



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

La depresión en la tercera edad. Taller de intervención

Reporte de investigación teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Adela García Cerón
Selene Rodríguez Muñoz

Director: Mtra. Selene Domínguez Boer.

Dictaminadores: Vocal. Lic. Raquel Silva Aguayo.

Secretario. Dr. Omar Moreno Almazán.

Suplente 1. Mtra. Gabriela Leticia Sánchez Martínez.

Suplente 2. Lic. Vanessa del Carmen González De la O.



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 09 de Febrero 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.

Dedicatoria y agradecimiento

Agradezco a Dios por su bendición y por permitirme llegar hasta este momento.

Dedico este manuscrito a mis padres Juventino y Avelina, a mis hermanos Andrés y Ángeles, a mis sobrinos Ariel Andrés y Evelyn Jazmín.

En especial a la memoria de mi madre que siempre me apoyo en todas mis locuras y me pedía que no me detuviera y que lograra cumplir mis objetivos, a mi hermano Andrés, quien siempre creyó en mí y me animó a no desfallecer, gracias te doy hermano que estuviste desde el inicio, animándome a presentar mi examen para entrar a la Universidad, me apoyaste, y creías más en mí que yo misma, me diste la fuerza y la fe para continuar, cuando quise dejar este sueño me dijiste que no, que no era justo que lo hiciera, desafortunadamente, tu vida terminó y no pudiste estar presente para ver logrado el término de este proyecto, ya que te fuiste a reunir con mis papás, gracias por estar siempre conmigo, gracias a mi hermana Ángeles, que siempre me acompañó en mis desveladas, gracias a mis amigas-hermanas Rosario y Selene, que siempre me animaban para no rendirme y con las que muchas veces tuve acompañamiento telefónico en las correspondientes desveladas a causa de las actividades.

Agradezco a mis tíos y primos que siempre me animaron y tuvieron confianza en mí, y han estado conmigo en las buenas y malas, siendo también un gran apoyo en mi vida.

Agradezco a mi Directora de nuestro manuscrito, por su guía y apoyo a lo largo de nuestra carrera, así como en la elaboración del mismo, a los profesores que fueron parte de mi formación y ahorita también son parte de este proyecto.

Agradezco a la que ahora es mi casa, la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, que me permite formar parte de ella y poder estudiar en casa a través del sistema SUAyED.

Podría mencionar a muchas personas quienes estuvieron conmigo pero no me alcanzan las hojas, solo me queda decirle a todos, gracias, gracias, gracias por ser parte de este sueño que hoy se hace realidad.

Adela García Cerón

Dedicatorias

Iniciaré hablando un poco sobre mí, me preparé para el examen de admisión a más de diez años sin tocar un solo libro y no tener ningún conocimiento en computación, me acuerdo que cuando estudiaba la preparatoria me dije “odio la computación”, sin saber que años más tarde me daría la facilidad para cumplir mi sueño. Al integrarme al mundo *SUAyED* fue muy difícil, en ocasiones me sentía frustrada e insegura, lloraba de impotencia porque creía que no lo lograría, dormía pocas horas, hubo ocasiones donde realicé mis actividades enferma, deje de lado cosas y me olvide muchas veces de mí misma... pasaron infinidad de cosas que hoy me han fortalecido, lo que yo buscaba en este proyecto como profesional, encontré muchas cosas más.

Con amor a mis hijas:

Mariana y Johana, siempre han sido mi motor y mis compañeras de todo este proceso. Deseo que al ver sus nombres plasmados en este apartado sea de inspiración para que cada una de ustedes logre sus propias metas y que en algunos años ustedes sean las autoras de un trabajo así, este manuscrito es dedicado a ustedes.

A mi esposo:

Rafael Cruz, gracias por apoyarme, gracias por darme ánimo cuando te decía que no podía, gracias por ser mi soporte pero sobre todo enseñarme una nueva vida juntos con nuestras hijas, por creer siempre en mí, gracias.

A mis padres:

Juan y Lupe, por haberme formado como la persona que soy en la actualidad por enseñarme el valor de luchar día con día.

Agradecimientos

Profesora *Selene Domínguez Boer*, por ser parte en mi proceso de estudiante y darme las primeras bases de la psicología clínica, gracias por su tiempo y dedicación a este manuscrito.

Profesora *Raquel Silva Aguayo*, por ser mi maestra de vida y de nuevos aprendizajes. Por estar siempre cuando estuve naufragando y ser partícipe de mi nueva construcción personal y profesional.

A todos los profesores de *SUAyED* que de algún modo han estado presente en esta travesía.

A mis profesores, *Raúl Campos* y *Lucila Islas*, que me dieron mis primeras herramientas de formación académica y posteriormente brindándome su apoyo y abrir las puertas de la secundaria para realizar mis prácticas, arropándome en este crecimiento, dándome la confianza para trabajar con sus alumnos.

A mi profesor **Toscano**, un día antes de partir, me dijo que no me diera por vencida, que sería difícil, pero que lo lograría, porque sé que desde donde está se siente muy orgulloso de mí

Gracias a todas aquellas personas que estuvieron conmigo y que de alguna forma han estado involucrados en este proceso.

Todo este aprendizaje me ha dado fortaleza

Mi vida ha estado en constantes grandes cambios

Ahora logro entender que para llegar a tener una profesión

Se tiene que llorar, pero también aprender a luchar

Selene Rodríguez Muñoz

Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	3

Capítulo 1. La vejez

1.1. La vejez a lo largo de la historia.....	6
1.2. La vejez en la época actual.....	9
1.3. Concepto de vejez.....	15
1.4. Cambios y procesos del envejecimiento.....	17
1.5. Clasificación del envejecimiento.....	24
1.6. La vejez en México.....	28

Capítulo 2. La depresión

2.1. Definición de la depresión.....	34
2.2. Tipos de depresión de acuerdo con el manual DSM-5.....	36
2.2.1. Trastorno depresivo mayor.....	37
2.2.2. Trastorno depresivo persistente (distimia).....	39
2.2.3. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.....	40
2.2.4. Trastorno disfórico premenstrual.....	41
2.2.5. Trastorno depresivo debido a otra condición médica.....	42
2.2.6. Trastorno depresivo inducido por sustancia/ medicamento.....	42
2.2.7. Trastorno depresivo especificado.....	42
2.2.8. Trastorno depresivo no especificado.....	43

Capítulo 3. La Depresión en la Vejez en México	44
---	----

Capítulo 4. Modelo Cognitivo-conductual

4.1 Terapia cognitivo conductual (TCC).....	47
4.1.1. Técnica de reestructuración cognitiva.....	49
4.1.2. Técnica de entrenamiento en autoinstrucciones.....	52
4.1.3. Técnica de resolución de problemas.....	53
4.1.4. Técnica de autocontrol.....	55
4.1.5. Técnica en habilidades sociales e interpersonales.....	57
4.1.6. Técnicas de relajación.....	60
4.1.7. Autorregistro.....	63

Capítulo 5. Intervención cognitivo-conductual atendiendo la depresión en la vejez

5.1. Propuesta del taller.....	65
5.2. Diseño del taller “Aceptando mi vejez obteniendo nuevos aprendizajes.....	69

Conclusiones	86
---------------------------	----

Referencias	88
--------------------------	----

Apéndice	97
-----------------------	----

Resumen

La tercera edad o vejez con el paso del tiempo ha tomado diferentes conceptualizaciones según la percepción de cada persona, cultura o etapa histórica. Actualmente se define como un proceso natural con importantes cambios de salud, emocionales, sociales, laborales y económicos, donde se muestran pérdidas de funciones físicas, biológicas y sensoriales. La depresión afecta el estado de ánimo de las personas, dañando principalmente la salud y situaciones de su vida diaria, donde pueden perder el interés de actividades que disfrutaban, presentar sentimientos de tristeza, preocupación, decaimiento, etc. En esta etapa de vida la depresión puede presentarse según su estilo de vida, salud, estado físico y mental. El Instituto Nacional de las personas Adultas Mayores (INAPAM, 2019) reporta que la depresión “es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, esto significa que se presenta en un 15 a 20%, en la población ambulatoria, incrementándose hasta en 25 a 40% en la hospitalizada” (párr.10). Para atender la situación planteada, se diseñó un taller de intervención cognitivo conductual que pueda aplicarse en alguna institución a la que asisten personas de la tercera edad, de entre 60 y 75 años, se sugiere la aplicación del Inventario de Depresión de Beck para detectar síntomas depresivos, y se planteó con un diseño de estudio ABA.

Palabras clave: Personas adultas, edad, desaliento, técnicas cognitivas conductuales.

Abstract

The third age or old age with the passage of time has taken different conceptualizations according to the perception of each person, culture or historical stage. Currently it is defined as a

natural process with important health, emotional, social, labor and economic changes, where losses of physical, biological and sensory functions are shown. Depression affects people's moods, mainly damaging their health and situations in their daily life, where they may lose interest in activities they enjoyed, present feelings of sadness, worry, decay, etc. In this stage of life, depression can occur depending on your lifestyle, health, physical and mental state. The National Institute of Older Adults (INAPAM, 2019) reports that depression “is the most frequent affective disorder in people over 60 years of age, this means that it occurs in 15 to 20% in the outpatient population, increasing up to in 25 to 40% in the hospitalized ”(para. 10). To address the situation, a cognitive behavioral intervention workshop was designed that can be applied in an institution attended by elderly people, between 60 and 75 years old, the application of the Beck Depression inventory is suggested to detect symptoms depressive, and was raised with an ABA study design.

Keywords: Adults, age, discouragement, cognitive behavioral techniques.

Introducción

El concepto de vejez se ha ido transformando de acuerdo con la sociedad o cultura, a las personas de la tercera edad se les ha considerado como personas sabias, guías espirituales, curanderos, consejeros, virtuosos, dirigentes o “jefes absolutos”, figuras de autoridad o personas que no tienen ninguna capacidad de realizar algún trabajo, personas sin autoridad, sin valor, las mujeres en particular han sido vistas como brujas. Dentro de la Revolución Industrial surgieron dos ejes, el primero consideraba un desprestigio llegar a la vejez ya que era un problema social, en el segundo eje desarrollaron programas y leyes en atención a la misma, esto ha provocado en la actualidad mayor oportunidad de servicios de salud física y emocional, integración social, leyes y derechos para brindarles una mejor calidad de vida de acuerdo a las necesidades de cada uno.

La vejez es una etapa de cambios visibles, en la que las personas de acuerdo a su estilo y ritmo de vida van teniendo transiciones económicas, sociales y laborales así como en aspectos de salud, físicos, cognitivos y emocionales; es un proceso de adaptación que va marcado con pérdidas que conllevan a la depresión.

La depresión es una afectación del estado de ánimo con síntomas internos y en ocasiones perceptibles para las demás personas, donde se ven afectados el pensamiento (distorsión), las emociones y las conductas mostrando pérdida de interés e insatisfacción. De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría, en su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), se puede diagnosticar depresión, si se han presentado por lo menos cinco de los

siguientes síntomas: desesperanza, problemas alimenticios, fatiga, enlentecimiento psicomotor, agitación, baja autoestima, culpa, dificultad para concentrarse. De acuerdo a su clasificación y tomando en cuenta también el tiempo de presencia de los síntomas (días, semanas, meses o años), puede dividirse en trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno depresivo de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo debido a otra condición médica, trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento, trastorno depresivo especificado y trastorno depresivo no especificado.

La depresión es un trastorno al que no se le brinda una adecuada atención ya que en la vejez se presentan diversas enfermedades propias de la edad y pueden confundirse los síntomas, la depresión en México “es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, esto es en un 15 a 20%, en la población ambulatoria, incrementándose hasta en 25 a 40% en la hospitalizada” (INAPAM, 2019, párr. 10).

Para evaluar y dar una intervención terapéutica ante síntomas de depresión, dentro de la terapia cognitivo conductual se sugiere implementar procedimientos psicoeducativos dirigidos a la modificación de los procesos cognitivos que son la base del comportamiento. En este trabajo diseñamos una intervención compuesta por un taller grupal dirigido a personas de la tercera edad que presentan síntomas de depresión que asisten a instituciones dedicadas a su atención. En dicho taller se busca que aprendan diferentes técnicas cognitivo-conductuales para que puedan utilizarlas en su vida diaria permitiéndoles disminuir síntomas depresivos.

Objetivo general

- Desarrollar un taller de intervención dirigido a personas de la tercera edad con síntomas de depresión para proporcionarles herramientas que les permitan aprender técnicas cognitivo conductuales.

Objetivos específicos

- Presentar una propuesta de taller de intervención que pueda ser llevado a la práctica en instituciones que brinden atención a personas de la tercera edad.
- Enseñar técnicas cognitivo-conductuales que permitan disminuir síntomas depresivos modificando conductas desadaptativas, buscando que tenga un impacto en la vida de los participantes.

Objetivos teóricos

- Conocer las conceptualizaciones de la vejez.
- Conocer los cambios que se presentan en la etapa de la vejez.
- Conocer la clasificación de la vejez.
- Conocer los criterios de la depresión de acuerdo al Manual DSM-5.
- Conocer características de la depresión en la etapa de la vejez y cómo influye en ésta.
- Conocer las consecuencias que produce la depresión a las personas de la tercera edad.
- Conocer la prevalencia de la depresión en la etapa de la vejez en México.
- Conocer las técnicas del modelo cognitivo-conductual.
- Conocer el diseño de un taller psicoeducativo de modelo cognitivo-conductual atendiendo la depresión en la vejez.

Capítulo 1. La vejez

1.1. La vejez a lo largo de la historia

Todos tenemos una idea sobre la vejez, tal conceptualización personal puede depender del tiempo, de las diferentes etapas de la vida, de nuestras experiencias, etc. Para diferentes autores también existen diversos significados, los cuales dependen de la sociedad, de su cultura, de sus creencias, de sus propias percepciones.

A través de los hechos históricos encontramos diferentes opiniones acerca de la vejez, dentro del contexto social, económico y cultural influye mucho el estado de salud y la fuerza de la persona para tener una imagen respetada de la vejez. Por ejemplo, en la Prehistoria, la cual se compone de tres sociedades (sociedad primitiva, sociedad nómada y sociedad sedentaria), quien llegaba a cumplir 50 años ya pertenecían a esta etapa. En la sociedad primitiva a los ancianos se les imputaban habilidades curativas, realizaban rituales o se dedicaban al chamanismo, eran reconocidos por transmitir el conocimiento “inspiraban miedo y respeto” (Martínez & Polo, 2001, p.15). En la sociedad nómada, quien llegaba a esta etapa viéndose frágil no tenían el mismo respeto ya que eran incapaces de realizar tareas relacionadas a la recolección y la caza. En la sociedad sedentaria “la subsistencia estaba más o menos asegurada y permitía que un mayor número de ancianos pudiera realizar tareas adaptadas a sus fuerzas, ayudando así a la supervivencia del grupo” (Martínez et al., 2001, p. 16) quienes tenían una solvencia económica se distinguían por ese poder.

En la cultura Egipcia, de acuerdo con Cardona (2013)

se distinguían dos aspectos en su concepción de vejez: el cronológico y el físico. La vejez cronológica, si no implicaba un deterioro físico, no era rechazado, ya que al paso de los años permitían aumentar el conocimiento del individuo y conducía, por consiguiente, hacia la sabiduría, una condición siempre anhelada (p.17).

En la Cultura Hebrea, a los ancianos se les consideraba guías espirituales ya que eran el vínculo entre Dios y el pueblo, así mismo formaban parte del grupo de consejeros del rey. “Los ancianos estaban, entonces, investidos de una misión sagrada, portadores de un espíritu divino. En cada ciudad el consejo de ancianos es todopoderoso y sus poderes religiosos y judiciales son incontrarrestables” (Trejo, 2001, p.111).

En el Periodo de los Griegos, se resaltaba la belleza, la juventud y la fuerza, en esta época tenían un acto de indiferencia hacia la vejez, si los consideraban sabios, pero tenían más preferencias si el anciano poseía un poder económico, los hombres jóvenes representaban a los Dioses del Olimpo, “la juventud fue lo bueno y lo bello mientras que la vejez representó lo feo y lo malo” (Júpiter, Meza, Maldonado, Ortega & Hernández, 2009, p.49).

El Periodo Clásico, se destaca por la aparición de los filósofos, entre los más destacados en relación a la definición de la vejez fueron Platón y Aristóteles.

Platón fue el principal defensor de la vejez y su concepción responde a una descripción ideal. Para un hombre de vida virtuosa la vejez es la culminación de su vida y “liberado de las pasiones juveniles podrá disfrutar de los placeres del espíritu”. Para Aristóteles la vejez no es garantía de sabiduría ni de capacidad política, ni su experiencia es siempre positiva (Martínez et al., 2001, p.19).

En la etapa de los Romanos, los ancianos estaban involucrados, en los ámbitos políticos, sociales y se destacaban en la demografía ya que había mayor mortalidad de mujeres que de hombres y por ende los viudos se volvían a casar con mujeres jóvenes, eran considerados “jefe absoluto” (Martínez et al., 2001, p.19) y se respetaba su autoridad sobre los miembros de la familia.

En la Edad Media, predominaba la ley del más fuerte, por lo tanto al anciano se le consideró un ser de características débiles, en esta etapa, el cristianismo desvalorizó la importancia de sus conocimientos y pasó a ser el que obedece dentro del vínculo familiar, así muchos ancianos eran enviados a la calle como indigentes, o los que contaban con una economía estable pedían asilo en los monasterios y hospitales. En la Edad Moderna, destacó la cultura (pintura, escultura, teatro y literatura) prevalecía la atención a la belleza, por lo cual se pueden observar diferentes puntos de vista en la conceptualización de la vejez, a las mujeres mayores se les consideraban brujas y los hombres eran desvalorizados, sin embargo, existieron pintores que los representaban con retratos donde se contemplaba una aceptación a la vejez misma ”pintores como Durero, Rafael o Tiziano

dulcifican rasgos y actitudes en sus retratos de ancianos, para que sin perder el realismo se mostrará una imagen más amable”(Martínez, Polo & Carrasco, 2002, p.43).

En la Edad Contemporánea existieron avances científicos y tecnológicos por la Revolución industrial, la consecuencia de tener una edad avanzada y horarios laborales pesados no eran favorables para estas personas, por lo cual no eran candidatos para estos trabajos, dentro del tema demográfico disminuyó la tasa de mortalidad debido a la creación de servicios como la medicina y la atención a la salud, sin embargo, al tener un buen nivel económico se les brindaba mejor atención.

El progresivo desarrollo de las sociedades industriales provocó un creciente desprestigio de la vejez [...] el anciano va alcanzando una mayor representatividad social y deja de ser un problema individual y familiar para cobrar significado público y convertirse en un problema social que tiene trascendencia a nivel político [...] el envejecimiento de la población ha obligado a la sociedad a crear leyes, normativas y programas que aborden y den solución a los problemas que plantea la vejez de su población (Martínez et al, 2002, p.44).

1.2. La vejez en la época actual

En años más recientes, no es que haya cambiado la conceptualización de la vejez, las perspectivas sobre este tema aún son muy variables, lo que podemos destacar es que se crearon diversas instituciones que se dedican al cuidado de la vejez, se tiene mayor oportunidad de

servicios no solamente de la salud sino también psicológica y de integración social. Al llegar a esta etapa existen cambios a nivel, personal, social, laboral y de salud, y con estas instituciones se busca darles una mejor atención logrando con esto que exista mayor calidad de vida.

La atención a los adultos mayores inició con la Gerontología como ciencia para el estudio de la vejez la cual brinda servicios de intervención personalizada de acuerdo a las necesidades de cada adulto mayor e involucra instituciones de gobierno, organizaciones civiles y religiosas. De acuerdo al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2019).

Nace la gerontología con un profundo compromiso humanista y social; atendiendo de manera directa e indirecta el envejecimiento, la vejez y a la persona mayor en un contexto de prevención y planes de intervención dentro de las esferas biopsicosociales y el plano espiritual, considerando la opinión y el deseo de las personas mayores, e involucrando a los gobiernos, las instituciones [...], la sociedad civil, la familia y las personas cuidadoras (párr. 4-5).

