi todos demuestran una eficacia similar, aunque al parecer, en las depresiones graves son más eficaces los clásicos tricíclicos. Se dice que en cuantos más sitios actúe un antidepresivo, más eficaz es, y los tricíclicos son los antidepresivos que actúan en más sitios; de ahí también su alto nivel de efectos secundarios. Si se utiliza el criterio de tolerabilidad, se toleran mejor los nuevos antidepresivos, los que además son más selectivos y por lo tanto tienen menos efectos secundarios indeseables.

En la práctica se utiliza una combinación de criterios de eficacia y de tolerancia, sin olvidar algo muy importante, y es que cuando ha habido un antecedente depresivo previo que ha tenido buena respuesta a un fármaco, si no hay contraindicación actual, ése es el antidepresivo que se debe elegir ahora. Esto tiene un alto grado de evidencia, incluso cuando la respuesta ha ocurrido en un familiar, aunque el grado de evidencia en ese caso es algo menor. Por lo tanto, es necesario considerar respuesta previa, enfermedad o medicación actuales, la existencia de alguna contraindicación, total o parcial, y los efectos secundarios. Los tricíclicos son magníficos antidepresivos, pero tienen muchos efectos secundarios, por lo cual en los ancianos no son de primera elección.

De los nuevos antidepresivos, los más conocidos y estudiados son los inhibidores de la receptación de serotonina; dentro de ellos, la elección se realiza en función de dos criterios, que son la vida media y la capacidad de inhibición del citocromo. Este último criterio es

importante, porque a través de este sistema enzimático se metabolizan la mayoría de los fármacos que se van a utilizar.

Los cuadros depresivos de suficiente intensidad también deberían considerarse depresiones clínicas susceptibles de tratamiento farmacológico.

Así, estudios controlados demuestran que un 75-80% de los ancianos presentan una buena respuesta al tratamiento antidepresivo; por lo tanto, la depresión en el anciano es una enfermedad tratable.

Al escoger un fármaco antidepresivo en pacientes ancianos, debemos tomar en consideración diversos factores que hacen de esta elección un proceso claramente diferenciado del que se sigue en el adulto joven.

Entre los factores prioritarios en el proceso de elección de un antidepresivo en el anciano destacan el mecanismo de acción del antidepresivo y la afinidad para los receptores postsinápticos más implicados en la producción de efectos adversos mencionados (Heerlein, 2002) entre los cuales encontramos:

- Inhibidores selectivos de la Re-asimilación de la serotonina (SSRI):

Medicamentos que se basan en la estabilización de los niveles de la serotonina, que es un neurotransmisor. Se ha observado que los niveles bajos de serotonina guardan relación con la depresión. Provocan menos efectos secundarios que los medicamentos tricíclicos.

- Tricíclicos:

Los tricíclicos, que conforman una familia más antigua de fármacos antidepresivos, aumentan los niveles de neurotransmisores en el cerebro. Pueden provocar más efectos secundarios.

- Inhibidores de la monoamina oxidasa (MAOI):

Estos fármacos no suelen utilizarse en la actualidad. Los MAOI son medicamentos que elevan el nivel de neurotransmisores en el cerebro. Se emplean mayormente cuando otros medicamentos no resultan eficaces o no se toleran.

- Terapia electroconvulsivante (ECT):

Se aplica durante varios días una breve descarga eléctrica mediante electrodos fijados a la cabeza, con el fin de provocar cambios en el funcionamiento del cerebro. La ECT sólo se emplea para la depresión grave (que constituya una amenaza para la vida) y cuando los medicamentos no resultan eficaces.

3.3.2. Tratamiento NO farmacológico.

En ocasiones, las personas no acuden al médico o con el terapeuta lo cual hace que los familiares o adultos mayores opten por algún medico alternativo, como es el naturista que con plantas o alimentos prometen poder curar la depresión, entre estos alimentos o hierbas encontramos:

- Hipérico (mejor conocida como hierba de San Juan):

Esta planta se ha empleado tradicionalmente como antiinflamatorio en casos de contusiones y para espasmos musculares y calambres, pero ahora se ha podido determinar que también ayuda a las personas que sufren de depresión leve y hasta resulta positivo a largo plazo para controlar la ansiedad. (Aldaba, 2020)

- Borraja:

El jugo de las hojas frescas de esta planta es útil para combatir la depresión nerviosa. Hay que tomar 10 ml de zumo tres veces al día. Albahaca: Su aceite esencial se emplea en

baños (de 5 a 10 gotas) para la depresión, agotamiento nervioso, fatiga, cansancio y melancolía. En aromaterapia se emplea en conjunto con otros aceites esenciales, como el hisopo y la bergamota, para realizar masajes estimulantes y antidepresivos. Se puede comer sus hojas frescas en ensalada.

- **Damiana:**

Es una planta antidepresiva y es, además, un buen tonificante nervioso y para el sistema hormonal masculino. Combina bien con la avena para la depresión. Se recomienda el consumo diario de 20 gramos de hierba en infusión.

Al igual que el consumo de plantas en diversas ocasiones se habla de que el comer determinadas frutas pueden ser útiles para el tratamiento de la depresión tales como:

- **Kiwis y cítricos:**

Estas frutas, ricas en vitamina C, evitan la sensación de fatiga y el sentimiento de tristeza.

- **Chocolate, avena, germen de trigo, cereales enteros, mariscos, higos secos y nueces:**

Estos alimentos contienen magnesio que resulta un elemento esencial contra la depresión.

Sin embargo, esta forma de tratar la depresión no es la adecuada pues no se le da la debida importancia que esta tiene la cual nos lleva a hablar del apoyo psicológico que debería ser aquel que es visto como primera opción ante dicha situación.

3.3.3. Apoyo Psicológico

En el área psicológica se imparte orientación en temas de relaciones interpersonales, autoestima, depresión, estrés, aceptación en el grupo y en casos especiales atención

terapéutica. Específicamente, se pretende que los psicólogos contribuyan con el diseño de medidas fiables que permitan una evaluación y seguimiento de los programas de intervención y que se preocupen por emplear estrategias que contribuyan al cambio conductual y a la promoción y prevención de la enfermedad, optimizando el proceso de adaptación con intervenciones que apunten a necesidades propias de la población y del contexto familiar y social que lo rodea (COP, 2012)

En el área social se presentan actividades como manualidades, talleres, espiritualidad, entre otros.

Pero aún con toda esta atención brindada por las instituciones de seguridad social los adultos mayores continúan experimentando problemas de salud Física, emocional y social.

En cuanto a los cuidadores, (Hernández Z., 2006) el psicólogo juega un rol en ayudar a estos, de forma que el psicólogo se encargará de proporcionar técnicas de relajación, de control de tiempo y de comunicación para que de esta forma el cuidador pueda ayudar al usuario a tener diversos cuidados. No obstante, no es la única forma en la que el psicólogo interfiere en este proceso, siendo este el que se encargará de dar atención al cuidador en caso de sentir alguno de los síntomas ya establecidos como lo pueden ser:

- 1) Entrenamiento en adquirir nuevas estrategias psicológicas para hacer frente a la situación.
- 2) Reestructuración cognitiva de todos los pensamientos negativos surgidos a raíz del bajo estado de ánimo.
- 3) Técnicas específicas para controlar las preocupaciones excesivas derivadas de la ansiedad: parada del pensamiento, tiempo limitado dedicado a preocupaciones.

- 4) Resolución de problemas para encontrar descargas en su tarea.
- 5) Descarga emocional.
- 6) En el caso de fase terminal de una enfermedad o de muerte: preparación y acompañamiento a la muerte y superación del duelo.
- 7) Terapia de pareja en el caso de que la relación haya salido perjudicada a raíz de la situación.
- 8) Relajación progresiva.
- 9) Relajación autógena.
- 10) Entrenamiento en respiración controlada

Muchas veces estos ya cuentan con una gran gama de conocimientos para la ayuda del adulto mayor como puede ser el RCP, el mantenimiento de la limpieza y la disposición de dar su tiempo al cuidado de estos por un pago o porque es parte de su trabajo, generando de esta forma que el adulto mayor tenga una mejor calidad de vida, sin embargo cabe destacar que es necesario que estos cuidadores, acudan con el psicólogo, cada determinado tiempo pues muchas veces a pesar de que sea su trabajo, inicia a realizarlo de mala gana, provocando que la calidad de vida disminuya y no se plena ni para el adulto mayor ni para la familia de este.

Estos servicios se pueden encontrar de forma directa en un hospital, donde el cuidador iniciara a ir a casa del usuario, para darle atención, asimismo esta atención se da en asilos en donde los cuidadores ayudarán a los usuarios de los asilos con sus cuidados, sin embargo, muchas veces por los recursos estos se verán disminuidos por la carga de personas que hay que atender

También se pueden dar con enfermeras, enfermeros particulares, quienes cuentan con estudios y con referencias de su trabajo en esta área quienes estarán a cargo del cuidado del adulto mayor en su casa.

