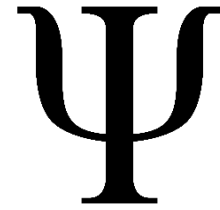




**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C.**



INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

CON CLAVE 8901-25

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**IMPLEMENTACIÓN DEL TALLER “UNA VEJEZ FELIZ”, PARA DISMINUIR
NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL
GRUPO CERRO VERDE, UBICADO EN LA COMUNIDAD DE SAN FRANCISCO
TEPEXOXUCA, MUNICIPIO DE TENANGO DEL VALLE.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
JESÚS ABIGAIL SALAS CASTAÑEDA
NÚMERO DE CUENTA: 410537703**

**DIRECTORA DE TESIS:
LIC. EN PSIC. MIREYA CASTAÑEDA VÁZQUEZ**

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO, OCTUBRE 2015.



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.



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C.

INCORPORADA A LA UNAM, CLAVE DE INCORPORACIÓN 8901
DIRECCIÓN GENERAL DE INCORPORACIÓN Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS
PSICOLOGÍA (25)

Carretera Tenango-La Marquesa Km. 20.5 Xalatlaco Edo. de México. Teléfono: 713 135 46 16

Xalatlaco, Estado de México a 05 de enero de 2015

ASUNTO: SE DESIGNA DIRECTOR DE TESIS

P. P JESUS ABIGAIL SALAS CASTAÑEDA
EXP. NÚM. 410537703

PRESENTE.

La que suscribe Lic. Mireya Castañeda Vázquez, Director Técnico de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Tecnológica Iberoamericana S.C. ante Usted respetuosamente me permito expresar lo siguiente:

Por medio de este conducto, me dirijo a Usted para informarle que a partir de esta fecha, la que suscribe fungirá como Director de tesis respecto de su trabajo de investigación cuyo título es **"IMPLEMENTACIÓN DEL TALLER "UNA VEJEZ FELIZ", PARA DISMINUIR NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO CERRO VERDE, UBICADO EN LA COMUNIDAD DE SAN FRANCISCO TEPEXOXUCA, MUNICIPIO DE TENANGO DEL VALLE"**, mismo que deberá ser modificado y corregido, exhortándole a cumplir cabalmente con los requisitos tanto de fondo como de forma que en cuanto a un trabajo de investigación de tal naturaleza se refiere y en su oportunidad le otorgue mi Voto Aprobatorio para que obtenga el Título de Licenciada en Psicología.

Sin otro particular que tratarle por el momento quedo de usted como su atenta y segura servidora.

ATENTAMENTE
"La Educación Al Servicio De México"

PSIC. MIREYA CASTAÑEDA VÁZQUEZ
DIRECTOR TÉCNICO DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA



Licenciatura en Psicología
Acuerdo CIRE No. 04/09
del 21 de Abril de 2009
Clave de Incorporación
UNAM 8901-25



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C.

INCORPORADA A LA UNAM, CLAVE DE INCORPORACIÓN 8901
DIRECCIÓN GENERAL DE INCORPORACIÓN Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS
PSICOLOGÍA (25)

Carretera Tenango-La Marquesa Km. 20.5 Xalatlaco Edo. de México. Teléfono: 713 135 46 16

Xalatlaco, Estado de México a 23 de julio de 2015

ASUNTO: SE EMITE VOTO APROBATORIO

P. P. JESUS ABIGAIL SALAS CASTAÑEDA
EXP. NÚM. 410537703

PRESENTE

La que suscribe Lic. Mireya Castañeda Vázquez, en mi carácter de Asesor del trabajo de investigación de Tesis denominado **"IMPLEMENTACIÓN DEL TALLER "UNA VEJEZ FELIZ", PARA DISMINUIR NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO CERRO VERDE, UBICADO EN LA COMUNIDAD DE SAN FRANCISCO TEPEXOXUCA, MUNICIPIO DE TENANGO DEL VALLE"** con el debido respeto me permito manifestarle lo siguiente:

Previo análisis, entrevistas, opiniones y ajustes metodológicos del trabajo de investigación mencionado, considero que el mismo reúne los elementos esenciales de una investigación profesional, por lo cual procedo a EMITIR MI VOTO A FAVOR, con el fin de que sea considerado como trabajo de tesis Profesional, de conformidad con la Legislación vigente de nuestra Máxima Casa de Estudios, a efecto de que se continúe con los tramites de titulación correspondientes.

Sin otro particular que tratarle por el momento, quedo de usted como su atenta y segura servidora.

ATENTAMENTE

La Educación Al Servicio De México

LIC. MIREYA CASTAÑEDA VAZQUEZ
DIRECTOR TÉCNICO DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
DE UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA S. C.



Licenciatura en Psicología
Acuerdo CIRE No. 04/09
del 21 de Abril de 2009
Clave de Incorporación
UNAM 8901-25



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C.

INCORPORADA A LA UNAM, CLAVE DE INCORPORACIÓN 8901
DIRECCIÓN GENERAL DE INCORPORACIÓN Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS

PSICOLOGÍA (25)

Carretera Tenango-La Marquesa Km. 20.5 Xalatlaco Edo. de México. Teléfono: 713 135 46 16

Xalatlaco, Estado de México a 24 de julio de 2015

ASUNTO: SE DESIGNA REVISOR DE TESIS

MTR. EN C. E. BRICIO RIVERA ALARCON
CATEDRÁTICO DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA S. C.

PRESENTE.

La que suscribe Lic. Mireya Castañeda Vázquez, Director Técnico de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Tecnológica Iberoamericana S.C. ante Usted respetuosamente me permito expresar lo siguiente:

Por medio de este conducto, me dirijo a Usted para informarle que la pasante en Psicología **JESUS ABIGAIL SALAS CASTAÑEDA** con número de expediente **410537703** ha solicitado la revisión de su trabajo de investigación de tesis cuyo título es **"IMPLEMENTACIÓN DEL TALLER "UNA VEJEZ FELIZ", PARA DISMINUIR NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO CERRO VERDE, UBICADO EN LA COMUNIDAD DE SAN FRANCISCO TEPEXOXUCA, MUNICIPIO DE TENANGO DEL VALLE"**, mismo que podrá ser modificado o corregido, exhortándole a cumplir cabalmente con los requisitos tanto de fondo como de forma que en cuanto a un trabajo de investigación de tal naturaleza se refiere y en su oportunidad le otorgue su voto aprobatorio para que obtenga el título de Licenciada en Psicología.

Sin otro particular que tratarle por el momento quedo de usted como su atenta y segura servidora.

Recibi
24-07-2015
[Handwritten signature]

ATENTAMENTE
"La Educación Al Servicio De México"

[Handwritten signature]

PSIC. MIREYA CASTAÑEDA VÁZQUEZ
DIRECTOR TÉCNICO DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA



Licenciatura en Psicología
Acuerdo CIRE No. 04/09
del 21 de Abril de 2009
Clave de Incorporación
UNAM 8901-25



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C.

INCORPORADA A LA UNAM, CLAVE DE INCORPORACIÓN 8901
DIRECCIÓN GENERAL DE INCORPORACIÓN Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS
PSICOLOGÍA (25)

Carretera Tenango-La Marquesa Km. 20.5 Xalatlaco Edo. de México. Teléfono: 713 135 46 16

Xalatlaco, Estado de México a 25 de octubre de 2015

ASUNTO: **SE EMITE VOTO APROBATORIO**

LIC. MIREYA CASTAÑEDA VÁZQUEZ
DIRECTOR TÉCNICO DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA S.C.

PRESENTE

El que suscribe Mtro. Bricio Rivera Alarcón, en mi carácter de revisor del trabajo de investigación de tesis denominado **"IMPLEMENTACIÓN DEL TALLER "UNA VEJEZ FELIZ", PARA DISMINUIR NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO CERRO VERDE, UBICADO EN LA COMUNIDAD DE SAN FRANCISCO TEPEXOXUCA, MUNICIPIO DE TENANGO DEL VALLE"** con el debido respeto me permito manifestarle lo siguiente:

Previo análisis, entrevistas, opiniones y ajustes metodológicos del trabajo de investigación mencionado, considero que el mismo reúne los elementos esenciales de una investigación profesional, por lo cual procedo a EMITIR MI VOTO A FAVOR, con el fin de que sea considerado como trabajo de Tesis Profesional, de conformidad con la Legislación vigente de nuestra Máxima Casa de Estudios, a efecto de que se continúe con los tramites de titulación correspondientes.

Sin otro particular que tratarle por el momento, quedo de usted como su atenta y segura servidora.

MTRO. EN C. E. BRICIO RIVERA ALARCON
CATEDRÁTICO DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA S. C.



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C.

INCORPORADA A LA UNAM, CLAVE DE INCORPORACIÓN 8901
DIRECCIÓN GENERAL DE INCORPORACIÓN Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS
PSICOLOGÍA (25)

Carretera Tenango-La Marquesa Km. 20.5 Xalatlaco Edo. de México. Teléfono: 713 135 46 16

Xalatlaco, Estado de México a 27 de octubre de 2015

P. P. JESUS ABIGAIL SALAS CASTAÑEDA
EXP. NÚM. 410537703

PRESENTE:

La que suscribe LIC. Mireya Castañeda Vázquez Director Técnico de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Tecnología Iberoamericana S. C. ante usted con el debido respeto manifiesto lo siguiente:

Por medio de este conducto, me es grato comunicarles que ha sido autorizado su trabajo de Tesis cuyo título es **"IMPLEMENTACIÓN DEL TALLER "UNA VEJEZ FELIZ", PARA DISMINUIR NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO CERRO VERDE, UBICADO EN LA COMUNIDAD DE SAN FRANCISCO TEPEXOXUCA, MUNICIPIO DE TENANGO DEL VALLE"**, por lo tanto puede proceder a realizar su impresión a fin de continuar con el trámite respectivo de titulación.

Sin otro particular que tratar por el momento, esperando que la impresión de sus ejemplares de Tesis lo lleve a cabo a la brevedad posible, quedo de Usted como su atenta y segura servidora.

ATENTAMENTE
"La Educación Al Servicio De México"

PSIC. MIREYA CASTAÑEDA VÁZQUEZ
DIRECTOR TÉCNICO DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA



Licenciatura en Psicología
Acuerdo CIRE No. 04/09
del 21 de Abril de 2009
Clave de Incorporación
UNAM 8901-25

PREFACIO

“Quien rechaza la vejez, no es consciente que a él también le llegará esta etapa y se verá excluido, como él lo hizo con otros cuando era joven”. (Bernal, 2013)

Debemos tener en cuenta que empezamos a envejecer cuando nacemos y a pesar de los muchos avances que se han hecho y descubierto, la vacuna del antienvjecimiento aún no existe. Hay algunas sustancias que pueden mejorar la calidad de vida; pero lo más primordial es llevar una vida equilibrada que englobe: alimentación, cuerpo y mente.

Debido a que la prolongación de la vida y la existencia de un creciente número de adultos mayores, exige que cada individuo en general, adopte una nueva perspectiva sobre la vida, ya que deberán incluirse nuevos ciclos vitales que anteriormente se desconocían. Es decir, la sociedad y nosotros mismos tenemos que APRENDER A ENVEJECER. Para la sociedad, significa cambiar la percepción cultural de las personas, especialmente de los propios ancianos que están llenos de paradigmas.

Por ello la importancia de estudiar al adulto mayor en: Psicología y en toda la ciencia en general, ya que esto a permito conseguir alargar la esperanza de vida. Y para lo cual el ser humano debe aprender a disfrutarla a plenitud y no solo estar esperando la muerte.

En conclusión el adulto mayor debe compararse como la “fruta madura”, ya que en ella se observan los resultados de lo sembrado durante la vida, así como también pueden evaluarse las acciones positivas y negativas, pero dependerá de cada persona que sabor brinda a su familia y seres queridos.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad no existe un acuerdo acerca de cómo nombrar al sujeto que envejece. Sin embargo para abordar el tema utilizaremos el término de “tercera edad”, aunque es necesario precisar a qué nos estamos refiriendo, ya que frecuentemente se utilizan distintos términos para referirse a este grupo de población, como por ejemplo: “adultos mayores”, “personas en plenitud”, “ancianos”, “viejos”, “abuelos”, entre otros.

Cabe mencionar que dichos términos son para referirse a las personas de 60 años y más; social y culturalmente hablando. No obstante, también se da el uso de adjetivos como por ejemplo “viejo” que tiende más hacia la calificación y suele resultar ofensivo para algunos, ya que se relaciona con aquello que está en desuso, que es inservible, que hay que tirar, es decir, tiene una carga subjetiva que puede resultar negativa. Así como también el hecho de llamarlos “abuelos” resulta inapropiado para quienes sólo por la edad son catalogados como tales, ya que otorga un estatus en función de la familia o la descendencia, por ello no se aplica a todas las personas.

Asimismo, cronológicamente hablando se han caracterizado tres grupos de población a partir de los 45 años: madurez avanzada (entre los 45 y los 60 años); senectud (entre los 60 y los 75); y senilidad (más de 75 años). Cabe aclarar, que no podemos basarnos sólo en la edad cronológica para contextualizar y caracterizar esta etapa de la vida, ya que existen infinidad de teorías sobre el envejecimiento que tienden a privilegiar alguno de los aspectos relacionados con dicho proceso como: social, cultural, psicológico, biológico, ambiental y cronológico; desde nuestro punto de vista, podemos resumir que la vejez es un proceso individual que se desarrolla de acuerdo con las condiciones en las que la persona vive.

Por lo tanto esta investigación tiene como objetivo: ANALIZAR LOS EFECTOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL TALLER “UNA VEJEZ FELIZ”, PARA DISMINUIR NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO CERRO VERDE. Debido a que esto nos permitirá conocer la realidad de este colectivo y ser conscientes de la importancia que nuestra profesión psicológica juega en este ámbito.

Por lo tanto, en primer lugar se ha realizado una búsqueda bibliográfica, estudiando la literatura más importante sobre este tema, obteniendo como resultado la integración de nuestro marco teórico, dividido en cuatro capítulos, los cuales proporcionaran el sustento de nuestra investigación. Por ello, nuestro primer capítulo está integrado por los antecedentes de la tercera edad, así como su definición, periodos, ciclos, edades y su estudio a través de la psicogerontología, ciencia que se conjuntó de la psicología y la psicogerontología.