La geriatría es una especialidad médica multidisciplinar que involucra médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, núcleo familiar y hasta asociaciones religiosas; tiene como labor principal el cuidado de la vejez. Es así como la geriatría está “dedicada al estudio, diagnóstico, tratamiento, prevención, rehabilitación y paliación de las enfermedades que afecta a los ancianos” (Leal, Flores & Borboa, 2006, p.186). La geriatría también busca que mediante la motivación y los cuidados, el adulto mayor pueda ser productivo e independiente y tenga una vida digna.

Con la geriatría se plantean nuevas medidas de prevención, seguridad e integración, con las cuales los adultos mayores empiezan a tener otra forma de vida, “el favorecimiento de la salud integral del individuo, ejerce una función protectora ante muchas enfermedades físicas y mentales, lo que contribuye a mejorar la salud y alargar el período de vida” (Ramos, Yordi & Miranda. 2016, p. 332).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, en conjunto con los gobiernos de todos los países, buscan brindar servicios de salud pública; cada gobierno tiene la obligación de hacer un presupuesto con recursos de los impuestos del pueblo, los cuales serán utilizados para el sistema de salud buscando que estén al alcance de toda la población. Dicho informe busca transformar los sistemas de salud y convertirlos en cuidados integrales centrados en las necesidades de los adultos mayores para que puedan vivir cómodos y seguros, buscando así resguardar los derechos de las personas mayores y mantener la capacidad funcional. De acuerdo con la Directora General de la OMS, la Doctora Margaret Chan, “el informe puede transformar la forma en que los encargados de formular políticas y los prestadores de servicios perciben el envejecimiento de la población, además de ayudarlos a hacer planes para sacarles el mayor provecho” (OMS, 2015, p. VIII).

El interés por promover programas de salud dirigidos a la vejez, ha logrado que se lleven a cabo reuniones internacionales como la “Asamblea Mundial sobre el envejecimiento” en 1982 realizada en Viena, Austria, donde consideran que se deben implementar estrategias y programas para brindar una mejor atención y calidad de vida para el fortalecimiento de las

necesidades del adulto mayor. Se habló de la importancia del desarrollo de planes de acción con el propósito de generar una importancia a la longevidad en los distintos aspectos de su vida; como lo son, salud y nutrición, donde se recomienda que se lleve a cabo un diagnóstico y tratamiento adecuado así como brindar información sobre medidas preventivas; una vivienda digna, donde el adulto mayor pueda desplazarse sin ningún problema, que se realicen adaptaciones a la misma si son necesarias y que dentro del ámbito familiar exista apoyo y cuidados atendiendo al adulto mayor respetando las decisiones que tome él mismo; seguridad de ingreso económico, por medio de un trabajo voluntario o que pueda acceder a una pensión por ley que le permita sufragar sus propios gastos y no sienta que es una carga para su familia; bienestar social, donde se busca lograr una integración familiar, social y pueda participar en actividades culturales y religiosas de su comunidad; derechos humanos, donde sean respetados y no discriminados por sus diferentes necesidades, así como tener derecho a la educación donde puedan transmitir sus conocimientos. La Asamblea Mundial del envejecimiento tuvo como principal objetivo “iniciar un programa internacional de acción encaminado a garantizar la seguridad económica y social de las personas de edad, así como oportunidades para que esas personas contribuyeran al desarrollo de sus países” (Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, 1982, p.4). Con esta asamblea, por primera vez se establecen planteamientos sobre el cuidado de la vejez.

La segunda Asamblea llamada “Plan de Acción Internacional Madrid sobre el envejecimiento” llevada a cabo en el 2002, fortaleció los acuerdos de la primer asamblea, enfatizó en la equidad de género entre las generaciones así como la inclusión a nivel social y político, buscando que el adulto mayor, cuidara de su propia salud, se promovió la participación de actividades cívicas, culturales, tradicionales, sociales y recreativas. Motivó el desarrollo de su

potencial, luchando para evitar que el adulto mayor caiga en conductas de aislamiento o depresión, aumentar la alfabetización con medios tecnológicos y educación para llevar a cabo un trato justo y digno sin importar sus estatus económico y social, “las actividades de promoción de la salud y el acceso universal de las personas de edad a los servicios de salud durante toda la vida son el pilar del envejecimiento con salud” (Segunda Asamblea Mundial sobre la Salud, 2002, p. 22).

Los derechos establecidos para las personas adultas mayores, buscan erradicar algún tipo de violencia que se puede llegar a generar; como la discriminación, el abandono, el maltrato o la negligencia, con estos derechos buscan una protección que aseguren una vida digna e integral fomentando el envejecimiento activo.

Recapitulando lo que hemos desarrollado dentro de este manuscrito, nos podremos dar cuenta que los derechos humanos de las personas mayores han reforzado lo que se acordó en las asambleas. Revisando los artículos dentro de los derechos protegidos se retoman puntos que son de suma importancia de acuerdo con la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de Las Personas Mayores (2015) en la cual se mencionan:

- Artículo 5: Igualdad y no discriminación por razones de edad.
- Artículo 6: Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez.
- Artículo 7: Derecho a la independencia y a la autonomía.
- Artículo 8: Derecho a la participación e integración comunitaria.
- Artículo 9: Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia.

- Artículo 10: Derecho a no ser sometido a tortura ni a pena o tratos crueles inhumanos o degradantes.
- Artículo 11: Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud.
- Artículo 12: Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo.
- Artículo 13: Derecho a la libertad personal.
- Artículo 14: Derecho a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información.
- Artículo 15: Derecho a la nacionalidad y a la libertad de circulación.
- Artículo 16: Derecho a la privacidad y a la intimidad.
- Artículo 17: Derecho a la seguridad social.
- Artículo 18: Derecho al trabajo.
- Artículo 19: Derecho a la salud.
- Artículo 20: Derecho a la educación.
- Artículo 21: Derecho a la cultura.
- Artículo 22: Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte.
- Artículo 23: Derecho a la propiedad.
- Artículo 24: Derecho a la vivienda.
- Artículo 25: Derecho a un medio ambiente sano.
- Artículo 26: Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal.
- Artículo 27: Derecho políticos.
- Artículo 28: Derecho de reunión y de asociación.
- Artículo 29: Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias.
- Artículo 30: Igual reconocimiento como persona ante la ley.
- Artículo 31: Acceso a la justicia.

1.3. Concepto de la vejez

Ya que hemos visto que el envejecimiento para el ser humano tiene muchos significados de acuerdo a la época, cultura, ideas, costumbres y tecnicismos, así como se puede nombrar con varias palabras que son sinónimos, como lo son, tercera edad, ancianidad o longevidad. Hablar de la vejez es abordar un tema complejo, ya que existen diferentes conceptualizaciones.

La etapa del desarrollo del envejecimiento es un proceso natural del ciclo de la vida, es una etapa de cambios visibles, relacionados con la salud, la apariencia física, el deterioro motriz, cognitivo, emocional, económico y social. A continuación abordaremos diferentes definiciones de la vejez planteadas por instituciones encargadas de brindar apoyo al adulto mayor.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS)

el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento de riesgo de enfermedad y finalmente a la muerte [...] también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y a la muerte de amigos y pareja (OMS, 2018, párr. 8-10).

El Instituto Nacional de las Mujeres (2015) menciona que existen signos que determinan el envejecimiento, entre ellos se encuentran:

- La edad física: Cambios físicos y biológicos que se presentan a distintos ritmos, mismos que dependen del sexo, lugar de residencia, economía, cultura, alimentación, tipo de actividades desarrolladas y emociones.
- La edad psicológica: Cambios en las emociones, sentimientos, pensamientos y el significado que cada persona tiene de la vejez. Adicionalmente se presentan cambios en los procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje.
- La edad social: Relacionada con los significados de la vejez, diferentes para cada grupo social, según su historia, su cultura y su organización social.

Pinillos y Quintero (2019) definen a la vejez

como un proceso complejo y fascinante que todo ser humano experimenta; la sociedad tiende a definirla en términos de edad cronológica para conveniencias estadísticas y establece demarcaciones para cada una de las etapas de la vida, entre tanto que existen sociedades en las que la vejez está determinada por las condiciones mentales y físicas más que por las condiciones cronológicas; sin embargo, la vejez no implica el fin de un tiempo ni el ingreso a una etapa donde todo termina y aunque en la vejez se evidencia pérdida de algunas capacidades físicas para adaptarse a los factores que tienen influencia sobre este proceso, es preciso que el individuo continúe su integración a la sociedad tal y como sucede con las otras etapas del ciclo vital (p. 32).

1.4. Cambios y procesos del envejecimiento

En todas las etapas del desarrollo humano existen cambios, en la vejez estos son internos y externos, como lo hemos mencionado son físicos, psicológicos, biológicos y sociales, estos se van presentando conforme van pasando los años y afectan en mayor o menor instancia dependiendo como haya vivido la persona, por ejemplo, si tuvo una buena alimentación, el hábito de realizar actividad física o si existió alguna adicción, los cambios pueden ser más drásticos.

Los rasgos físicos que las personas mayores presentan son: encanecimiento del cabello (se vuelve más fino), la piel se vuelve más delgada con arrugas, se reseca o presenta manchas, cambio de masa muscular (pérdida de estatura y peso) afectando principalmente las piernas, en los hombres se empieza a perder fuerza muscular, en las facciones corporales se presenta más afectación en las mujeres debido a su autopercepción, “estos cambios que se presentan en la faz corporal exterior van acompañados de repercusiones psicológicas y sociales que inciden en la autoimagen y la autoestima” (Sandoval, 2018, p.171).

En el aspecto biológico, se producen cambios en los órganos, tejidos y células, cada una de ellas tiene funciones específicas que al fallar dejan de trabajar correctamente, por ejemplo, hay tejidos que brindan soporte a la piel y al ir fallando su estructura cambia, como lo explicábamos en párrafos anteriores, en los cambios físicos, la piel va teniendo modificaciones, estos se empiezan a presentar de manera interna y posteriormente se hacen visibles a simple vista. Los cambios más importantes dentro de los órganos son los del corazón, riñones y pulmones, tales cambios se presentan de manera lenta y van avanzando de manera paulatina, por ejemplo, ante una

enfermedad puede presentarse insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, hipertensión, entre otras. Así mismo inicia la pérdida del apetito sexual.

La mayoría de las personas se dan cuenta de que los órganos vitales comienzan a perder funcionalidad con el proceso de envejecimiento. Los cambios por envejecimiento se producen en todas las células, tejidos y órganos corporales y afectan el funcionamiento de todos los sistemas (Sandoval, 2018, p.172).

Los cambios en el funcionamiento de los sentidos, empiezan con la pérdida de la audición, visión, olfato, gusto y tacto. En el aspecto visual se producen problemas para focalizar los objetos, que llevan a la persona a utilizar lentes, sobre todo porque en esta etapa se presentan cataratas. En la audición empiezan a existir problemas de discriminación de sonidos, lo que lleva a problemas de comunicación. El olfato, gusto y tacto empiezan a perder su intensidad de percepción, se pierde la habilidad para diferenciar, sabores y colores, dentro del tacto se pierde la sensibilidad de lo frío o caliente.

Los cambios sensoriales pueden tener un tremendo impacto sobre el estilo vida y pueden originar problemas con la comunicación, el disfrute de las actividades y las interacciones sociales [...] los problemas de audición y visión son responsables de una buena parte de las limitaciones e incapacidades que padecen y son un importante factor de riesgo en relación con otros procesos (caídas, depresión, aislamiento social, etc.) así como un condicionante o factor de fragilidad (Sociedad española de geriatría y gerontología, 2013, p.195).

De acuerdo con Sandoval (2018) en el sistema motor se presenta:

- Disminución del tiempo de reacción.
- Aumento de la fatiga muscular.
- Imprecisión en los movimientos finos.
- Reducción del movimiento de balance de los brazos.
- Dificultad en el desplazamiento fundamentalmente al sentarse y levantarse.
- Pérdida progresiva de flexibilidad motora.
- Temblor.
- Dificultad para iniciar los movimientos.
- Aparición de movimientos faciales involuntarios, por ejemplo, el movimiento de los labios.

En la vejez las funciones y los procesos psicológicos sufren cambios que pueden influir por factores como la salud física, la genética, la actividad social, el entorno familiar, la solvencia económica es inestable, etc. Estos cambios no ocurren de la misma manera en todas las personas, cada una puede reaccionar de distinta forma de acuerdo a su estilo de vida, personalidad, sus motivaciones, sus metas, sus redes de apoyos y su forma de cómo percibe su vida. Los aspectos que influyen en los cambios de la vejez como lo menciona Bentosela y Muscata (2005) producen deterioros en los procesos cognitivos del aprendizaje y la recuperación de la nueva información, así como solución de problemas, rapidez de la respuesta, atención, memoria, inteligencia y creatividad (p.211).

En la actualidad cobra cada vez mayor importancia el estudio de las modificaciones que el envejecer provoca en el funcionamiento cognitivo, especialmente aquellas que se producen en las funciones cognitivas más complejas. Estos cambios se

manifiestan en grandes rasgos en: un enlentecimiento en el proceso de la información, una disminución de la capacidad atencional, un declive en algunos aspectos de la memoria y en las denominadas funciones ejecutivas (Binotti, Spina, Barrera & Donolo, 2009, p.120).

- Procesamiento de aprendizaje: El proceso en esta etapa se realiza ya de forma diferente, ya que el adulto mayor empieza a sufrir cambios en diferentes ámbitos, muchos de ellos tienen que aprender a vivir las 24 horas de su vida en casa o buscando nuevas actividades. Como lo menciona Gómez (2008) “todo aprendizaje produce una reestructuración, es decir, una modificación de la estructura de conocimiento del sujeto a partir del establecimiento de nuevas relaciones entre conceptos” (p.34).
- Solución de problemas: Dentro de esta función se busca que la persona dé una solución adecuada, de acuerdo con Rojas (2010) esto implica otros sistemas:
 - Procesamiento de la información: Los procesos de pensamiento que se activan en la solución de problemas, suponen una búsqueda que va dirigida hacia el archivo conocido como memoria de corto o largo plazo; la cual puede o no contener información previa que pueda auxiliar al ser humano en la solución de problemas.
 - Estructura de la tarea: Referida a la descripción de las conductas requeridas para la solución de problemas. Esta estructura establece los límites definiendo las alternativas permitidas para alcanzar la respuesta.

- Espacios del problema: Alude a la presentación mental o gráfica que la persona debe hacer de la situación.
- La información presente en los espacios del problema: Cada nudo resuelto en el proceso de la solución del problema, representa un paso que el sujeto evalúa y decide si lo ayudará en la solución o no; estos pasos suponen un progreso.
- Atención: Cuando la persona llega a la vejez el procedimiento de la atención se modifica disminuyendo de manera paulatina en el grado de percepción cuando se requiere que la misma sea de forma sostenida. “La atención es una función neuropsicológica que sirve de mecanismo de activación y funcionamiento de otros procesos mentales más complejos como la percepción, la memoria o el lenguaje, mediante operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica” (Sánchez & Pérez, 2008, p.2).
De acuerdo con Ramos, Paredes, Andrade, Santillán y González (2016) existen cinco tipos de atención:

- Atención focalizada: Es una respuesta básica a los estímulos.
- Atención sostenida: Corresponde a la vigilancia y mantenimiento de la atención durante un tiempo determinado.
- Atención selectiva: Es la atención a un determinado estímulo superando la distracción.
- Atención alternante: Es la capacidad de flexibilidad mental para cambiar el foco de atención voluntariamente

- Atención dividida: Es la habilidad para responder a dos actividades simultáneamente.
- Memoria: Es un sistema de vivencias y experiencias que nos permite recordar, codificar y procesar la información, dentro de estos sistemas, existe la representación perceptual, con la cual identificamos objetos, palabras y símbolos; la memoria procedimental “es la memoria de la acción. Nuestra conducta y todas las operaciones que realizamos para llevarla a cabo depende de este sistema de memoria [...] almacena las secuencias de movimientos” (Giro, 2005, p.143) la memoria semántica, es el sistema que adquiere y retiene los conocimientos con la ayuda del lenguaje, que da pie a la comunicación; la memoria a corto plazo “es un sistema que nos permite mantener una cantidad limitada de información en un corto espacio de tiempo mientras realizamos otra actividad” (Giro, 2005, p.143) y la memoria episódica es la encargada de recordar sucesos e historias de nuestra vida, dónde y cómo ocurrieron.
- Inteligencia: Las personas de la tercera edad pueden llegar a tener contradicciones, dificultad en solución de problemas lógicos y de razonamiento, dentro de la capacidad de inteligencia la orientación espacial se irá perdiendo “la desorientación obliga a la persona a reducir su espacio y provocará una disminución de actividades” (Giro, 2005, p.135).
- Creatividad: Depende de cada persona y como lo vaya ejercitando, sino se lleva a la práctica con el tiempo puede irse perdiendo, por lo tanto es importante en este punto la motivación para que se haga uso de ella, “las habilidades creativas cobran especial relevancia en edades tempranas, el uso y motivación de la creatividad para favorecer el potencial creativo y el desarrollo de personas mayores, les permite adaptarse a su entorno con facilidad” (Carrascal & Solera, 2014, p.9).

Finalmente terminamos este apartado de los procesos psicológicos con la opinión de Fernández Ballesteros (2004) que menciona lo siguiente:

El ser humano, puede ser entendido como un procesador activo de información. A través de sus sentidos la información es captada, almacenada, analizada y elaborada y, finalmente el ser humano responde a esa información. En ese sentido, el individuo debe entender y percibir esa información, procesarla y retenerla [...] durante el proceso de envejecimiento se produce un enlentecimiento y una menor eficiencia del funcionamiento cognitivo. En definitiva, el ser humano mayor tarda más en responder a la información que recibe en comparación con el más joven (p.4).

Los cambios sociales, se manifiestan en distintos contextos, se presenta una disminución en el contacto de las personas, por ejemplo, al jubilarse su círculo social se va haciendo más pequeño, conservando solamente a los amigos a quienes considera cercanos. En las relaciones familiares, en su estatus de jubilado, tiende a permanecer más en casa generando un sentimiento de inutilidad, la comunicación que tendrá con su familia será vital ya que es el soporte emocional y el vínculo del bienestar del nuevo rol que desempeñará con una nueva posición y responsabilidad al permanecer en casa, “la pérdida de ocupaciones en la familia, en el grupo y en el trabajo, conducen a una inadaptación social, y de su intensidad o continuación, resultan serias perturbaciones a nivel de la propia personalidad” (Berezaluce & Palacios, 2007, p.18). Dentro de las pérdidas se encuentran la pérdida de la salud, de su pareja (viudez), de familiares o amigos, del trabajo ya sea por pensión o enfermedad, incluyendo el cambio en los ingresos económicos, entre otras. En la vejez se comienzan a padecer enfermedades acordes a su edad que les van impidiendo realizar sus

actividades sociales y personales. Sobre algunos padecimientos, Sandoval (2018) menciona que “la persona anciana con dificultad auditiva tiende progresivamente a reducir sus relaciones sociales y a la incomunicación con el medio. La incomunicación en la vejez aumenta el riesgo de que el individuo padezca trastornos mentales (depresión, agresión, reacciones paranoides, etc.)” (p.175).

1.5. Clasificación del envejecimiento

¿Todos envejecemos de igual manera? El envejecimiento es un proceso individual en el que cada ser humano se deteriora de diferente manera y con ritmos diversos, depende del organismo, los hábitos de vida que se tengan; como son la alimentación, el descanso adecuado, práctica de un deporte, hábitos de higiene, cuidado de la mente, así como del estado de ánimo, motivación, situación de salud y procesos cognitivos, estatus económico, proceso de aprendizaje y manera de ver la vida de acuerdo a sus propias necesidades. Existen diversos tipos de envejecimiento, entre ellos se encuentran, el envejecimiento normal o fisiológico, el envejecimiento patológico, el demográfico y el activo.