3.3.3.1. Psicoterapia

Obtener nuevas actividades y responsabilidades, así como sustituir las que realizaba el adulto mayor, incluso adaptarse a un nuevo estilo de vida, genera estrés al cuidador; estos cambios producen sentimientos, temor, culpa, irritabilidad, tristeza y sensación de impotencia al enfrentarse a esos cambios.

Esta sobre carga en el cuidador puede afectar a su vida cotidiana y a su desempeño laboral por lo cual es recomendable que este acoda a psicoterapia. Esta sobrecarga puede ocasionar deterioro en la salud física y psicológica del cuidador, así como la del adulto mayor, dañar la convivencia y dinámica familiar, además de disminuir la eficacia de los cuidados dados, el apego a tratamientos, generar violencia hacia el adulto mayor o al cuidador. En el primer nivel de atención médica, son muchos los casos en los que se observa que el ámbito familiar repercute no solo en el paciente, sino en su cuidador y que, si son detectados a tiempo, se podrán tomar medidas para prevenir la sobrecarga. (García-Cardoza, 2018)

La sobrecarga puede ser manejada mediante diferentes técnicas o terapias, entre ellas se encuentra la terapia cognitivo-conductual, que ha demostrado tener efectos positivos en el reacondicionamiento y eliminación de pensamientos negativos en una serie de sesiones otorgadas por personal experto en el área. El programa está basado en los planteamientos de

la terapia cognitiva de Beck y el modelo conductual de Lewinsohn, estructurado en 8 sesiones, a través del cual se entrena a los participantes mediante ejercicios programados en habilidades de detección y cambio en sus pensamientos y otras estrategias conductuales dirigidas a mejorar su bienestar.

Dentro de las sesiones se abordarán temas de relajación para el cuidador, así como el comprender que su vida diaria seguirá adelante sin la necesidad de desatender al adulto mayor en su cuidado, ya que su vida no se terminará por atender al adulto mayor, también se verán forma de organizar horarios para que el cuidador no se sienta atado al adulto, de forma que la psicoterapia genere herramientas en el cuidador para poder tener una sana convivencia con el adulto mayor.

3.3.3.2. Capacitación a los cuidadores y personal

Al hablar o pensar en el cuidado del adulto mayor, por lo general la primera figura que se nos viene a la cabeza es la femenina; que una mujer aparezca haciéndose cargo de un otro u otros es por decirlo de algún modo, algo natural estudios mencionan que existen tres fuentes de cuidado, el Estado, la familia y el mercado. En estos tres escenarios la mayoría de los cuidadores son mujeres (Huenchuan, 2009), sin embargo, la figura del cuidador la podemos encontrar tanto en el ámbito familiar como en el multidisciplinario, mismo que utilizaremos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) define los cuidados paliativos como *“el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias”* que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación

y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Considera que el equipo sociosanitario debe aproximarse a los enfermos y a sus familiares con el objetivo de responder a sus necesidades, y enumera las siguientes características de los cuidados paliativos:

- Proporcionan el alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento.
- Promocionan la vida y consideran la muerte como un proceso natural.
- No se proponen acelerar el proceso de morir ni retrasarlo.
- Integran los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del paciente.
- Tienen en cuenta el soporte y los recursos necesarios para ayudar a los pacientes a vivir de la manera más activa posible hasta su muerte.
- Ofrecen apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo.
- Mejoran la calidad de vida del paciente.
- Se aplican desde las fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida (como la quimioterapia, radioterapia, etc.).
- Incluyen también las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

Hay tres factores importantes de los que se encargan los cuidados paliativos, la calidad de vida, el sufrimiento y la autonomía.

Los cuidados paliativos se refieren a la calidad de vida como los aspectos de paciente como la capacidad física o mental, la capacidad de llevar una vida normal y una vida social satisfactoria, el logro de los objetivos personales, los sentimientos de felicidad y de satisfacción, así como la dimensión existencial o espiritual. De esta manera, en la calidad de

vida pueden identificarse cuatro dominios: bienestar físico, psicológico, social y espiritual. (Galvez, 2013)

De esta forma podemos hablar de que al no tener una calidad de vida óptima el paciente genera malestar y sufrimiento. El encuentro con la enfermedad terminal es una causa de sufrimiento tanto para el paciente como para sus familiares y para los profesionales que les atienden. No resulta extraño que los profesionales vinculen los síntomas físicos al sufrimiento y, aunque la presencia de dichos síntomas suele ser un antecedente importante, no son la única fuente de sufrimiento.

Todo esto dirigido a la autonomía del paciente el cual en muchas ocasiones no puede expresar el sentir ya sea porque físicamente les es complicado o porque no saben cómo expresar la situación

Una vez referidos estos puntos se puede hablar de la organización de los cuidados paliativos en el cual el enfermo tiene derecho a recibir cuidados paliativos en diversos ámbitos y servicios, a nivel domiciliario, hospitalario o en centros sociosanitarios. Es necesario que estos servicios trabajen de forma coordinada para asegurar que las necesidades de los pacientes y de los cuidadores sean atendidas sin pérdida de continuidad

Para poder llevar a cabo cuidados paliativos de manera exitosa ,los cuidadores deben poseer una formación básica sobre cómo efectuar una buena comunicación tanto con el paciente como con la familia, para obtener sus necesidades, conocimientos sobre la enfermedad y los problemas que ésta puede provocar así como saber actuar de forma personal y familiar con el paciente, para lograr mantener calma en situaciones de estrés y soportar las complicaciones que se pueden dar ante la enfermedad de un paciente.

La función del cuidador en la atención de pacientes será tratar de que estos adquieran, la mayor autonomía posible y conserven su dignidad hasta la muerte con respeto a su voluntad por lo que procurará cubrir los siguientes aspectos:

- Evaluar las alteraciones en la calidad de vida provocadas por la enfermedad y su tratamiento, la forma cómo se afectan los pacientes y cómo lo afrontan.
- Lograr el mayor equilibrio físico, psíquico y ambiental del enfermo.
- Apoyar al médico para explicar el diagnóstico y brindar informaciones de interés al paciente y a su familia.
- Orientar y educar a la familia sobre los cuidados, la dieta, medicamentos, etc.
- Brindar ayuda al paciente y a su familia a prevenir y enfrentar las situaciones de crisis.
- Prevenir las complicaciones de la inmovilidad y encamamiento prolongados.
- Coordinar la continuidad de los cuidados y la interrelación entre los diferentes servicios y niveles asistenciales.
- Preparar al paciente y su familia ante un ingreso hospitalario o el traslado a su Domicilio.
- Proporcionar a la familia ayuda para afrontar la muerte y la fase de duelo.
- Colaborar con otros miembros del equipo asistencial para reducir el desgaste y cansancio físico y aumentar la tolerancia mutua en situaciones difíciles.

La depresión en el paciente paliativo es importante porque empeora su calidad de vida y la de sus allegados.

3.3.3.3. Apoyo a la familia

La creencia en nuestra sociedad respecto al deber de cuidar a los familiares y la falta de recursos económicos para llevarlos a algún buen acilo hace que muchos de ellos se queden

a vivir con alguno de los hijos. La consecuencia es la de que alguien debe hacerse cargo de ellos y estar prácticamente las 24 horas del día pendientes de darles atención.

También encontramos el cuidador de más de 65 años que atiende a su pareja con una enfermedad crónica o demencia. Actualmente hay una incidencia creciente en este tipo de cuidador debido al aumento de la esperanza de vida.

En estas situaciones, los cuidadores acaban teniendo una falta muy importante de tiempo destinado a ellos mismos o a actividades recreativas a sí mismos y una sobrecarga de trabajo ya que deben abordar la actividad laboral propia con la de cuidador. Su vida pasa a estar completamente dedicada a los demás y al poco tiempo de encontrarse en esta situación, muchos empiezan a manifestar síntomas claros de bajo estado de ánimo y de ansiedad que pueden llevar a desarrollar un trastorno psicológico.

Este tipo de cuidadores son propensos a no tener conocimientos del cuidado del adulto mayor, por lo cual muchas veces tendrán dudas, inquietudes, incluso frustraciones por no poder conocer las técnicas adecuadas, por ello el psicólogo es necesario, para que él pueda brindar dichas técnicas para el cuidado, así como técnicas que ayuden al cuidador a tener más calma con la situación

En caso de muerte del familiar, el psicólogo ayudara a afrontar la perdida al cuidador, de esta forma pueda seguir con su vida cotidiana.

3.3.3.4. Trabajo multidisciplinario.

En cuanto al ámbito multidisciplinario, también encontramos la figura del cuidador en enfermeras de hospitales, enfermeras de residencias geriátricas y trabajadores sociales, entre otros, aunque los diferentes tipos de cuidadores mencionados presentan problemáticas específicas, también coinciden en muchos aspectos como son la sobrecarga emocional y las dificultades en la relación y la comunicación con el paciente.

Durante los últimos años, a causa del crecimiento de la población adulta, disciplinas como psicología, medicina, gerontología, sociología, entre otras, se han preocupado por estudiar diversas variables en esta etapa del ciclo vital y por contribuir al desarrollo de teorías e instrumentos que permitan un acercamiento integral al adulto mayor.