Así mismo, nuestro segundo capítulo, conforma el tema de ansiedad, a través de sus antecedentes, concepto, causas, síntomas, tipos, criterios para su diagnóstico, consecuencias y su relación con la tercera edad, si mismo el capítulo tres relacionado con depresión.

Posteriormente nuestro cuarto capítulo nos menciona la Teoría Cognitivo-Conductual, desde su concepto, características, modelos e intervención en los trastornos de ansiedad y depresión.

De igual modo se integro el quinto capítulo el cual muestra el plan de intervención, el cual está integrado por las diez sesiones que integran el taller “Una Vejez Feliz”.

Y finalmente se integra un sexto capítulo, que consta de la metodología utilizada en la investigación, la cual se desarrolla a partir de nuestra pregunta de investigación, la

cual es: ¿Qué efectos tiene la implementación del taller “Una vejez feliz” para disminuir niveles de ansiedad y depresión en los adultos mayores del grupo cerro verde?,

ÍNDICE GENERAL

	PAGINA
PREFACIO	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: ETAPA DEL ENVEJECIMIENTO	01
1.1 Definición de envejecimiento	04
1.2 Enfoques del envejecimiento	08
1.3 Psicogerontología o psicología del envejecimiento	11
1.4 Perspectiva del envejecimiento en México	14
CAPÍTULO II: TRASTORNO DE ANSIEDAD	17
2.1 Definición de ansiedad	21
2.2 Causas de la ansiedad	23
2.3 Síntomas de la ansiedad	25
2.4 Tipos de ansiedad	27
2.5 Criterios para diagnosticar ansiedad, según Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales	30
2.6 Relación de la ansiedad con el adulto mayor	32
2.7 Consecuencias de la ansiedad	35
CAPÍTULO III: TRASTORNO DE DEPRESIÓN	37
3.1 Definición de depresión	40
3.2 Causas de la depresión en el adulto mayor	43
3.3 Síntomas de la depresión en el adulto mayor	47
3.4 Tipos y categorías diagnósticas para la depresión	49
3.5 Criterios para diagnosticar depresión, según Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales	50

3.6 Relación de la depresión con el adulto mayor	52
3.7 Consecuencias de la depresión	54
CAPÍTULO IV: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC)	56
4.1 Definición de terapia cognitivo conductual (TCC)	59
4.2 Características de la terapia cognitivo conductual (TCC)	61
4.3 Aplicación de la Terapia cognitivo conductual en la vejez	64
4.3.1 Modelo de reestructuración cognitiva	69
4.3.2 Modelo de habilidades de afrontamiento	70
4.3.3 Modelo de solución de problemas	72
4.3.4 Programación de actividades de dominio y agrado	74
CAPÍTULO V: PLAN DE INTERVENCIÓN	77
Sesión de presentación	80
Sesión de pre prueba	81
Sesión 1. Modelo de envejecimiento y educación para la salud	82
Sesión 2. Modelo de envejecimiento y educación para la salud	83
Sesión 3. Teoría de la actividad, jerarquización de dominio y agrado	84
Sesión 4. Propuesta del día ideal	85
Sesión 5. Cambios asociados al envejecimiento	86
Sesión 6. Cambios asociados al envejecimiento	87
Sesión 7. Modelo de Solución de Problemas.	88
Sesión 8. Modelo de Solución de Problemas.	89
Sesión 9. Modelo de Solución de Problemas.	90
Sesión 10. Modelo de Solución de Problemas.	91
Sesión de pos prueba	92

CAPÍTULO VI: METODOLOGÍA	95
6.1 Planteamiento del problema	95
6.2 Objetivos	97
6.3 Hipótesis	98
6.4 Variables	98
6.5 Diseño de Investigación	100
6.6 Tipo de estudio	100
6.7 Muestreo	101
6.8 Instrumentos de medición	101
CAPÍTULO VII: ANÁLISIS DE RESULTADOS	105
CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
GLOSARIO	125
ANEXOS I	129
ANEXO II	132
ANEXO III	136

CAPÍTULO I:

ETAPA DEL ENVEJECIMIENTO

**“PARA RESISTIR LA FRIALDAD DE LA VEJEZ, HAY QUE
COMBINAR EL CUERPO, LA MENTE Y EL CORAZÓN. Y PARA
MANTENER ESTOS EN VIGOR PARALELAMENTE HAY QUE HACER
EJERCICIO, ESTUDIAR Y EL AMOR”**

(BLEASDALE, 2009)



CAPÍTULO I: ETAPA DEL ENVEJECIMIENTO

“Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de la persona, pero también se produce una transformación dentro de la vida social”. (Montes de Oca, 2006)

Por lo cual hoy en día, se difunde una cultura a favor del adulto mayor buscando mejorar la calidad de vida, mediante la promoción del envejecimiento activo y saludable; el cuál se define como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, cuyo fin es mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen.

Por lo cual debe promoverse un acercamiento, ya que el fenómeno de envejecimiento tiene relación con una perspectiva del ciclo vital, en donde se reconoce a las personas mayores como grupo homogéneo y cuya diversidad del individuo tiende a aumentar con el paso de la edad.

Es por eso que las intervenciones crean entornos favorables al envejecimiento ya que fomentan opciones saludables que son importantes en todas las etapas de la vida. Es decir, que de acuerdo a las necesidades de las personas adultas mayores se debe tener un objetivo claro, para lograr una vejez sin enfermedades, con calidad de vida y sin discapacidades.

Así como la familia, la sociedad juegan un papel importante en la salud física y mental del adulto mayor, por lo que es de vital importancia promover en ellos una cultura de desarrollo óptimo para otorgarles mejores condiciones de vida. Para ello es importante dar a conocer a la población, el tipo de problemas que aquejan a dichos individuos.

Por lo tanto nos conlleva a la reflexión de enfrentar el envejecimiento como una necesidad en el futuro inmediato, ya que no sólo veremos a los adultos mayores como individuos inmersos en un proceso estático; sino que tendremos que identificarlos como seres humanos dentro de una dinámica de vida y salud particular en la que tengamos que buscar la protección que se merecen por parte del sector salud.

Al respecto nuestro país a través de la UNAM conformó la Red Universitaria de Envejecimiento y Vejez, integrada por 21 entidades académicas, las cuales profundizan en “el análisis y estudio de este sector de la población desde distintos enfoques, a través del Seminario Universitario Interdisciplinario sobre Envejecimiento y Vejez (SUIEV)”. (UNAM, 2012) Se trata de una iniciativa única en su tipo, que reúne al mayor número de especialistas en la materia con la que cuenta México.

1.1 DEFINICIÓN DE ENVEJECIMIENTO

Para comprender el envejecimiento como un proceso dentro del cual se encuentra la vejez, es necesario entender el ciclo de vida del ser humano, ya que estos términos determinan la comprensión del proceso desde una perspectiva integral. Así pues el ciclo vital lo entendemos como un concepto que explica “el tránsito de la vida como un continuo, el cual propone que el crecimiento con el desarrollo social es producto de la sucesión de experiencias en los órdenes biológica, psicológica y social”. (Prior, 2005)

Es por eso que la definición plantea, que existe un proceso continuo desde el nacimiento hasta la vejez, por esta razón las experiencias con las condiciones de una etapa de la vida condicionan la siguiente, así como las necesidades y los problemas pueden ser previstos, agravados o superados en la etapa anterior.

Por lo tanto podemos afirmar que en la etapa de la vejez el ser humano ha sido el resultado del desarrollo del proceso del ciclo vital, y por lo mismo existen numerosas definiciones, enfocadas desde diferentes puntos de vista para el envejecimiento: por lo que la Real Academia Española lo define como el “proceso biológico por el que los seres vivos se hacen viejos, que comporta una serie de cambios estructurales y funcionales que aparecen con el paso del tiempo y no son consecuencia de enfermedades ni accidentes”. (Villanueva, 2009)

A su vez la Enciclopedia Británica lo ha definido como “el cambio gradual e intrínseco en un organismo que conduce a un riesgo reciente de vulnerabilidad, pérdida de vigor, enfermedad y muerte”. (Charles, 2007)

Por otra parte Oxford English Dictionary lo define como el “conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la

acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas”. (Simpson, 1993)

Sin embargo la que se retomó para esta investigación es la que propone Castañedo y Cols, el cual afirma que “el envejecimiento es el conjunto de cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales que aparecen en el individuo a lo largo de la vida”. (Reynoso, 2005)

Cabe mencionar que dichas modificaciones no se presentan de forma repentina y conjunta en una persona por el simple hecho de alcanzar una determinada edad (viejo igual a persona de 65 años), o cambiar de situación laboral o administrativa (viejo igual a jubilado o pensionista). De hecho, aunque el envejecimiento es un proceso universal (afecta ineludiblemente a todos los seres vivos), presenta una gran variabilidad individual (no todos envejecemos al mismo tiempo, ni de la misma forma).

De ahí que al envejecimiento se le han dado varias denominaciones, como vejez, ancianidad, tercera edad, longevidad, discapacidad, entre otros, los cuales tienen diversas explicaciones y connotaciones, algunas percibidas como negativas; los términos anteriormente enunciados presentan complejidad para la conceptualización, depende de las ideas, valores, creencias o expectativas de cada individuo, de la familia y de la sociedad, así como del paradigma científico del que nos posicionemos:

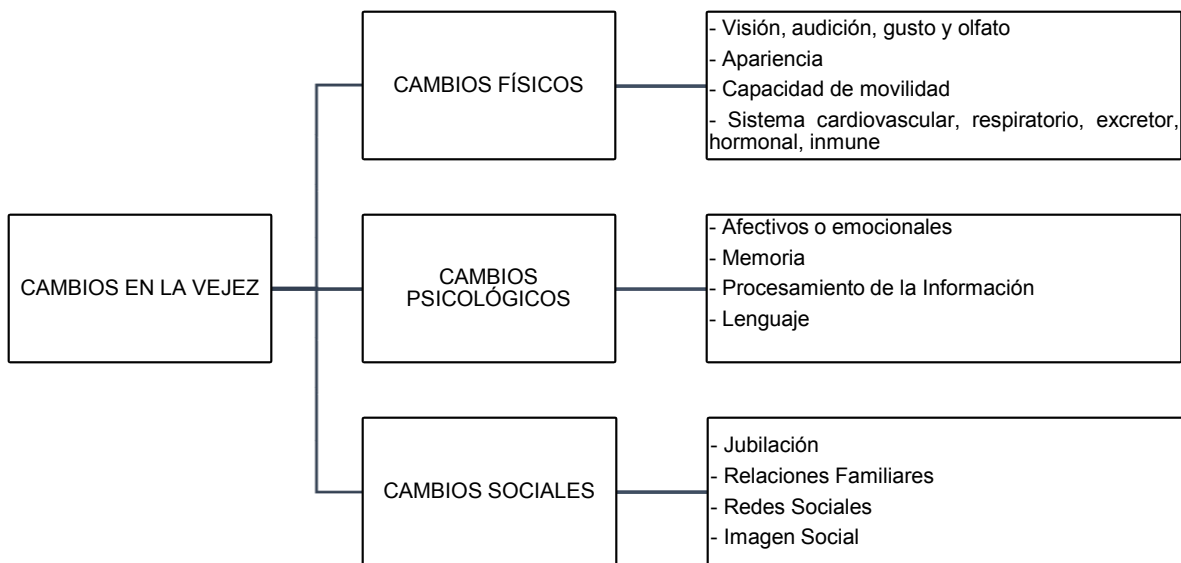
- Vejez: “Es la fase final del proceso de envejecimiento. Equivale a vivir muchos años, en comparación con otras personas del mismo grupo poblacional. Sus límites, excepto la muerte, han sido siempre imprecisos o dependientes; sin embargo, la definición de vejez depende del contexto y del grupo de personas al que se refiere”. (Dulcey, 2006) Por otro lado, hace referencia a la última

etapa de la vida del ser humano, es el estado de una persona que por razones de aumento en su edad sufre una decadencia biológica en su organismo.

- Ancianidad: “Hace referencia a la etapa que comprende el final de la vida, la cual se inicia aproximadamente a los 60 años. Se caracteriza esta edad por una creciente disminución de las fuerzas físicas, lo que, a su vez, ocasiona una sensible y progresiva baja de la actividad mental”. (Alvarado, 2007) El individuo va perdiendo el interés por las cosas de la vida, además de que va viviendo más en función del pasado, que evoca constantemente ya que el presente y el futuro le ofrecen en realidad muy pocas perspectivas.
- Tercera edad: “Es una etapa evolutiva del ser humano que tiene varias dimensiones”. (Lehr, 2001) Puesto que en lo biológico afecta a la salud física y mental, en la sociológica porque se han alargado las posibilidades de vida, es también un fenómeno psicológico, pues se producen cambios en el funcionamiento cognitivo y emocional.
- Longevidad: “Es la máxima duración posible de la vida humana. Es un concepto aplicable a la especie pues hace referencia a la extensión en años de vida o la existencia”. (Riegel, 1977) La longevidad significa larga vida más no se refiere solo a vivir por un largo espacio de tiempo, significa también vivir en buena salud y mantener una buena vida independiente.
- Discapacidad: “Se define como cualquier limitación grave que afecte durante un espacio de tiempo significativo (establecido en más de un año) a la capacidad de realizar actividades, y cuyo origen sea una deficiencia”. (Moreno, 2006) Esta última, a su vez, se define como toda pérdida o anomalía de un órgano o de su función. Por su parte, la minusvalía se refiere a las limitaciones causadas por las deficiencias, pero que se encuentran

estrictamente asociadas con las actividades del individuo dentro de su entorno social.

En resumen el envejecimiento es un proceso complejo de la vida, donde se experimentan cambios de orden físico, psicológico y social los cuales se muestran a continuación:



ESQUEMA I: Cambios asociados a la vejez. (Reynoso, 2005)

Por lo tanto si se constituye un espacio ideal para brindar herramientas de intervención al envejecimiento así como dar alternativas que promuevan la calidad de vida del adulto mayor para de esta manera poder crear taxonomías de cuidado que permitan un mayor conocimiento y por ende una mejor atención.