En el envejecimiento normal o fisiológico, existe una sincronía de los cambios, conforme van pasando los años, el organismo deja de funcionar de manera normal produciendo enfermedades acordes a la edad. En el envejecimiento usual se presentan pérdidas de funciones fisiológicas no patológicas y en el satisfactorio puede haber ausencia o bajo riesgo de presentar una enfermedad, permitiéndole al adulto llevar una vida de calidad, así como realizar actividades de manera normal, “en el envejecimiento satisfactorio se tienen en cuenta la salud mental y psicológica, el desarrollo personal, la autonomía, la independencia, la integración y participación en actividades comunitarias” (Cabrera, 2007. p.6). Dentro del aspecto biológico, se considera el estado psicológico de la persona, el estado de ánimo, su autoestima, personalidad y la forma en que

asimila las situaciones, todo ello se relaciona con el desarrollo de enfermedades físicas o mentales, así como también con la interacción social, el rol que tiene dentro de su familia, su capacidad de adaptación (logros y pérdidas), por ejemplo “la pérdida del rol social genera crisis de identidad, provocando aislamiento, desmoralización, y disminución de la autoestima” (Cabrera, 2007. p.10).

En el envejecimiento patológico, no existe relación entre la edad cronológica y la edad biológica, la enfermedad va teniendo un desarrollo gradual que va a obstaculizar que el adulto mayor se vaya acostumbrando a su nueva realidad, sobre todo si se van desarrollando un mayor número de enfermedades que hagan que su situación se vaya complicando, “es un proceso disarmónico en el que las pérdidas fisiológicas son mayores en unos órganos que en otros y esto ha sido atribuido a los efectos modificadores de variables extrínsecas como el estilo de vida y los hábitos tóxicos” (Cabrera, 2007, p.6). El bienestar de la persona también depende de su funcionamiento físico y mental, cuando empiezan a existir enfermedades, la salud emocional junto con la física va mermando y afectando la esfera social, como lo menciona Ridruejo (2004) “la patología mental del anciano, es la propia y exclusiva de su edad, por lo tanto, directamente vinculada a él y a lo que es, desde luego, su propia condición psicobiológica y psicosocial” (p.3).

El envejecimiento tiene un aspecto demográfico, ya que ocurre de acuerdo al ritmo de cada país y lugar donde se desarrolle la vida de la persona, incluye los hábitos de vida, trabajo, alimentación, procesos sociales, servicios de salud, el medio ambiente donde se desenvuelve, los cambios de residencia, la contaminación existente (Cabrera, 2007).

El envejecimiento activo fue propuesto en la Asamblea Mundial de Envejecimiento realizada en Madrid en el 2002, este programa sin importar el tipo de envejecimiento, tiene la

finalidad de incluirlos e integrarlos a la sociedad, creando estrategias de apoyo y oportunidades, sin importar su estatus socioeconómico, cultural, creencias religiosas y costumbres; tratando a todos con igualdad buscando los mismos derechos y beneficios para todos de acuerdo a las necesidades y respetando los deseos de cada individuo, brindando seguridad y protección, buscando un bienestar físico, social y emocional, así como su independencia promoviendo una vida saludable y activa en su envejecimiento.

Entre las propuestas creadas en esta asamblea se encuentran:

- El apoyo familiar para el cuidado del adulto mayor: La familia es la red de apoyo más importante para el adulto mayor, ya que es con quien interactúa normalmente y se puede sentir fortalecido, si se siente escuchado, siente que sus consejos siguen siendo importantes para los suyos y se les demuestra cariño. El cuidado que requiere cada adulto mayor es individualizado, por ejemplo: hay personas que requieren ayuda en sus actividades básicas (vestirse, bañarse, ir al baño, alimentarse, desplazarse, tomar medicamento). Dentro de la cultura, se considera que los hijos son responsables de los padres, por lo cual es importante que entre los mismos lleguen a acuerdos para el cuidado del adulto mayor ya que se requiere de disponibilidad, compromiso y tiempo para llevar a cabo el rol de cuidador; así mismo es fundamental enseñar a los familiares que fungirán este papel sobre cómo llevar a cabo los cuidados paliativos a su ser querido. Para el cuidado del adulto mayor no solo se requiere del apoyo de la familia, es un trabajo en equipo con instituciones y gobierno, “las conductas, actitudes, modos de vida, hábitos y prácticas compartidas por los miembros de la familia actúan y modifican su participación en las redes de apoyo que requiere el adulto mayor” (INAPAM, 2010, p.17).

- Formación de profesionales en favor a la vejez: Es importante crear espacios para ampliar la matrícula de estudiantes dentro de la geriatría, gerontología y demás áreas involucradas (medicina, enfermería, trabajo social, psicología, derecho, etc.) en el cuidado de la vejez, ya que es importante que el profesional cuente con conocimientos, habilidades, una actitud positiva y empatía para responder a las necesidades de la persona a su cuidado. Para los profesionales que atienden desde diferentes ámbitos a personas de la tercera edad, el propósito es que cuenten con la información y capacitación para que brinden un servicio de calidad, con atención integrada dentro de una gama multidisciplinar, donde se les brinde asesoría a los adultos mayores, familiares y cuidadores sobre cualquier tema relacionado con el envejecimiento.

El interés primordial en la atención a la persona mayor es evitar y limitar la aparición y el desarrollo de discapacidad y dependencia, aumentando los años libres de incapacidad [...] trabajando en equipo diferentes profesionales y con unos niveles asistenciales que garanticen la correcta atención en las diferentes etapas de la enfermedad (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2013, p.27).

- Generar una autonomía satisfactoria: Consiste en garantizar los recursos humanos con los servicios brindados y hacer valer sus derechos. El gobierno debe comprometerse a destinar recursos humanos y financieros para que la población cuente con servicios de salud. Es importante fomentar el autocuidado de la salud, para ello deben conocer su historial médico y los cambios físicos que puede ocasionar una enfermedad, se les debe brindar información sobre el cuidado y la prevención de enfermedades. Se busca garantizar una infraestructura adecuada dentro del hogar y la comunidad para evitar accidentes y que el adulto mayor

pueda sentirse seguro al trasladarse de un lugar a otro. Así mismo, es importante llevar a cabo una valoración del entorno donde se desenvuelve el adulto mayor de acuerdo a la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2013)

entendemos que no solo es el espacio físico que le rodea (domicilio, comunidad), sino el carácter de las relaciones sociales que mantiene el anciano y el nivel económico. Esta esfera puede determinar a favor o en contra la situación del anciano: con quien vive, necesidades de cuidado (cuidador o sobrecarga familiar), utilización de servicios sociales, ingresos económicos, cercanía de la familia, amigos, vivienda, seguridad, accesibilidad, barreras arquitectónicas, adaptaciones, creencias y costumbres (p.35).

1.6. La vejez en México

En México se considera a una persona como perteneciente a la “tercera edad” a partir de los 60 años. En nuestro país el interés sobre el tema de la vejez comenzó a partir de los años 70’s, ya que en esta década empezó a disminuir la natalidad y la mortalidad, lo cual dio origen a una esperanza de vida mayor en la población gracias a los avances de la ciencia médica.

La esperanza de vida al nacer de los mexicanos aumentó de 36 a 74 años entre 1950 y 2000 y se prevé que siga aumentando; se presume que para el año 2050 será de 80 años [...] en 2008, México ocupó el decimoquinto lugar con al menos 6.7 millones de personas de 65 años de edad en adelante. La población de adultos mayores en

México se está multiplicando rápidamente, con un aumento previsto de 23.2% para el año 2040 (Aguila, Díaz, Manqing Fu, Kapteyn & Pierson, 2011, p.8).

En 1979 se crea el Instituto Nacional de la Senectud INSEN (hoy en día llamado Instituto Nacional de las personas adultas mayores INAPAM) y en 1980 el instituto recibe por primera vez un presupuesto para “el programa de afiliación de personas de 60 años y más. Los afiliados recibían una credencial que les daba acceso a descuentos en diversos servicios y algunos bienes, además de que era un medio de identificación aceptado” (Senado de la República, 2019, párr.4). En esta época la atención era aún restringida se limitaba solamente a asilos con poca asistencia en atención médica, sin espacios bien estructurados para su movilidad, sólo procuraban la alimentación básica, no existían profesionales especialistas para su atención, sólo el médico general, aunque en otros países ya existía la especialidad de geriatría y gerontología, ante esta situación

surge el interés de médicos de otras disciplinas, que motivados por adentrarse en la Geriatría aprenden en forma autodidacta el cuidado del anciano y quienes querían formalizar sus estudios tenía que viajar al extranjero a especializarse, lo que da origen a que se desarrollen diferentes escuelas en la práctica y la enseñanza de la Geriatría en nuestro país (Leal, et. al., 2006. p.186).

Algunos acontecimientos importantes en nuestro país en atención al adulto mayor son:

- En 1985, aparece la primera maestría en ciencias con orientación en Geriátría en la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional.
- En 1986 el Hospital Regional Adolfo López Mateos del ISSSTE creó el primer programa en Gerontología.
- En 1989 en la Escuela de Medicina de la UNAM se incluye la primera asignatura de Geriátría.
- En 1993 se crea el primer programa en la UNAM, en la especialidad de Geriátría para Médicos Internistas.
- En 1995 inicia en Guadalajara el primer programa fuera de la Ciudad de México, así mismo se crea el Colegio de Geriátría, de Psicogeriatría y Gerontología Médica en Jalisco “desde su fundación el Servicio de Geriátría ha desarrollado programas de atención, enseñanza, investigación y difusión de la especialidad. Atiende principalmente a pacientes ancianos que no son derechohabientes de la seguridad social [...] en toda la región occidente del país (Leal, et. al., 2006, p.189).
- En 1998 se constituyó el día 28 de agosto para celebrar a las personas mayores como “Día del anciano” posteriormente cambiando a “Día Nacional del adulto Mayor” y actualmente llamado “Día Nacional de las personas Mayores”, en el cual se les brindó un reconocimiento social y agradecimiento por sus participaciones dentro de la sociedad a nivel cultural, social, económico y político para así mismo seguir promoviendo sus derechos.
- Como jefe de gobierno el Lic. Andrés Manuel López Obrador (2002-2006) trabajó por mejoras en apoyo a programas sociales a los adultos mayores, otorgándoles una pensión mensual, iniciando primero estos beneficios en la Ciudad de México.

- En Junio de 2002, durante el gobierno del Lic. Vicente Fox Quezada, en el Diario Oficial de la Federación se decretó la Ley de los derechos de las personas Adultas Mayores, de acuerdo con la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2016) se establecieron derechos para este grupo social clasificados en seis grupos:

1. De la integridad, dignidad y preferencia.
2. De la certeza jurídica.
3. De la salud, la alimentación y la familia.
4. Del trabajo.
5. De la asistencia social.
6. De la participación.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019) el número de personas de 60 años o más que reside en México es de 15.4 millones, cifra que representa el 12.3% de la población total. La mayoría de ellos (47.9%) vive en hogares nucleares (formado por un solo núcleo familiar: puede incluir a una pareja con o sin hija(o)s solteros o un jefe o jefa con hija(o)s solteros), casi cuatro de cada diez (39.8%) residen en hogares ampliados (un solo núcleo familiar o más, y otras personas emparentadas con él o ellos) y 11.4% conforman hogares unipersonales; es decir viven solos, causas por las que personas en etapa del envejecimiento pueden presentar depresión (p.1).

La vejez se compone de diferentes circunstancias que dan la pauta para que exista el bienestar físico, mental y emocional en la persona, así mismo, dicho bienestar se relaciona con su nivel socioeconómico, sexo, estado civil, familia, poder tomar decisiones propias, empleo, servicios de salud, etc. En México “las personas de 60 años o más que viven solas se exponen a vulnerabilidad, debido a que no cuentan con una red familiar que las apoye en un momento de su vida donde su salud o sus condiciones económicas pueden ser precarias” (INEGI, marzo 2019, párr.8). Las personas de la tercera edad que fueron trabajadores afiliados al sistema de seguridad social hicieron aportaciones para obtener una pensión por lo cual son los que tienen mayor oportunidad de recibir atención médica,

los no asegurados se encuentran en el sector informal de la economía, el cual se compone de trabajadores por cuenta propia o trabajadores que no hacen aportaciones al sistema de seguridad social, por lo cual las personas que no tienen un ingreso formal son los de menor probabilidad de contar con asistencia médica (Águila et al., 2011, p.8).

De acuerdo al INEGI (2019) en su medición de 2018, la principal institución a la que acuden para atenderse las personas de la tercera edad es el IMSS con un 30.7%, un 25.4% acude a los Centros de Salud u hospitales de la Secretaría de Salud y el 20% recurre a clínicas privadas. De las personas que viven solas en situación de viudez, en los hombres el porcentaje es del 42.6% y en las mujeres el 65.3%; en situación de separados o divorciados el 31.5% en hombres y 19% en mujeres, y los que viven en concubinato es del 8.7% hombres y 1.8% en mujeres. En el tema de la educación las personas que no saben leer ni escribir en mujeres es del 20.8% y en los hombres 15.9%. El 27.1% de las personas de edad que viven solas presenta alguna discapacidad y el 42.3%

tiene alguna limitación para realizar alguna actividad considerada básica (caminar, subir o bajar usando sus piernas; ver; mover o usar brazos o manos; aprender, recordar o concentrarse; escuchar; bañarse, vestirse o comer; hablar o comunicarse y realizar sus actividades diarias por problemas emocionales o mentales), los que tienen 80 años o más, 48.2% son personas con discapacidad (pp.1-9).

Como lo sugieren Aguila et al., (2011) podrían existir mejoras en las condiciones de vida, solvencia económica y salud en las personas de la tercera edad si se consideran los siguientes puntos:

- Ampliar la red de protección para los adultos mayores mediante el otorgamiento de pensiones básicas libres de impuesto. De los programas sociales elaborar estudios socioeconómicos para que se reciba la ayuda a quien si la necesite.
- Fomentar el ahorro para el retiro con mejoras al programa de acuerdo con el trabajador, la empresa y el gobierno.
- Mejorar el estado de salud y ampliar la cobertura de atención médica ampliando el sistema de seguridad social.
- Brindar asesorías al pueblo en general para planear su jubilación.
- Crear un organismo nacional para controlar y revisar el sistema de seguridad social y las políticas para una mejora.

Las personas en la etapa de la vejez presentan transformaciones en su rutina de vida, como ya lo mencionamos, esto puede generar cambios emocionales, lo que implica tristeza que puede llegar a la depresión, ya que comienzan a tener pérdidas sentimentales, familiares o de

amigos; en el ámbito laboral como la jubilación o el despido; enfrentan pérdidas materiales como la solvencia económica, este sentimiento depende de cada persona y situación a la que se enfrentan. Cuando la depresión se presenta puede manifestar síntomas como: dormir poco o mucho, problemas de alimentación como falta de apetito o comer en exceso, falta de energía y motivación para llevar a cabo actividades cotidianas, pensamientos de minusvalía y desesperanza. De acuerdo con Medina, Sart y Real (2015) “en esta etapa de la vida, se incrementan los factores de estrés biológico, psicológico y social, al mismo tiempo que se ve mermada la capacidad de adaptación, lo que aumenta la vulnerabilidad a padecer una enfermedad mental” (p. 102).

La depresión en el adulto mayor es un factor que se desprende de la calidad de vida, el entorno en que viven (sociedad y familia), las enfermedades que padecen como limitaciones motoras y cognitivas, los factores demográficos como lo son el trabajo y el estado civil (Calderón, 2018, pp.183-186).

Capítulo 2. La Depresión

2.1. Definición de Depresión

La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo de las personas, puede variar según la edad, personalidad, género, estatus social, dañando principalmente el estado de salud del individuo, así como situaciones de su vida diaria. De acuerdo a la Secretaría de Salud (2015) la depresión

es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (sentimientos de dolor profundo, de culpa, de

soledad, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo (baja atención, concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida), volitivo (apatía, anhedonia, retardo psicomotor, descuido en sus labores cotidianas) y somático (cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, somatizaciones, propensión a infecciones, etc.), por lo que es una afectación global de la vida psíquica (p.14).

De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2015)

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 (párr. 1).

2.2. Tipos de depresión de acuerdo con el manual DSM-5

La Asociación Americana de Psiquiatría, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), es un manual clínico que sirve de guía, ya que presenta una serie de clasificaciones de trastornos de acuerdo a síntomas y criterios, además brinda información sobre un tratamiento fiable con validación científica ante cada padecimiento.

El objetivo principal consiste en ayudar a los profesionales de la salud en el diagnóstico de los trastornos mentales de los pacientes, como parte de la valoración de un caso que permita elaborar un plan de tratamiento perfectamente documentado para cada individuo (Asociación Americana de Psiquiatría, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-5], 2014, p. 6).

De acuerdo al DSM-5, cuando un episodio depresivo se manifiesta por al menos dos semanas seguidas se puede diagnosticar depresión, si se han presentado por lo menos cinco de los diferentes síntomas, tales como desesperanza, problemas alimenticios, fatiga, enlentecimiento psicomotor, agitación, baja autoestima, culpa, dificultad para concentrarse (real o percibida) así como síntomas atípicos tales como comer o dormir más de lo habitual, los considerados con mayor gravedad son los deseos suicidas y deseos de muerte.

Los trastornos depresivos de acuerdo con el DSM-5 (2014) se clasifican en:

2.2.1. Trastorno Depresivo Mayor

Un trastorno depresivo mayor se define por la presencia simultánea de una serie de síntomas importantes durante un período prácticamente continuado de 2 semanas, de acuerdo con Belloch, Sandín y Ramos (2009) “un trastorno depresivo mayor requiere cumplir dos criterios adicionales de exclusión: 1) que los síntomas no sean causados por una enfermedad o ingesta de sustancias, y 2) que los síntomas no se deban a una reacción de duelo normal por la muerte de un ser querido” (p. 242). Las características de una depresión mayor como las atípicas (mayor apetito, aumento de peso, dormir en exceso y sensación de enlentecimiento psicomotor), con características

melancólicas (pérdida de apetito y peso, levantarse temprano sintiéndose pésimo durante el día, se sienten culpables, lentos o agitados, no les alegra cualquier situación que en una etapa normal les alegraría), con síntomas de ansiedad (estrés, inquietud, preocupación o temor al igual que algún episodio anímico), con características catatónicas (hiperactividad o inactividad motriz), con características mixtas (mezcla de síntomas maníacos y depresivos), con inicio en torno al parto (durante el embarazo o un mes después del parto) y con características psicóticas (episodios maníacos y depresivos mayores que pueden estar acompañados de ideas delirantes congruentes o incongruentes) (Morrison, 2015, pp. 112-115).

De acuerdo con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2014), en el apartado Trastorno Depresivo Mayor se menciona que:

1. Un episodio depresivo mayor debe presentar cinco (o más) síntomas durante un período de dos semanas presentando cambios en su forma de actuar, al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) falta de interés o placer. No se incluyen síntomas que son causa de una enfermedad médica.
 - Estado de ánimo depresivo presentándose la mayor parte del día, casi todos los días, según se deduce de la información personal; por ejemplo: se siente triste, vacío, sin esperanza, o de la percepción de otras personas; por ejemplo: se le ve lloroso.
 - Falta de interés o placer por todas o casi todas las funciones la mayor parte del día, casi todas los días (se deduce de la información personal y de la percepción de otras personas).
 - Pérdida de peso o aumento de peso.

- Falta de sueño o dormir mucho casi todos los días.
 - Alteración o letargo psicomotor casi todos los días (se deduce de la información personal y de la percepción de otras personas).
 - Cansancio o falta de energía casi todos los días.
 - Sentimientos de que no vale nada o culparse de todo, casi todos los días.
 - Dificultad para pensar, falta de concentración y dificultad en la toma de decisiones, casi todos los días (se deduce de la información personal y de la percepción de otras personas).
 - Pensamientos frecuentes relacionados con la muerte (no sólo miedo a morir), ideas suicidas de manera reiterada sin plan específico, intento de suicidio o planearlo para llevarlo a cabo.
2. Los síntomas provocan malestares afectando áreas en lo social, laboral y otras áreas importantes.
 3. El episodio no es consecuencia de un problema fisiológico de una sustancia o un problema médico.
 4. El episodio de depresión mayor no es consecuencia de un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
 5. Nunca ha habido un episodio de bipolaridad.