El envejecimiento poblacional ha originado cambios no solo en las estructuras sociales, económicas y culturales de cada país, sino también ha afectado las distintas áreas del adulto mayor (familia, economía, salud, tejido social), llevando a que distintos países se cuestionen temas relacionados con el trabajo y la jubilación, la calidad de vida, la salud, el involucramiento social y la búsqueda de la seguridad económica de estas personas. A lo anterior se unen factores, tales como los procesos migratorios, el paso de la familia extensa a la familia nuclear y con esto una reducción del número de miembros que la componen, así como también el nuevo rol femenino que incorpora a la mujer al mundo laboral, y los procesos de separación, divorcio, que han llevado de una u otra manera a que se limite la dinámica familiar y, por ende, la permanencia de los adultos mayores con sus familiares (Fernández R. , 2010)

El campo de intervención de un psicólogo es amplio: clínica, educativa, intervención social, industrial, recursos humanos, investigación, etc. En los últimos años la psicología ha investigado y propuesto modelos de intervención en un ámbito nuevo: el de las personas mayores, con aportaciones que inciden directamente sobre el nivel de calidad de la atención a este colectivo.

El psicólogo con formación especializada en mayores y con vocación hacia el trabajo interdisciplinar, es un profesional altamente cualificado en las áreas cognitiva, psicoactiva, funcional y social, en la evaluación de estas, así como en la elaboración de programas de intervención en dichas áreas y para ámbitos como el comunitario para residencias o servicios de otro tipo. (Mielgo, Ortíz, & Ramos, 2001) Además, debe considerar una perspectiva teórica que reflexione sobre el papel que tiene la interacción social en la construcción de la vejez y en la conformación de nuestras concepciones sobre este y otros fenómenos. Pero también, debe considerar el papel histórico y social que tiene cualquier fenómeno a estudiarse, en este caso, la vejez, y reconocer que nuestras concepciones y representaciones sociales sobre estos fenómenos están mediadas por el cambio histórico y social. (Ramos, Meza, Maldonado, Ortega, & Hernández, 2009)

Algunas de las tareas más habituales son:

- Los programas preventivos (memoria, hábitos saludables, jubilación...).

En este programa se apoyará al adulto mayor a prevenir síntomas de la depresión como lo son:

- Memoria:

En donde se estimulará al adulto mayor con actividades en donde la memoria esté presente para que el deterioro sea menos, así de esta manera conocer si ya existe algún tipo de daño en el adulto mayor con el afán de darle una mayor calidad de vida

- Jubilación:

En este programa se ayudará al adulto mayor a comprender que en algún punto de su vida tendrá que retirarse del sector laboral y de esta forma evitar que el adulto mayor se sienta inservible, apoyándolo a generar nuevas actividades en donde su tiempo se verá mejor administrado y de esta forma no se vea afectada su rutina cotidiana, cayendo en la desesperanza.

- Hábitos de salud:

En este programa se ayudará al adulto mayor a aprovechar su tiempo y planificar, sus actividades de salud.

Desde el agenda citas médicas, hasta el adaptar una dieta de acuerdo con sus necesidades, para que de esta forma el adulto mayor no se sienta desplazado en cuanto a su salud.

- Los programas de apoyo a cuidadores informales (familiares).

Este programa se trata de informar al cuidador informal de técnicas, formas y métodos, que ayudaran a que tanto el cómo el adulto mayor pueda tener una sana relación al momento de cuidarlo.

- Los programas de integración en la comunidad.

Estos programas están encargados de brindar apoyo a los adultos mayores que se jubilan o retiran en n trabajo, pues se encargara de ayudarlos a encontrar espacios o actividades donde pueda ocupar su tiempo conviviendo con más personas.

➤ Los programas de adaptación al medio residencial.

Estos se encargarán de ayudar el adulto mayor y a su familia para adaptar el hogar en donde este resida en caso de que necesite algún tipo de instrumento o de reparación necesaria, para que el adulto mayor tenga una vida plena.

Se puede dar el caso, en ubicar la habitación en la parte baja, rampas, agarraderas, etc. que hagan que la vida del adulto mayor sea más digna.

➤ Los programas de formación del personal de atención directa.

Estos serán centrados en la terapia cognitivo conductual, teniendo una duración estimada de 12 sesiones en donde se ayudará al adulto mayor con todas aquellas conductas o pensamientos que tengas, relacionados o no con la depresión, en donde el psicólogo y el adulto mayor mejorarán la calidad de vida del adulto mayor.

➤ Los programas de trabajo con familias.

Este trabajo se da en caso de que el adulto mayor tenga algún tipo de problema de memoria, de movilidad, en donde se dará ayuda al familiar para poder tener una mejor convivencia con el familiar.

➤ Los programas de orientación espaciotemporal.

A menudo, el adulto mayor inicia a perder la capacidad de saber el lugar donde se encuentra, esto por algún problema de memoria o pérdida del equilibrio, lo que genera un

problema en su ubicación ocasionando que con frecuencia estos se pierdan, en este programa se busca hablar con el familiar y cuidador para que el adulto mayor siempre tenga compañía, o bien una forma en donde este indicado como regresar a casa.

➤ Los programas de intervención en demencias (estimulación cognitiva)

A continuación, se expone el modelo de intervención psicológica que, según los autores de este artículo, abarca la integralidad del adulto mayor, tanto institucionalizados como los no institucionalizados, lo que se justifica en el hecho de que el lugar en donde resida el adulto mayor puede interferir no solo en las necesidades que tenga el mismo, sino también en el nivel de funcionamiento y de bienestar, lo que hace necesario que las intervenciones se orienten a dichas necesidades. (Uribe & Buena-Casal, 2004)

Durante los últimos años, a causa del crecimiento de la población adulta, disciplinas como psicología, medicina, gerontología, sociología, entre otras, se han preocupado por estudiar diversas variables en esta etapa del ciclo vital y por contribuir al desarrollo de teorías e instrumentos que permitan un acercamiento integral al adulto mayor. (Rodríguez, Valderrama, & Molina, 2010)

La vejez es un estado en la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital. Tanto la vejez como el envejecimiento humano son objetos de conocimiento multidisciplinarios en el sentido en el que el individuo humano es un ente bio-psico-social; Por esta razón, el individuo envejeciente o viejo es un sujeto de conocimiento psicológico.

La psicología es una ciencia básica dedicada al estudio del comportamiento humano a los niveles de complejidad necesarios y, por tanto, incluye tanto la conducta motora (lo que una persona hace), emocional (lo que siente) y cognitiva (lo que piensa) así como complejos

atributos humanos como la conciencia, la experiencia, la personalidad, la inteligencia o la mente. (Fernández-Ballesteros, 2004)

Para poder dar terapia a adultos mayores con depresión se requiere dar sesiones donde se le enseñen habilidades para regular su depresión, incrementar sus niveles de actividad, desafiar el pensamiento negativo y aplicar nuevas habilidades en sus vidas diarias

En terapia se escuchará al paciente sobre aquellas cosas y momentos que generan esta situación dando paso para generar el AORC.

Una vez esto el usuario y el psicólogo conjuntamente acuerdan el objetivo del tratamiento y las metas de este.

Durante las demás sesiones se le enseñaran métodos de regulación del ánimo, como crear una lista de actividades en donde el usuario adecua sus actividades del día en cuanto a sus gustos.

Se enseñarán habilidades de reestructuración cognitiva, en donde a los usuarios se les enseñara a detectar los eventos que disparan el sentimiento de depresión, en donde se enseñara al usuario deberá desarrollar una perspectiva balanceada de la situación en vez de centrarse en los pensamientos negativos.

Se enseñará habilidades asertivas las cuales ayudaran seleccionar y expresar de mejor manera sus necesidades.

Se debe enfatizar que el trabajo en las sesiones es importante para el éxito de la terapia cognitivo conductual, en donde se alentara al paciente a que practique las habilidades

adquiridas en su cotidianidad.; Al finalizar el tratamiento se requiere llevar un seguimiento para evitar que el usuario recaiga.

Se puede observar que la mayoría de los estudios dirigen sus objetivos a medir la eficacia de intervenciones psicológicas en relación con la salud del adulto mayor, seguidas de investigaciones relacionadas con los cuidadores de estas personas y de variables psicológicas como tal.

En relación con los programas de intervención que apuntan a la mejora de la salud, se puede afirmar que la implementación de un programa cognitivo-conductual, dirigido a adultos mayores. La terapia cognitivo conductual se encarga de detectar pensamientos y conductas que generen malestar en el usuario para así proporcionar herramientas, habilidades y pensamientos que ayuden a superar estos malestares, de esa forma se puede influir en los cambios de variables psicológicas, como la ansiedad, la ira y la solución de problemas en pacientes hipertensos contribuyendo a la disminución en los niveles de presión arterial. (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, & Escalona, 1994)

Dichos resultados son similares a los de otro estudio (Moreno & Livacic-Rojas, 2006) en el que el objetivo era evaluar el efecto de una intervención cognitiva-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores bajo tratamiento médico, y se encontró que los niveles de presión sistólica y diastólica disminuyeron después de aplicada la intervención, y resultó eficaz el empleo de técnicas cognitivo-conductuales (relajación y respiración, reestructuración cognitiva, psicoeducación, etc.) para el manejo de depresión, ansiedad, estrés y hábitos conductuales y, por ende, en la regulación de la actividad del sistema nervioso simpático .