1.2 ENFOQUES DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso que se vive desde el nacimiento, pues se caracteriza por diferentes cambios en niveles físicos, mentales, individuales y colectivos. Ya que estos definen a las personas cuando ya están mayores, pero se debe ver como un proceso natural e inevitable, ya que no necesariamente está ligado a estereotipos; como una etapa de la vida apta para “crecer y continuar aprendiendo”. (OMS, 2002)

Al respecto, desde una perspectiva biológica, encontramos que en el envejecimiento todos “los sistemas fisiológicos como el cardiorrespiratorio, osteomuscular y renal, y las capacidades intelectuales, cognitivas y psicológicas empiezan a declinar”. (Miquel, 2006)

En vista de que el envejecimiento involucra cambios como el “descenso progresivo de los valores máximos de rendimiento fisiológico, disminución del número de células y cambios atróficos”. (Aguilar, 2001) Dado que el envejecimiento es el conjunto de transformaciones o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. “Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales”. (Catañedo, 2007)

Las definiciones anteriores plantean la necesidad de ver el envejecimiento desde diferentes perspectivas. Zetina, por ejemplo, propone diferentes enfoques para describirlo:

- Enfoque biológico: El envejecimiento aquí se define como un “proceso asociado a la disminución de la eficiencia del funcionamiento orgánico que

lleva a la muerte”. (Zetina, 2006). Se refiere específicamente a la disminución de las funciones fisiológicas que se presentan en la vejez debido al deterioro orgánico.

- Enfoque demográfico: Al referirnos a la vejez dentro de una perspectiva demográfica, consideramos “la diferencia entre los grupos de tercera y cuarta edad, la cual consiste en que la primera etapa comprende desde la jubilación (60 años) hasta que se pierde la independencia (80 años); a partir de allí se considera como cuarta edad o longevidad”. (Izquierdo, 2005) Dentro de esta perspectiva también es importante tener en cuenta la transición demográfica que se presenta en la actualidad, pues la pirámide poblacional cambia a razón del aumento de la esperanza de vida.
- Enfoque socioeconómico: Por lo general, el envejecimiento “está asociado a la jubilación porque se analiza económicamente desde una perspectiva donde las personas mayores terminan su ciclo productivo de vida”. (Izquierdo, 2005) Esta situación lleva a un conflicto en las personas mayores debido a que sus ingresos disminuyen o son nulos, además determina su posición social, la calidad del acceso a la salud, el mantenimiento de su vivienda y sus relaciones sociales.
- Enfoque sociocultural: La organización jerárquica de cada sociedad tiene un comportamiento diferente según su cultura y sus desarrollos particulares. Por ejemplo en “las tribus indígenas y en Oriente la persona mayor cumple un papel importante en la sociedad debido a su sabiduría y experiencia, y la edad por sí misma es símbolo de respeto. Sin embargo, principalmente en Occidente la persona mayor ha perdido el valor moral que se merece debido a la multiplicidad de estereotipos y a la concepción biológica que reconoce a la

persona mayor como sinónimo de declive, pérdida e improductividad”. (Laurell, 2010)

- Enfoque familiar: Las personas mayores deben “enfrentar la situación donde los hijos adquieren un hogar propio y dejan su casa materna, por lo tanto tienden a vivir solos; problemática que es agravada por la feminización de la viudez. Sin embargo por el contrario viven en el núcleo familiar de sus hijos, se sienten discriminados o poco útiles”. (Zetina, 2006) Por lo anterior, se plantea la necesidad de formar núcleos familiares donde se adquieran fórmulas de convivencia o vinculación intrafamiliar de las personas mayores, ya que se resalta la importancia del apoyo de vecinos o redes de amigos que ayudan a disminuir el aislamiento y la soledad.
- Enfoque psicológico: En las sociedades actuales la vejez se considera como una etapa donde la disminución de la capacidad funcional, la pérdida de un rol social o la participación en la comunidad determinan y caracterizan a las personas mayores. Sin embargo, es de importancia recalcar “la idea de que la experiencia alcanzada por una persona de esta etapa del ciclo de vida cumplen un papel importante en el proceso de desarrollo humano pues logran la sensación de satisfacción del trayecto de la vida misma”. (Izquierdo, 2005)

El análisis de todos estos enfoques nos conduce a comprender la complejidad del proceso del envejecimiento y la vejez, pues es necesario tener en cuenta que no sólo se incluyen aspectos físicos, sino que también es importante comprender el contexto donde una persona se desarrolla a lo largo de su vida, las problemáticas, como sus necesidades tanto individuales como sociales, además de los intereses y los proyectos de vida satisfactorios encaminados al desarrollo humano hasta el fin de sus días.

1.3 PSICOGERONTOLOGÍA O PSICOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

Al hablar de viejos, ancianos, senectos, personas de la tercera edad o adultos mayores, se hace referencia a todos aquellos que tengan 60 años o más de edad. La sociedad de Geriatria y Gerontología de México A.C. ha denominado las etapas de la vejez como:

1. De 45 a 59 años: **Prevejez**
2. De 60 a 79 años: **Vejez**
3. De 80 y más años: **Ancianidad**

Con respecto a estas etapas la sociedad de Geriatria de México A.C. aclara que, si bien se han señalado como inicio de la senectud los 60 años, no se excluye la posibilidad de abarcar edades de hasta 45 años, pues con ellas se inicia la prevejez, etapa que es de suma importancia para la aplicación de medidas preventivas (Golberg, 2005).

Dado que la Geriatria es una rama muy reciente de la medicina, encargada de brindar atención especializada para adultos mayores, tanto en situación de salud y enfermedad, ya que se hace cargo de los aspectos más médicos del estudio del adulto mayor. La Geriatria forma parte de la Gerontología que es la ciencia que se encarga del estudio de los procesos que acompañan al envejecimiento, esta disciplina se encarga de estudiar un vasto rango de aspectos que van desde lo biológico, psicológico y social (Agüera, 2002).

Sin embargo, ¿Por qué son importantes la Geriatria y la Gerontología, en la sociedad actual? Como ya se ha mencionado anteriormente, la población está sufriendo

cambios repentinos y la población de adultos mayores se vuelve cada vez más densa, con lo que se han de transformar la sociedad y los servicios que esta brinda a su población. Desde aspectos médicos que conllevan importantes cambios en la economía de la sociedad, hasta aquellos cambios que son de orden social.

Puesto que los adultos mayores consumen muchos recursos económicos en gastos médicos, camas de hospital, medicamentos y frecuentes consultas al médico. La jubilación es otro problema que generará crisis económicas por la dependencia y la ausencia de empleo remunerado (Buendía, 1997).

Dentro de la Gerontología, se encuentran los estudios psicológicos de la vejez que se denominan Psicogerontología, rama de la Psicología dedicada al estudio las causas intrínsecas del proceso de envejecimiento humano, su repercusión en el organismo, la personalidad, la cognición, la afectividad, tomando en cuenta su implicación y consecuencias sociales, con el fin de evaluarlo y poder realizar una intervención de prevención o colaborar a tener un exitoso proceso de la vejez. Esta disciplina surge como la combinación del amplio mundo de la Gerontología y la Psicología Evolutiva, que se encarga del estudio exhaustivo de la senectud (Yuste, 2004).

Los principales escenarios donde se aplica la Psicogerontología, son los asilos o las casas de reposo donde, se atienden y brindan ayuda a los adultos mayores, que no pueden ser cuidados por sus familias. En estos lugares se ofrece un ambiente acogedor, pues está lleno de actividades a realizar especialmente diseñadas para esta importante etapa de la vida, otra ventaja que ofrecen estos sitios son la convivencia con personas de su edad que le ayudan al adulto mayor a no sentirse solo, también se realizan actividades recreativas como el baile, el desarrollo de empleos tales como la carpintería o las manualidades que le permiten sentirse útiles para mantenerse ocupados y activos.

Debido a que el empleo de psicólogos en dichos escenarios resulta de particular importancia, ya que es quien mejor está capacitado en temas acerca del desarrollo normal y anormal, además de que puede realizar evaluaciones para determinar el grado de cada una de ellas, pues está apoyado de otros especialistas como médicos, enfermeras (os), trabajadores sociales se encargan de guiar el correcto y óptimo desarrollo del adulto mayor.

1.4 PERSPECTIVA DEL ENVEJECIMIENTO EN MEXICO

En la última década del siglo XX, las estadísticas demográficas de México dan cuenta del notable incremento en los números absolutos y porcentuales de la población en edades avanzadas, esto es de las personas mayores partir de los 60 o 65 años. El comportamiento de las variables demográficas que determinan esta transformación es principalmente, el “descenso en la mortalidad y fecundidad, cuyas tendencias dan lugar al proceso de envejecimiento de la población, de acuerdo con el conocido patrón de la transición demográfica”. (Ham, 1999)

En vista de que el fenómeno del envejecimiento ha sido un camino anunciado con mucha anterioridad, pero hasta ahora es que se le está prestando atención en vista de los niveles que está alcanzando, dentro de una inercia de tal grado que en el siglo XXI, el sector de la población en edades avanzadas marcará los rumbos sociales y económicos de la nación.

Dado que en México, las causas y los efectos de la acumulación de la vejez no observarán formas conocidas de antemano; por ejemplo, no serán semejantes a las que han experimentado las naciones desarrolladas y envejecidas con transición demográfica avanzada, sino que “tendrán manifestaciones y características propias de los procesos socioeconómicos, culturales, demográficos y de salud de la sociedad mexicana”. (Hernández, 2001)

Esto implica la necesidad de formar conceptos propios sobre la vejez, realizar diagnósticos, prevenir tendencias y crear las políticas de población, de salud y de seguridad social que tomen explícitamente en cuenta a la población envejecida como parte relevante de la planeación social y económica del país.

“Es decir se tiene que implementar una cultura sobre el envejecer y morir, como parte de una identidad y un orden social”. (Montes de Oca, 2008) Ya que son aspectos que hasta el momento aparecen poco abordados, pero que deben procurarse en busca de la forma en que los ancianos en México ubican su propia realidad de envejecientes, de cómo se determinan sus redes sociales y familiares, cómo controlan su espacio de vida y cómo generan y manejan sus propios símbolos. Después de todo, la vejez y la muerte son también elementos de identidad que deben enfocarse antropológicamente para mejor comprenderlos.

“Por otra parte analizando las condiciones de los grupos de edad, se da cuenta que en la población de 60 años y más comienza un pronunciado ascenso en la alta dependencia que se manifiesta, principalmente, en problemas de salud e incapacidad para la realización de las actividades inherentes a la vida cotidiana”. (Hernández, 2001)

Además de que los apoyos familiares se reciben siempre de las mismas personas o algunos miembros se encargan más frecuentemente que otros y con distintas intensidades, en lo cual se nota una carga desigual para las mujeres. Ya en la cuarta edad disminuye el apoyo de cónyuges y crece en importancia la participación de los hijos y nietos de ambos sexos.

Hay que mencionar, además que se llega a un nuevo deber social representado por el envejecimiento, con problemas particulares en el diagnóstico de situaciones enfermizas, donde la promoción de la salud implica la transformación del sistema actual de salud para que la prevención tenga un lugar preponderante. “Las metas serían lograr lo que se ha denominado la compresión de la morbilidad, tendiente a disminuir las consecuencias de las enfermedades crónicas para contribuir, así, al éxito en el envejecimiento”. (Partida, 2008) Parte de estas tareas recaen en la evaluación y asistencia geriátricas globales. Además de las mejoras en las acciones

sobre las dolencias cardiovasculares, diabéticas, osteoarticulares, así como la artritis, las demencias, la depresión y la ansiedad.

De ahí que la población envejecida en México intenta llamar la atención sobre lo que se está denominando como el fenómeno demográfico del siglo XXI, el cual sin duda permeará todos los terrenos de la actividad humana. Es así que nuestro deber es prepararnos para manejar sus causas y consecuencias con el fin de adaptar nuestros sistemas sociales, económicos y familiares a sus circunstancias.

CAPÍTULO II:

TRASTORNO DE

ANSIEDAD

“SI NO PLANTAMOS EL ÁRBOL DE LA SABIDURIA CUANDO SOMOS JÓVENES, NO PODRÁ PRESTARNOS SU SOMBRA EN LA VEJEZ”

(CHESTERFIELD, 2009)



CAPÍTULO II: TRASTORNO DE ANSIEDAD

La ansiedad es la más común y universal de las emociones. “Es sinónimo de congoja, preocupación, desasosiego ante acontecimientos futuros o situaciones de incertidumbre”. (Amorim, 1997)

Es decir, es la anticipación temerosa del peligro inminente acompañado de un sentimiento intenso y displacentero o de síntomas físicos ubicados en cualquier región de la geografía corporal., implica el presentimiento de que algo grave le va a ocurrir al sujeto.

Porque el tipo de vida de la sociedad actual tecnológica, urbanizada y competitiva genera mucha ansiedad, sin embargo esta siempre ha existido en toda la época ya que es impensable la vida sin ella y en cierto grado está presente en nuestras vidas cotidianas.

Hay que mencionar además que existe una “ansiedad normal, ligada a las situaciones que vivimos, pues cumple una función adaptativa que prepara al individuo para la ejecución de tareas o alerta frente a posibles amenazas. Aunque, la ansiedad puede ser patológica cuando no se presenta como respuesta proporcionada frente a un estímulo o si su intensidad o duración exceden de los límites aceptables por lo que en tales condiciones pierde su función de adaptación y se convierte en un problema para el individuo”. (Goddard, 1990)

En términos generales, la ansiedad normal es menos acentuada, más ligera y no implica una reducción de la libertad personal, por el contrario, “la ansiedad patológica, elemento nuclear de los trastornos de ansiedad, es desproporcionada con las situaciones o se presenta en ausencia de cualquier peligro corporal”. (Goddard, 1990) Además compromete el funcionamiento del individuo provocando un déficit

funcional y un malestar que impulsa frecuentemente al sujeto a pedir ayuda médica. A su vez, durante las tres últimas décadas, hemos sido testigos del considerable progreso que ha tenido lugar en el tratamiento y comprensión de los trastornos de ansiedad, que son los más comunes de todas las enfermedades psiquiátricas.

Sin embargo al mismo tiempo que avanzan nuestros conocimientos y mejora la eficacia de los medios de tratamiento, se constata que un alto porcentaje de las personas que padecen trastornos emocionales no son identificados y, por consiguiente, no reciben tratamiento adecuado ni se benefician de los avances de la investigación en este campo.