2.2.2. Trastorno depresivo persistente (Distimia)

La distimia son estados depresivos muy prolongados, prácticamente crónicos, sin llegar a cumplir todos los criterios exigentes del episodio depresivo mayor, y se caracterizan por la presencia de bastantes síntomas depresivos, de acuerdo con Belloch, Sandín y Ramos (2009)

los síntomas que caracterizan la distimia son la presencia durante un período mayor de 2 años de un estado de ánimo triste prácticamente a diario. Además de este síntoma necesario se requiere la presencia de al menos otros tres síntomas que coexistan con esa tristeza (por ejemplo, pesimismo, aislamiento social, fatiga continua, etc.). Para poder efectuar el diagnóstico se precisa que estos síntomas hayan estado casi continuamente presentes; en concreto, que el paciente no haya estado libre de síntomas durante más de 2 meses en ese período (p. 245).

En este apartado describiremos los criterios que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2014) establece para el diagnóstico del Trastorno depresivo persistente (distimia).

1. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente la mayoría de días, se deduce de la información personal y de la percepción de otras personas, durante un mínimo de dos años.
2. Se presenta durante la depresión dos o más de los síntomas siguientes:
 - Pérdida o aumento de apetito.
 - Insomnio o demasiado sueño.
 - Falta de energía o cansancio.
 - Baja autoestima.

- Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.
 - Sentimientos de desaliento.
3. Se presenta en un periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) del trastorno, la persona presenta síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
 4. Los criterios para un trastorno depresivo mayor pueden presentarse durante un periodo de dos años.
 5. No existen episodios bipolares, no se cumplen los criterios para el trastorno ciclotímico.
 6. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo permanente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
 7. El episodio no es consecuencia de un problema fisiológico de una sustancia o un problema médico.
 8. Los síntomas provocan malestares afectando áreas en lo social, laboral y otras áreas importantes.

2.2.3. Trastorno depresivo de desregulación disruptiva del estado de ánimo

Este trastorno se presenta en niños, se caracteriza por cambios del estado de ánimo como tristeza, irritabilidad o enojo, su conducta es impulsiva, intolerante y siente frustración al no cumplir sus deseos al grado de llegar a la agresión social, escolar y familiar afectando su vida cotidiana.

Requieren atención constante de sus progenitores, y si van a la escuela, en ocasiones necesitan cuidadores para garantizar su propia seguridad y la de los otros. Algunos sufren una ira tan intensa que quienes se encuentran a su alrededor realmente temen por sus vidas. Incluso los síntomas relativamente leves pueden hacer que los niños pierdan muchas de las experiencias normales de la niñez, como las invitaciones para juegos y fiestas (Morrison, 2015, p.149).

2.2.4. Trastorno disfórico premenstrual

Es un trastorno que aparece en la mujer antes de su ciclo menstrual, se caracteriza por cambios de humor, depresión, desgano para hacer actividades cotidianas, ansiedad, falta de concentración, letargo, mucho sueño o ausencia del mismo, cambios en su alimentación; presenta síntomas físicos como: inflamación del estómago, dolor o endurecimiento de mamas así como hinchazón en las mismas. Antes, durante y después de la menstruación, por sus estados de ánimo es un periodo donde se puede llegar al pensamiento suicida.

Los factores ambientales que se asocian a la presentación del trastorno disfórico premenstrual son el estrés, los antecedentes de traumas interpersonales, los cambios estacionales y a los aspectos socioculturales de la conducta sexual femenina en general y del papel del género femenino en particular (DSM-5, 2014, p.173).

2.2.5. Trastorno depresivo debido a otra condición médica

Este tipo de trastorno se detona a causa del padecimiento de alguna enfermedad crónica como diabetes, cáncer, problemas cardiovasculares, pulmonares, entre otras. Para diagnosticar si “las alteraciones del estado de ánimo se deben a otra afección médica general, el clínico debe establecer primero la presencia de la misma [...], se necesita una evaluación exhaustiva e integral de múltiples factores para realizar el juicio clínico” (DSM-5, 2014, p.181).

2.2.6. Trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento

Este trastorno se presenta después de haber empezado a hacer uso de algún medicamento o sustancia (alcohol o drogas) o en la abstinencia de la misma, presenta episodios de cambios de estado de ánimo que lo llevan a la depresión, disminución de interés por sus actividades cotidianas se puede diagnosticar mediante un historial clínico, estudios clínicos y exploración física, este tipo de trastorno “causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento” (DSM-5, 2014, p.175).

2.2.7. Trastorno depresivo especificado

De acuerdo con el DSM-5 (2014) en esta categoría se utilizan los siguientes criterios:

- Depresión breve recurrente: Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual).

- Episodio depresivo de corta duración (4-13 días): Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.
- Episodio depresivo con síntomas insuficientes: Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para trastorno mixto de ansiedad o depresión (pp.183-184).

2.2.8. Trastorno depresivo no especificado

Predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero no cumple todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (por ejemplo, en servicios de urgencias) (DSM-5, 2014, p.184).

La depresión, en general, es un problema de salud pública, afecta diversas áreas de la vida de una persona, tales como la familiar, educativa, laboral y social. Las posibles causas de la depresión son muy diversas ya que en cada caso es distinto. La depresión puede surgir en cualquier etapa de la vida (infancia, adolescencia, juventud, adultez o tercera edad), para fines de nuestro trabajo se abordará la depresión en la etapa de la tercera edad, de acuerdo con García, Valencia, Hernández y Rocha (2017) “la depresión puede vincularse con el proceso de envejecimiento, acompañado además del aislamiento social y restricción de actividades” (p.409).

Capítulo 3. La Depresión en la Vejez en México

Por lo regular todos en algún momento de vida presentamos síntomas de depresión, sobre todo las personas en etapa de vejez ya que se enfrentan a mayores cambios como ya lo hemos mencionado. En México la depresión presenta el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres, el INEGI (2016) reportó

que 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas; de las cuales 14.48 millones son hombres y 20.37 millones son mujeres [...] aunque la depresión en mujeres puede tener relación con cambios hormonales, también es importante mencionar que el género es un factor determinante, la obligación de cumplir con los deberes asociados con la maternidad, el matrimonio y las opresiones que se viven por el hecho de ser mujer y estar obligada a cumplir con ciertos roles son causa de la depresión (p.38).

Es difícil identificar a una persona mayor con síntomas depresivos, ya que en esta etapa se puede confundir con otras enfermedades que son propias de la edad, pero cuando se presentan síntomas como desesperanza, pérdida de apetito y peso, problemas para dormir, fatiga, enlentecimiento psicomotor, agitación, autoestima baja, culpa, dificultad para concentrarse (real o percibida), así como síntomas atípicos como comer o dormir más de lo habitual, por períodos largos, es importante detectarla ya que al ser diagnosticada se puede mejorar la calidad de vida de quien la padece. De acuerdo con el INAPAM (2019) “en México estudios reportan que este es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, esto es en un 15 a 20%, en la población ambulatoria, incrementándose hasta en 25 a 40% en la hospitalizada” (párr. 10).

La depresión en el adulto mayor varía según su estilo de vida, salud, estado físico, factores demográficos, entre otros, cada persona presenta características propias y su impacto será según su historia de vida. La depresión es un trastorno al cual no se le brinda una adecuada atención ya que en la vejez se presentan diversas enfermedades propias de la edad y pueden confundirse los síntomas, “muchos casos de depresión no son claramente apreciables en la práctica clínica, ya que sus síntomas se presentan de forma heterogénea en esta población” (Estrada, Cardona, Segura, Ordoñez, y Osorio, 2012, p.82).

De acuerdo con cifras mundiales presentadas por la OMS (2011)

los episodios depresivos en personas mayores oscilan entre el 30% y 70% (dependiendo de la forma de evaluación). Además, se reporta que para el 2020 la depresión en pacientes mayores será la segunda causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial (parr.1).

Como hemos mencionado, la mujer suele ser más propensa a la depresión, ya que en su aspecto físico por lo regular es más cuidadosa y el cambio que se genera con el paso de los años es un proceso que puede generar depresión. Según Márquez, Soriano, García y Falcón (2005), por creencias las mujeres tienden a ser más sentimentales que los hombres, están más expuestas a situaciones estresantes, lo que las lleva en la etapa de la vejez a presentar depresión con mayor frecuencia.

En la asamblea “Plan de acción sobre el envejecimiento” en Madrid, se planteó la importancia de poner en práctica los planes de acción ante el envejecimiento, ya que debido a la alta prevalencia de depresión, de acuerdo a las estadísticas vistas en INAPAM (2019) en esta etapa de vida, es prioridad para el bienestar de la vejez. La propuesta del envejecimiento activo de acuerdo con la OMS (2015) lo plantea como “el objetivo de asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías, se reconocen seis tipos de determinantes clave del envejecimiento activo: los económicos, los conductuales, los personales, los sociales, los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales y los relacionados con el entorno físico” (p. 5).

Promocionar la calidad de vida en este grupo poblacional es uno de los retos más apremiantes de las políticas sociales y de salud en nuestro país, de acuerdo con el Instituto Nacional de Psiquiatría (2018), “es necesario que se desarrollen planes de acción que garanticen una atención médica y psicológica de calidad. Del mismo modo, deben promoverse políticas públicas dirigidas a garantizar condiciones de vida y entornos saludables” (párr. 5).

Por este motivo en esta investigación nos estaremos enfocando en personas que presentan depresión en la etapa de la vejez, con la finalidad de brindar herramientas cognitivas conductuales para realizar cambios tanto en su pensamiento como conducta, que puedan mejorar sus estilos y calidad de vida.

Capítulo 4. Modelo Cognitivo-conductual

4.1 Terapia cognitivo conductual (TCC)

De acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) las principales características de la Terapia Cognitiva Conductual son:

- La TCC es una actividad terapéutica de carácter psicológico basada, sobre todo en sus inicios, en la psicología del aprendizaje.
- Las técnicas y procedimientos utilizados en TCC cuentan en una buena parte con base científica o experimental, sin embargo, también una proporción importante de los procedimientos utilizados surgen de la experiencia clínica (reestructuración cognitiva, hipnosis, relajación, técnicas paradójicas, etc.).
- El objeto del tratamiento es la conducta y sus procesos subyacentes, en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional).
- La conducta se conceptualiza como básicamente aprendida, es decir fruto de los diversos factores que han operado en la historia del sujeto, sin ignorar la influencia de los factores biológicos o sociales.
- El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se

producen. Para ello, la intervención también puede dirigirse a modificar los procesos cognitivos que están en la base del comportamiento.

- La TCC pone el énfasis en los determinantes actuales del comportamiento, no obstante, tiene en cuenta los factores históricos que explican por qué se está dando la situación actual.
- La TCC tiene especial interés en la evaluación de la eficacia de las intervenciones, aspecto que procede del enfoque empírico que tiñe todo lo referente a la evaluación y tratamiento. Dicha eficacia se establece experimentalmente valorando los cambios producidos en la conducta tratada, considerando cambios a corto y largo plazo, así como su generalización al ambiente habitual del sujeto.
- El tratamiento conductual ha sido y es eminentemente activo. Implicando la realización de actividades por parte del interesado en su medio ambiente natural.

Como nos podemos dar cuenta la TCC conceptualiza el aprendizaje por sucesos basados en la forma en que la persona se ve a sí misma por hechos pasados y que, al mismo tiempo, afectan su presente y crean una visión de su futuro, que puede ser en forma negativa de acuerdo a sus experiencias vividas.

En el capítulo 5 se presenta un taller de intervención para atender síntomas de depresión en la vejez, en dicho taller se enseñarán técnicas cognitivas-conductuales dirigidas para que los participantes desarrollen habilidades y las lleven a la práctica implementando procedimientos psicoeducativos. De acuerdo con Díaz, Flores y Villa (2019) en una intervención psicoeducativa se

utilizan actividades pedagógicas donde el proceso del aprendizaje se lleva a cabo de acuerdo a un plan de trabajo trazado. Con la finalidad de que los participantes aprendan a utilizar estrategias e implementarlas en su vida diaria, para modificar sus pensamientos y conductas desadaptativas, buscando que cada uno planee sus objetivos y aborden eficientemente sus problemáticas.

4.1.1. Técnica de reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva es una técnica que se utiliza para identificar y modificar los pensamientos negativos, como lo mencionan Nezu, Nezu y Lombardo (2006) se clasifican en tres niveles:

- Pensamientos automáticos negativos (por ejemplo: soy un fracasado, soy un tonto, soy un inútil, no sirvo para nada, soy feo).
- Suposiciones distorsionadas o desadaptativas (por ejemplo: si pido un aumento, se van a reír de mí, porque no me lo merezco).
- Autoesquemas disfuncionales (por ejemplo: por lo general me siento desplazado porque no sé relacionarme con la gente).

Dentro de la distorsión cognitiva la persona empieza a crear pensamientos que muchas veces no coinciden con la realidad, como por ejemplo, piensa que la gente lo ve mal, empieza a clasificarse de determinada manera, estas distorsiones también pueden ocasionarse por la experiencias de vida, por ejemplo, si una persona tuvo un padre que siempre le decía que era un tonto, en su vida adulta la persona al cometer un error dirá que es un tonto, se desvalorizará a causa de su distorsión cognitiva.

La reestructuración cognitiva está basada en el modelo cognitivo ABC de Albert Ellis, en donde A se refiere al acontecimiento desencadenante, B se refiere a las creencias irracionales o racionales que tiene la persona ante el acontecimiento y C se refiere a las consecuencias derivadas de las creencias (Bados & García, 2010, pp.3-5).

La reestructuración cognitiva consiste en que dentro de un trabajo terapéutico el profesional apoya al paciente a identificar y cuestionar los pensamientos desadaptativos, que se basan en sus creencias sustituyéndolos por otros con la finalidad de reducir conductas causadas por esos pensamientos, dentro de esta técnica el terapeuta enseña al paciente a reflexionar sobre sus pensamientos desadaptativos y cambiarlos por nuevos pensamientos positivos.

Ejemplo: Caso hipotético

Una señora de 65 años, desde hace 7 años fue diagnosticada con depresión, hace 3 años que falleció su esposo, aumentaron los síntomas de depresión. Su único hijo de 30 años está casado desde hace 2 años, por lo cual la señora vive sola y a partir de ese momento fue diagnosticada con diabetes, ella no ha llevado un control de su enfermedad. Cada que el hijo va a visitarla siempre pelea con él, porque la señora no acepta a la nuera, ella estaba acostumbrada a que su hijo siempre le prestara atención, al formar su hijo su propia familia, ella piensa que ya no la quiere, que le estorba y que estaría mejor muerta. El hijo se ha alejado para evitar pelear con ella y prefiere llamarla por teléfono para no generar desestabilidad emocional y de salud en su madre.

Las personas que son diagnosticadas con depresión tienden a presentar varios síntomas, uno de ellos puede ser la desvalorización. En el caso del ejemplo que se acaba de ver los pensamientos distorsionados de la señora aumentaron a partir de que su hijo se casó, esto hace que ignore o malinterprete otras problemáticas bloqueando su realidad.

- **A:** La señora presenta depresión y al fallecer su esposo y casarse su hijo presenta más síntomas, aunado a la enfermedad de diabetes.
- **B:** Piensa que su hijo ya no la quiere, que le estorba y tiene pensamientos de ideación suicida.
- **C:** Su hijo deja de ir a verla.

La señora percibe de una forma negativa la situación, por lo cual, al trabajar en terapia de reestructuración cognitiva se modificarían las creencias distorsionadas de la señora. Por ejemplo:

- Cuando usted hizo su vida con su esposo ¿pensó en los sentimientos de su mamá al casarse?
- Su hijo tiene que hacer una vida propia ¿qué piensa de eso?
- ¿Por qué cree que al no acudir a una asistencia médica podrá morir más rápido?
- ¿Por qué cree que su hijo ya no la visita?
- ¿Qué es lo que piensa cuando su hijo la visita o le llama?
- Su hijo no la visita con frecuencia, puede ser para evitar más problemas de salud, pero aun así está pendiente de usted vía telefónica.

La reacción de la señora ante el problema se debió principalmente a cómo lo percibe y lo interpreta, las expectativas que ella tenía no fueron las que ocurrieron, tuvo miedo al quedarse sola y llegaron pensamientos instantáneos que provocaron que peleara con su hijo al momento de verlo. Al implementar esta técnica la persona empieza a analizar sus pensamientos y comportamientos de una manera diferente, empezando en este punto la reestructuración cognitiva.

4.1.2. Técnica de entrenamiento en autoinstrucciones

Esta técnica se emplea para que la persona desarrolle habilidades con su “diálogo interno y pueda aplicarlas en actividades específicas para modificar su conducta y así reforzar el autocontrol utilizando estrategias metacognitivas como lo son planificar, controlar y evaluar para que pueda autorregular su conducta” (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012, p. 415), la persona comienza a crear confianza de su propia capacidad de pensamiento. En el entrenamiento en autoinstrucciones la persona incrementa su capacidad para captar, guiar, monitorear, reflexionar, planificar, se trabaja con la memoria, pensamiento, atención y empieza a tener flexibilidad cognitiva, ya que mediante el aprendizaje se refuerza lo aprendido y podrá tomar decisiones y controlar su propia conducta.

Con esta técnica se le enseña a la persona a darse instrucciones a sí mismo paso a paso, se verbalizan las instrucciones en voz alta, al mismo tiempo de realizar la actividad y después, en voz baja se vuelve a dar la instrucción junto con la actividad, “la persona empieza a prepararse para darse las autoinstrucciones, focaliza y se concentra en el problema a solucionar, y guía su propia conducta” (Ruiz et al., 2012, p. 416). La persona puede retroalimentarse para evaluar sus resultados y podrá distinguir cuales son las verbalizaciones para utilizarlas en situaciones

adecuadas, se le enseña a analizar los pasos a seguir para lograr su meta; se recomienda practicar el mayor número de situaciones, hacerse preguntas, respuestas y autorreforzarse.

Ejemplo: Caso hipotético

Retomando el caso anterior, utilizando la técnica en autoinstrucciones.

1. **Darse instrucciones a sí mismo:** “cuando venga mi hijo, no debo de pelear”.
2. **Se verbalizan sus instrucciones en voz alta:** “no debo pelear”.
3. **Se verbaliza en voz baja:** “no debo pelear”.
4. **Guía su propia conducta:** Cuando llega su hijo lo recibe contenta y lo invita a comer. Su hijo se queda más tiempo con ella.
5. **Retroalimentación del resultado:** Ella se da cuenta que al cambiar su actitud su hijo está más tiempo con ella, los dos estuvieron contentos y el ambiente se sintió menos estresado.
6. **Meta:** Ya no pelearé con mi hijo.
7. **Implementarlas a otras situaciones.**

4.1.3. Técnica de resolución de problemas

De acuerdo con Nezu, Nezu y Lombardo (2006)

se centra en aumentar la capacidad de afrontamiento del individuo al tratar situaciones estresantes. Parte de este enfoque implica cambiar los factores cognitivos que afectan de manera negativa en la orientación del problema o en la visión general de problemas y autoevaluación en relación con las habilidades propias para resolverlos (p. ej., creencias acerca de la razón por la que se presenta un problema, atribuciones sobre quién es responsable de que ocurra el problema en primer lugar, creencias de autoeficiencia) (p. 69).

Esta técnica se enfoca en desarrollar habilidades en la persona ante problemas con los que se enfrenta y poder darle una solución, se requiere actitud, pensamiento analítico, saber reflexionar sobre la situación para poder comprenderla y así poder manejarla, tomando decisiones y llegando a crear un plan para resolver el problema.

Se les enseña a crear diferentes tipos de soluciones alternativas, a tomar decisiones acertadas, planeando las soluciones alternativas, pensando en qué resultados pueden darse debido a las resoluciones tomadas y poner en práctica lo planteado, llevando un autorregistro, evaluando su propio desempeño (Bados & García, 2014).

La técnica está orientada a enseñar a la persona a describir qué sensación le provoca determinado problema, a qué lo atribuye, que valor le da, cómo lo controla, cuánto tiempo le dedica; se les enseñan habilidades para poder concretar y valorar el problema, cómo controlarlo, establecer metas para la resolución y reevaluar el problema.

Ejemplo: Caso hipotético

Retomando el caso anterior, utilizando la técnica en resolución de problemas:

- **Situación problema:** Al fallecer mi esposo y casarse mi hijo, he tenido pensamientos de soledad, abandono y deseos de morir, por lo cual cuando mi hijo me visita reaccionó negativamente. He peleado con mi hijo, las visitas no son frecuentes y al estar enferma no recibo ningún tratamiento médico.
- **Que quiero cambiar del problema “Reflexionar”:**

1. Que mi hijo me visite más seguido y aceptar a mi nuera.
2. Atender mi salud.
3. Sentirme menos sola.

- **Soluciones alternantes:**

1. El problema no es que su hijo se haya casado; el problema real es que usted se siente sola y por ello no atiende su salud.