Finalmente, es importante resaltar el estudio realizado (López & Rodríguez, 1999) quienes diseñaron una propuesta de intervención para ancianos deprimidos, y encontraron que dicho programa permitió que el 80,9% de los adultos mayores que participaron superaran su estado emocional, disminuyendo las ideas suicidas, mejorando las relaciones familiares y construyendo redes de apoyo.

Con respecto al estudio de las variables psicológicas se ha encontrado que el tema que más prevalece es el de la calidad de vida del adulto mayor y el de depresión. Uno de los estudios que hace referencia al primer tema se interesó por determinar la efectividad de una intervención psicológica cognitivo-conductual para el mejoramiento de la calidad de vida en viejos institucionalizados, y se trataron áreas como autoestima, resignificación de la vejez, habilidades sociales, manejo del tiempo libre y autocuidado, las cuales consideraron contribuían al mejoramiento en la calidad de vida. (Rodríguez, Valderrama, & Molina, 2010)

3.3.3.4.1. Grupo de apoyo

La participación del mayor en grupos sociales organizados. club, club de la tercera edad, club de abuelos, grupo con tal o cual nombre propio, etc. Son los núcleos de convivencia del adulto mayor, muchas veces al envejecer se deja de lado el querer hacer actividades y se opta por aislarse sin embargo estos grupos, buscan que el adulto mayor amplíe su salud, su convivencia y su expectativa de vida.

Este tipo de actividad se lleva en trabajo en conjunto con diferentes encargados de los grupos, como puede ser un maestro de educación, física, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales donde cada uno tendrá una diferente labor.

Estos grupos cuentan con alguna instalación, en casas de cultura, hospitales o centros de salud, principalmente este grupo se encarga de elevar el nivel de vida del adulto mayor, dotándolo de diferentes actividades que ayuden a que física y cognitivamente estén activos.

El profesor de deportes se encarga de proporcionar ayuda en el área de trabajo físico, acoplando las actividades a los adultos mayores, así checando si hay algún problema motor.

El trabajador social se encargará de dar apoyo cuando el adulto mayor tenga que realizar algún trámite y este no sepa el cómo poder hacerlo, así mismo este cuidara que el adulto mayor tenga una calidad de vida adecuada en casa visitando y valorando la vivienda de este.

El psicólogo se encargará de apoyar en el área cognitiva donde este podrá aportar técnicas según sea requeridas por el usuario.

De esta forma todas las disciplinas actúan en conjunto para poder apoyar a los adultos mayores.

➤ Recreativas.

Los encargados propondrán actividades donde el adulto mayor pueda explorar y conocer nuevos lugares, para de esta forma salir de la rutina y poder lograr una mejor socialización.

➤ Proponiendo actividades al aire libre.

- Excursiones.
- Visitas a museos.
- Eventos sociales.

➤ Físicas.

Estas actividades, serán dirigidas por los profesores encargados y con conocimiento, como puede ser:

- Organizar un baile.
- Organizar un maratón.
- Una clase de yoga.
- Clases de zumba.

➤ Sociales.

Estas actividades se encargarán de apoyar la adulto mayor en la parte cognitiva. Dando platicas, con temas alusivos a las necesidades de los adultos mayores, apoyando a la resolución de sus dudas.

Si se tiene en cuenta el proceso de envejecimiento y los acontecimientos vitales estresantes que lo acompañan (pérdida de roles laborales activos, declive físico, pérdida de seres queridos, reducción de la red de apoyo familiar, etc.), *“el ocio se convierte en una potencial fuente para el mantenimiento de la salud física y mental; son numerosos los estudios que así lo demuestran”*. (Bevil, O'Connor, & Mattoon, 1993) (Dupuis & Smale, 1995) (Hersch, 1999) (Kelly, Steinkamp, & Kelly, 1987) (Searle, Mahon, Iso Ahola, & Sdrolias, 1995)

Así mismo, se han ofrecido evidencias que indican que, si bien la propia naturaleza del proceso de envejecimiento puede afectar a la estructura y funciones de la red de apoyo, ésta no ha de verse necesariamente empobrecida. Al igual que en el resto de los cambios y adaptaciones que se producen a lo largo de la vida, procesos como los de compensación o

sustitución permiten mantener e incluso fortalecer la funcionalidad del apoyo recibido. Esto ocurre con el apoyo del grupo de iguales que, al igual que en otras fases del desarrollo humano, como es la infancia, juega un importante papel. En este sentido, por ejemplo, la integración social, la reafirmación personal o la superación de dificultades vitales, se ven claramente favorecidas a través de la interacción del mayor con sus amigos y compañeros en las actividades cotidianas. Todo esto justifica la necesidad de potenciar todas aquellas acciones que supongan incrementar el contacto del mayor con su grupo de iguales como estrategia para intensificar las consecuencias positivas que se derivan de estos lazos sociales. El ocio proporciona en ese sentido un contexto extraordinario para la provisión de estos contactos sociales tan beneficiosos para el mayor.

De acuerdo con el modelo de (Coleman, 1993) la participación en actividades de ocio facilitaría el afrontamiento de estos eventos vitales estresantes a través de dos vías. La primera consistiría en el alivio producido por la percepción de que cuentan con apoyo social. De esta manera, la compañía de las personas mayores que participan en ellas les haría sentirse menos vulnerables. Por otra parte, la motivación que presentan para tomar parte en estas actividades, así como la percepción de libertad y competencia que les transmiten, hacen que las personas mayores perciban un mayor control sobre sus vidas. Este segundo proceso contribuiría con el anterior al mantenimiento de su salud tanto física como psíquica.

Es en este marco teórico donde surge el presente estudio, en el que se aborda la repercusión que los talleres de ocio dirigidos a las personas mayores tienen sobre el apoyo social y la percepción de control entre sus usuarios. Asimismo, se trata de comprobar si ayudan al mantenimiento de la salud psíquica y física del mayor. De este modo se intenta conocer mejor los efectos de un tipo de intervención cada vez más frecuente en los Servicios

Sociales dirigidos a este colectivo, analizando las variables sobre las que recae su acción terapéutica. Esto permitirá abandonar prácticas inadecuadas y llevar a cabo una intervención psicosocial basada en un conocimiento más riguroso de la realidad que se aborda, así como de los procesos y variables sobre los que se actúa. Consideramos particularmente conveniente este conocimiento en el campo de la intervención psico gerontológica. Donde, en muchas ocasiones, la única justificación que encuentran las actuaciones sociales se basa en el sentido común cuando no simplemente, y es aún más lamentable, en la inercia continuista de prácticas anteriores sin ningún respaldo teórico. En este sentido, los talleres de ocio representan un claro ejemplo de una práctica muy extendida en los Centros Gerontológicos españoles, Hogares, Clubes, Centros de Día o Residencias que no encuentra su reflejo en la literatura científica. Basta para ello realizar una consulta a las bases de datos nacionales ISOC, IME o SENIOR, entre otras para comprobar el escaso número de registros que resultan al hacer una búsqueda combinada utilizando descriptores como envejecimiento y ocio. Es cuando menos paradójico que en una sociedad del bienestar como es la nuestra, en la que el ocio representa una conquista social para todos los sectores de la población, y especialmente para el cada vez más numeroso colectivo de las personas mayores, ambas realidades sociales no encuentren su eco entre las ciencias sociales en general y en la Psicología en particular. (García & Hombrados, 2002)

La ocupación ha tenido un papel central en la existencia humana. Probablemente desde el comienzo de los tiempos. A lo largo de los siglos se han formulado diversas ideas en relación con lo que es el trabajo y como desempeñarlo. Como jugar y cuando debe comenzar y finalizar el juego; La salud y la ocupación estarán vinculadas porque la pérdida de la salud disminuye la capacidad para comprometerse en la ocupación.

En la sociedad y en el contexto cultural de la Inglaterra del siglo XIX los temas de la salud y de la ocupación fueron tratados en numerosos escritos. Por aquella época aparecieron muchas ideas y punto de vista diferentes pero los que influyeron sobre la terapia ocupacional pertenecían a la filosofía del humanismo y a los valores sociales del humanitarismo que desarrollaron el tratamiento moral y el movimiento de las artes y oficios. De este modo, las ideas relacionadas con terapia ocupacional forman parte del patrimonio inglés y fueron transmitidas y alteradas por la experiencia norteamericana.

El tratamiento moral se desarrolla como una reacción al enfoque de las enfermedades mentales. Antes se consideraba al enfermo mental como alguien que había perdido completamente la razón y era, por ello, semejante a un animal: se consideraba al enfermo mental pecador o criminal y posiblemente poseído por demonios o espíritus sobrenaturales como tales, estas personas eran peligrosas y no podían ser responsables en la sociedad y por lo tanto era necesario apartarlas de ellas. En los hospitales para enfermos mentales frecuentemente azotaban a los pacientes; los encadenaban y los ponían en exhibición para satisfacer la curiosidad de los visitantes.