En el estudio realizado por la O.M.S. sobre “los problemas psicológicos de los médicos de atención primaria, realizado en centros de 14 países, se constató una prevalencia puntual del trastorno de ansiedad generalizada del 12 % de las primeras consultas, no obstante a pesar de esta tremenda morbilidad, los trastornos de ansiedad son infradiagnosticados y no son tratados adecuadamente y cerca de la mitad de los pacientes del estudio internacional, no fueron identificados por los médicos de familia”. (Vázquez-Barquero, 2007)

Cabe mencionar además que la ansiedad es llamada la epidemia silenciosa del siglo XXI. “En 2001 un sondeo realizado por la OMS arrojó que aproximadamente 450 millones de personas se han visto aquejadas por algún tipo de ansiedad y, según la revista Psicología Científica, la mujeres son dos veces más propensas a padecer esta clase de trastornos psicológicos”. (Vázquez-Barquero, 2007)

De igual manera para que esto no ocurra debemos aprender a pedir ayuda cuando la necesitamos o a decir con sabiduría y autoconocimiento no puedo más, a pesar de las heridas narcicísticas que esto pueda causarnos. Si es de nuestro conocimiento alguna situación conflictiva o dolorosa, ya sea del pasado o del presente, ignorarla no

la resolverá y tampoco lo hará el hecho de intelectualizarlo, hacerse cargo de las cosas implica un proceso de conciencia y un trabajo de elaboración que nos tomarán también un poco de tiempo.

Es por eso importante que adoptemos una forma de vida sana, dediquémonos más tiempo a nosotros mismos, afrontemos nuestros problemas a su debido tiempo sin permitir que se prolonguen indefinidamente, organicemos bien nuestro tiempo, nuestra vida, no aspiremos nunca a todo aquello que no podamos alcanzar, sepamos delegar, seamos felices con las pequeñas cosas de la vida, pero sobre todo, aprendamos a conocer, interpretar nuestro cuerpo, nuestras sensaciones, para de esta forma poder entender, saber manejar nuestra ansiedad con el fin de que nunca sea ella la que nos maneje a nosotros, pues así evitaremos en la medida de lo posible el consiguiente sufrimiento y perjuicio.

2.1 DEFINICIÓN DE ANSIEDAD

La ansiedad es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. La ansiedad sigue siendo un tema de gran importancia para la Psicología; su incorporación es tardía, siendo tratado sólo desde 1920, abordándose desde distintas perspectivas.

Según el Diccionario de la Real Academia Española, el término ansiedad “proviene del latín anxietas, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático”. (Villanueva, 2014)

En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico.

Por otro lado Nuss define a la ansiedad, como “la anticipación de un daño o desgracia futura, que se acompaña de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo”. (Nuss, 2015) Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

Ya que como hemos mencionado esta es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes.

Por lo tanto, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Únicamente cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando un malestar significativo, con síntomas físicos, psicológicos y conductuales, la mayoría de las veces muy inespecíficos.

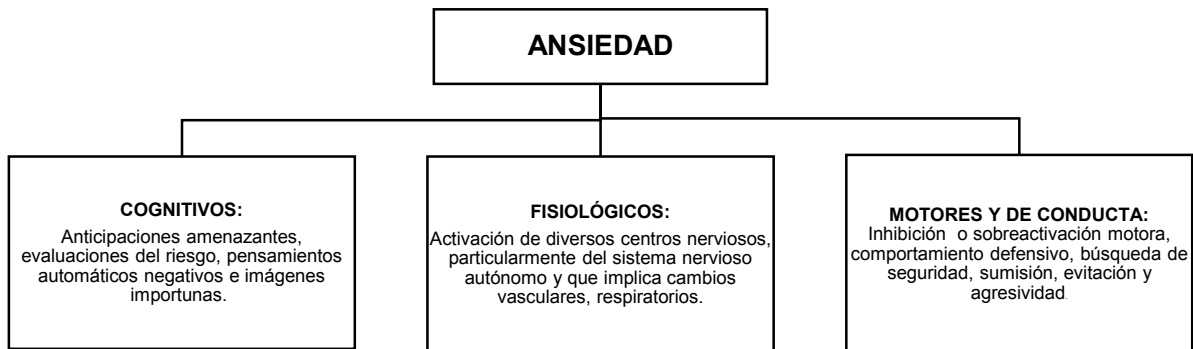
Por otra parte Bobes define a la ansiedad como “la respuesta del organismo a un estímulo estresante que desencadena una reacción que activa el sistema nervioso, que responde a dicho estímulo mediante la lucha, la fuga o la inhibición de la conducta”. (Bobes, 2002)

De manera que la ansiedad se entiende como una experiencia emocional que todos estamos familiarizados con ella, pero no por eso fácil de definir. De modo que la ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta.

En cambio si se presenta en exceso, la ansiedad es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades. En su uso cotidiano el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad).

2.2 CAUSAS DE LA ANSIEDAD

La ansiedad implica tres aspectos o componentes:



ESQUEMA II: Componentes de la Ansiedad. (Amorim, 1997)

Cada uno de estos componentes puede actuar con cierta independencia, “la ansiedad puede ser desencadenada, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, sensaciones, imágenes”. (Amorim, 1997) El tipo de estímulo capaz de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características de la persona, y por su circunstancia.

Puesto que es un “mecanismo facilitador de nuestra relación con el medio, y destinado a preservar los intereses del individuo y de la especie”. (Baeza, 2008) Muchas de las cosas que se deben al correcto funcionamiento de este sistema: evitamos actividades o lugares peligrosos, procuramos no llegar tarde al trabajo, plantamos cara a diferentes conflictos, nos preparamos para un examen o una reunión, buscamos apoyos para resolver un problema, minimizamos algunos contratiempos o buscamos formas de asumirlos y reformularlos.

De hecho, para desempeñarnos convenientemente, en función de las exigencias y opciones del medio, por un lado, y de nuestras posibilidades e intereses, por otro, es

necesario un cierto estado de alerta, una “activación psicológica y fisiológica mínimas, de otro modo estaríamos lentos, desatentos, con poca capacidad de anticipación y respuesta, lo que podría acarrear algunos perjuicios o renunciaciones”. (Kroenke, 2004)

Dado que la ansiedad es proporcionada dentro unos límites y no se aprecian manifestaciones sintomatológicas debido a que no alcanzan a superar los umbrales sensoriales de los receptores del dolor, la presión, la temperatura, o bien son menores, salvo en algún momento puntual y limitado que pueden llegar a ser altos. Estos cambios en los procesos fisiológicos no sólo son normales, sino que son funcionales: prepararán organismo para emitir las acciones pertinentes en relación a la caracterización de la realidad a la que se enfrenta o pudiera enfrentarse.

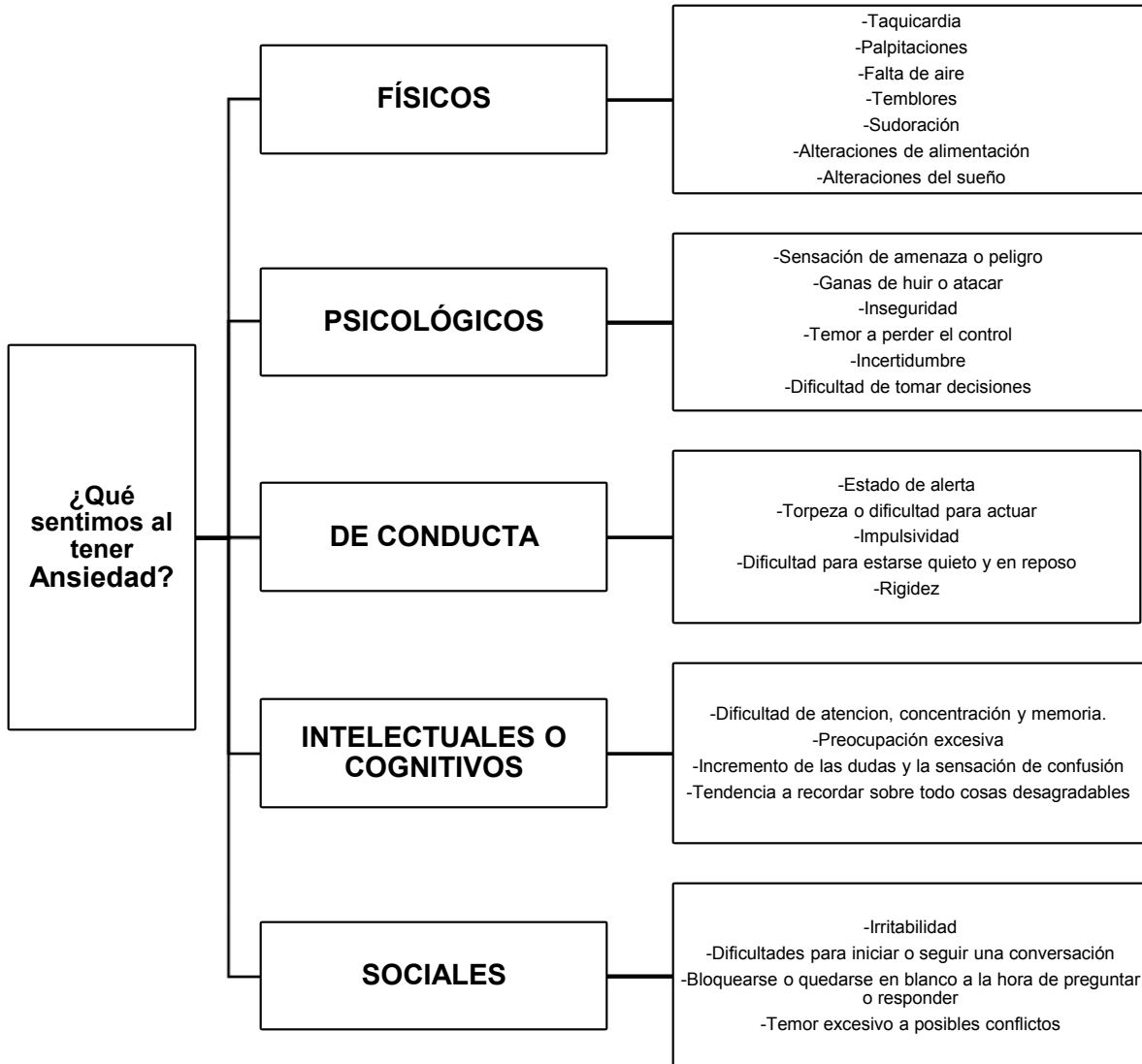
Y como consecuencia de ello existen muchos investigadores que han estudiado la relación entre el nivel de activación psicofisiológica del organismo y la capacidad de individuo para desenvolverse de una manera eficiente, en general se considera que el mejor rendimiento se consigue con niveles medios de activación.

Es decir, “cuando sobrepasa determinados límites, la ansiedad se convierte en un problema de salud, impide el bienestar, e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales, o intelectuales”. (Kroenke, 2004) Que puede limitar la libertad de movimientos y opciones personales.

De ahí que la gravedad de los trastornos de ansiedad se mide fundamentalmente por dos parámetros: el sufrimiento y la incapacitación que generan, siendo más graves los que originan más problemas de salud, y más intensos, e implican mayores limitaciones para quien los padece.

2.3 SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD

Algunos síntomas que se desarrollan cuando se presenta la ansiedad son:



ESQUEMA III: Síntomas de la ansiedad. (Baeza, 2008)

Las personas ansiosas suelen confundir estos síntomas con indicios de la presencia de enfermedades físicas graves, además esta preocupación puede hacer que los síntomas incluso empeoren. Los episodios inesperados o repentinos de ansiedad son llamados pánico, generalmente llevan a la persona a huir rápidamente de la situación en la que se encuentran cuando el ataque tiene lugar. Ansiedad y pánico con frecuencia se acompañan de sentimientos de depresión, de forma que la persona ansiosa puede sentirse malhumorada, perder el apetito o ver el futuro sin esperanza.

2.4 TIPOS DE ANSIEDAD

“Siguiendo la clasificación del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV”. (López-Ibor, 2003) Las formas clínicas de ansiedad y según el orden de frecuencia de presentación en el anciano, se presentan de la siguiente manera:

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	CARACTERÍSTICAS
ANSIEDAD GENERALIZADA	Se caracteriza por ansiedad anticipatoria, hipervigilancia, tensión emocional y temores excesivos. Se asocia al menos con seis de los siguientes síntomas: temblor, desasosiego, tensión muscular, fatiga (tensión motora) disnea, taquicardia, sudoración, sequedad de boca, mareos, tiritona, disfagia (hiperactividad autonómica) insomnio, dificultad de concentración, irritabilidad (hipervigilancia). Suele debutar muchos años antes, siendo considerado como un rasgo de personalidad, pero el propio envejecimiento o circunstancias relacionadas con él pueden exacerbarlo hasta hacerlo claramente patológico. La aparición tardía obliga a descartar una enfermedad orgánica concomitante o desencadenante psicógeno o social.
	Consiste en un temor persistente hacia un objeto,

<p>TRASTORNO FÓBICO</p>	<p>situación o actividad. Quizás la más destacable y frecuente en el anciano sea la agorafobia, pero ya se suele presentar en edades previas y simplemente se agudiza. La fobia social es persistente en el anciano por causas físicas (miedo, temblor, sudoración y taquicardia), o psíquicas, con maniobras de evitación (demencias).</p>
<p>TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO</p>	<p>Se describe como obsesiones recurrentes, de entidad suficiente como para interferir la rutina o las relaciones laborales o sociales del individuo. Las cuales pueden consistir en ideas, impulsos o incluso imágenes recurrentes que se experimentan de forma inapropiada; es decir, no son simples preocupaciones; lo realmente patológico es la propia vivencia de esas sensaciones. Quizás la ideación obsesiva religiosa sea la más frecuente en ancianos.</p>
<p>TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO</p>	<p>Es idéntico al de otras edades y existen muy pocos datos en edades avanzadas.</p>
<p>TRASTORNO DE ANSIEDAD</p>	<p>En geriatría, la ansiedad puede ser el síntoma</p>

EN RELACIÓN CON ENFERMEDAD MÉDICA	único de enfermedad médica o carencia nutricional.
TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR FÁRMACOS	La interacción de fármacos puede alterar el metabolismo, con efectos paradójicos como la propia ansiedad.