- **Situación del problema a cambiar:**

1. Cambiar mi actitud, para que mi hijo y nuera puedan visitarme.
2. Tener una actividad que sea de mi agrado.

- **Evaluar los resultados:**

1. Mejor estado de ánimo.
2. Mejor estado de salud.
3. Mayor comunicación con mi hijo y nuera.
4. Realizar actividades de mi agrado y tener mayor sociabilidad.

4.1.4. Técnica de autocontrol

La técnica de autocontrol, es una técnica estructurada, de conducción personal ya que es normal en el ser humano que se lleguen a presentar comportamientos exagerados, la mayoría de las ocasiones son de tiempo limitado. Esta técnica “se enfoca en el logro de objetivos para poder desarrollar habilidades mediante el manejo de autodisciplina, principalmente por medio del registro de su conducta, autoevaluándose y llevando a cabo el autorrefuerzo” (Caballo, 2007, p.514), que servirá para poder identificar circunstancias de áreas de su vida que le producen un conflicto.

Llevar un registro diario de experiencias y de su estado de ánimo asociado permite en la persona establecer metas específicas a las que les pueda dar solución. Debe analizar las causas del problema, en hacer algo para que haya un cambio (causa y consecuencia), lo cual implica que tendrá que emitir una conducta controlada por él mismo para provocar la modificación en la conducta problema.

Lo que se espera con esta técnica es que la persona empiece a identificar qué quiere cambiar, haga un listado de eso y lo ponga en un lugar donde lo pueda ver para que se motive con el compromiso. Se sugiere que sus objetivos los platique con alguien cercano con la finalidad de que la otra persona le refuerce el compromiso, esto implica reorganizar su entorno.

El autocontrol se define por la capacidad del ser humano para alterar sus propios comportamientos, potenciando sus posibilidades de adaptación a poder ir ajustando sus acciones a distintos contextos y situaciones demandantes. Esta capacidad se ve reflejada en las distintas estrategias y técnicas que se llevan a cabo con el objetivo de controlar de forma voluntaria emociones, conductas y cogniciones de frente a la consecución de determinados objetivos que la persona se plantea (Labrador, 2008, p.379).

Ejemplo: Caso hipotético

Retomando el caso anterior, utilizando la técnica autocontrol.

- **Situación problema:** Cuando mi hijo me visita peleamos, sus visitas no son frecuentes.
 1. **Identifica qué es lo que quiere cambiar poniéndolo por escrito:** “Ya no sentirme enojada cuando mi hijo me visita para ya no pelear”.

2. **Diario de situaciones:** Donde anota lo que sucede cuando va su hijo a visitarla; cuando pelean y cuando no lo hacen, reflexiona sobre sus sentimientos y conductas en las dos situaciones.
3. **Autorrefuerzos:** La señora escribe sus propósitos y los coloca en su tocador, en su refrigerador, en su baño y en su sala como medio de refuerzo para controlar su conducta; platica su propósito con una amiga para que la anime a cumplirlo, cuando su hijo la ve y no pelea con él como recompensa se prepara la comida que a ella le gusta.
4. **Reajusta sus acciones ante las diferentes situaciones que se le presentan:** Cuando llega su hijo ella empieza a controlar su conducta y va disminuyendo las peleas con él.
5. **Consecuencia:** Su hijo la visita y el tiempo que le dedica es mayor, hay un ambiente agradable entre ellos.

4.1.5. Técnica en habilidades sociales e interpersonales

Las habilidades sociales son conductas que se van aprendiendo a lo largo de la vida, en la niñez, la primera etapa de aprendizaje, se aprenden por medio de la observación, esta habilidad puede ir cambiando de acuerdo a las experiencias vividas a través de los años. La técnica en habilidades sociales desarrolla la capacidad de una persona para integrarse en actividades que facilitan su interacción social, de acuerdo a Caballo (2007) “tienen la finalidad de reforzar comportamientos en comunicación, productividad conductual, interacción social, asertividad, toma de decisiones, resolución de problemas y autocontrol cognitivo” (p.212). Cuando la persona carece de estas habilidades se provoca un aislamiento social, lo cual conlleva a reducir sus redes de

apoyo, provocando en la persona un concepto negativo de sí misma, llevándola al rechazo de quienes la rodean.

La habilidad social se integra de varias conductas relacionadas con la persona y su entorno, donde la misma expresa sus sentimientos, opiniones y deseos, como defiende sus derechos de manera correcta al momento y situación sin pasar sobre los derechos de los demás para darle solución a problemas en el momento, evitando que el problema crezca en un futuro (Caballo, 2007, p.514).

Para las técnicas de habilidades sociales e interpersonales según Caballo (2007) se requiere desarrollar habilidades de:

- **Aprender a comunicarse:** Comunicación apropiada de acuerdo a la situación o momento.
 1. Establecer contacto visual.
 2. Aprender a escuchar.
 3. Prestar atención a sí mismo, hacer preguntas sobre el tema del que se está hablando.
 4. El tono de voz debe ser mesurado.
 5. Las expresiones faciales deben suavizarse.
 6. La forma de responder, tiene en cuenta la postura de los brazos que deben estar a un costado ya que si están cruzados emite que no quiere expresar lo que uno siente.
- **Aserción positiva:** Expresar los sentimientos hacia otras personas como también reconocer los errores.
 1. Expresar emociones, experiencias, sentimientos e intercambiar conocimientos.

- **Percepción social:** Empatía, modificando percepciones que se tienen hacia las demás personas.

1. Defender opiniones propias y aceptar las opiniones de los demás.

- **Formato para registrar los logros:** Se sugiere llevar este registro para una retroalimentación y reforzamiento de conductas asertivas.

1. Expresar sentimientos y emociones.

2. Saber escuchar a los demás.

3. Hablar mesuradamente.

Ejemplo: Caso hipotético

Retomando el caso anterior, utilizando la técnica en habilidades sociales e interpersonales:

- **Aprender a comunicarse:** Se le sugiere a la señora una conversación de lo más usual con su hijo para que poco a poco pueda llegar a expresarle su verdadero problema. Enfatizando que se debe tratar a los demás como le gustaría que la traten. Identificar el problema y qué es lo que sucede realmente con él e identificar por qué se comporta de esa manera. Se le sugiere que poco a poco vaya implementando el entrenamiento en habilidades sociales, por ejemplo: tener contacto visual con su hijo sin agresividad, aprender a escuchar y entender lo que está oyendo, haciendo preguntas sobre el tema de conversación.
- **Aserción positiva:** Expresar el cariño que tiene por su hijo, reconociendo que ha estado actuando mal al no aceptar a su nuera.
- **Percepción social:** Cambiar la percepción que tiene de su nuera e iniciar conversaciones con ella aceptando las opiniones que pueden surgir durante la plática.

- **Formato para registrar los logros:** La señora llevará un registro para un reforzamiento de conductas asertivas. Al saber expresar sus sentimientos, escucha a su hijo sin enojarse, ella se autopremia.

4.1.6. Técnicas de relajación

Se pretende que la persona tenga entrenamiento y aprendizaje para dirigir la atención sobre sensaciones corporales relajándose con rutinas que pueden ser utilizadas diariamente.

La técnica de relajación es utilizada en el ámbito clínico con la finalidad de que la persona identifique reacciones de su cuerpo y puedan mitigar síntomas de ansiedad, ira, enojo, entre otras y enfrentar de la forma más adecuada situaciones estresantes para llegar a tener control de su comportamiento (Caballo, 2007, p.253).

El entrenamiento en relajación puede lograrse de distintas formas, en este taller se enseñará la técnica de relajación de Jacobson, “la cual trabaja con la percepción de la tensión física y el estado cognitivo que se asocia a la relajación identificando sensaciones, la persona tiene que tensionar y relajar los músculos (Caballo, 2007, p.221), en esta técnica se modifican los procesos cognitivos y conductuales. El entrenamiento de relajación se sugiere llevarse a cabo junto con otras técnicas para mayor efectividad. La relajación progresiva de Jacobson “es una técnica de liberación del estrés, está orientada hacia un descanso físico y mental permitiendo crear un control voluntario de tensión y distensión logrando una relajación” (Ruiz et al., 2012, p. 256). Con la práctica diaria se va alcanzando un estado de dominio y relajación continúa, se logran disminuir estados de estrés, ansiedad, facilita la conciliación del sueño y permite tener un autocontrol de las reacciones

fisiológicas y conductas. Esta técnica se sugiere trabajar diario entre 10 y 15 minutos, varias veces al día.

Ejemplo: Caso hipotético

Retomando el caso anterior, utilizando la técnica de relajación progresiva de Jacobson.

Se le pide a la señora cerrar los ojos, sentada en una posición cómoda ya sea en un sillón o acostada en el piso para que su cuerpo pueda relajarse.

Esta técnica de acuerdo a García-Herrera y Noguerras (2013) se divide en tres fases:

1. **Tensión-relajación:** Se trata de tensionar y luego de relajar músculos del cuerpo, con la finalidad de aprender a tensionar los músculos para posteriormente relajarlos.
2. **Controlar** mentalmente los grupos de músculos, cerciorarse de que se han relajado al máximo.
3. **Relajación mental:** Se trata de que la persona al realizar la tensión-relajación piense en una situación positiva y mantenga su mente en blanco.

Fase 1 Tensión-relajación: Se le empiezan a dar indicaciones (este ejercicio serán repeticiones de tres veces con intervalos de descanso), se trabajará con todas las partes del cuerpo para relajarla.

- **Cara:**

1. **Frente:** Frunce unos segundos y relaja lentamente.
2. **Ojos:** Ábrelos lo más que puedas para posteriormente cerrarlos lentamente.

3. **Nariz:** Frunce unos segundos y relaja lentamente.
4. **Boca:** Sonríe y relaja lentamente.
5. **Lengua:** Empuja la lengua contra el paladar, relaja lentamente.
6. **Mandíbula:** Presiona los dientes generando tensión en los músculos de la cara y en las sienes y relaja lentamente.
7. **Labios:** Frunce como para dar un beso y relaja lentamente.

- **Hombros y cuello:**

1. **Cuello y nuca:** Flexiona hacia atrás y vuelve a la posición inicial. Flexiona hacia adelante, vuelve a la posición inicial lentamente.
2. **Hombros y cuello:** Sube los hombros presionando contra el cuello y vuelve a la posición inicial lentamente.

- **Brazos y manos:**

1. Contrae, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos y relaja lentamente.
2. Piernas: Estira primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: muslo, rodilla, pantorrilla y pie para posteriormente relajar lentamente.

- **Tórax, abdomen y región lumbar** (estos ejercicios se realizan sentados sobre un sillón o silla):

1. **Espalda:** Brazos en cruz y lleva codos hacia atrás. Sentirá la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros.
2. **Tórax:** Inhala y retén el aire durante unos segundos en los pulmones. Observa la tensión en el pecho. Exhala lentamente.
3. **Estómago:** Oprime el estómago y ve relajando de manera lenta.

Fase 2 de repaso: Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte siga relajada, relaja aún más cada una de ellas.

Fase 3 relajación mental: Finalmente se le pide a la señora que piense en una situación agradable, algo que le guste hacer o bien que deje su mente en blanco.

4.1.7. Autorregistro

Es una técnica de evaluación que permite a la persona hacer conscientes de las situaciones que originan sus conductas, la duración de cada evento, aprender a identificar los pensamientos que llegan a su mente en ese momento, qué sensación les genera en su cuerpo y así poder enfrentarlas de una forma diferente cuando estas sucedan para comenzar a modificarlas. Con esta técnica es necesario “iniciar registrando una conducta desadaptativa durante determinado tiempo, anotando día, hora, frecuencia y duración, que la genera, qué la produce y qué consecuencia tiene esta conducta para tratar de modificarla” (Caballo, 2007, p. 153).

En el autorregistro es importante explicarle a la persona que después de cada conducta desadaptativa tome conciencia de la situación; por ejemplo, ¿Qué estaba haciendo en ese momento para que ocurriera el evento?, ¿Dónde estaba, con quién y qué sucedía?; sus emociones ¿Qué emociones sintió (ira, ansiedad, miedo, tristeza, etc.)? ¿Con qué intensidad sucedió?, valorando en una escala donde 0 es nada y 10 muy intenso; sus pensamientos ¿Qué le vino en ese momento a la mente (recuerdos, imágenes, ideas, etc.)? Martin y Pear (2008) mencionan que es importante registrar la conducta posteriormente al evento tomando en cuenta la frecuencia, duración e intensidad.

- **Frecuencia:** Se refiere al número de episodios de una conducta que tienen lugar en un periodo de tiempo específico.
- **Duración:** Es el tiempo de duración de una conducta (se puede registrar en segundos, minutos y horas).
- **Intensidad:** Es importante medir la fuerza o intensidad del evento, para ello se toma de referencia una escala donde 0 es nada y 10 muy intenso, evaluando la persona su magnitud de la situación.

Propuesta de autorregistro de acuerdo al caso hipotético

Se le pide a la señora llevar un registro de conducta cuando pelea con su hijo, cuando va a su casa a visitarla.

Tabla 1. Formato de autorregistro.

Formato de Autorregistro					
Nombre: <u>Rosa Alvarado</u> Semana <u>del 3 de febrero</u> al <u>9 de febrero</u>					
Día	Hora	Situación Pelear con mi hijo	Frecuencia (Cuántas veces ocurre en el día).	Duración (Tiempo que duró el evento)	Intensidad Escala del 0-10 (Dónde 0 es nada y 10 muy intenso), valorando la situación del 1 al 9.
Lunes	10:15 am	Acordamos que llegaría a las 10 y llegó más tarde	1	10 minutos	9
Martes					

Miércoles	03:00 pm	Peleé con él porque no me llamó un día antes.	1	15 minutos	10
Jueves					
Viernes					
Sábado	05:30 pm	Peleé con él por qué no vino a comer conmigo.	1	30 minutos	10
Domingo					

Tabla 1. Ejemplo de autorregistro de conducta.

Capítulo 5. Intervención cognitivo-conductual atendiendo la depresión en la vejez

5.1. Propuesta del taller

Como parte de esta investigación se diseñó un taller dirigido a un grupo de personas de la tercera edad, entre 60 y 75 años, que asisten a instituciones encargadas en su atención. Para evaluar la efectividad del taller, en su implementación sugerimos un diseño de estudio ABA (pretest-intervención-postest) para lo cual en la sesión 1 se aplicará el Inventario de Depresión de Beck para detectar síntomas depresivos en los asistentes, dentro de la intervención del taller se les enseñarán técnicas cognitivo-conductuales como en solución de problemas, reestructuración cognitiva, autocontrol, entrenamiento en autoinstrucciones, autorregistro, relajación progresiva de Jacobson, técnicas en habilidades sociales e interpersonales, con el objetivo de que puedan crear

sus propias estrategias para disminuir los síntomas de depresión, al término del taller se aplicará de nuevo el Inventario de Depresión de Beck con la finalidad de identificar si disminuyeron los síntomas y si el taller tuvo un impacto en ellos.

Con las técnicas cognitivo-conductuales diseñadas en este taller obtendrán herramientas para evaluar situaciones, comprender, analizar y reflexionar sobre posibles soluciones ante dificultades que se les presenten en su vida diaria, por ejemplo, con el formato del autorregistro diario les permitirá analizar sus pensamientos y creencias generando un cambio en su conducta.

Se pretende crear espacios donde aprenderán herramientas que les permitan recrear situaciones, comunicarse y transmitir sus propias experiencias. Dentro de este taller se busca que se integren, expresen, e intercambien conocimientos, realicen proyectos que no llevaron a cabo por diversas situaciones y las lleven a cabo de acuerdo a las necesidades de cada uno de ellos; aprendan y reaprendan nuevas cosas, practiquen sus hobbies y hagan nuevas amistades. Se les hará reflexionar que el considerarse adultos mayores no es una barrera para seguirse superando, a través de vivencias de otras personas, se les proporcionarán herramientas que permitan fomentar el cambio de conductas y pensamientos en situación de depresión.

Método

Participantes

Dirigido a personas de la tercera edad con un rango de edad de 60 a 75 años que asistan a instituciones encargadas de su atención (se sugiere que en este taller un profesional o estudiante trabaje con 8 o 10 personas).

Criterios de inclusión:

- Hombres y mujeres de un rango de edad de 60 a 75 años.
- Que en el Inventario de Depresión Beck presenten de 11 a +40 puntos.

Criterios de exclusión:

- Que tengan menos de 10 puntos en el Inventario de Depresión de Beck.
- Personas que tengan menos de 60 años de edad.

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo que se puede utilizar de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014) puede ser una “muestra no probabilística o dirigida subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación” (p. 176) ya que el taller está dirigido a un grupo de personas de la tercera edad con un rango de 60 a 75 años de edad.

Estrategias de evaluación

- **Entrevista:** La entrevista es una técnica cuantitativa creada con el propósito de recabar información. Se planeó una entrevista breve con preguntas específicas de acuerdo a las necesidades del taller.
- **Instrumento:** El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI), es un instrumento con una adaptación al castellano donde consta de 21 ítems para evaluar

síntomas depresivos, cada ítem contiene cuatro alternativas de respuestas en la que la persona seleccionará el ítem que mejor se adapte a su situación actual.

Para poder calificar este inventario la puntuación de los ítems se codifica de 0 a 3, la puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems, con un rango de fiabilidad de 0,76-0,95 alfa de Cronbach y una muestra de validez de 0,55 y 0,96 de correlación, presentándose a continuación la guía para su interpretación en rango de puntos:

- Dentro de estos rangos se consideran normales: 1-10 puntos.
- Leve alteración del estado de ánimo: 11-16 puntos.
- Estado de depresión intermitente: 17-20 puntos.
- Depresión moderada: 21- 30 puntos.
- Depresión grave: 31-40 puntos.
- Depresión extrema: +40 puntos

Se sugiere aplicar este instrumento en pretest-postest en diseño ABA, con este tipo de diseño se podrá identificar si el taller presenta efectividad en cambiar conductas y pensamientos en las personas de la tercera edad.

Diseño de estudio

Diseño preexperimental.

Diseño de un solo grupo cuyo grado de control es mínimo. Generalmente es útil como un primer acercamiento al problema de investigación en la realidad. Diseño A B A.

El diseño de estudio consistirá en una investigación de carácter cuantitativo de enfoque cognitivo-conductual dirigido a modificar pensamientos y conductas para disminuir síntomas de depresión en personas de la tercera edad; para evaluar estos cambios se llevará a cabo un diseño A-B-A. Como lo mencionan Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista (1997) su grado de control fue mínimo en la fase I “A” inicial se aplicará el inventario de depresión de Beck que servirá para conocer el grado de depresión que existe en cada uno de ellos, la fase II “B” será la etapa del taller de intervención donde se trabajará con diferentes técnicas cognitivo-conductuales y la Fase III “A” nuevamente se llevará a cabo la aplicación del inventario de depresión de Beck, en el cual se verá el resultado de disminución de los síntomas depresión en cada uno de los participantes.

El taller se diseñó con 7 sesiones, una sesión de dos horas por semana. A continuación se explicará cómo se deberá aplicar este diseño.

- Fase I “A”: Sesión 1, pre-evaluación “pretests” en el cual se aplicará el Inventario de Depresión de Beck.
- Fase II “B”: Se realizará una intervención que durará 5 sesiones; sesión 2, 3, 4, 5, 6.
- Fase III “A”: Sesión 7, post-evaluación “postests”, se aplicará nuevamente el Inventario de Depresión de Beck.

5.2. Diseño del taller: “Aceptando mi vejez obteniendo nuevos aprendizajes”

Fase 1 “A”

Pre-evaluación

Sesión 1. Pre-evaluación

Objetivo de la sesión: Obtener información por medio de una entrevista y aplicar el Inventario de Depresión de Beck.

Objetivos generales:

- Entablar el primer contacto con los participantes por medio de rapport para lograr un vínculo de confianza.
- Brindar información a los participantes sobre el diseño del taller.
- Explicar mediante el documento de consentimiento informado el objetivo del taller y sus características.
- Aplicar entrevistas a los participantes para obtener datos.
- Aplicar el Inventario de Depresión de Beck.
- Concluir las actividades del día de la primera sesión.