El movimiento de artes y oficios hacía más hincapié en la salud general que en un área de enfermedad específica los profesionales habían observado el deterioro general de la salud en muchas fábricas que estaban ubicadas en las grandes ciudades. El conocimiento de la salud pública era escaso en el siglo XIX. Como reacción a la precaria situación de la salud y las condiciones de vida los participantes de este movimiento propusieron que las personas retomaran a la tierra (agricultura): vivieran en pequeñas villas; realizaran productos útiles y funcionales basados en una buena planificación y se convirtieron en distintos artesanos que pudieron producir bienes y servicios que promovieran su confianza en sí mismo.

Uno de los pioneros fue un médico francés, Philippe Pinel, reconocido como el primero que rompió las cadenas que aprisionaban a los enfermos mentales. En 1793 estableció prácticas que condujeron a un sistema más humano para el tratamiento de las personas con trastornos mentales. Su reforma fue reconocida y seguida en Europa. Otros líderes influyentes es Samuel Tuke, fue responsable de popularizar un sistema terapéutico llamado tratamiento moral 1796 creía que la mayoría de los enfermos mentales eran curables. Agregó la idea de estimular a los pacientes a aprender autocontrol. Benjamín Rush, fue el primer médico que utilizó el tratamiento moral en los estados unidos, consideró la locura como una enfermedad del cerebro, creía que el hombre estaba hecho para ser activo, consideraba que el ejercicio, el trabajo y la música formaban parte del tratamiento de la enfermedad mental. Así como ellos se encuentran otras personas que contribuyeron en la formación de la terapia ocupacional en el mundo.

En 1860 comenzó el movimiento del artes y oficios por John Ruskin. Proporcionó dos enfoques uno se conoció como ocupaciones de sala, actividades para inválidos o distracciones y la otra como entrenamiento manual, educación vocacional y entrenamiento ocupacional. (López & Salero, 2002)

En geriatría, la valoración de terapia ocupacional (VTO) constituye una parte importante del complejo proceso de valoración integral a que se somete al paciente para reconocer su estado físico, psíquico, funcional y social, con objeto de mantener al sujeto en los niveles óptimos de salud en todos sus aspectos, intentando mejorar, o al menos mantener, su calidad de vida.

La valoración geriátrica, que se ha definido como la tecnología de la geriatría, es llevada a cabo por un equipo interdisciplinario dentro del cual el terapeuta ocupacional actúa como miembro importante.

Pretende mediante una valoración psicofísica del anciano ampliar un tratamiento, integral, con el fin de conseguir recuperar o desarrollar sus aptitudes y capacidades existentes potenciales, hasta lograr la máxima autonomía posible en todas las actividades de la vida diaria (AVD), así como su integración sociofamiliar.

(López, Molina, & Arnaiz, 1999) Refiere que valorar consiste en apreciar y determinar la importancia y las cualidades de alguien o algo. En la Terapia Ocupacional, moderna, así como en otras ciencias médicas y paramédicas, el concepto de valoración nace a partir de la necesidad de conocer antes de actuar y de comprobar en la práctica los resultados de nuestra intervención. El proceso de valoración consiste en una observación documentada y organizada que determina la línea terapéutica sobre la cual se forman los objetivos que servirán de fundamento para el programa de tratamiento.

El área ocupacional específicamente en la geriatría tiene una serie de objetivos por los cuales se rige:

Objetivos Generales:

- En el anciano sano con sus limitaciones y pérdidas, progresivas y acumulativa, propia de la senectud, debe ser preventiva manteniendo un nivel de actividades y comunicación óptimas.

- En el anciano enfermo con restricciones funcionales a causa del proceso patológico, se debe crear un ambiente que facilite la mejoría física y psíquica, evitando el aislamiento y estimulando la realización de las actividades cotidianas.

Objetivos Específicos:

- Rehabilitación funcional.
- Mejorar la coordinación y destrezas.
- Lograr la independencia en las AVD.
- Proporcionar las ayudas técnicas y adaptaciones necesarias adiestrando al anciano en su uso.
- Aumentar la autoestima.
- Fomentar gusto y aficiones.
- Facilitar las relaciones interpersonales y la comunicación con el mundo circundante.
- Estimular la actividad mental.

CAPITULO IV.

Propuesta de intervención

4. Propuesta de intervención

En la propuesta de intervención se ha decidido optar por realizar un taller en la propuesta con la finalidad de que los cuidadores aprendan y puedan llevar a la realidad lo aprendido para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Los talleres son una herramienta que permite a cualquier profesional desarrollar en los participantes, algunos cambios de comportamiento a favor de su bienestar biopsicosocial; Los talleres son un espacio de construcción colectiva que combina teoría y práctica alrededor de un tema, aprovechando la experiencia de los participantes y sus necesidades de capacitación, donde participan un número limitado de personas que realizan en forma colectiva y participativa un trabajo activo, creativo, concreta, puntual y sistemático (Candelo & otros, 2003). Por esta razón es que se quiere hacer uso de esta técnica con el fin de resaltar la importancia que han tenido la realización de talleres a través del tiempo, mismos que han tenido resultados positivos.

Un taller es un lugar donde se enseñan y se practican técnicas. También es taller el estilo de la actividad que busca la creatividad y la expresión. Como la concentración de estímulos cuya respuesta es la expresión. Y, en el caso de los Adultos mayores mediante esta técnica pueden lograr resultados favorables, gracias a la aplicación de lo aprendido por medio de su experiencia y su desarrollo tanto en el ámbito individual como grupal.

El taller aplicado en la pedagogía puede ser definido como una forma de enseñar y sobre todo de aprender, mediante la realización de algo en conjunto, es aprender haciendo en grupo. (ANDER- EGG, 2005). Por esa razón es que la metodología y herramientas en las que se fundamenta un taller consta de tres ejes sumamente importantes:

- La atención a necesidades, ya que se abordan en un taller los problemas que son de interés para los participantes.
- La participación en donde se busca aumentar la motivación individual y la capacidad para aprender.
- La visualización en donde se hace visible las propuestas y el enfoque en la atención de necesidades.

Y a su vez parte de una base conceptual que incluye elementos de teoría del aprendizaje, comunicación y participación, por lo tanto, en el taller debe de tener una organización, una ejecución, un equipo de capacitación y una caja de herramientas; Basados en esto el taller tiene 8 sustentos teóricos.

I. Aprender haciendo: el conocimiento es adquirido a través de la práctica al realizarse un trabajo dentro del lugar donde se enseña.

II. Menciona que es una metodología activa: lo cual sugiere que al estar interactuando con el experto este podrá aprender a través de experiencias propias y de quien está a cargo del taller.

III. Es una pedagogía de la pregunta contrapuesta a la respuesta propia: refiriéndose a que el conocimiento puede ser depositado en el cuidado sin embargo este deberá aprender a hacerse preguntas para poder contestarse en qué momento usar el conocimiento adquirido.

IV. Es un entrenamiento que tiene trabajo multidisciplinario: referido a que al estar en un taller la opinión de los colaboradores podrán integrarse a diferentes perspectivas de los cuidadores haciendo que el taller tenga un mayor impacto.

- V. La relación docente/ cuidador va a fin con una misma tarea; lo cual permite que el docente y el cuidador pueda trabajar en conjunto para realizar metas dejando de lado las rivalidades en grupo, pues el docente tiene como fin ayudar con las dudas y con orientación.
- VI. Tiene un carácter integrador e integrador de su práctica; referido a que en los talleres se puede verificar si la teoría y la practica tienen concordancia o si hay alguna, diferencia de esta forma encontrando soluciones.
- VII. Implica el trabajo grupal: el taller al ser un grupo social en busca de un objetivo común, lo cual ayuda a que los cuidadores puedan complementarse entre sí con el trabajo hecho por el docente.
- VIII. Permite integrar un solo proceso la docencia, investigación y practica; puesto a que para dar docencia y poder practicar primero es necesario la investigación, de esta forma se investiga, se practica, se enseña, repitiendo este ciclo.

Dicho todo lo anterior los talleres son funcionales en este caso, para que el cuidador pueda aprender de la mano del docente y pueda resolver sus dudas y quejas.

Consideramos que dentro de las posibilidades que la sociedad le brinda y al mismo tiempo considerando el trato que se les da a los adultos mayores, los talleres funcionarían como un espacio de apertura para poder reanudar deseos pendientes, lo cual nos lleva a considerar también una forma diferente, estratégica y creativa, de participación activa en la trama social; los talleres aportan una herramienta más al desarrollo emocional, social y biológico, que supone un compromiso intelectual y crítico, como un aprendizaje del “elegir qué” y “elegir cómo”, de acuerdo con deseos y posibilidades. (Cordera & Vega, 2005)

A continuación, se presentará la propuesta de taller:

❖ **TALLER DEL ADULTO MAYOR**

❖ **OBJETIVO:**

En el presente taller se busca plantear habilidades asertivas, cognitivas y de solución de problemas para el trato con el adulto mayor, ayudando a los familiares a la comprensión, entendimiento y cuidado de los adultos mayores.