TABLA I: Clasificación de la Ansiedad. (López-Ibor, 2003)

2.5 CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR ANSIEDAD, SEGÚN MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-IV)

CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR ANSIEDAD, SEGÚN DSM-IV
A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas: <ul style="list-style-type: none">-Inquietud o impaciencia- Fatigabilidad fácil- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco- Irritabilidad- Tensión muscular- Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

<p>D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.</p>
<p>E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>
<p>F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.</p>

TABLA II: Criterios para diagnosticar la ansiedad SEGÚN DSM-IV. (López-Ibor, 2003)

2.6 RELACIÓN DE LA ANSIEDAD CON EL ENVEJECIMIENTO

Adolescentes, mujeres jóvenes con problemas laborales, madres solteras, hombres que no se adaptan al desempleo, son los perfiles más habituales de las personas que sufren ansiedad. Aunque lo cierto es que los trastornos de ansiedad no hacen distinciones de género, ni de clases sociales, ni de edad, sino que son de lo más democráticos y globalizadores. Nos preocupa que no se preste la suficiente atención a uno de los colectivos más susceptibles a los problemas de ansiedad como es el de la tercera edad.

Puesto que los ancianos con trastornos mentales constituyen un grupo significativo de la población general; padecen el mismo espectro de trastornos mentales que los adultos más jóvenes, pero “algunas patologías se vuelven particularmente significativas en la vejez (trastornos cognitivos, trastornos afectivos, en especial depresión y el trastorno por ansiedad). Las reacciones de adaptación a los problemas personales que aparecen en esta edad (duelos, pérdidas, dolores físicos, trastornos del sueño, entre otros.) los hacen más vulnerables a la patología mental”. (Herrera, 1998)

Además, y no menos importante, las múltiples patologías que padecen y la polifarmacia que reciben hacen que los médicos tratantes alejen su foco de atención de la signo sintomatología psiquiátrica, la que a su vez puede ser más sutil o encontrarse enmascarada por los síntomas orgánicos. “El diagnóstico preciso de los trastornos de ansiedad en el anciano puede ser especialmente dificultoso por la gran superposición de sus síntomas con los cuadros de ansiedad de origen orgánico asociados tanto a enfermedades físicas como a los medicamentos utilizados para tratarlas”. (Spar, 1990)

Por otra parte, el sesgo que presentan los médicos en la atención de estos pacientes hace que, muchas veces, la depresión y la ansiedad sean consideradas como parte de] envejecimiento normal. Esto se complica al ser difícil distinguir los cambios del envejecimiento normal de signos de trastorno mental.

La ansiedad puede presentarse como un síntoma, un síndrome o un trastorno o ser un estado psiquiátrico o ser provocado por enfermedades o medicamentos. Si bien angustia y ansiedad se utilizan como sinónimos, desde una perspectiva fenomenológica, la ansiedad "corresponde a una emoción, se trata de un estado afectivo de presentación habitualmente aguda, producto muchas veces de un estímulo situacional externo y acompañada de un correlato psicofisiológico manifiesto y evidente". (Salzmari, 1998)

Revela un modo de vivir rápido, en cambio en la angustia "el miedo se siente respecto de algo, surge en medio de lo inexplicable, donde el peligro es vago e indefinido, eso angustia más, hay incertidumbre y se llega a desear el peligro como realidad palpable". (Velez, 2014)

Por lo tanto si ya hemos visto cómo las consecuencias de un trastorno de ansiedad pueden afectar a todos los ámbitos de la vida, la ansiedad en la vejez es especialmente peligrosa, sobre todo si tenemos en cuenta que la mayoría de los casos de ansiedad en personas mayores se quedan sin diagnosticar y, por lo tanto, sin tratamiento. Y es que los síntomas de la ansiedad en la vejez pueden confundirse con otras patologías propias de la edad.

Así, una persona mayor fatigada, con alteraciones del sueño, nerviosa, irritable y pesimista no llama la atención del médico de atención primaria porque probablemente tenga otras dolencias más evidentes que tratar. "Se trata de un fallo en el sistema sanitario que habría que solucionar cuanto antes, porque superar la

ansiedad en la vejez podría mejorar considerablemente la calidad de vida de nuestros mayores”. (Spar, 1990)

El tratamiento para la ansiedad en la vejez puede basarse también en la medicación, pero sobre todo, es necesaria la terapia, con grupos de apoyo que incidan tanto en su comportamiento frente a la ansiedad como en su integración social efectiva y real. Y como siempre que hablamos de ansiedad, pero también como siempre que hablamos de personas mayores, grandes dosis de cariño son imprescindibles para superar el trastorno de ansiedad en la vejez.

2.7 CONSECUENCIAS DE LA ANSIEDAD

Las personas consideran los trastornos de ansiedad como algo inevitable con lo que tienen que convivir. Si bien es cierto que necesitamos la ansiedad cuando funciona como mecanismo de alerta, no necesitamos para nada ninguno de los trastornos que ella produce.

Es por ello la preocupación sobre este tema porque son muchas las personas que no buscan un tratamiento para la ansiedad, sin saber que las consecuencias de padecer un trastorno que durante mucho tiempo pueden ser muy graves tanto físicas como psicológicas y que pueden poner en riesgo nuestra salud.

Consecuencias físicas: “Cuando observamos síntomas como la taquicardia, los mareos o la dificultad para respirar, pueden darnos una pista de hacia dónde se dirigen las consecuencias de la ansiedad”. (Stan, 2002) Sin embargo no queremos ser alarmistas pero existe el riesgo a largo plazo de padecer enfermedades cardiovasculares, neurológicas y pulmonares sino se recibe el tratamiento adecuado.

Aunque cabe mencionar que a corto plazo, los efectos de los trastornos de ansiedad pueden ser dolor de cabeza recurrente, mareos, vértigos, problemas gastrointestinales, hipertensión, insomnio, dolores musculares y fatiga crónica, entre otros.

Consecuencias psicológicas: “Si las consecuencias físicas de la ansiedad asustan, las psicológicas pueden llegar a ser aún más graves. Síntomas como la inseguridad y el temor pueden llevarnos a una situación de aislamiento social, a recluarnos en casa paralizadas por el miedo, aunque la principal consecuencia de un trastorno de ansiedad que no se trata es la depresión”. (Kroenke, 200)

Es por eso que la ansiedad también puede llevarnos a padecer otros trastornos psicológicos, otros tipos de trastornos de ansiedad, menos habituales que la ansiedad generalizada, como el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico o las fobias. Todo ello con grave riesgo de afectar a nuestra vida social, laboral o familiar.

Finalmente la ansiedad genera una ruptura con la sociedad, donde el individuo puede hundirse en las adicciones como: drogas, alcohol o cualquier otro medio que le permita evadirse por un segundo de la ansiedad pero que puede acabar destrozando su vida.

CAPÍTULO III: TRASTORNO DE DEPRESIÓN

**“ENVEJECER ES COMO ESCALAR UNA GRAN MONTAÑA:
MIENTRAS SE SUBE LAS FUERZAS DISMINUYEN, PERO LA
MIRADA ES MÁS LIBRE, LA VISTA MÁS AMPLIA Y SERENA”**

(BERGMAN, 2009)



CAPITULO III: TRASTORNO DEPRESIVO

La depresión es una enfermedad mental que tiende a crecer en México y en el mundo, ya que esta patología se ubica en el top ten de las primeras causas de atención de consulta externa en el IMSS, ISSSTE, así como en hospitales de la Secretaría de Salud Federal y Estatales del país.

Se calcula de acuerdo con cifras del sector salud, “que entre 2.5% y 3% sufre depresión que va desde leve hasta crónica en la República Mexicana”. (Rodríguez, 2011) Sin embargo, hay estimaciones que 25 millones de mexicanos podrían desarrollar trastornos afectivos, es decir una persona que sufre depresión puede vivir con dos caretas: por fuera puede externar mucha felicidad y alegría, pero por dentro puede estar consumiéndose.

Además de que la inseguridad, la violencia, la pobreza y la falta de empleos, entre otros factores, pueden desencadenar cuadros depresivos y estos se dan más en la población de bajos recursos, aunque todos podemos estar expuestos a esta enfermedad.

Por otro lado “de 10 mexicanos que acuden con el médico general, cuatro presentan algún grado de depresión, que si no es tratada a tiempo puede volverse crónica y la persona que la sufre puede atentar contra su vida”. (Rodríguez, 2011)

Cabe mencionar que la depresión no solo se origina por problemas económicos, sino también por inseguridad, noviazgos que terminan, matrimonios que se disuelven, pérdida de algún familiar, desempleo y viudez.

Dado que la edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se ubica en las primeras décadas de la vida, pero el pico más alto se presenta entre los 18 a los 35 años y de ahí se salta a los adultos mayores a partir de los 65 a los 70 años.

Hay que mencionar también que “la depresión en el mundo representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años y de vida saludables, en México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres”. (Crespo, 2001) Aunque menos del 20% de quienes presentan un trastorno afectivo buscan algún tipo de ayuda, y se estima que quienes lo hacen tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado.

Aunado a lo anterior, “los pacientes acceden a los servicios de salud, y solamente el 50% de ellos reciben algún tipo de tratamiento mínimo adecuado”. (Triñanes, 2009) Debido a diversos factores que se asocian con la reducida solicitud de ayuda, tales como los horarios de atención poco convenientes, las largas listas de espera para obtener una cita, el diferimiento de las consultas, el hecho de no contar con alguien que cuide a los hijos mientras se asiste a consulta, el desconocimiento del tratamiento o las dificultades para trasladarse al servicio entre otros.

De ahí que los trastornos depresivos producen importantes niveles de discapacidad, afectan las funciones físicas, mentales, sociales y se asocian con mayor riesgo de muerte prematura. Al igual de dificultar la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas, causando un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida.

3.1 DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN

Ocasionalmente, todos nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos por lo general son pasajeros o desaparecen en unos días, pero cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con su vida diaria además de causar dolor tanto para quienes lo padece como para quienes se preocupan por él o ella, siendo así la depresión una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

De ahí que la Real Academia Española la define como un “trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana”. (Villanueva, 2014)

Es por esto que la persona con depresión no puede vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo.

Por otra parte la OMS, define a la depresión como un “trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio o falta de concentración, debido a puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la capacidad para afrontar la vida diaria”. (OMS, 2002)

Aunque cabe señalar que la depresión en su forma más grave, puede conducir al suicidio, o cuando es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se deben necesitar medicamentos y psicoterapia profesional

Hay que mencionar además que el DSM-IV la define como un trastorno constituido por un “conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) y se puede presentar también síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos, por tanto podría hablarse de una afectación global del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva” (López-Ibor, 2003)

Es debido a esto que muchos casos de depresión son claramente apreciables, aunque no suelen presentarse de forma aislada o como cuadro único, sino es más habitual su asociación a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la asociación entre trastorno depresivo y de ansiedad es alta, además con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones.

De igual forma es importante señalar que la depresión es la principal causa de discapacidad en los países desarrollados y será la primera en todo el mundo para el año 2020, caracterizada por una tristeza profunda de la que el individuo no sale por sí solo además de que afecta a 8 por ciento de las personas en México, de las cuales sólo la décima parte recibe tratamiento y de éstas apenas uno por ciento se atiende con un médico especialista.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Siquiátrica 2003, que es la información estadística más reciente, en México uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en algún momento de su vida. “El más frecuente es la ansiedad (14.3 por ciento), seguido por los trastornos por el uso de sustancias (9.2) y los trastornos afectivos (9.1 por ciento), lo que en este último grupo está la depresión, que es el más común”. (Vega, 2002)

Además, en todos los casos se recomienda que aquellas personas que presenten los síntomas se acerquen a un especialista antes de que la enfermedad se vuelva crónica.

De modo que la prevención contra este trastorno, se recomiendan que se duerma adecuadamente, se lleve una alimentación nutritiva y se realicen ejercicios diarios, se eviten los consumos de alcohol o drogas, pero sobre todo que se pase tiempo rodeado de personas a quienes se quiera y realizando actividades que produzcan satisfacción.

3.2 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

La fenomenología de los eventos depresivos en el paciente geriátrico requiere ser estudiada desde un punto de vista bio-psico-social. Ya que durante la vejez se “presentan diferentes eventos de tipo social, biológico y psicológico; que son protagonistas de dicho proceso y que contribuyen en mayor o menor grado para que en un momento determinado el paciente presente sintomatología depresiva”. (Vega, 2002)

FACTORES	EFECTOS DE LOS FACTORES
<p>Biológicos: son los cambios que se sufren durante la vejez, los cuales contribuyen en forma crucial para el establecimiento de síntomas depresivos.</p>	<p>Cambios Neurológicos: Disminución en la síntesis de neurotransmisores y sus receptores, además del daño estructural al sistema nervioso central (SNC).</p>
	<p>Riesgo Genético: Ayudan a explicar la depresión en la vejez, aunque parece ser que la depresión de inicio temprano tiene una mayor carga genética, que la depresión que emerge en la vejez.</p>
	<p>Enfermedades Somáticas: Son aquellas alteraciones que tienen su origen en el cuerpo, entre las que podemos mencionar: infecciones agudas, neoplasias, enfermedades neurológicas (enfermedad de Parkinson, demencia de Alzheimer), enfermedades cerebrovasculares, infarto de miocardio, la administración de radioterapia y de hormonas esteroides.</p>

<p>Sociales: Son aquellos aspectos relacionados con los roles que se desempeñan dentro de la sociedad.</p>	<p>Jubilación: Es considerada en la actualidad como sinónimo de minusvalía y pérdida de roles en el trabajo, la familia y la sociedad. Esto determina que en las personas mayores se activen mecanismos de adaptación, los cuales algunas veces no son eficientes, ya que favorecen a una pobre autoimagen y sentimientos de inferioridad. Esto a su vez genera pérdida de autoridad y prestigio, lo que provoca un sentimiento de inutilidad, dándose en algunos casos el fenómeno del abuelo “ping pong” en donde se da una migración forzosa de un domicilio a otro, a conveniencia de los familiares, sin tener en cuenta la comodidad, privacidad y estabilidad de estas personas.</p>
<p>En lo referente al adulto mayor lo conducen a la pasividad debido a que no confía en sus propias capacidades, dando como resultado un estado depresivo.</p>	<p>Estereotipos Negativos: Son aquellas concepciones de tipo negativo hacia lo que representa el adulto mayor.</p> <p>Clasificación de estereotipos negativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los individuos de edad avanzada piensan y actúan con lentitud. - Son depresivos. - Tienen inteligencia y memoria reducida. - Están Fatigados. - No tienen coordinación. - Se vuelven irritables e incontrolables. - Se vuelven distraídos, están llenos de recuerdos y son locuaces. - Su interés y actividad sexual decaen. - Son débiles. - Son inútiles socialmente.