Procedimiento: Se les dará la bienvenida a todas las personas, se presentarán los exponentes y los asistentes, se pasará una hoja para que anoten su nombre los participantes (en caso de no saber leer o escribir el exponente los apoyara), se les explicará en qué consiste el taller “**Aceptando mi vejez obteniendo nuevos aprendizajes**”, acordando día y hora para las sesiones, se dará lectura al consentimiento informado, se les pedirá firmen si están de acuerdo en participar, se realizará una entrevista breve para conocer datos como, edad, género, historial familiar, estado civil, nivel de estudios, estatus socioeconómico, religión, nacionalidad, lugar de residencia, historial médico y finalmente se les aplicará el Inventario de Depresión de Beck. Al finalizar se agradecerá por su participación.

Materiales:

- Formato de Consentimiento informado.
- Formato de entrevista.
- Inventario de Depresión de Beck.
- Bolígrafos.
- Hojas en blanco.

Cierre de la sesión.

Fase II “B”

Sesión 2. Intervención

Objetivo de la sesión: Informar sobre la depresión en la vejez y enseñarles las características y el uso de las técnicas cognitivo-conductuales.

Objetivos generales:

- Establecer el primer contacto con los participantes por medio de rapport para lograr un vínculo de confianza.
- Brindar información a los participantes sobre qué es la depresión y la vejez y cómo se relacionan.
- Brindar información a los participantes de las características de las técnicas cognitivo-conductuales.
- Entrenar a los participantes sobre la técnica de reestructuración cognitiva.

- Pedir a los participantes que lleguen a una reflexión sobre sus pensamientos en la situación en la cual pensaron.
- Pedir a los participantes que lleguen a una reflexión sobre lo visto en la sesión en casa asimismo realizar su formato de autorregistro de conducta.
- Concluir las actividades del día de la segunda sesión.

Procedimiento: Se dará la bienvenida y se pasará lista de asistencia, para dar inicio a la exposición por medio de un rotafolio o por medio de herramientas tecnológicas (power point, prezi, powtoon), se les explicará a los participantes qué es la depresión y cómo se presenta en la vejez, así mismo se les explicarán las características de las técnicas cognitivo-conductuales, dando inicio con la explicación de la técnica de reestructuración cognitiva y finalmente con la explicación del formato del registro de conducta.

Materiales:

- Lista de asistencia.
- Bolígrafos.
- Hojas blancas.
- Formato de autorregistro de conducta (personalizado).
- Rotafolio o equipo tecnológico (proyector, computadora, laptop).

Actividad: “Aprendiendo a identificar mis pensamientos”

Para el entrenamiento de la técnica de reestructuración cognitiva, se le pedirá a los asistentes que escriban una situación que sea molesta para ellos, ya sea de enfermedad o algún problema personal (identificando qué tipos de pensamientos tienen) y conociendo el modelo **ABC**.

- Pensamientos automáticos negativos: Soy un tonto, no sirvo para nada, soy un fracasado.
- Pensamientos distorsionados negativos: todo lo hago mal.
- Pensamientos disfuncionales: me siento desplazado, no sé relacionarme con la gente.

Aplicando el modelo **ABC**

A: acontecimiento desencadenante: ¿Qué originó el problema?

B: creencias racionales e irracionales: ¿Qué pensamiento le llega en el momento del acontecimiento? ¿Qué es lo que se dice a usted mismo?

C: consecuencias derivadas: ¿Que resultó de lo que usted pensó?

Reflexión: Yo puedo comprender mis pensamientos, ¿Qué ventajas puedo tener si cambio mi forma de pensar? ¿Qué sucede si en vez de ver las desventajas veo las ventajas de esta situación?

Actividades para hacer en casa:

- **Reflexión:** Autopercepción reforzando la técnica de reestructuración cognitiva se les pedirá a los participantes reflexionar en otra problemática donde identifiquen y apliquen el modelo ABC.
- **Formato de autorregistro:** Se les pedirá a los participantes el llenado de su conducta.

Cierre de la sesión.

Sesión 3. Intervención

Objetivo de la sesión: Enseñar las técnicas de relajación progresiva de Jacobson y entrenamiento en autoinstrucciones.

Objetivos generales:

- Entablar el primer contacto con los participantes por medio de rapport para lograr un vínculo de confianza.
- Conocer las experiencias de los participantes al haber realizado en casa la actividad que se dejó en la sesión anterior.
- Enseñar las técnicas de relajación de Jacobson y entrenamiento en autoinstrucciones para que puedan desarrollar habilidades con su diálogo interno.
- Reforzar la técnica de reestructuración cognitiva aplicada con la técnica de autoinstrucciones.
- Enseñar a relajar su cuerpo con la técnica de relajación progresiva de Jacobson.
- Enseñar la técnica en autoinstrucciones.
- Pedir a los participantes que pongan en práctica las técnicas vistas en la sesión asimismo realizar su formato de autorregistro de conducta.
- Concluir las actividades del día de la tercera sesión.

Procedimiento: Se dará la bienvenida y se pasará lista de asistencia, se les pedirá su formato de autorregistro de conducta para proporcionarles uno nuevo, se hará una reflexión sobre las experiencias al haber realizado su actividad en casa, se aclaran las dudas respecto a lo abordado en la sesión anterior. Se iniciará la exposición por medio de un rotafolio o con herramientas tecnológicas (power point, prezi, powtoon), se les explicará a los participantes sobre las técnicas de relajación progresiva de Jacobson para que puedan trabajar con su percepción, atención física y

estado cognitivo, control voluntario de tensión y distensión, sensaciones corporales, estos ejercicios pueden realizarse diariamente, durante esta actividad se pondrá música relajante. Se dará entrenamiento en la técnica de autoinstrucciones con la finalidad de que los participantes puedan desarrollar habilidades con su diálogo interno y puedan aplicarlas en situaciones diarias para autorregular su conducta. Se reforzará la técnica de reestructuración cognitiva aplicada con la técnica de autoinstrucciones.

Materiales:

- Lista de asistencia.
- Bolígrafos.
- Hojas blancas.
- Rotafolio o equipo tecnológico (proyector, computadora, laptop).
- USB de música relajante con bocina.
- Hoja de autorregistro.
- Hojas de ejercicios de la técnica de relajación progresiva de Jacobson (se entregará a cada participante para que puedan trabajarlos en sus casas).

Actividades:

- **Entrenamiento en relajación:** Se les pedirá a los participantes que donde se encuentren sentados tomen una postura más cómoda y relajada para poder realizar los ejercicios de tensión-relajación. Los exponentes darán las instrucciones de acuerdo a la hoja que se les proporcionó.
- **Entrenamiento en autoinstrucciones:** Retomando la situación que cada participante trabajó en la técnica de reestructuración cognitiva donde ya identifican sus pensamientos

negativos comienzan a darse autoinstrucciones verbalizando en voz alta y posteriormente en voz baja orientando su conducta hacia un cambio.

Actividades para hacer en casa:

- **Formato de autorregistro:** Se les pedirá a los participantes el llenado de su formato de conducta durante la semana.
- Poner en práctica las técnicas aprendidas haciendo una reflexión de cómo se sintieron al realizarlas en la semana.

Cierre de la sesión.

Sesión 4. Intervención

Objetivo de la sesión: Enseñar la técnica de resolución de problemas y aplicarla en Juego de roles.

Objetivos generales:

- Entablar el primer contacto con los participantes por medio de rapport para lograr un vínculo de confianza.
- Conocer las experiencias de los participantes al haber realizado su actividad en casa que se dejó en la sesión anterior.
- Enseñar la técnica de resolución de problemas para desarrollar habilidades en solución de problemas.
- Enseñar a los participantes la técnica resolución de problemas por medio del juego de roles.

- Pedir a los participantes que pongan en práctica las técnicas vistas en la sesión así mismo realizar su formato autorregistro de conducta.
- Concluir las actividades del día de la cuarta sesión.

Procedimiento: Se dará la bienvenida y se pasará lista de asistencia, se les pedirá su hoja de autorregistro de conducta para proporcionarles una nueva, se hará una reflexión sobre las actividades que hicieron en casa de la sesión anterior, y se aclararán las dudas respecto a lo abordado en la sesión anterior. Se iniciará la exposición por medio de un rotafolio o por medio de herramientas tecnológicas (power point, prezi, powtoon), se les explicará a los participantes sobre la técnica de resolución de problemas.

Materiales:

- Lista de asistencia.
- Bolígrafos.
- Hojas blancas.
- Rotafolio o equipo tecnológico (proyector, computadora, laptop).
- Hoja informativa de la técnica de resolución de problemas.
- Hoja de caso ficticio.
- Hoja de autorregistro.

Actividades:

- **Role-Playing** “Juego de roles”.

Desarrollo del juego:

- Explicar a los participantes el caso ficticio.

- Enumerar y explicar los roles de cada participante. Los demás participantes tendrán la función de observadores de la situación.
- Se dará 5 minutos para que los participantes se pongan de acuerdo.
- Se iniciará con la actividad.

Se presenta un caso ficticio común para que el participante poco a poco logre implementar esta técnica ya en situaciones más complejas. Se les leerá una situación cotidiana para que puedan actuar dentro del juego de roles.

Los participantes podrán dar su opinión y expondrán su reflexión sobre las diferentes opciones de resolver el problema, haciendo hincapié en que los problemas y soluciones cada uno los ve de diferente forma y cada uno de acuerdo a sus creencias y valores resuelven los problemas que se les presentan. Cada participante definirá el problema, generará nuevas opciones con posibles soluciones, tomará decisiones, evaluando los resultados llegando a objetivos reales. Con esta actividad se pretende que cada participante llegue a su propia reflexión considerando que cada persona vive de diferente manera un mismo problema, considerando la visión, el contexto y la situación.

Actividades para hacer en casa:

- **Formato de autorregistro:** Se les pedirá a los participantes el llenado del formato de su conducta durante la semana.

- Poner en práctica la técnica aprendida haciendo una reflexión de cómo se puede solucionar un problema implementándolo en su vida cotidiana para posteriormente aplicarla en situaciones más difíciles.

Cierre de la sesión.

Sesión 5. Intervención

Objetivo de la sesión: Enseñar la técnica de Autocontrol utilizando su formato de registro diario y reforzar la técnica de relajación progresiva de Jacobson.

Objetivo generales:

- Entablar el primer contacto con los participantes por medio de rapport para lograr un vínculo de confianza.
- Conocer las experiencias de los participantes al haber realizado su actividad en casa que se dejó en la sesión anterior.
- Enseñar la técnica de autocontrol para que los participantes puedan regular su propia conducta.
- Enseñar a los participantes a utilizar la técnica de autocontrol.
- Reforzar la técnica progresiva de Jacobson, durante esta actividad se pondrá música relajante.
- Pedir a los participantes que pongan en práctica las técnicas vistas en la sesión así mismo realizar su formato de autorregistro de conducta.
- Concluir las actividades del día de la quinta sesión.

Procedimiento: Se dará la bienvenida y se pasará lista de asistencia, se les pedirá su hoja de autorregistro de conducta para proporcionarles una nueva, se hará una reflexión sobre las actividades que hicieron en casa de la sesión anterior y se aclararán las dudas respecto a lo abordado en la sesión anterior. Se iniciará la exposición por medio de un rotafolio o con herramientas tecnológicas (power point, prezi, powtoon), se les explicará a los participantes sobre la técnica de autocontrol y se reforzará la técnica progresiva de Jacobson, durante esta actividad se pondrá música relajante.

Materiales:

- Lista de asistencia.
- Bolígrafos.
- Hojas blancas.
- Rotafolio o equipo tecnológico (proyector, computadora, laptop).
- USB con bocina.
- Hojas de ejercicios de la técnica progresiva de Jacobson.
- Hoja de autorregistro.

Actividades:

- **Entrenamiento en autocontrol:** Se les explicará que se utilizará el formato que han estado llenando del registro de su conducta para trabajar con esta técnica ya que en ella podrán monitorear y evaluar su conducta, en esta técnica se pueden utilizar reforzamientos positivos para realizar los cambios que crean pertinentes.

Con las técnicas que se han estado trabajando en las sesiones anteriores el participante ha logrado tener una mayor conciencia de sus conductas por lo cual al revisar todos sus autorregistros podrán darse cuenta si han regulado su conducta o no.

Considerando los siguientes puntos:

- Situación de problema (identificando el problema).
- Identifica qué es lo que quiere cambiar poniéndolo por escrito.
- Reajusta sus acciones ante las diferentes situaciones que se le presentan (lleva a cabo los cambios de conducta correspondientes).
- Consecuencia (ve los resultados de esos cambios).

Por lo cual es importante que pueda reflexionar sobre su problema implementando un diario de experiencias y estado de ánimo el cual le servirá para poder replantear nuevos objetivos y metas, utilizando autorrefuerzos por cada cambio que logre realizar, así mismo podrá ver sus avances.

- **Entrenamiento en relajación:** Se les pedirá a los participantes que donde se encuentren sentados tomen una postura más cómoda y relajada para poder realizar los ejercicios de tensión- relajación. Los exponentes darán las instrucciones de acuerdo a la hoja que se les proporcionó.

Actividades para hacer en casa:

- **Formato de autorregistro:** Se les pedirá a los participantes que sigan con su autorregistro de conducta durante la semana.
- Poner en práctica la técnica aprendida con reforzadores positivos.
- Llevar a cabo la técnica de relajación progresiva de Jacobson.

Cierre de la sesión.

Sesión 6. Intervención

Objetivo de la sesión: Enseñar la técnica de habilidades sociales e interpersonales.

Objetivos generales:

- Entablar el primer contacto con los participantes por medio de rapport para lograr un vínculo de confianza.
- Conocer las experiencias de los participantes al haber realizado su actividad en casa que se dejó en la sesión anterior.
- Enseñar las técnicas de habilidades sociales e interpersonales y la importancia de ellas.
- Promover en los participantes la importancia de las habilidades sociales e interpersonales.
- Trabajar con la habilidad de socialización de los participantes.
- Promover la interacción entre los participantes.
- Pedir a los participantes que pongan en práctica las técnicas vistas en la sesión así mismo realizar su formato de autorregistro de conducta.
- Concluir las actividades del día de la quinta sesión.

Procedimiento: Se dará la bienvenida y se pasará lista de asistencia, se les pedirá su hoja de autorregistro de conducta para proporcionarles una nueva, se hará una reflexión sobre las actividades que se hicieron en casa de la sesión anterior, se aclararán las dudas respecto a lo abordado en la sesión anterior. Se iniciará la exposición por medio de un rotafolio o de herramientas tecnológicas (power point, prezi, powtoon), se les explicará a los participantes sobre la técnica de habilidades sociales e interpersonales.

Materiales:

- Lista de asistencia.
- Bolígrafos.
- Hojas blancas.
- Rotafolio o equipo tecnológico (proyector, computadora, laptop).

Actividades:

- A los participantes se les preguntará ¿Para ustedes qué es una habilidad social? ¿Cómo la llevan a la práctica? ¿Cómo influyen las habilidades sociales con el estado de ánimo de una persona?
- Los participantes expresarán un hecho importante que hayan vivido, se pretende que con esta actividad exista un clima de comunicación en la que todos expongan, escuchen y expresen sus sentimientos, se dé un intercambio de ideas, e inclusive aceptar algunas críticas, pero a la vez llevándolos a la reflexión y a la escucha activa.

- Se les pedirá que hagan equipos donde se jugará dominó, lotería o ajedrez, según el gusto de cada participante. Esta actividad tiene la finalidad de reforzar sus habilidades sociales, intercambio de ideas y opiniones.

Actividades para hacer en casa:

- **Formato de autorregistro:** Se les pedirá a los participantes que sigan con su autorregistro de conducta durante la semana.
- Llevar a cabo la técnica de relajación progresiva de Jacobson.
- Reflexionar cómo implementan sus habilidades sociales dentro de su entorno familiar.

Cierre de la sesión.

Fase III “A”

Sesión 7. Post-evaluación

Objetivo de la sesión: Aplicar el Inventario Depresión de Beck y concluir el taller agradeciendo a los participantes su asistencia.

Objetivo general:

- Establecer el primer contacto con los participantes por medio de rapport para lograr un vínculo de confianza.
- Aplicar el Inventario de Depresión de Beck (post-evaluación).
- Conocer experiencias y opiniones de los participantes.

- Agradecer su participación.

Procedimiento: Se dará la bienvenida y se pasará lista de asistencia, se les pedirá su formato de autorregistro de conducta, se explicará a los participantes en qué consiste el Inventario de Depresión de Beck para así mismo puedan contestarlo, se les preguntará si existen dudas. Se hará una reflexión final sobre las técnicas y actividades realizadas durante el taller. Se les preguntará si el taller les generó un cambio de conciencia, creencias y si algunos de ellos detectó un cambio de conducta y pensamientos.

Materiales:

- Hoja de asistencia.
- Hoja del Inventario de Depresión de Beck.
- Bolígrafos.
- Hojas en blanco.

Actividades:

- Compartir experiencias personales sobre el aprendizaje del taller.

Cierre y despedida. Al término se pedirá un aplauso para los participantes y se agradecerá su participación.

Conclusiones

Como hemos visto en esta investigación, la conceptualización de la vejez, a lo largo de la historia, ha ido tomando diferentes vertientes, desde percibir a la persona como una figura que transmite conocimientos, hasta impresiones negativas con respecto a esta etapa. Cada sociedad y cultura de acuerdo a sus costumbres, religiones, creencias y artes aceptan o rechazan a las personas de la tercera edad.

Hoy en día podemos ver un antes y un después a partir de los avances que nacieron con la Revolución Industrial, el surgimiento de especialidades como la gerontología, geriatría, psicología y otros servicios de salud que promueven el cuidado del adulto mayor, así como instituciones, organizaciones, programas dirigidos a brindar una mejor atención y calidad de vida. En México se considera que a partir de los 60 años de edad la persona pertenece a la tercera edad; en esta etapa comienzan a enfrentarse muchas problemáticas entre ellas, cambios físicos, sociales, laborales y a un sin número de pérdidas, lo que algunas veces los llevan a un proceso de depresión, este es un tema preocupante ya que además de los cambios propios de la edad, se presentan síntomas que muchas veces no son detectados ni diagnosticados, por lo que no reciben un tratamiento adecuado, de aquí surge la necesidad de dotar a las personas de la tercera edad de herramientas que les permitan enfrentar tal situación.

En esta investigación se diseñó un taller de intervención donde se les enseñarán técnicas cognitivo-conductuales para disminuir síntomas de la depresión; como lo son, la reestructuración cognitiva, técnica de autoinstrucciones, autocontrol y autorregistro, relajación, técnicas de

habilidades sociales e interpersonales, para que aprendan a controlar su cuerpo y pensamiento y así puedan modificar sus conductas.

Este proyecto se presenta como una propuesta de intervención que se puede llevar a la práctica en instituciones que brinden atención a personas de la tercera edad, puede implementarse por estudiantes o profesionales de la psicología, tal como fue planeado desde un principio ya que este trabajo se iba a implementar en una casa de día ubicada en Ixtapaluca Estado de México pero por cuestiones relacionadas a la pandemia COVID 19 no fue posible.

Esta propuesta nos hace reflexionar sobre la importancia que representa realizar estudios enfocados a esta etapa de vida, ya que nos encontramos información limitada sobre la prevalencia de la depresión en México, encontrando cifras de manera general “hombre-mujer” pero ninguno dirigido al adulto mayor, así como pocas investigaciones actuales abordadas sobre este tema.

Finalmente, nosotras desarrollamos este taller de intervención buscando generar un posible cambio en la vida de aquellas personas que piensan que se acerca el final de su vida, deseamos como profesionales mostrarles que aún hay vida a pesar de enfrentarse a muchas pérdidas de todo tipo, que es posible seguir aprendiendo a vivir, formar nuevos objetivos de vida y tener un envejecimiento activo.