❖ **JUSTIFICACIÓN:**

Nuestro país está en una transición demográfica, cuando ésta concluya, la población de personas adultas mayores predominará sobre el resto de los estratos poblacionales, niños, adolescentes, jóvenes y adultos.

En esta etapa de la vida importante la comprensión de las personas a las cuales más se les aprecia, el aspecto emocional brindado por la familia, como, pueden ser la atención, comprensión, empatía, son fundamentales en los momentos más vulnerables de la vida y para el equilibrio emocional, ya que es fundamental en la salud mental del ser humano. En el caso de la depresión en muchas ocasiones el adulto mayor no es tomado en cuenta y rechazado por los seres queridos, lo cual puede detonar en el abandono del adulto, por lo que generalmente la familia termina humillando, degradado y desatendiendo las necesidades básicas del anciano, fomentando con ello un malestar y una baja calidad de vida en la tercera edad.

Este taller se compone de 4 módulos, en donde se tomarán 4 diferentes técnicas, como lo son la de relajación, habilidades de reestructuración cognitiva, habilidades asertivas y solución de problemas.

1) Las técnicas de relajación:

Tienen como objetivo disminuir los niveles de estrés que presente una persona que esté bajo una situación de tensión, y darle tranquilidad mediante el uso de estas técnicas (Rodríguez, García, & Cruz, 2005). Es importante destacar que estas técnicas pueden ser utilizadas en todos los momentos, ya sea de forma aerobia o no aerobia. Dedicándonos al cuidado del adulto mayor, se trata principalmente del trato con ellos: ya que, principalmente los cuidadores del adulto mayor pudieran no tener cuidado respecto a esta área; quizás muchas veces el/los cuidadores se dirigen al adulto mayor luego de un día estresante, pelea o de alguna situación que les genere conflicto, de esta manera generando una mala comunicación con el adulto mayor, las técnicas de relajación ayudarán a poder controlar situaciones ajenas y controlar de mejor manera su forma de actuar antes de poder estar con el adulto mayor.

2) Las Habilidades de reestructuración cognitiva:

Tienen como principal objetivo identificar y cuestionar los pensamientos de los cuidadores de modo que estos pensamientos queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis entonces cuidador y adulto trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de estos (Clark, 1989)

En muchas ocasiones el cuidador llega a engancharse en el discurso reiterativo, quejoso y responsabilizativo del adulto mayor con estas habilidades ayudaremos al cuidador a no sentir culpas, o malestares por comentario, acciones o pensamientos del adulto mayor y así mejorar la sana convivencia con éste.

3) Las técnicas de asertividad:

Tienen como principal objetivo dotar a los cuidadores de habilidades para la comunicación, si están siendo asertivos, pasivos o agresivos, de esta forma los cuidadores aprenderán a como ser asertivos en la solución de problemas y necesidades del adulto mayor como principal función.

4) El entrenamiento de resolución de problemas (ERP):

Tiene como objetivo ayudar a la persona a identificar y resolver los problemas actuales de su vida que son antecedentes de respuestas desadaptativas y al mismo tiempo, en caso de ser necesario, enseñar a la persona habilidades generales que le permitirán manejar más eficaz e independientemente futuros problemas. (D'Zurilla, 1993)

Además de resolver estos problemas antecedentes, el ERP puede ser también útil si se centra directamente en las respuestas desadaptativas tales como ansiedad, depresión, dolor, comer o beber en exceso y las ve como problemas a ser resueltos. Sin embargo, el énfasis del ERP debe ser siempre la identificación y resolución de problemas antecedentes actuales que están relacionados con estas respuestas, ya que es más probable que esta estrategia produzca cambios duraderos y generalizados.

En el caso del trabajo con el adulto mayor, este entrenamiento ayudará la mejora de los problemas presentado con el adulto mayor y la familia, ya sean problemas en acuerdo o con problemas del adulto mayor, con el fin de solucionarlos.

Todas estas herramientas son con finalidad de ayudar al cuidador a realizar de mejor manera su labor, sin que este encuentre molesto el llevarla a cabo, en muchas ocasiones los cuidadores al no contar con estas herramientas se limitan a hacer las cosas como se les da a entender, llegando a tener problemas familiares y con el adulto mayor por la falta de tacto y de comprensión a la situación.

❖ **TALLERES:**

Las actividades por realizar en ésta área serán en apoyo y complemento a las acciones que los especialistas y adultos mayores realicen en su cotidianidad.

El taller está diseñado, para los familiares de los adultos mayores que quieran ayudar a mejorar la calidad de vida de estos, encargándose de sus necesidades y apoyando el trabajo de los especialistas.

El taller está diseñado para 6-12 personas con el afán de prestar atención a los casos que cada uno tenga.

Los familiares encargados de estas sesiones tendrán que llevar esta información a sus familiares para la mejora del trato con el adulto mayor.

El taller contará con 5 sesiones de 1:30 a 2 horas.

- Plan de trabajo por módulo.

Modulo	Sesiones	Contenido	Tiempos
Presentación del taller motivación y relajación	1	Presentación del taller	10
		Actividades de integración y motivación	10
		Introducción psicoeducativa en relación con la técnicas de relajación	20
		Entrenamiento en las técnicas de relajación.	30
		Ejercicios basados aeróbicos y anaeróbicos	30
		Psicoeducación en relación con las condiciones del adulto mayor Depresión como uno de los riesgos	

<p>Reestructuración cognitiva (RC)</p>	<p>2</p>	<p>Psicoeducación</p> <p>Introducción a los proceso cognitivos y cognoscitivos en el cuidador como en el AM</p> <p>Introducción</p> <p>Seguimiento relajación</p> <p>Ejercicios basados en la reestructuración cognitiva con el cuidador</p>	<p>15</p> <p>10</p> <p>20</p> <p>30</p>
<p>Habilidades asertivas (HA)</p>	<p>3</p>	<p>Seguimiento relajación y RC</p> <p>Psicoeducación; introducción a las habilidades asertivas y su uso con el AM</p>	<p>20</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>20</p>

		<p>Entrenamiento en habilidades asertivas</p> <p>Ensayos de conducta con la incorporación de las habilidades ya entrenadas</p>	
<p>Solución de problemas (SP)</p>	4	<p>Seguimiento de RC y HA</p> <p>Psicoeducación: introducción a la solución de problemas con base a lo trabajado en las sesiones anteriores</p> <p>Entrenamiento en solución de problemas, aplicación de esto con el AM</p> <p>Proceso de solución de problemas con ejercicios</p>	<p>20</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>35</p>

<p>Cierre de taller (sugerencias para un proyecto de vida o una planeación efectiva)</p>	<p>5</p>	<p>Cierre del taller</p> <p>Seguimiento SP y HA</p> <p>Sugerencias, para el cumplimiento de vida del cuidador</p> <p>Retro alimentación</p>	<p>15</p> <p>25</p> <p>30</p> <p>15</p>
--	----------	---	---

Guía de la 1ra sesión

Sesión 1: “Adulto mayor”

(Presentación)

Objetivo general:

Que los familiares o cuidadores obtengan información sobre la etapa de la tercera edad y la obtención de conocimientos de técnicas de relajación.

Tema 1	Presentación del taller
Objetivos específicos	Realizar la presentación del taller ante los participantes y la explicación de los diferentes puntos a tratar en estos
Técnica	Presentación verbal.
Desarrollo	Presentar el programa del taller, así como los temas a tratar: Habilidades cognitivas Habilidades asertivas Solución de problemas
Material	Ninguno
Duración	10 minutos

Tema 2	Actividades de integración
Objetivos específicos	Realizar una actividad donde se sientan integrados al taller
Técnica	Presentación verbal.
Desarrollo	<p>Desarrollar la actividad</p> <p>“Mi nombre es y mis necesidades son “</p> <p>Cada cuidador dará su nombre y sus necesidades por el cual asiste al taller</p> <p>El psicólogo dará a conocer cómo se podrá trabajar las necesidades de los participantes</p>
Material	Ninguno
Duración	10 minutos

Tema 3	Introducción a las técnicas de relajación
Objetivos específicos	Dar a conocer el uso de las técnicas de relajación, así como los tipos de esta
Técnica	Presentación en diapositivas (anexo 1)
Desarrollo	<p>Los presentadores del taller explicaran la importancias de las técnicas de relajación de la misma forma estos hablaran de las técnicas aerobias y anaerobias</p>
Material	Presentación

Duración	10 minutos
-----------------	------------

Tema 4	Entrenamiento en las técnicas de relajación
Objetivos específicos	Realizar el entrenamiento en técnicas de respiración aerobia y anaerobia
Técnica	Presentación verbal.
Desarrollo	<p>Se presentaran diferentes técnicas de relajación de ambas formas, por ejemplo, Técnica de respiración profunda.</p> <p>1.-Aunque este ejercicio puede practicarse en distintas posiciones, la más recomendable es la que describimos a continuación: Tiéndase en el suelo sobre la alfombra o sobre una manta. Doble las rodillas y separe las piernas unos 20 cm dirigiéndolas suavemente hacia fuera. Asegúrese de mantener la columna vertebral recta.</p> <p>2.-Explore su cuerpo en busca de signos de tensión.</p> <p>3.-Coloque una mano sobre el abdomen y otra sobre el tórax.</p> <p>4.-Tome aire, lenta y profundamente, por la nariz y Hágalo llegar hasta el abdomen levantando la mano que había colocado sobre él. El tórax se moverá un</p>

poco y a la vez que el abdomen en las sensaciones que le produce la respiración medida que va relajándose más y más.