	<ul style="list-style-type: none"> - Son solitarios. - Esperan a la muerte. - Entran en una segunda infancia, atrapados en un egocentrismo cada vez mayor, exigiendo más de su entorno de lo que están dispuestos a ofrecer. - Se desvinculan. - Se vuelven improductivos. <p>Duelo: Es considerado cuando muere una persona querida, y la mayoría de la gente experimenta las siguientes reacciones: primero sobreviene una conmoción, un sentimiento de aturdimiento e irrealidad que dura horas o incluso días, esto es seguido de protesta o añoranza, durante esta fase algunas personas tienen fantasías o alucinaciones de haber visto a la persona fallecida y la tercera etapa es de desorganización o desesperanza, que puede durar un año o más, en esta etapa las personas dolientes se vuelven apáticas o deprimidas; la vida parece no valer nada sin la persona fallecida; la muerte de un ser querido durante la edad adulta mayor, con frecuencia genera depresión.</p>
<p>Psicológico: Involucra el tipo de personalidad que el paciente haya</p>	<p>Personas narcisistas u obsesivas: Son aquellas que tienen un riesgo mayor de presentar síntomas depresivos durante la vejez.</p>

<p>desarrollado durante su vida previa. Esto permite identificar si existe o no depresión.</p>	<p>Personas con baja autoestima: Son aquellas que presentan escasas o nulas habilidades sociales y falta de recursos para resolver problemas, están más predispuestos a padecer depresión.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

TABLA III: Causas de la depresión en el adulto mayor y sus efectos. (López-Ibor, 2003)

3.3 SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

“La sintomatología que se presenta en este grupo etario es similar al de otras etapas de la vida”. (Infante, 2008) Para lo cual se describen los siguientes síntomas somáticos, los que nos permitirán identificar de manera física a cada uno de ellos:

SÍNTOMA SOMÁTICO	CARACTERÍSTICAS
Tristeza Vital	El paciente con frecuencia se queja de que la tristeza se arraiga en el pecho o en el vientre.
Malestar Vital	Se presenta, aburrimiento, apatía, indiferencia o apagamiento.
Anhedonia	Es la pérdida de capacidad para experimentar placer, felicidad o bienestar.
Angustia	Se presenta en mayor o menor grado, la cual se proyecta tanto en la vertiente somática y psíquica. Suele expresarse de manera habitual como nerviosismo e inquietud interior.
Irritabilidad	Suele presentarse generalmente a través del malhumor o intolerancia.

Pensamiento Lento	Es cuando las ideas no fluyen, es decir no se encuentran las palabras adecuadas y la capacidad de concentración disminuye.
-------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

TABLA IV: Síntomas de la depresión en el adulto mayor y sus características.
(Infante, 2008)

3.4 TIPOS Y CATEGORÍAS DIAGNOSTICAS PARA LA DEPRESIÓN

TIPOS Y CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS PARA LA DEPRESIÓN		
CATEGORÍA DIAGNÓSTICA	CRITERIOS DSM-IV	DURACIÓN
Depresión Mayor	<u>>5 síntomas depresivos,</u> incluyendo un estado de ánimo depresivo o anhedonia, que causan un deterioro significativo social, laboral o en otras importantes áreas de funcionamiento.	>2 semanas
Depresión Menor	<u>2 a 4 síntomas depresivos,</u> incluyendo un estado de ánimo depresivo o anhedonia, que causan un deterioro significativo social, laboral o en otras importantes áreas de funcionamiento.	>2 semanas
Distimia	<u>3 ó 4 síntomas distimicos,</u> incluyendo un estado de ánimo depresivo, que causa un deterioro significativo social, laboral o en otras importantes áreas de funcionamiento.	>2 años

TABLA V: Tipos y categorías diagnosticas para la depresión. (López-Ibor, 2003)

3.5 CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR DEPRESIÓN, SEGÚN MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-IV)

Basándose en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), se definen 8 síntomas y criterios, junto a la sugerencia de algunas preguntas para los pacientes. Dependiendo de las respuestas y de la duración de los síntomas, la depresión puede ser mayor o menor; o puede indicar simplemente una distimia (trastorno afectivo de carácter depresivo crónico, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, pero que no cumple con todos los patrones diagnósticos de la depresión).

CRITERIOS DIAGNOSTICO DSM-IV Y PREGUNTAS SUGERIDAS		
SÍNTOMAS	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV	PREGUNTAS SUGERIDAS
Ánimo depresivo	Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días.	¿Cómo ha estado su ánimo últimamente? ¿Con qué frecuencia ocurre esto? ¿Cuánto dura?
Anhedonia	Marcada disminución del interés o placer en casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.	¿Ha perdido interés en sus actividades habituales? ¿Obtiene menos placer en cosas con las que solía disfrutar?

Alteraciones del sueño	Insomnio o hipersomnias casi todos los días.	¿Cómo ha estado durmiendo? ¿Cómo lo compara con su sueño normal?
Cambios de peso o apetito	Cambios considerables en el apetito casi todos los días o pérdida no intencionada de peso o aumento de peso (>5% del peso corporal en un mes)	¿Ha tenido algún cambio en su apetito o peso?
Pérdida de energía	Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	Ha detectado una pérdida en su nivel de energía.
Aumento o descenso en la actividad psicomotora	Agitación o enlentecimiento psicomotriz casi cada día.	¿Se ha sentido inquieto o ha tenido problemas para sentarse tranquilo? ¿Se siente enlentecido, como si se estuviera moviendo a cámara lenta o pesada?

TABLA VI: Criterios diagnóstico DSM-IV y preguntas sugeridas. (López-Ibor, 2003)

3.6 RELACIÓN DE LA DEPRESIÓN CON EL ENVEJECIMIENTO

La tercera edad suele describirse como una “época de descanso, reflexión y de oportunidades para hacer cosas que quedaron postergadas mientras se criaban a los hijos o se desarrollaban en su carrera o trabajo”. (De la Fuente, 1992)

Es por eso que el proceso de envejecimiento no es siempre tan agradable debido a los diferentes acontecimientos de la tercera edad como por ejemplo, los trastornos médicos crónicos, la pérdida de amigos o seres queridos y la incapacidad para participar en actividades que antes disfrutaba, lo que puede resultar una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo.

Además puede sentir una pérdida de control sobre su vida debido a “problemas de vista, audición y otros cambios físicos, así como presiones externas como son los recursos financieros limitados, los cuales son asuntos que suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad, la baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía”. (García, 2003)

Sin embargo la depresión en personas mayores, puede complicar un problema de salud existente e independientemente de la causa esta puede tener efectos físicos alarmantes en vista de que el índice de mortalidad de los hombres y mujeres de la tercera edad que tienen “depresión o sentimientos de soledad, desesperanza, aislamiento, suelen alentar ideas suicidas, pero en especial aquellas con discapacidades que están confinadas en residencias de ancianos”. (Preston, 2002)

Por otra parte la depresión puede tener otras formas de efectos potencialmente nocivos para la salud que puede llevar a hábitos alimenticios que acaben resultando en obesidad, provocando también pérdida considerable del apetito y la reducción de

niveles de energía, ocasionado a veces un trastorno conocido como anorexia geriátrica.

Las personas deprimidas de la tercera edad también experimentan “índices más altos de insomnio y pérdida de memoria. También tienen tiempos de reacción más prolongados que lo normal, lo que aumenta los riesgos asociados con cocinar, conducir, automedicarse y otras tareas que requieren una atención completa”. (Siegel, 1990)

De ahí que la depresión no debe formar parte del envejecer, ya que si esta es reconocida, diagnosticada y recibe el tratamiento tempranamente puede contrarrestar o prevenir las consecuencias emocionales y físicas, aunque también es importante tener en cuenta que al momento de tratar a un adulto mayor con depresión se deben considerar los siguientes aspectos:

- Ser consciente de las limitaciones físicas, es decir hay que alentar a la persona mayor a consultar con un médico antes de hacer cambios en su dieta o emprender una nueva actividad que pueda estresar su resistencia.
- Respete las preferencias individuales, debido a que las personas mayores tienden a ser menos dóciles a los cambios de estilo de vida, pueden ser renuentes a adoptar nuevos hábitos o a hacer cosas que otras personas de su edad disfrutaban mucho.
- Sea diplomático, ya que una persona mayor con una autoestima frágil puede interpretar expresiones de aliento y estímulo bien intencionadas como una prueba más del deterioro de su estado, otros pueden molestarse ante cualquier intento de intervención.

3.7 CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN

“La depresión bien tratada remite en el tiempo en que se considere y la persona recupera poco a poco la normalidad en su vida cotidiana: mejora su ánimo, tiene de nuevo iniciativa para realizar actividades además que se cuida a sí misma”. (Blazer, 2008) Sin embargo, la depresión que no es tratada empeora el estado de bienestar de la persona, tomando como referencia su estado antes de sufrirla.

“Debido a que hace más lento el ritmo corporal y la cognición, hace que la persona se mueva más despacio, tenga menor actividad, hasta el punto de reducirla casi completamente”. (Krassoievitch, 2003) Si la persona continua trabajando, se observa que tiene peor rendimiento, que no se concentra, que está como ausente, esto se traduce también a la vida doméstica de las personas.

Porque cuando el estado de depresión es bajo, las personas afectadas no salen de su casa, no la arreglan, no limpian, es decir, no cuidan del entorno en el que viven; simplemente les provoca indiferencia el realizar esas tarea y saben que tienen que hacerlas pero al final no se realizan.

También es importante mencionar que la consecuencia de la depresión en los mayores es la aparición de “deterioro cognitivo, y la progresiva involución, sin embargo si la persona se trata esa depresión, los síntomas suelen remitir, pero no revertir al estado inicial, ya que es lógico pensar que cuanto más se tarde en recibir el tratamiento, más difícil es tratar esos síntomas y signos”. (Sosa, 2007)

Además de que el abandono de uno mismo y del autocuidado e imagen personal, así como de la higiene, generando cada vez más dependencia para las actividades de la vida diaria. Y otra situación que provoca “la depresión no tratada es que por esas emociones no canalizadas de forma correcta la persona tiende a somatizar y

desarrollar patologías psicosomáticas, como alergias, diabetes y gastritis. Por tanto, es algo que perjudica la calidad de vida, ya que le añadiría más fármacos a su tratamiento con lo complejo que resulta la polimedicación para una persona mayor”. (Riquelme, 2005)

Por lo tanto la depresión genera dependencia en la persona mayor, ya que por falta de iniciativa no cuida de sí misma. Así aumenta el gasto sanitario en cuanto a medicación que tiene que tomar la persona, pensar en alguien que le acompañe o que le haga las tareas domésticas o incluso si la depresión ha empeorado notablemente el estado de la persona, que tenga que ingresar en una residencia, con todo lo que a nivel psicosocial supone, no sólo a nivel económico.

Sin embargó “la consecuencia más grave es que la ideación de muerte, es decir, cuando la persona con depresión dice que quiere morirse, que está harta de vivir, que la vida es muy triste estando tan enferma; le puede llevar al suicidio o al intento de este”. (Sosa, 2007) Y estos intentos de suicidio no suelen presentarse como llamada de atención, sino con un claro interés que es dejar de vivir. Para lo cual muchos profesionales catalogan la depresión como asesino silencioso, porque genera nuevas patologías, es un marcador de mortalidad en mayores, y hace que la persona se abandone a sí misma hasta no querer vivir, dejar de alimentarse, y morir poco a poco.

Finalmente cuando se detectan situaciones de depresión y cuáles son los factores que la predisponen, la familia tiene que apoyar para colaborar con el tratamiento, y las consecuencias de no tratar la depresión. Es decir es el momento en que debemos estar atentos a lo que sucede en nuestro entorno y poner los medios antes de que la situación sea más grave e irremediable.

CAPÍTULO IV:

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC)

¡DISFRUTA DEL AMOR EN TU ANCIANIDAD! EL AMOR EN LA VEJEZ ES COMO EL VINO AÑEJO; SE VUELVE MÁS SATISFACTORIO, MÁS REFRESCANTE, MÁS VALIOSO, MÁS APRECIADO, ¡Y MÁS EMBRIAGADOR!

(BUSCAGLIA, 2009)



CAPITULO IV: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC)

La terapia cognitivo-conductual posee cuatro pilares teóricos básicos, el primero de ellos, surge a fines del siglo pasado a partir de las investigaciones del fisiólogo ruso Ivan Pavlov, quien accidentalmente descubre un proceso básico de aprendizaje que luego llamaría condicionamiento clásico, el cual se trata de un proceso por el cual “los organismos aprenden relaciones predictivas entre estímulos del ambiente, para lo cual en el experimento típico de Pavlov, un perro aprendía a salivar ante el sonido de un metrónomo cuando éste había sido presentado sucesivas veces antes de la administración de comida, de esta manera, el sonido juega el papel de una señal que anticipa la aparición de un fenómeno relevante para la vida del organismo, el cual responde en consecuencia”. (Navarro, 1994)

Es por eso que los trabajos de Pavlov es que se inspira uno de los autores más conocidos y más asociados con la terapia cognitivo-conductual, el cual es “John B. Watson, quien aplicando los principios del condicionamiento clásico para remitir la fobia de un niño, funda las bases de lo que luego se conoce como el conductismo”. (Navarro, 1994)

Sin embargo para el año 1930, las investigaciones de F. B. Skinner plantean la existencia de otro tipo de aprendizaje, “el condicionamiento instrumental u operante, proceso por el cual los comportamientos se adquieren, mantienen o extinguen en función de las consecuencias que le siguen, la gran cantidad de investigaciones desarrolladas a la luz de estos dos paradigmas mencionados pasaron a formar lo que se conoce como teoría del aprendizaje, la cual históricamente ha nutrido con hipótesis a la terapia cognitivo-conductual”. (Sheldond, 1995)

Por lo cual hacia la década de 1960 los trabajos encabezados por Albert Bandura comienzan a conformar un nuevo conjunto de hipótesis, cuyo énfasis recae en el

papel que la imitación juega en el aprendizaje, “es por esto que las investigaciones llevadas a cabo en esta línea cobran cuerpo en la teoría del aprendizaje social, desde la cual se afirma que el aprendizaje no sólo se produce por medio de la experiencia directa y personal sino que, fundamentalmente en los seres humanos, la observación de otras personas así como la información recibida por medio de símbolos verbales o visuales constituyen variables críticas”. (Belloch, 1995)

Y sólo a manera de comentario, agreguemos que Bandura se halla también muy involucrado en la formulación de modelos cognitivos, de hecho hacia la misma época, un movimiento quizás algo reaccionario al conductismo radical, comienza a estudiar los inicialmente denominados eventos privados, es decir, pensamientos, diálogos e imágenes internas, creencias, supuestos, por sólo nombrar algunos de los tópicos cubiertos por los así llamados modelos cognoscitivos.