Referencias

- Águila, E., Díaz, C., Manqing Fu, M., Kapteyn, A & Pierson, A. (2011). Envejecer en México: Condiciones de vida y salud. Washington, D.C, Santa Mónica, C.A y México, Guanajuato: AARP, RAND Corporation y El Centro Fox. Recuperado de <http://coespo.groo.gob.mx/Descargas/doc/15%20ENVEJECIMIENTO%20POBLACIONA%20L/ENVEJECER%20EN%20M%C3%89XICO.pdf>
- Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.(1982). Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Recuperado de [plan de acción internacional de viena sobre el envejecimiento asamblea mundial sobre el envejecimiento 26 julio a 6 de agosto d](#)
- Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). (2014). Criterios y códigos diagnósticos: Trastornos depresivos, pp.155-188, Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bados, A & García, E. (2010). La técnica de reestructuración cognitiva. *Facultad de psicología Universidad Barcelona*. pp.1-63. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Bados, A & García, E. (2014). Resolución de Problemas. *Facultad de Psicología Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54764/1/Resoluci%C3%B3n%20problemas.pdf>
- Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (2009). Manual de Psicopatología Vol. II. España: McGRAW-HILL/Interamericana de España, S. A. U.
- Bentosela, M & Muscata, A.E. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación interdisciplinaria, revista de psicología y ciencias afines, 22(2), pp.211-235. Revista de psicología. Recuperada de <https://www.redalyc.org/pdf/180/18022205.pdf>

- Berezaluce, G & Palacios, N. (2007). Rol social del adulto mayor en las familias del municipio de Centro, Tabasco. *Horizonte Sanitario*, 6(3), pp.16-23. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4578/457845050003>
- Binotti, P., Spina, D., Barrera, M.L & Donolo, D. (2009). Funciones ejecutivas y aprendizaje en el envejecimiento normal. Estimulación cognitiva desde una mirada psicopedagógica. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4(2), pp.119-126. Recuperado de https://www.med.ufro.cl/neurociencia/images/02-2009/binotti_vol4_n2_119-126.pdf
- Caballo, V. (2007). Las Habilidades Sociales: Un Marco Teórico. *Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales*. (pp. 1-9)
- Caballo, V. E (2007). Tratamiento Conductual de la Depresión Unipolar. En V. E. Caballo, P. Lewinsonh, I. Gutlib & M. Hutzinger (Eds). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos* (pp. 493-541). Recuperado de <https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/CaballoV.-Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicol%C3%B3gicos-Vol.2-ebook.pdf>
- Cabrera, A. J. (2007). Temas para la asistencia clínica al adulto mayor. *Revista electrónica Medisur*, 5(2), pp.1-178. Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/278/3776#>
- Calderón, M. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered.* 29. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v29n3/a09v29n3.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2016). Ley de los Derechos de las personas adultas mayores. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/175189/245_221116.pdf
- Cardona, B. (2013) Envejecer en el Antiguo Egipto: Una perspectiva médica, farmacéutica y cultural (Tesis Doctoral). Recuperada de: <https://www.tesisred.net/bitstream/handle/10803/113571/bca1de1.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Carrascal, S & Solera, E. (2014). Creatividad y Desarrollo Cognitivo en Personas Mayores. *Arte, Individuo y Sociedad*. (pp.9-19). España: Universidad Complutense de Madrid. recuperado de https://doi.org/10.5209/rev_ARIS.2014.v26.n1.40100

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. (2015) Recuperado de http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

De los Santos, P.V & Carmona, S.E. (enero-junio 2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y salud en Mesoamérica*, 15(2). pp. 1-24. Recuperado de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n2/1659-0201-psm-15-02-95.pdf>

Díaz, A., Flores, D & Villa, S. (2019). Estrategias de Intervención Psicoeducativa; Neurociencia y Zona de Desarrollo Próximo. *Escuela Normal Flores A. Carrillo*. CONISEN Investigar para formar. Recuperado de <http://www.conisen.mx/memorias2019/memorias/1/P649.pdf>

Estrada, A., Cardona, D., Segura, A., Ordoñez, J. y Osorio, J. (2012). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Revista Universitas Psychologica*, 12(1), pp. 81-94. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n1/v12n1a09.pdf>

Fernández -Ballesteros, R. (2004). Psicología de la vejez.6 (16), pp. 4-6. Recuperado de <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>

García-Herrera, J.M & Noguerras, E.V. (agosto, 2013). Aprenda a relajarse. Guía de autoayuda para la depresión y trastornos de ansiedad. *Consejería de salud y bienestar social* (pp.281-300). Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiasautoayudadepresionansiedad.pdf>

García, R., Valencia, A., Hernández, A. & Rocha, T. E. (2017). Pensamiento rumiativo y depresión entre estudiantes universitarios: repensando el impacto del género. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(3),(pp.406-416). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/284/28455448011.pdf>

- Giro, M. (2005). Estimulación cognitiva y prevención del envejecimiento cerebral. En A. Martínez (Ed), *Envejecimiento, salud y dependencia* (pp.133-151). España: Universidad de la Rioja. Recuperado de [file:///C:/Users/dell/Downloads/Dialnet-Envejecimiento Salud Y Dependencia-6366.pdf](file:///C:/Users/dell/Downloads/Dialnet-Envejecimiento%20Salud%20Y%20Dependencia-6366.pdf)
- Gómez, B. (2009). El Aprendizaje en la Tercera Edad. Una Aproximación en la Clase de ELE. Los aprendientes mayores japonés en el Instituto Cervantes de Tokio. *Universida Nebrija*. (pp. 1-164) Recuperado de <https://www.educacionyfp.gob.es/va/dam/jcr:e97390a9-c2f9-4c0d-bff1-e57f7cb5194a/2009-bv-10-13gomez-bedoya-pdf.pdf>
- González, J. & De la Fuente Anuncibay, R. (2014). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 7(1), pp. 121-129. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3498/349851791013>
- Hernández, R., Fernández, C & Baptista, P. Metodología de la Investigación: Selección de la muestra, Cap. 2. McGraw-Hill.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). Guía de Referencia Rápida. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. IMSS-194-08. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/194GRR.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). Inmujeres, Mujeres y hombres en México. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2016.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (Septiembre, 2019). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1º de octubre) datos Nacionales*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf
- Instituto Nacional de las Mujeres (febrero, 2015). Situación de las personas adultas mayores en México. Gobierno de la República. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf

- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2010). Por una cultura de envejecimiento. Recuperado de http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2019). Salud mental en personas mayores. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/articulos/salud-mental-en-personas-mayores?idiom=es>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (marzo, 2019). Salud mental en personas mayores. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (diciembre, 2019). Salud mental en personas mayores. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/articulos/salud-mental-en-personas-mayores?idiom=es>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (julio, 2019). La importancia de la Gerontología y el papel de las y los gerontólogos. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/la-importancia-de-la-gerontologia-y-el-papel-de-las-y-los-gerontologos?idiom=es>
- Instituto Nacional de Psiquiatría (2018). 1o de Octubre Día Internacional de las personas mayores. Recuperado de http://www.inprf.gob.mx/ensenanza/info_cursos/2018/octubre1_2018.pdf
- Júpiter, E., Meza, A.M., Maldonado, I., Ortega, M.P & Hernández, M.T. (octubre-diciembre, 2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. Revista de Educación y Desarrollo. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf
- Labrador, F. J. (2008). Técnicas de autocontrol. En M.J. Carrasco (Ed). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 379-399). España: Pirámide
- Leal, D., Flores, M & Borboa, C. (Diciembre, 2006). La Geriatria en México. 8(3). *Medigraphic Artemisa*. pp. 185-190. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg063h.pdf>

- Márquez, E., Soriano, S., García, A. y Falcón, M. (2005). Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Revista Atención Primaria*, 36(6), 345-356.
- Martín, G & Pear, J. (2008). Evaluación conductual directa: qué registrar y cómo hacerlo. *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla*. (pp.287-302). España: Pearson Prentice Hall.
- Martínez, M & Polo, M. (2001) Visión Histórica del concepto de vejez en las sociedades antiguas. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4906/1/CC_10_05.pdf
- Martínez, M., Polo, M & Carrasco, B. (2002) Visión Histórica del concepto de vejez desde la edad media. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4889/1/CC_11_08.pdf
- Medina, M. E., Sarti, E. J., & Real, T. (2015). La Salud Mental del adulto Mayor. En A.L Sosa, G.I Acosta (Eds) *La Depresión y otros trastornos psiquiátricos documento de postura* (pp.101-112.). Recuperado de https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf
- Morrison, J. (2015) DSM. Trastorno del estado de ánimo, *Guía para el diagnóstico clínico* (pp.108-170). México D.F: Manual moderno.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M & Lombardo, E. (2006). De la Formulación de Caso y Diseño de Tratamientos Cognitivo-Conductual. Un Enfoque basado en problemas. Recuperado de <https://cideps.com/wp-content/uploads/2014/05/Cognitivo-Conductuales-1edi1.pdf>
- Núñez, M. I. (2020). Diseños de Investigación en Psicología (Informe de investigación). Recuperado de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/20322/1/Dise%C3%B1o_de_investigaciones.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2011). ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública?. Recuperado de <https://www.who.int/features/qa/42/es/#:~:text=P%3A%20C2%BFQu%C3%A9%20repercusiones%20tiene%20el,de%20ingresos%20bajos%20y%20medianos>

- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estados Unidos de América, Ediciones OMS. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=755F0BED4AD6903D653FB22CF94DF3AD?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (febrero, 2018). Envejecimiento y salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la Salud (2020). Depresión: Datos y cifras. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública?. Recuperado de <https://www.who.int/features/qa/42/es/#:~:text=P%3A%20%20C2%BFQu%C3%A9%20repercusiones%20tiene%20el,de%20ingresos%20bajos%20y%20medianos>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes* (p. 7). Washington: publications.paho.org. Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Ortiz-Tallo, M. (2013). Trastornos depresivos. En V. González, N, Ramos & M.Ferragut (Eds.), *Psicopatología Clínica adaptada al DSM-5*(pp.47-56). Madrid: Pirámide.
- Patruno, D., Manzo. Z, González, M. (2016). Depresión en la perimenopausia y en la posmenopausia. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 76(3), pp.173 -181). Recuperado de <http://ve.scielo.org/pdf/og/v76n3/art05.pdf>
- Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C. (2004). Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. *Archivos Venezolanos De Farmacología Y Terapéutica* , (0798-0264). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/559/55923113.pdf>
- Pinillos, Y & Quintero, M.V. (2019).Aproximación conceptual de la vejez y el envejecimiento. En Y. Pinillos & M. Quintero (Eds), *Envejecimiento y vejez: del concepto y la teoría a la funcionalidad del adulto mayor* (pp.31-46). Colombia: Universidad Simón Bolívar.

- Ramos, C., Paredes, L., Andrade, S., Santillán, W. & González, L. (2016). Sistemas de Atención Focalizada, Sostenida y Selectiva en Universitarios de Quito-Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Neurología*. 25(1-3), pp. 34-38. Recuperado de <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2017/05/Sistemas-atencion-focalizada-sostenida-selectiva-universitarios-quito-ecuador.pdf>
- Ramos, A. M., Yordi, M & Miranda, M. A. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Rev. Arch Med Camagüey* 20(3). pp. 330-337. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v20n3/amc140306.pdf>
- Ridruejo, P. (Enero- Abril, 2004). El Envejecimiento Mental Patológico. *Encuentros Multidisciplinarios*. (16) pp.1-7. Recuperado de <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Pedro%20Ridruejo%20Alonso.pdf>
- Rojas, B (2010). Solución de problemas: una estrategia para la evaluación del pensamiento creativo. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 11(1), pp. 117-125. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/410/41021794008.pdf>
- Ruiz, M.A., Díaz, M.I & Villalobos, A. (2012). Historia de la Terapia cognitivo conductual. *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (pp. 29-88). España: Desclée de Brouwer.
- Sánchez, I. Y. & Pérez, V. T. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. (pp. 1-7) [Archivo PDF]. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n2/mgi11208.pdf>
- Sandoval, S.A. (2018). Desarrollo Físico y Envejecimiento. *La vejez* (pp. 170-202). Sinaloa: Universidad Autónoma de Sinaloa. Recuperado de http://dgep.uas.edu.mx/librosdigitales/6to_SEMESTRE/64_Psicologia_del_Desarrollo_Humano_II.pdf
- Secretaría de Salud (2015) Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México. Evidencias y recomendaciones. Recuperado de <http://www.educads.salud.gob.mx/sitio/recursos/Depresi%C3%B3n/Diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20del%20trastorno%20depresivo%20en%20el%20adulto%20-%20GER.pdf>

Secretaría de salud (2020). Día nacional de las personas adultas mayores en los tiempos de covid. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/es/articulos/dia-nacional-de-las-personas-adultas-mayores-en-los-tiempos-de-covid-19?idiom=es>

Segunda Asamblea Mundial sobre la Salud. (2002). Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid Sobre el Envejecimiento. Recuperado de <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

Senado de la República. (2019). Gaceta LXIV/ISR-7/95991. Recuperado de [https://www.senado.gob.mx/64/gaceta del senado/documento/95991# ednref1](https://www.senado.gob.mx/64/gaceta%20del%20senado/documento/95991#ednref1)

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2013). Geriatria y Gerontología. En R. López (Ed), *Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores*. (pp. 19-27) Madrid: IMC. Recuperado de <https://docs.google.com/document/d/1BBvey8iEh62bWqnXS6lnfPFY4XehpevBam9cnDaJDFo/edit>

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2013). Déficits sensoriales en el anciano. En J.A. López (Ed), *Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores* (pp.195-210) Madrid: IMC. Recuperado de https://genil.dipgra.es/portal_opencms/export/shared/Diputacion-de-Granada/Biblioteca/Manual-de-buena-practica-en-cuidados-a-las-personas-mayores.pdf

Sosa. A.L., Acosta. I & Salinas. A (2015). Salud Mental en adultos mayores mexicanos. Recuperado de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/foro-envejecimiento/FS_SALUD_MENTAL.pdf

Trejo, C. (2001). El viejo en la historia. *Acta bioethica*, 7 (1), pp.107-119. Recuperado de:[EL VIEJO EN LA HISTORIA](#)

U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. (2015). La depresión: Lo que usted debe saber (Publicación de NIH Núm. SP 15-3561). Bethesda, MD: U.S. Government Printing Office.

Apéndice

Apéndice A. Cartas descriptivas

Taller: “Aceptando mi vejez obteniendo nuevos aprendizajes”				
<p style="text-align: center;">Sesión 1. Pre-evaluación</p> <p>Objetivo de la sesión: Obtener información por medio de una entrevista y aplicar el Inventario de Depresión de Beck.</p>				
Duración	Actividad	Objetivos generales	Procedimiento	Materiales
5 minutos	Bienvenida	Entablar el primer contacto con los participantes por medio de rapport para lograr un vínculo de confianza.	Se dará la bienvenida agradeciendo la presencia de los participantes.	Ninguno.
15 minutos	Presentación	Brindar información a los participantes sobre el diseño del taller.	Los exponentes y participantes se presentarán, se pasará una hoja para que anoten su nombre y edad (en caso de no saber leer o escribir el exponente los apoyara). Se explicará a detalle qué temas abordará el taller así como se acordará día y hora de asistencia.	Hojas blancas. Bolígrafos.

15 minutos	Firma del consentimiento informado	Explicar mediante el documento del consentimiento el objetivo del taller y sus características.	Se les dará a leer el consentimiento informado, explicando la importancia de la firma y autorización.	Bolígrafos. Formato de consentimiento informado. (Véase Apéndice B)
40 minutos	Entrevista breve	Aplicar entrevistas a los participantes para obtener datos.	Se realizará la entrevista a cada uno de los participantes para conocer datos generales.	Formato de entrevista. (Véase Apéndice C) Bolígrafos.
10 minutos	Descanso		Se les dará un receso a los participantes.	
30 minutos	Inventario de Depresión de Beck	Aplicar el Inventario de Depresión de Beck.	Se explicará a los participantes en qué consiste el instrumento. Si existen dudas al momento de contestar se les apoyará.	Inventario de Depresión de Beck. (Véase Apéndice D) Bolígrafos.
5 minutos	Cierre de la sesión	Concluir las actividades del día de la primera sesión.	Por parte de los exponentes se agradecerá la participación y se invitará para que no falten a la siguiente sesión.	Ninguno.

Taller: "Aceptando mi vejez obteniendo nuevos aprendizajes"

Sesión 2. Intervención.

Objetivo de la sesión: Informar sobre la depresión en la vejez y enseñarles las características y el uso de las técnicas cognitivo-conductuales.

Duración	Actividad	Objetivo	Procedimiento	Materiales
5 minutos	Bienvenida	Entablar el primer contacto con los participantes por medio de rapport para lograr un vínculo de confianza.	Se dará la bienvenida agradeciendo la presencia de los participantes, pasando lista de asistencia.	Lista de asistencia. Bolígrafos.
30 minutos	Presentación del tema: La depresión y cómo se presenta en la vejez.	Brindar información a los participantes sobre qué es la depresión y la vejez y cómo se relacionan.	Se explicará a los participantes por medio de rotafolio o de herramientas tecnológicas sobre los temas a desarrollar.	Rotafolio o equipo tecnológico (proyector, computadora, laptop).
10 minutos	Descanso		Se les dará un receso a los participantes.	Ninguno.
30 minutos	Presentación del tema: Características de las técnicas cognitivo-conductuales: Técnica 1 Reestructuración cognitiva. Técnica 2 Autorregistro	Brindar información a los participantes de las características de las técnicas cognitivo-conductuales. Enseñar cómo llenar el autorregistro de su conducta problema.	Se explicará a los participantes por medio de rotafolio o de herramientas tecnológicas sobre las primeras dos técnicas: Técnica de reestructuración cognitiva y Técnica de autoregistro.	Rotafolio o equipo tecnológico (proyector, computadora, laptop). Formato de autorregistro.

20 minutos	Aprendiendo a identificar mis pensamientos	Entrenar a los participantes sobre la técnica de reestructuración cognitiva.	<p>Se les pedirá a los asistentes que escriban una situación que sea molesta para ellos ya sea de enfermedad o algún problema personal (identificando qué tipos de pensamientos tienen) y se les dará a conocer el modelo ABC, para que lleguen a una reflexión.</p> <p>Pensamientos automáticos negativos: Soy un tonto, no sirvo para nada, soy un fracasado.</p> <p>Pensamientos distorsionados negativos: todo lo hago mal.</p> <p>Pensamientos disfuncionales: me siento desplazado, no sé relacionarme con la gente.</p> <p>Aplicando el modelo ABC</p> <p>A: acontecimiento desencadenante: ¿Qué originó el problema?</p> <p>B: creencias racionales e irracionales: ¿Qué</p>	<p>Hojas blancas. Bolígrafos.</p>
------------	--	--	---	---------------------------------------

			<p>pensamiento le llega en el momento del acontecimiento? ¿Qué es lo que se dice a usted mismo?</p> <p>C: consecuencias derivadas: ¿Que resultó de lo que usted pensó?</p>	
10 minutos	Reflexión	Pedir a los participantes que lleguen a una reflexión sobre sus pensamientos en la situación en la cual pensaron.	Yo puedo hablarle a mis pensamientos, ¿Qué ventajas puedo tener si cambio mi forma de pensar? ¿Qué sucede si en vez de ver las desventajas veo las ventajas de esta situación?	Ninguno.
10 minutos	<p>Actividades para hacer en casa:</p> <p>Autopercepción</p>	<p>Pedir a los participantes que lleguen a una reflexión sobre lo visto en esta sesión en casa.</p> <p>Pedir a los participantes que</p>	<p>Los participantes en casa durante el transcurso de la semana llegarán a varias reflexiones donde estarán más conscientes de la situación de cada uno de ellos. Reforzando la técnica de reestructuración cognitiva se les pedirá a los participantes pensar otra problemática donde identifiquen y apliquen el modelo ABC.</p> <p>Se les pedirá a los</p>	Ninguno.
	Formato de			

	autorregistro	realicen su llenado del formato de Autorregistro de conducta.	participantes el llenado de su conducta.	
5 minutos	Cierre de la sesión	Concluir las actividades del día de la segunda sesión.	Por parte de los exponentes se agradecerá la participación y se invitará para que no falten a la siguiente sesión	Ninguno.