6.-Continúe con 5 o 10 minutos de respiración profunda una o dos veces al día durante unas cuantas semanas, luego, si desea, puede prolongarlo hasta 20 minutos.

7.-Al final de cada sesión de respiración, dedique un poco de tiempo a explorar su cuerpo una vez más en busca de signos de tensión. Compare la tensión que siente al acabar el ejercicio con la que sentía empezar.

8.-Una vez que se sienta familiarizado con la forma de respiración que se describe en el punto 4, practíquela siempre que le apetezca, tanto si está sentado como si está de pie. Concéntrese en los movimientos ascendentes y descendientes de su abdomen, en aire que sale de los pulmones y en la sensación de relajación que la respiración profunda proporciona.

9.-Cuando haya aprendido a relajarse mediante respiración profunda practíquela cada vez que note que va a ponerse tenso.

Técnicas de relajación anaerobia

MÉTODO DE RELAJACIÓN DE JACOBSON.

Adopte una posición cómoda, acostado o sentado, preferiblemente en una silla donde pueda apoyar la cabeza, (de no ser posible dejar pender la misma ligeramente sobre el pecho), ojos cerrados.

Primera serie de ejercicios: Relajación de los músculos de las manos, antebrazos y bíceps (realizar los ejercicios tres veces al día). Apretar el puño derecho tan fuerte como pueda y observar la tensión del puño, mano y antebrazo. A continuación, relájese, note la relajación en su mano y observe el contraste en la tensión. Repetir esta secuencia una vez más con el puño derecho. Repetir igual procedimiento, dos veces con el puño izquierdo y después hacerlo dos veces con ambos puños a la vez.

A continuación, doble el codo y tense el bíceps, después relájelo y note la diferencia, repítalo dos veces más. Mientras se relaja puede repetirse a sí mismo “me relajo, me siento tranquilo, calmado y descansado”.

Puede emplear otras frases similares si le acomoda mejor.

Así con las 4 series de ejercicios

Material	Ninguno
Duración	20

Tema 5	Ejercicios basados aeróbicos y anaeróbicos (o por inducción de voz)
Objetivos específicos	Los asistentes realizarán las técnicas de relajación antes mostradas.
Técnica	Presentación verbal.
Desarrollo	Se pedirá a los cuidadores que sigan al instructor que dará los pasos de la relación.
Material	Ninguno.
Duración	30 minutos

Tema 6	Psicoeducación en relación con las condiciones del adulto mayor
Objetivos específicos	Que el cuidador conozca las habilidades necesarias para el cuidado del adulto mayor.
Técnica	Presentación verbal.
Desarrollo	Se pedirá a los cuidadores que sigan al instructor que dará los pasos de la relajación.
Material	Ninguno
Duración	30 minutos

Referencias

(s.f.).

Aldaba, R. (29 de enero de 2020). La hierba de san Juan, ¿un remedio natural contra la depresión? *revista mejor con salud*. Obtenido de <https://mejorconsalud.com/la-hierba-san-juan-remedio-natural-la-depresion/>

Aliaga, E., Tello, T., Varela, L., Seclén, S., Ortíz, P., & Chávez, H. (2014). Frecuencia de síndrome metabólico en adultos mayores del Distrito de San Martín de Porres de Lima, Perú según los criterios de ATP III y de la IDF. *Rev Med Hered*, 25, 142-148.

American Psychiatric Association, A. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.(dsm 4)* (4a. ed.).

ANDER- EGG, E. (2005). *El taller una alternativa para la renovación pedagógica*. (5ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Magisterio Río de la Plata.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2016). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Sexta edición)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. ISBN 978-8-4983-5810-0.

Bautista, J. (Agosto de 2016). Depresión En El Adulto Mayor Por Abandono Familiar. (Eumed.net, Ed.) *TLATEMOANI - Revista Académica de Investigación*(22), 226-271. Obtenido de <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/index.htm>

Beck, A., & Steer, R. &. (2006). *BDI-II Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Bevil, C. A., O'Connor, P. C., & Mattoon, P. M. (1993). Leisure activity, life satisfaction, and perceived health status in older adults. *Gerontology & Geriatrics Education, 14*(2), 3-19.
- Bhalla, R., & Butters, M. (2011). Cognitive functioning in late-life depression. *British Medical Journal, 53*(7), 357-360.
- Bonvoisin, A. (2008). *The First 30 Days: Your Guide to Making Any Change Easier*. HarperOne.
- Candelo, R., & otros, C. y. (2003). Hacer talleres. Unaguia práctica para capacitadores. En N. Blandón, A. López, & D. Moreno, *Propuesta de talleres de motivación gerontológicos para la participación en el club "Esperanza y Vida" del barrio el codito en Bogotá D.C.* (pág. 33). Cali, Colombia: Grafiq.
- Cantú, Rivera, Belio, & Pérez. (2011). Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud.
- Cerda, L. (2014). Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor. *Revista Médica Clínica Las Condes, 25*(2), 265-275.
- Children's Symptom and Social Functioning Self-report Scales comparison of mother's and children's reports.* (1980).
- Clark, D. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En P. S. K. Hawton, *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (págs. 52-96). Oxford University Press.
- CNEPC. (21 de marzo de 2003). Programa de formación de la especialidad de psicología clínica.

- Coleman, D. (1993). Leisure based social support, leisure dispositions and health. *Journal of Leisure Research*, 25, 350-361.
- Conde, A., & Jarne, J. (2006). Psicología de la Vejez. En C. J. A., & F. V. Carme Triadó (Ed.), *Psicología de la Vejez* (1 ed., págs. 341-364). Madrid, España: Alianza Editorial.
- CONPES, C. N. (2004). *Lineamientos para la operación del programa nacional de alimentación para el adulto mayor "Juan Luis Londoño de la Cuesta" y la selección y priorización de sus beneficiarios*. Documento Conpes Social, 86.
- COP. (2012). *Perfiles profesionales del Psicólogo*. Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Cordera, M., & Vega, A. (octubre de 2005). La primavera avanza. *Taller de Creatividad*.
- Cowgill, & Holmes. (2002). En López, & Salero, *PROPUESTA DE LA TECNICA DE BIODANZA COMO MEDIO DE TRATAMIENTO EN TERAPIA OCUPACIONAL A LOS RESIDENTE DE "RESIDENCIA DOÑA MARGOT" PARA MEJORAR FUNCIONALIDAD EN EL TRASLADO, CARACAS- VENEZUELA*.
- Daneri, M. F. (2012). *"Psicobiología del Estrés"*. Universidad De Buenos Aires, Facultad De Psicología, Buenos Aires, Argentina.
- Delgado, H. (1993). Curso de psiquiatría. *Curso de psiquiatría*. Lima Perú: ED UPCH.
- Dupuis, S. L., & Smale, B. J. (1995). An examination of relationship between psychological well-being and depression and leisure activity participation among older adults. *Society and Leisure*, 18, 67-92.
- D'Zurilla, T. (1993). Terapia de resolución de conflictos.

Expansión. (27 de junio de 2019). *CNN Español*. Obtenido de CNN Español:

<https://cnnespanol.cnn.com/2019/06/27/depression-mexico-mexicanos-padecen-unam-mujeres-hombres/>

Fernández, R. (2010). Evaluación e intervención psicológica en la vejez. En Rodríguez, & V. &

Molina., *Intervención Psicológica en Adultos Mayores*. Barcelona: Martínez Roca.

Fernández, R. R. (2014). *Estrés y Salud*. España: UNIVERSIDAD DE JAÉN Facultad de

Humanidades y Ciencias de la Educación.

Fernández-Ballesteros, R. (enero- abril de 2004). La Psicología de la Vejez. *Encuentros*

multidisciplinares, 16, 1-11.

Fuentes, M. I., & García, A. (enero-abril de 2003). Causas sociales que originan sentimientos de

abandono en el adulto mayor. *Revista del Hospital General "La Quebrada"*, 2(1), 25-29.

Galvez, S. (2013). *Cuidados paliativos y su influencia en la calidad de vida de los pacientes*

atendidos en el hospital de solca- loja. Solca- loja, Ecuador: universidad nacional de loja.

García, M., & Hombrados, M. I. (2002). Intervención psicosocial con personas mayores: Los

talleres de ocio como recurso para incrementar su apoyo social y control percibidos.

Intervención Psicosocial, 11(1), 45-58.

García-Cardoza, I. I.-V.-A.-T. (2018). Efectos de la terapia cognitivo-conductual en la

sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores. *Horizonte sanitario*, 17(2), 131-

140.