Además es importante mencionar que Aaron Beck y Albert Ellis son dos de los representantes principales en lo que a la clínica se refiere, desarrollados de manera relativamente independiente, con sus dos modelos de intervención terapéutica denominados respectivamente, “terapia cognitiva y terapia racional emotiva; las cuales en lo esencial, coinciden, ya que hacen hincapié en las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones, aunque desde el inicio, admiten que no toda la vida emocional puede explicarse por el pensamiento”. (Sheldond, 1995) Aunque por otra parte, el pensamiento de un individuo refleja su sistema de interpretación del mundo, como lo es un conjunto de creencias, supuestos y reglas subyacentes que por lo general no son plenamente conocidas por las personas.

De ahí que estos sean los cuatro pilares básicos de la terapia cognitivo-conductual: aprendizaje clásico, aprendizaje operante, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo. De ellos se han desprendido múltiples líneas de investigación. A fin de explicar la complejidad del comportamiento humano.

4.1 DEFINICIÓN DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC)

Es un modelo de intervención o tratamiento acerca de diversos problemas o trastornos psicológicos, es considerada la estrategia de intervención clínica más utilizada y eficaz, ya que mediante su aplicación se obtienen mejores resultados. Debido a que “su fundamentación se basa en analizar las situaciones que nos suceden; son interpretadas por nosotros de una u otra manera, en función de una serie de circunstancias y características personales actuales o estables, esta interpretación o explicación se manifiesta a través de nuestros pensamientos o creencias las cuales se ven reflejadas en nuestras emociones o sentimientos, dando como resultado nuestras conductas y reacciones”. (Hernández, 2007)

Por lo que la labor del psicólogo bajo la perspectiva de esta corriente consiste en analizar e intervenir los patrones de pensamiento o sistemas de creencias disfuncionales, ya que operan y corrigen nuestras emociones, conductas o respuestas fisiológicas.

Al respecto la terapia cognitivo - conductual se conforma de las siguientes etapas:

- 1) **EVALUACIÓN:** En ella se examinan los procesos cognitivos y la conducta de manera cuidadosa, mediante la entrevista, observación clínica, registros, autoregistros y diversos instrumentos estandarizados. Ya que formulan hipótesis acerca de los problemas que presenta la persona y se trazan los objetivos del tratamiento.
- 2) **INTERVENCIÓN:** Es aquella en la que se emplean técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados.

- 3) SEGUIMIENTO: En ella se evalúa la efectividad del programa terapéutico en mediano o largo plazo y se realizan los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios positivos.

Todo ello bajo una perspectiva biopsicosocial del aprendizaje que tiene en cuenta el siguiente lema: No son las situaciones las que determinan como nos sentimos y como actuamos, sino lo que pensamos acerca de ellas.

4.2 CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC)

La terapia cognitivo-conductual consiste en ayudar a las personas a alcanzar un alivio de su desorden o prevenir la reincidencia, por lo que el trabajo en las sesiones consiste en ayudar a las personas a resolver sus problemas de la vida real y enseñarles a modificar; pensamiento inadecuado, comportamiento disfuncional o su afecto angustioso, pues de este modo, “la meta de la terapia cognitivo conductual es reconocer pensamientos negativos y remplazarlos con pensamientos positivos, que darán lugar a comportamientos favorables para la persona”. (Heman, 2005)

Es por ello es importante que al momento de desarrollar la terapia cognitivo-conductual debemos de tomar en consideración sus características esenciales, las cuales son:

- La TCC se sustenta en una determinada teoría, la cual se basa en modelos empíricamente comprobables que determinan la base y el fundamento lógico de las intervenciones, por ejemplo: según la TCC los afectos de la conducta están determinados en su mayor parte por las cogniciones, así como el centro de interés y la naturaleza de la intervención.
- La TCC se basa en un modelo de colaboración, es decir el paciente desempeña un papel activo en lo referente a reconocer sus metas, establecer sus objetivos, experimentar, practicar y supervisar su propio rendimiento, ya que el modelo pretende facilitar la adquisición de un autocontrol mayor y más eficaz, lo que vendría posibilitado por el aliento y el apoyo brindado por el profesional. El papel del terapeuta consiste en establecer una asociación que aliente al paciente a lograr una mejor comprensión de sus problemas o descubrir otras formas alternativas de pensar y de actuar.

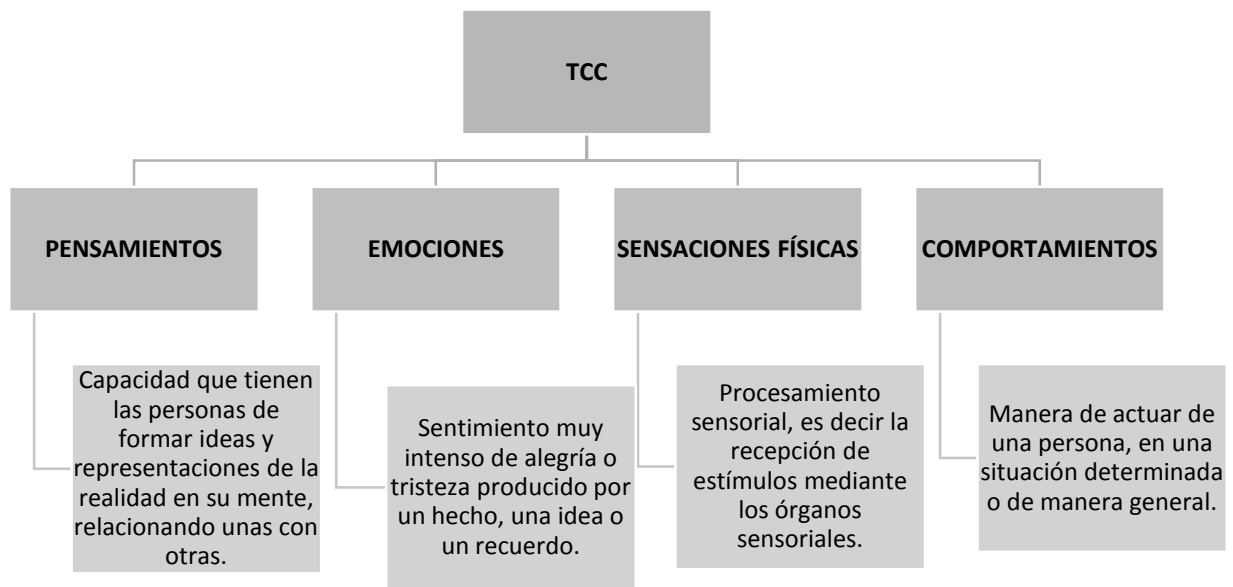
- La TCC tiene un plazo limitado, en otras palabras es una terapia breve o con un plazo limitado, el cual no suele prolongarse habitualmente más allá de unas 16 sesiones, y en la mayoría de los casos la duración es todavía mucho menor.
- La TCC es objetiva y estructurada, dado que constituye un modelo estructurado que guía al paciente a lo largo del proceso de evaluación, formulación del problema, intervención terapéutica, seguimiento y valoración.
- La TCC se centra en el aquí y ahora, puesto que se concentran en el presente, abordando los problemas o las dificultades actuales, pues no pretenden “desvelar traumas inconscientes tempranos, ni tampoco el papel de las contribuciones biológicas, neurológicas y genéticas a las disfunciones psicológicas sino, antes bien, tratar de sentar las bases de una forma diferente de procesar el mundo que resulte más adaptativa”. (Wiley, 2007)
- La TCC es un proceso de autodescubrimiento y experimentación, porque es un proceso activo que fomenta el hábito de hacerse preguntas y poner en entredicho los supuestos o las creencias del paciente, además de que este no es únicamente un receptor pasivo de los consejos o las observaciones del terapeuta, sino que se le anima a cuestionar a través de un proceso de experimentación.
- La TCC es un modelo basado en la adquisición de nuevas habilidades, en vista de que constituye un enfoque práctico, el cual está centrado en la adquisición de habilidades con el objetivo de aprender otras formas

alternativas de pensar y de actuar. Es por eso que a los pacientes se les anima a practicar las habilidades o las ideas que se discuten durante las sesiones de terapia dentro del marco de sus rutinas diarias, con deberes prácticos para casa que constituyen el aspecto esencial de muchos de los programas de intervención.

4.3 APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA VEJEZ

La TCC puede ayudar a comprender problemas complejos, ya que “los desglosa en partes más pequeñas; las cuales están conectadas entre sí y cómo le afectan. Estas partes pueden ser una situación, un problema, un hecho o situación difícil”. (Hernández, 2007)

De ella pueden derivarse:



ESQUEMA IV: Áreas de trabajo de la Terapia Cognitivo-Conductual. (Wiley, 2007)

Al respecto cada una de estas áreas puede afectar o alterar a las otras, pues los pensamientos acerca de un problema pueden manifestarse tanto física como emocionalmente.

La teoría cognitivo-conductual propone tres modelos principales de terapia los cuales son:

MODELOS DE TERAPIA	CARACTERÍSTICAS
<p align="center">MODELOS DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA</p>	<p>Suponen que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desadaptativos y por lo tanto sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamiento más adaptativos.</p>
<p align="center">MODELOS DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO</p>	<p>Tratan de desarrollar un repertorio de habilidades para ayudar al individuo a enfrentar una serie de situaciones estresantes.</p>
<p align="center">MODELOS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS</p>	<p>Constituyen una combinación de los tipos anteriores y se centran en el desarrollo de estrategias generales, para tratar con un amplio rango los problemas personales.</p>

TABLA VII: Tipos de modelos de la Terapia Cognitivo-Conductual. (Agudo, 2005)

La terapia cognitivo-conductual define a la psicología del envejecimiento, como el estudio científico de la conducta durante la tercera edad, ya que “se centra en los aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales de las personas mayores y su relación con su entorno”. (Agudo, 2005)

Al respecto Izal y Montorio argumentan que “la intervención psicológica aplicada a edad avanzada y sus problemas, se fundamenta en dos premisas básicas: la primera

que muchos de los problemas de los adultos mayores pueden ser modificados y la segunda que el envejecimiento psicológico se contempla como un fenómeno contextual”. (Roth, 2000)

Puesto que los cambios comportamentales que acompañan al envejecimiento no constituyen un proceso fijo e inmutable, ni son necesariamente un correlato o consecuencia directa de factores biológicos internos asociados al envejecimiento. “Tal planteamiento teórico conlleva a importantes implicaciones prácticas, entre las que se distingue: el contemplar los problemas que ocurren en la vejez como mejorables y la prevención bajo condiciones óptimas”. (Organista, 2001)

Por lo que el análisis de los problemas de comportamiento en la vejez, en términos de antecedentes, respuestas y consecuencias, deben realizarse de la misma manera en cualquier otro grupo de edad; pero además deben considerarse como posibles antecedentes: el declive físico, la enfermedad, factores ambientales específicos, condiciones sociales, actitudes hacia uno mismo, determinadas prácticas nutricionales y efecto de la medicación.

Además de que las consecuencias de “comportarse como anciano pueden ser un mayor desgaste físico, salud deficiente, actitudes personales inadecuadas, pérdida de relaciones sociales, las cuales a su vez pueden servir como estímulos para otras respuestas”. (Roig, 2000)

Por lo tanto el objetivo es mejorar y prolongar una vida independiente en la vejez, y no sea esta “una línea de problemas tales como: la pasividad, la inactividad o el aislamiento social, la dependencia en actividades de la vida diaria, problemas psicológicos como; depresión, insomnio, dolor crónico, pérdidas cognitivas y sensoriales”. (Agudo, 2005)

De igual forma las áreas generales en las que se ha demostrado su utilidad son diversas: en primer lugar se encuentra las intervenciones enfocadas a una vejez saludable cuyo objetivo principal es prevenir, demorar o compensar los cambios físicos, cognitivos y psicológicos, asociados al envejecimiento normal.

En segundo lugar se agrupan las intervenciones dirigidas a los problemas de salud, que incluyen tanto las actuaciones orientadas a facilitar la adaptación de las personas mayores ante enfermedades crónicas y a tratar algunas consecuencias comportamentales de las enfermedades.

En tercer lugar se encuentran las intervenciones en problemas clínicos como: depresión y ansiedad, que se producen en cualquier grupo de edad.

Por último podemos mencionar las intervenciones dirigidas a la modificación del medio en el que vive la persona, para lograr una mejor adaptación persona-ambiente.

Es decir que las técnicas basadas en la terapia cognitivo-conductual son adaptables y sufren ligeras modificaciones al implementarse a problemas específicos durante la vejez, esto va en función de la comprensión que se tenga de los diferentes cambios que acompañan al proceso de envejecimiento; así como el “reconocer que los adultos mayores, crecieron en diferentes circunstancias socioculturales”. (Agudo, 2005)

Asimismo existen diversas formas en las que se puede adaptar la terapia con adultos mayores, es que la conservación terapéutica sea lenta y con frases simples, ya que debemos ajustar la cantidad de trabajo cognitivo, para así asegurarse de que el adulto mayor este recordando la información y habilidades aprendidas durante la sesión (repetir la presentación de información utilizando diferentes modalidades),

asimismo como pedirle que tome nota sobre puntos importantes realizados durante la sesión y que el terapeuta lo guíe para que haga conclusiones.

Sin embargo también es importante invertir algo de tiempo en la terapia para hablar sobre el pasado de la persona, pues se mejoraría la calidad de vida en su presente.

Por otra parte hay que utilizar en esta terapia diversos materiales que cuenten con las siguientes características: textos de gran tamaño que les facilite la comprensión de la lectura, iluminación adecuada para evitar accidentes, los cuales permitirán modificar el ritmo de la terapia para estar a la par con el progreso del adulto mayor.

Es importante tener sesiones cortas y frecuentes, aumentar el conocimiento de los terapeutas sobre enfermedades comunes o el deterioro funcional en adultos mayores, esto permitirá “establecer contacto con otros profesionales de la salud o miembros de la red de apoyo social del adulto mayor, así como visitarlo en su casa”.
(Roig, 2000)

Debido a lo anterior, el enfoque de la terapia cognitivo-conductual subraya que es importante que los individuos dispongan de una sensación de control sobre los sucesos significativos de sus vidas, puesto que la sensación de competencia o dominio, actúa como un motivador central dentro de la conducta.