Taller: "Aceptando mi vejez obteniendo nuevos aprendizajes"				
Sesión 3. Intervención.				
Objetivo de la sesión: Enseñar las técnicas de relajación progresiva de Jacobson y entrenamiento en autoinstrucciones.				
Duración	Actividad	Objetivo	Procedimiento	Materiales
5 minutos	Bienvenida	Entablar el primer contacto con los participantes por medio de rapport para lograr un vínculo de confianza.	Se dará la bienvenida agradeciendo la presencia de los participantes, pasando lista de asistencia. Se les pedirá su formato de autorregistro para entregarles uno nuevo.	Lista de asistencia. Bolígrafos. Formato de autorregistro.

10 minutos	Reflexión	Conocer las experiencias de los participantes al haber realizado su actividad en casa que se dejó en la sesión anterior.	Se les pedirá a los participantes que comenten su experiencia y si tienen dudas se aclararán.	Ninguno.
20 minutos	Presentación del tema: Técnica de relajación progresiva de Jacobson Técnica en autoinstrucciones	Enseñar las técnicas de relajación de Jacobson y entrenamiento en autoinstrucciones para que puedan desarrollar habilidades con su diálogo interno. Reforzar la técnica de reestructuración cognitiva aplicada con la técnica de autoinstrucciones	Se explicará a los participantes por medio de rotafolio o de herramientas tecnológicas sobre las técnicas de relajación progresiva de Jacobson y la técnica en autoinstrucciones con la finalidad de reforzar esta última técnica con la de reestructuración cognitiva.	Rotafolio o equipo tecnológico (proyector, computadora, laptop).
10 minutos	Descanso		Se les dará un receso a los participantes.	Ninguno.

30 minutos	Entrenamiento en relajación	Enseñar a relajar su cuerpo con la técnica de relajación progresiva de Jacobson.	<p>Se les pedirá a los participantes que donde se encuentren sentados tomen una postura más cómoda y relajada para poder realizar los ejercicios de tensión- relajación.</p> <p>Las moderadoras darán las instrucciones:</p> <p>Fase 1 Tensión-relajación. Se le empiezan a dar indicaciones (este ejercicio serán repeticiones de tres veces con intervalos de descanso), se trabajará con todas las partes del cuerpo para relajar.</p> <p>Cara:</p> <p>Frente: Frunce unos segundos y relaja lentamente.</p> <p>Ojos: Ábrelos lo más que puedas para posteriormente cerrarlos lentamente.</p> <p>Nariz: Frunce unos segundos y relaja lentamente.</p> <p>Boca: Sonríe y relaja lentamente.</p>	<p>Hoja de ejercicios de la Técnica de relajación progresiva de Jacobson.</p> <p>USB de música relajante con bocina.</p>
------------	-----------------------------	--	---	--

30 minutos	Entrenamiento en autoinstrucciones	Enseñar la técnica en autoinstrucciones	<p>Retomando la situación que cada participante trabajó en la técnica de reestructuración cognitiva donde ya identifican sus pensamientos negativos comienzan a darse autoinstrucciones verbalizando en voz alta y posteriormente en voz baja orientando su conducta hacia un cambio.</p> <p>Pasos de la técnica:</p> <p>Darse instrucciones a sí mismo: por ejemplo “no debo pelear”. Se verbaliza instrucción en voz alta: “no debes pelear”. Se verbaliza en voz baja: “no debes pelear”.</p> <p>Guía tu propia conducta: lleva a cabo lo verbalizado.</p> <p>Retroalimentación del resultado: Se reflexiona sobre el cambio de actitud</p> <p>Meta: Por ejemplo “Ya no peleo con mi hijo”</p>	Hoja de su situación que trabajaron en la sesión anterior de reestructuración cognitiva.
------------	------------------------------------	---	---	--

			Esta técnica en base a su entrenamiento puede implementarse a otras situaciones.	
10 minutos	Actividades para hacer en casa: Formato autorregistro Reflexión sobre las técnicas aprendidas	Pedir a los participantes que realicen su llenado del formato de Autorregistro de conducta. Poner en práctica las técnicas aprendidas.	Pedirles a los participantes que en casa durante el transcurso de la semana continúen llenando su autorregistro y así mismo pongan en práctica la técnica de relajación de Jacobson y la técnica de autoinstrucciones.	Ninguno.
5 minutos	Cierre de la sesión	Concluir las actividades del día de la tercera sesión.	Por parte de los exponentes se agradecerá la participación y se invitará para que no falten a la siguiente sesión	Ninguno.

Taller: “Aceptando mi vejez obteniendo nuevos aprendizajes”

Sesión 4. Intervención.

Objetivo de la sesión: Enseñar la técnica de resolución de problemas y aplicarla en Juego de roles.

Duración	Actividad	Objetivo	Procedimiento	Materiales
----------	-----------	----------	---------------	------------

5 minutos	Bienvenida	Entablar el primer contacto con los participantes por medio de rapport para lograr un vínculo de confianza.	Se dará la bienvenida agradeciendo la presencia de los participantes, pasando lista de asistencia. Se les pedirá su formato de autorregistro para entregarles uno nuevo.	Lista de asistencia. Bolígrafos. Formato de autorregistro.
10 minutos	Reflexión	Conocer las experiencias de los participantes al haber realizado su actividad en casa que se dejó en la sesión anterior.	Se les pedirá a los participantes que comenten su experiencia y si tienen dudas se aclararán.	Ninguno.
30 minutos	Presentación del tema: Técnica de resolución de problemas	Enseñar la técnica de resolución de problemas para desarrollar habilidades para la solución de problemas.	Se explicará a los participantes por medio de rotafolio o de herramientas tecnológicas sobre la técnica de resolución de problemas.	Rotafolio o equipo tecnológico (proyector, computadora, laptop).
10 minutos	Descanso		Se les dará un receso a los participantes.	Ninguno
50 minutos	Role-Playing “juego de roles”	Enseñar a los participantes la técnica de resolución de problemas por medio del juego de roles.	Utilizando la técnica de resolución de problemas implementando juego de roles se les darán las instrucciones para su desarrollo:	Hoja de caso ficticio.

			<p>Explicar a los participantes el caso ficticio. Enumerar y explicar los roles de cada participante. Los participantes que no actúen tendrán la función de observadores de la situación. Se darán 5 minutos para que los participantes se pongan de acuerdo. Se iniciará con la actividad.</p> <p>Se presenta un caso ficticio común para que el participante poco a poco logre implementar esta técnica ya en situaciones más complejas. Se les leerá una situación cotidiana para que puedan actuar dentro del juego de roles.</p> <p>Los participantes podrán dar su opinión y expondrán su reflexión sobre las diferentes opciones de solución del problema, haciendo hincapié en que los problemas y soluciones cada uno los ve de diferente forma y cada uno de acuerdo a sus</p>	
--	--	--	--	--

			<p>creencias y valores resuelven los problemas que se les presentan. Cada uno de ellos definirá el problema, generará nuevas opciones con posibles soluciones, tomará decisiones, evaluando los resultados llegando a objetivos reales. Con esta actividad se pretende que cada participante llegue a su propia reflexión y considere que un problema cada persona lo vive de diferente.</p>	
10 minutos	<p>Actividades para hacer en casa:</p> <p>Formato autorregistro</p> <p>Reflexión sobre las técnicas aprendidas</p>	<p>Pedir a los participantes que realicen su llenado del formato de Autorregistro de conducta.</p> <p>Poner en práctica las técnicas aprendidas.</p>	<p>Los participantes en casa durante el transcurso de la semana continuarán llenando su autorregistro y así mismo pondrán en práctica la técnica de resolución de problemas.</p>	Ninguno.
5 minutos	Cierre de la sesión	Concluir las actividades del día de la cuarta sesión.	Por parte de los exponentes se agradecerá la participación y se invitará para que no falten a la siguiente sesión.	Ninguno.

Taller: “Aceptando mi vejez obteniendo nuevos aprendizajes”

Sesión 5. Intervención.

Objetivo de la sesión: Enseñar la técnica de Autocontrol utilizando su formato de registro diario y reforzar la técnica de relajación progresiva de Jacobson.

Duración	Actividad	Objetivo	Procedimiento	Materiales
5 minutos	Bienvenida	Entablar el primer contacto con los participantes por medio de rapport para lograr un vínculo de confianza.	Se dará la bienvenida agradeciendo la presencia de los participantes, pasando lista de asistencia. Se les pedirá su formato de autorregistro para entregarles uno nuevo.	Lista de asistencia. Bolígrafos. Formato de autorregistro.
10 minutos	Reflexión	Conocer las experiencias de los participantes al haber realizado su actividad en casa que se dejó en la sesión anterior.	Se les pedirá a los participantes que comenten su experiencia y si tienen dudas se aclararán.	Ninguno.
20 minutos	Presentación del tema: Técnica de autocontrol	Enseñar la técnica de autocontrol para que los participantes puedan regular su propia conducta.	Se explicará a los participantes por medio de rotafolio o de herramientas tecnológicas sobre la técnica de autocontrol.	Rotafolio o equipo tecnológico (proyector, computadora, laptop).

10 minutos	Descanso		Se les dará un receso a los participantes.	Ninguno
30 minutos	Entrenamiento en autocontrol	Enseñar a los participantes a utilizar la técnica de autocontrol	<p>Se les explicará que se utilizará el formato que han estado llenando del registro de su conducta para trabajar con esta técnica ya que en ella podrán monitorear y evaluar su conducta.</p> <p>Reflexionando los siguientes puntos:</p> <p>Situación de problema (identificando el problema). Identifica qué es lo que quieres cambiar poniéndolo por escrito. Reajusta tus acciones ante las diferentes situaciones que se te presentan (lleva a cabo los cambios de conducta correspondientes).</p> <p>Consecuencia (ve los resultados de esos cambios).</p> <p>Implementarán si es necesario un diario de situaciones donde</p>	Formato de autorregistro.

			expresen su estado de ánimo y autopremios por cada cambio que logren.	
30 minutos	Entrenamiento en relajación	Reforzar la técnica progresiva de Jacobson, durante esta actividad se pondrá música relajante.	<p>Se les pedirá a los participantes que donde se encuentren sentados tomen una postura más cómoda y relajada para poder realizar los ejercicios de tensión-relajación.</p> <p>Las moderadoras darán las instrucciones:</p> <p>Fase 1 Tensión-relajación</p> <p>Se les empiezan a dar indicaciones (este ejercicio serán repeticiones de tres veces con intervalos de descanso), se trabajará con todas las partes del cuerpo para relajar.</p> <p>Cara:</p> <p>Frente: Frunce unos segundos y relaja lentamente.</p> <p>Ojos: Ábrelos lo más que puedas para posteriormente cerrarlos</p>	<p>USB de música relajante con bocina.</p> <p>Hojas de ejercicios de la técnica progresiva de Jacobson.</p>

			<p>lentamente.</p> <p>Nariz: Frunce unos segundos y relaja lentamente.</p> <p>Boca: Sonríe y relaja lentamente.</p> <p>Lengua: Empujar la lengua contra el paladar, relaja lentamente.</p> <p>Mandíbula: Presiona los dientes generando tensión en los músculos de la cara y en las sienes y relaja lentamente.</p> <p>Labios: Fruncir como para dar un beso y relajarse lentamente.</p> <p>Hombros y cuello:</p> <p>Cuello y nuca: Flexiona hacia atrás y vuelve a la posición inicial. Flexiona hacia adelante, vuelve a la posición inicial lentamente.</p> <p>Hombros y cuello: Subir los hombros presionando contra el cuello y volver a la posición inicial lentamente.</p> <p>Brazos y manos: Contraer, sin</p>	
--	--	--	---	--

			<p>mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos y se relaja lentamente.</p> <p>Piernas: Se estira primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: muslo, rodilla, pantorrilla y pie para posteriormente relajar lentamente.</p> <p>Tórax, abdomen y región lumbar (estos ejercicios se realizan sentados sobre un sillón o silla):</p> <p>Espalda: Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Sentirá la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros.</p> <p>Tórax: Inhalar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Exhalar lentamente.</p> <p>Estómago: Oprimir el</p>	
--	--	--	---	--

			<p>estómago e ir relajando de manera lenta.</p> <p>Fase 2 de repaso: Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaja aún más cada una de ellas.</p> <p>Fase 3 relajación mental: Finalmente se le pide a la señora que piense en una situación agradable, algo que le guste hacer o bien que deje su mente en blanco.</p>	
10 minutos	<p>Actividades para hacer en casa:</p> <p>Formato autorregistro</p> <p>Reflexión sobre las técnicas aprendidas</p>	<p>Pedir a los participantes que realicen su llenado del formato de Autorregistro de conducta.</p> <p>Poner en práctica las técnicas aprendidas.</p>	<p>Pedir a los participantes que en casa durante el transcurso de la semana continúen llenando su autorregistro y así mismo pongan en práctica la técnica de autocontrol.</p>	Ninguno.
5 minutos	Cierre de la sesión	Concluir las actividades del día de la quinta sesión.	Por parte de los exponentes se agradecerá la participación y se invitará para que no falten a la siguiente sesión.	Ninguno.

Taller: “Aceptando mi vejez obteniendo nuevos aprendizajes”

Sesión 6. Intervención.

Objetivo de la sesión: Enseñar la técnica de habilidades sociales e interpersonales.

Duración	Actividad	Objetivo	Procedimiento	Materiales
5 minutos	Bienvenida	Entablar el primer contacto con los participantes por medio de rapport para lograr un vínculo de confianza.	Se dará la bienvenida agradeciendo la presencia de los participantes, pasando lista de asistencia. Se les pedirá su formato de autorregistro para entregarles uno nuevo.	Lista de asistencia. Bolígrafos. Formato de autorregistro.
10 minutos	Reflexión	Conocer las experiencias de los participantes al haber realizado su actividad en casa que se dejó en la sesión anterior.	Se les pedirá a los participantes que comenten su experiencia y si tienen dudas puedan aclararse.	Ninguno.
20 minutos	Presentación del tema: Técnica de Habilidades sociales e interpersonales	Enseñar las técnicas de habilidades sociales e interpersonales y la importancia de ellas.	Se explicará a los participantes por medio de rotafolio o de herramientas tecnológicas sobre las técnicas de las habilidades sociales e interpersonales y por qué son	Rotafolio o equipo tecnológico (proyector, computadora, laptop).

			importantes en la vida diaria.	
10 minutos	Descanso		Se les dará un receso a los participantes.	Ninguno
10 minutos	Actividad: Preguntas y respuestas	Promover en los participantes la importancia de las habilidades sociales e interpersonales.	A los participantes se les preguntará ¿Para ustedes qué es una habilidad social? ¿Cómo la llevan a la práctica? ¿Cómo influyen las habilidades sociales con el estado de ánimo de una persona?	Ninguno.
20 minutos	Expresar una vivencia reciente.	Trabajar con la habilidad de socialización de los participantes.	Los participantes expresarán un hecho importante que hayan vivido, se pretende que con esta actividad exista un clima de comunicación en la que todos expongan, escuchen y expresen sus sentimientos, se dé un intercambio de ideas, e inclusive acepten algunas críticas, pero a la vez llevándolos a la reflexión y a la escucha activa.	Ninguno.
30 minutos	Habilidades sociales e intercambio de ideas y opiniones	Promover la interacción entre los participantes.	Se formarán 6 equipos donde se jugará dominó, lotería, ajedrez, según el agrado de	Ajedrez, dominó, lotería.

			cada uno de ellos	
10 minutos	Actividades para hacer en casa: Formato autorregistro Reflexión sobre las técnicas aprendidas	Pedir a los participantes que realicen su llenado del formato de Autorregistro de conducta. Poner en práctica las técnicas aprendidas.	Se pedirá a los participantes que en casa durante el transcurso de la semana continúen llenando su autorregistro y así mismo pongan en práctica la técnica de resolución de problemas.	Ninguno.
5 minutos	Cierre de la sesión	Concluir las actividades del día de la sexta sesión.	Por parte de los exponentes se agradecerá la participación y se invitará para que no falten a la siguiente sesión.	Ninguno.

Taller: “Aceptando mi vejez obteniendo nuevos aprendizajes”

Sesión 7. Post-evaluación.

Objetivo de la sesión: Aplicar el Inventario de Depresión de Beck (post evaluación) y concluir el taller agradeciendo a los participantes su asistencia.

Duración	Actividad	Objetivo	Procedimiento	Materiales
5 minutos	Bienvenida	Entablar el primer contacto con los participantes por medio de rapport para lograr un	Se dará la bienvenida agradeciendo la presencia de los participantes, pasando lista de	Lista de asistencia. Bolígrafos.

		vínculo de confianza.	de asistencia. Se les pedirá su formato de autorregistro.	
30 minutos	Inventario de Depresión de Beck.	Aplicar el Inventario de Depresión de Beck. (post-evaluación)	Se explicará a los participantes en qué consiste el instrumento. Si existen dudas al momento de contestar se les apoyará.	Inventario de Depresión de Beck. Bolígrafos.
60 minutos	Reflexión final	Conocer experiencias y opiniones de los participantes.	Se hará una reflexión final sobre las técnicas y actividades realizadas durante el taller. Se les preguntará si el taller les generó un cambio de conciencia, creencias y si algunos de ellos detectó un cambio de conducta y pensamientos.	Ninguno.
25 minutos	Cierre de la sesión	Agradecer su participación.	Los exponentes darán el cierre del taller finalizando con un aplauso para los participantes agradeciendo su participación.	Ninguno.

Apéndice B. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Taller: Aceptando mi vejez obteniendo nuevos aprendizajes”

A través de este documento queremos hacerle una invitación a participar voluntariamente en este taller que tiene como principal objetivo realizar una evaluación e intervención, el cual estará conformado por técnicas del ámbito psicológico que le permitirán conocer herramientas que puede aplicar para mejorar conductas y pensamientos que le ayuden a tener una mejor calidad de vida si presenta síntomas de depresión. El taller se llevará a cabo durante 7 sesiones, con una duración de dos horas un día a la semana.

Se aplicará el inventario de Depresión de Beck y una breve entrevista para obtener datos personales, antes de que usted acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre “Consentimiento Informado”, que tiene como objetivo comunicarle sobre la investigación y recolección de la información que se está llevando a cabo. Así mismo se le informa que las sesiones podrían ser grabadas con fines académicos, sus datos e información proporcionada serán tratados de forma confidencial.

Una vez que tenga información sobre el taller, se le pedirá que firme este consentimiento. Su decisión es voluntaria, lo que significa que usted es totalmente libre de ingresar o no en el taller, podrá retirar su consentimiento en cualquier momento.

Tomando esto en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar en este taller, para cubrir los objetivos especificados.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de la estudiante

Apéndice C. Entrevista

Entrevista

Nombre: _____

Género: Masculino ____ Femenino ____

Fecha de nacimiento: _____ Edad _____

Lugar de nacimiento: _____ Nacionalidad _____

Lugar de residencia actual _____

Estado civil:

Soltero(a) ____ Casado(a) ____ Viudo(a) ____ Divorciado (a) ____ Unión libre ____

Sabe leer y escribir: Sí _____ No _____

Grado máximo de estudios: _____

Ocupación: _____

Cuenta con seguro social: Si ____ No ____

¿Padece alguna enfermedad diagnosticada? Sí ¿Cuál? _____ No ____

¿Toma algún medicamento? Si ¿Cuál? _____

No ____

¿Consumo o consumió algún tipo de sustancias adictivas? Sí ____ No ____

Si es así ¿Cual o cuales fueron? _____

¿Fuma? Sí ____ No ____ ¿Toma bebidas alcohólicas? Sí ____ No ____

Religión que profesa: _____

Con quién vive actualmente: _____

Cuenta con un ingreso mensual fijo: Sí _____ No _____

¿Quién es el principal portador económico? _____

¿Alguna vez ha recibido atención psicológica? Sí _____ No _____

Apéndice D. Inventario de Depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

- 4) .
- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5) .
- No me siento especialmente culpable.
 - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - Me siento culpable constantemente.
- 6) .
- No creo que esté siendo castigado.
 - Me siento como si fuese a ser castigado.
 - Espero ser castigado.
 - Siento que estoy siendo castigado.
- 7) .
- No estoy decepcionado de mí mismo.
 - Estoy decepcionado de mí mismo.
 - Me da vergüenza de mí mismo.
 - Me detesto.
- 8) .
- No me considero peor que cualquier otro.
 - Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 - Continuamente me culpo por mis faltas.
 - Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.