- Gómez-Feria, I. (2002). La depresión en ancianos. Su coexistencia con factores estresantes, enfermedades. *Psiquiatr. Biol.*, 9(1), 7-13.
- Guajardo, G. (. (2016). *Salud Mental y Personas Mayores: Reflexiones teórico-conceptuales para la investigación social de las demencias*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile.
- Hamilton, M. (2014). The Hamilton Depression Scale-accelerator or break on antidepressant drug discovery? *J Neurol Neurosurg Psychiatry*.
- Heerlein, A. (2002). Tratamientos Farmacológicos Antidepresivos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatria*, 40(1), 21-45.
- Hernández, D. (Agosto de 2013). Diagnóstico estadístico sobre la depresión en las mujeres mexicanas. *Salud mental.*, 2-22.
- Hernandez, E. (julio-diciembre de 2005). La psicoterapia en la vejez. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7(2), 79-100.
- Hernández, Z. (2006). Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. *Index Enferm*, 15(52-53), 40-44. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100009&lng=es&nrm=iso
- Hersch, G. (1999). Leisure and aging. *Physical and Occupational Therapy in geriatrics*, 9(2), 55-78.
- Huenchuan, S. (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago de Chile: CEPAL.

- Katona, C., Watkin, V., & Livingston, G. (2003). Functional psychiatric illness in old age. En C. W. Katona, *Functional psychiatric illness in old age*. (págs. 837-853). London: Churchill, Livingstone.
- Kelly, J., Steinkamp, M. W., & Kelly, J. (1987). Later-life satisfaction: Does leisure contribute? *Leisure sciences*, 9, 189-200.
- Knopman, D., Boeve, B., & Petersen, R. (2003). Essentials of the proper diagnoses of mild cognitive impairment, dementia, and major subtypes of dementia. *Mayo Clin Proc*, 78(10), 1290-1308.
- Langarica, R. (1985). *Gerontología y Geriatria*. México: Interamericana.
- Lazaruz, R. (1998). *Coping whit aging: Individuality as a key to undertanding*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Leyva, B. (2008). Movilidad, equilibrio y caídas en los adultos mayores. *GEROINFO.*, 3(2), 1-32.
- Lobo, A. (April de 2002). Escala de depresión de Montgomery-Asberg. *Med Clin*, 13(118), 493-499.
- López, A., & Salero, M. (2002). *Propuesta de la Técnica de Biodanza como Medio de Tratamiento en Terapia Ocupacional a lo Redidentes de "Residencia Doña Margot" para Mejorar Funcionlidad en el Traslado, Caracas- Venezuela*. Los Teques.
- López, B. P., Molina, P. D., & Arnaiz, B. N. (1999). *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*.

- López, I., & Rodríguez, H. (1999). Propuesta de intervención para ancianos deprimidos. *Revista Cubana Médica General Integral*, 15, 19-23.
- Lozano, D. (2011). Concepción de vejez: entre la biología y la cultura. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe*, 22-30.
- Lucero, R., & Casali, G. (diciembre de 2006). Trastornos afectivos en el adulto mayor. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 70(2), 151-166.
- Martínez, O. (2007). Depresión en el Adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*, 29(5).
- Merchan, E., & Cifuentes, R. (2011). Teorías Psicosociales. En C. Nuin, *Ciencias de la salud: Enfermería de la persona mayor* (págs. 117-130.). España: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Mielgo, A., Ortíz, D., & Ramos, C. (2001). El rol del psicólogo que trabaja con personas mayores. Definición y desarrollo profesional. *Psychosocial Intervention*, 10(3), 395-409.
- Miguel-Tobal, Cano-Vindel, & Escalona, C. &. (1994). Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Emociones e hipertensión*, 10(2), 199-216.
- Miller, G. E., & Blackwell, E. (2006). Turning up the heat. Inflammation as a mechanism linking chronic stress, depression, and heart disease. *urrent Directions in Psychological Science*, 15, 269-272.
- Molina, T., Gutiérrez, A., Hernández, L., & Contreras, C. (2 de diciembre de 2008). Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de Psicología*, 24(2), 353-360.

- Moreno, C. M., & Livacic-Rojas, & V.-V. (2006). Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en el adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), 45-58.
- OMS. (2009). *Organismos internacionales y envejecimiento*. Obtenido de Organismos internacionales y envejecimiento: http://trabajo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso_envejecimiento/congreso_envejecimiento_activo.pdf
- OPS. (--). Depresión. En O. P. Salud, *Depresión* (págs. 201-215). --: Organización Panamericana de la Salud.
- Orosco, C. (enero-diciembre de 2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona*(18), 91-104.
- Palacios, A. (2016). *Abandono de la personas mayores*. Costa Rica.
- Papalia, D. E., & Martorell, R. D. (2012). Desarrollo Humano. En D. E. Papalia, & R. D. Martorell, *Desarrollo Humano* (págs. 388-601). México: McGraw-Hil.
- Papeles del Psicólogo. (mayo-agosto de 2003). Psicología y psiquitría. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-10.
- Parra, M., & Aguilar, M. (2009). *Depresión en el anciano: un problema de salud pública*. Guadalajara, México.: Universidad de Guadalajara.
- Peña, D. (2009). *Depresión en ancianos*. Bogota, Colombia: Departamento de psiquiatria, Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia.

- Piñera, W. J., Villar, Y. G., Fernández, T. M., Padua, G. R., & Padrón, H. D. (2010). Envejecimiento e invalidez. Nuevos retos para la sociedad cubana. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 11(1), 38-46.
- Popolo, F. (2001). Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. *Serie Población y Desarrollo*, 19, 5-57.
- Ramos, J., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, M., & Hernández, M. (11 de Octubre-diciembre de 2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 47-56.
- Rodríguez, T., García, C., & Cruz, E. (2005). Técnicas de relajación y autocontrol emocional. . *MediSur*, 3(3), 55-70.
- Rodríguez, U., Valderrama, O., & Molina, L. (enero-junio de 2010). Intervención Psicológica en los Adultos Mayores. *Psicología desde el Caribe*(25), pp. 246-258.
- Rojas, M. (2014). Gerontología y Geriatría, un recuento de poco más de un siglo. *Acta Médica del Centro*, 8(1), 1-5.
- Romero, C. (2007). Envejecimiento humano y cambios morfofisiológicos que lo acompañan. *MediSur*, 5(2), 1-9.
- Royal College of Psychiatrists. (2009). Terapia cognitiva conductual.
- Rozados, R. (2003). *Consultoría Internacional sobre Depresión para las Comunidades de Habla Hispana (CISD)*. Obtenido de Consultoría Internacional sobre Depresión para las Comunidades de Habla Hispana (CISD).:
http://www.depresion.psicomag.com/como_prevenirla.php

- Rude, S., & Bates, D. (2005). The use of cognitive and experimental techniques to treat depression. *Clinic case studies*(4), 363-379.
- Ruiz, F., & Orozco, H. (octubre-diciembre de 2009). El Abandono Del Adulto Mayor Como Manifestación De Violencia Intrafamiliar. *Archivos en Medicina Familiar*, 11(4), 147-149.
- Sánchez, M. (abril de 2005). Tratamiento farmacológico de la depresión en el adulto mayor,. 5(3).
- Sarkisian, C. A. (December de 2003). Do depressed older adults who attribute depression to "old age" believe it is important to seek care? *I8*(12), 1-5.
- Searle, M., Mahon, M., Iso Ahola, S., & Sdrolias, H. (1995). Enhancing a sense of independence and psychological well-being among the elderly. A field experiment. *Journal of Leisure Research*, 27(2), 107-12.
- Seegerstrom, S., & Miller, G. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601-630.
- Silva R, B., & Juárez A, J. (2013). *Manual del modelo de documentación de la Asociación de Psicología Americana (APA (6° ed.))*. Puebla, México: Centro de Lengua y Pensamiento Crítico UPAEP.
- Slachevsky A, O. F. (2008). Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica. En S. A. Labos E, *Tratado de Neuropsicología Clínica*. Buenos Aires: : Librería Akadia editorial.

- Tuesca Molina, R. (2012). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Revista Científica Salud Uninorte*, 21.
- UNDESAPD. (2008). World population ageing: 1950-2050.
- Uribe, A. F., & Buela-Casal, G. (2004). Calidad de vida en personas mayores. *IV Congreso Iberoamericano de Psicología. II Encuentro de la Red Iberoamericana de Facultades y Escuelas de Psicología*. Santiago de Chile.
- Valencia, M. I. (2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3), 192-194.
- Vergara-Lope, T., & González-Celis R., A. (2009). La psicoterapia cognitivo-conductual de grupo manualizada como una alternativa de intervención con adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 11(2), 155-190.
- Vilchez, J. (2017). *Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú*. Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional de Ucayali, Ucayali, Perú.
- Villar, F., & Triadó, C. (2014). Psicología de la vejez,. *Conferencia en CASC: 10/09/13, con ocasión de la celebración de las V Jornadas Mundial de la Prevención del Suicidio*. Alianza Editorial.
- Vinaccia, S., & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*. 1(2), 125-137.
- Watanabe, B. Y. (2014). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126.

Zarragoitía, A. (2011). Depresión: generalidades y particularidades. La habana, Cuba: ecimed.

Zung, W. (1986). Zung Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory. En N.

Sartorius, *Assessment of depression* (págs. 221-231). Berlin.