4.3.1 MODELO DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Es una estrategia general de las terapias cognitivo-conductuales, destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva.

Este término denomina también a una intervención médica, la cual se encuentra dentro de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), esta consiste en la siguiente definición: "Estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista". (Molina, 2010)

Es decir que el paciente viva su presente sin mirar atrás y sin idealizar, por lo que al respecto la NIC recomienda realizar las siguientes actividades de intervención:

- Ayudar a los paciente a cambiar afirmaciones (autoafirmaciones) irracionales autoinducidas, por afirmaciones (autoafirmaciones) racionales.
- Ayudar a los pacientes a identificar las emociones dolorosas (ira, ansiedad, desesperanza) que están sintiendo.
- Señalar los estilos de pensamientos disfuncionales e identificar los automáticos.
- Realizar afirmaciones que describan las formas alternativas de observar las situaciones derivadas de estas actividades.

4.3.2 MODELO DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

Este modelo hace referencia a los esfuerzos que se manifiestan a través de una conducta externa e interna, la cual permite hacer frente a las demandas y conflictos derivados de dicho comportamiento.

Es por ello que de manera especial, en el ser humano cuando se le exigen situaciones su organismo tiende a poner en marcha una serie de conductas, las cuales pueden ser manifestadas o encubiertas, ya que están destinadas a restablecer el equilibrio en su transacción con el ambiente, debido a que se pretende reducir el desequilibrio percibido y las consecuencias adversas que de él se derivan.

Por lo que el mecanismo de estas conductas modula el impacto y los efectos de la fuente de amenaza, mediante procesos valorativos. Así, es que “cuando una persona se enfrenta a una situación que le puede producir depresión o ansiedad pone en marcha diversas estrategias de afrontamiento, que pueden ser de carácter intencional o deliberado”. (Oblitas, 2010)

Por lo que dentro del enfoque cognitivo-conductual el ser humano se centra en dos formas de entender dichas estrategias de afrontamiento:

- Estilo cognitivo: Consiste en la aproximación de los problemas, para procesar la información y utilizar los recursos cognitivos.
- Estado o proceso dependiente de la situación: En él se analizan las estrategias o acciones llevadas a cabo por una persona ante distintas situaciones o problemas.

Lo antes mencionado nos ayuda a comprender los dos tipos de estrategias de afrontamiento, los cuales son:

- Estrategias de afrontamiento centradas en el problema: La persona se centra en hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema que ha provocado la disonancia cognitiva.
- Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción: La persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante.

4.3.3 MODELO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

“Dicho modelo trata de especificar como los sujetos pueden resolver conflictos (situaciones que exigen una respuesta para funcionar de manera efectiva), esto con el fin de maximizar su rendimiento”. (D´Zurilla, 2010)

Lo antes mencionado nos permitirá analizar sus cinco componentes que integran a dicho modelo:

COMPONENTE	CARACTERÍSTICA
Orientación del conflicto	Implica considerarse capaz de resolver problemas.
Formulación y definición del conflicto	Consiste en dar soluciones de manera adecuada y relevante, para así mejorar la efectividad en la toma de decisiones para la verificación de la solución.
Elaboración de soluciones alternativas	Implica elaborar soluciones alternativas para maximizar la probabilidad de que la solución se encuentre entre ellas.

Toma de decisiones	Consiste en evaluar (comparar y juzgar), las soluciones alternativas disponibles y utilizarlas en la situación conflictiva.
Implementación	Implica la solución y verificación del problema.

TABLA VIII: Extraído de Manual de la Terapia Cognitivo-Conductual.

4.3.4 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE DOMINIO Y AGRADO

Muchos pacientes depresivos manifiestan pensamientos pesimistas cuando se encuentran física y socialmente inactivos; se autocritican por ser pasivos y evitar a otras personas. Por lo que paradójicamente justifican su evitación “argumentando que ser social carece de sentido e interpretan su inactividad como evidencia de su inutilidad”. (Oblitas, 2010)

Es decir que el paciente depresivo evita la actividad o se detiene al enfrentarse ante una mínima dificultad. Ya que sus pensamientos están influenciados en base a la tendencia a darse por vencidos, por lo que suelen decir: “es inútil que lo intente”; al realizar acciones, tienden a minimizar o maximizar las dificultades y capacidades para cumplirlas.

Para lo cual, los programas de actividades sirven para contrarrestar la escasa motivación del paciente y su inactividad, por ello es importante planificar el tiempo del paciente y así mantenerlo ocupado e impedir que regrese a su inmovilidad. Además de que nos proporciona datos concretos para evaluar la capacidad funcional del paciente.

Para lograr que el paciente se dé cuenta de que la inactividad aumenta sus emociones y pensamientos negativos. Para lo cual, se le pide al adulto mayor que “participe en una actividad que le permita disminuir sus preocupaciones y mejorar su humor, el cual permitirá empezar a registrar las actividades que tienen lugar a lo largo del día y después proporcionar un programa de actividades”. (Roth, 2010)

Lo anterior nos permitirá contar con una planeación de actividades las cuales le brindarán al paciente poder controlar el tiempo y trazar sus metas con sentido. Ya que es difícil que el paciente se comprometa para hacer el programa, por lo que se le

“debe explicar el fundamento teórico de que las personas funcionan mejor cuando tienen un cronograma de acciones que deben seguir”. (Oblitas, 2010)

Dicho registro de actividades diarias, constituye la base para poner a prueba la idea recurrente del paciente de ¡no puede hacer nada!. Al respecto se ha comprobado que “la mayoría de las personas deprimidas a menudo, recurren a nuevas actividades, las cuales le permiten sentirse mejor”. (Roth, 2010)

Por lo que al realizar otras acciones, esto conlleva a tener diferentes estados de ánimo, y estos tienen relación con las siguientes razones:

- Algunos tipos de actividades como el ejercicio, aumentan las sustancias químicas cerebrales que pueden hacerse sentirse mejor.
- Cuando no se hace nada, a menudo se piensa una y otra vez en cosas negativas.
- Las actividades dan la oportunidad de tener éxito, hacer cosas agradables o solucionar problemas. Cada una de estas experiencias puede ayudar a sentirse mejor durante un rato.
- Ayudan de manera particular en la depresión, mucho más si implican algún placer o la posibilidad de conseguir algo.

Con respecto al dominio y agrado en algunas actividades, algunos pacientes depresivos realizan ciertas actividades, pero obtienen un escaso nivel de satisfacción o agrado. Este hecho suele ser consecuencia de:

- Un intento de abordar actividades que no les aportaban satisfacción ni siquiera antes del episodio depresivo.
- El predominio de las cogniciones negativas que anula toda posible sensación de agrado.
- La falta de atención hacia las sensaciones.

Cuando el paciente realiza varias actividades, es conveniente que considere el grado de dominio y de agrado asociado con cada una de ellas; el termino dominio se refiere al sentido de logro obtenido al realizar una tarea determinada; el agrado se refiere a los sentimientos del placer, diversión o alegría derivados de una actividad. Al emplear una escala de evaluación para estimar el dominio y agrado, se induce al paciente a identificar éxitos parciales y niveles bajos de agrado.

CAPÍTULO V:

PLAN DE INTERVENCIÓN

**“NO ESPERES A MAÑANA PARA DISFRUTAR DE LA VIDA, SI VIVES
HOY A FONDO, MAÑANA TENDRÁS UNA VEJEZ ALEGRE Y
LUCIDA, ES POR ESO QUE NO DEJES NADA POR HACER EL DÍA
DE HOY”**

(VINURANTO, 2009)



CAPÍTULO V: PLAN DE INTERVENCIÓN

TALLER “UNA VEJEZ FELIZ”

Un taller es una “modalidad de enseñanza-aprendizaje caracterizada por la interrelación entre la teoría y la práctica, en donde el instructor expone los fundamentos teóricos y procedimentales, que sirven de base para que las personas realicen un conjunto de actividades diseñadas previamente y que los conducen a desarrollar su comprensión de los temas al vincularlos con la práctica operante”. (Ander-Egg, 1999)

Además que las investigaciones realizadas en las últimas décadas señalan consistentemente que “los acercamientos cognitivo-conductuales son eficaces en el tratamiento de trastornos presentados por los adultos mayores, como por ejemplo, ansiedad, depresión o trastornos oposicionales”. (Molina, 2010)

Cabe mencionar que la terapia cognitivo-conductual está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos. Para trabajar con la ansiedad y depresión, estos módulos plantean la importancia de identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen, para así aprender a tener un mayor control. Es por eso que a continuación una descripción de los módulos señalados anteriormente:

- Pensamientos: El propósito principal de este taller es presentarles a los adultos mayores, como nuestros pensamientos influyen sobre nuestro estado de ánimo. Es por eso que en nuestra sesión inicial se establece el horario semanal de las sesiones, las reglas de las mismas y se explica claramente el tema de la confidencialidad. Es importante que los participantes tengan muy claro este último punto ya que esto puede influir en la calidad de la relación que se establezca con el instructor.

- Actividades: Las sesiones que componen este taller permite que los participantes relacionen su participación en actividades placenteras y la sintomatología de ansiedad y depresión experimentada, por lo que se establece como la presencia de sintomatología de estos estados de ánimo puede limitar la participación del adulto mayor en actividades placenteras y esto a su vez aumenta la presencia de síntomas.

Durante las sesiones que componen este taller se trabaja la definición de actividades placenteras y los obstáculos que los adultos mayores encuentran para disfrutar de las mismas. De igual forma este taller contempla la discusión de la planificación de metas teniendo que a medida que crecemos estas serán modificadas y se planean recompensas que al adulto mayor se le darán al lograr cada una de ellas.

El propósito principal de este taller es que el adulto mayor logre control de su vida e identifique alternativas para tener mayor libertad, por lo que el instructor, genera alternativas, metas e identifica actividades que le permitirán combatir la ansiedad y depresión.

- Gente: Las sesiones que componen este taller introduce la idea de cómo las relaciones interpersonales afectan al estado de ánimo. Se trabaja el tema del apoyo social y como el mismo no permite enfrentarnos en situaciones difíciles, por lo que el adulto mayor aprende a identificar, describir su grupo de apoyo y a fortalecer el mismo.

Las últimas sesiones de este taller van integrando los temas de los módulos anteriores, pues el instructor examina junto con los adultos mayores, como nuestros pensamientos afectan las actividades en las que participamos, el

apoyo social y el tipo de relaciones interpersonales en las que se involucra, por tal motivo se realizan ejercicios que enfatizan en la importancia de la comunicación asertiva y en el desarrollo de destrezas que permitirán el establecimiento de relaciones satisfactorias.

El taller culmina reconsiderando e integrando los temas principales de cada sesión, además de realizar una evaluación del progreso alcanzado, así como

TALLER “UNA VEJEZ FELIZ”					
Instructor: Jesús Abigail Salas Castañeda					
Sesión de presentación: Integración de grupo y encuadre general del taller.					
Objetivo de la sesión: El Instructor y participantes del grupo se presentarán y darán a conocer sus expectativas ante el taller.					
Duración	Actividad	Técnica Didáctica	Actividades Principales		Materiales
			Instructor	Participantes	
60 minutos	Presentación y expectativas	Dinámica “La pelota preguntona”	Presentación de los instructores y exposición de sus expectativas	Presentación de los participantes y exposición de sus expectativas	Una pelota y gafetes
	Encuadre general del taller	Exposición	Describir un encuadre general del taller y aclarar dudas	Escuchar y exponer dudas	Computadora, cañón y diapositivas

se generan recomendaciones para el adulto mayor.

TALLER “UNA VEJEZ FELIZ”

Instructor:

Jesús Abigail Salas Castañeda

Sesión de pre prueba:

Evaluación de los participantes

Objetivo de la sesión:

El Instructor evaluará a los participantes mediante la aplicación de las siguientes pruebas: (BAI) Inventario de Ansiedad de Beck y (GDS-15) Escala de Yesavage para depresión geriátrica.

Duración	Actividad	Técnica Didáctica	Actividades Principales		Materiales
			Instructor	Participantes	
60 minutos	Evaluación “pretest”	Exposición y aplicación	Mencionar el objetivo de la evaluación, entregar a cada participante los materiales e instrumentos de medición, para posteriormente dar instrucciones para contestarlos y apoyar a quienes se les dificulte	Contestar los materiales e instrumentos de medición	15 Inventarios de Ansiedad de Beck 15 Escalas de Yesavage para depresión geriátrica.

TALLER “UNA VEJEZ FELIZ”

Instructor:

Jesús Abigail Salas Castañeda

Sesión 1:

Modelo de envejecimiento y educación para la salud

Objetivo de la sesión:

Con base en los supuestos del modelo de envejecimiento, los participantes del grupo identificarán aquellas conductas de protección a la salud que promueven una vejez exitosa.

Duración	Actividad	Técnica Didáctica	Actividades Principales		Materiales
			Instructor	Participantes	
60 minutos	Modelo de envejecimiento	Exposición	Describir generalidades en términos simples de los supuestos del modelo de envejecimiento o exitoso y aclarar dudas	Escuchar y exponer dudas	Computadora, cañón y diapositivas
	Introducción a la educación para la salud	Dinámica “El cajón de las sorpresas”	Explicar la dinámica a los participantes	Escuchar y exponer dudas	Una caja con tapa

TALLER “UNA VEJEZ FELIZ”

Instructor:
Jesús Abigail Salas Castañeda

SESIÓN 2:
Modelo de envejecimiento y educación para la salud

Objetivo de la sesión:
Con base en los supuestos del modelo de envejecimiento, los participantes del grupo identificarán aquellas conductas de protección a la salud que promueven una vejez exitosa.

Duración	Actividad	Técnica Didáctica	Actividades Principales		Materiales
			Instructor	Participantes	
60 minutos	Hábitos de vida relacionados con la salud	Exposición	Describir generalidades en términos simples de los hábitos de la vida relacionados con un mejor estado de salud y aclarar dudas	Escuchar y exponer dudas	Computadora , cañón y diapositivas
	Prevención primaria	Exposición	Describir generalidades en términos simples de los supuestos de la prevención primaria de enfermedades y aclarar dudas	Escuchar y exponer dudas	Computadora , cañón y diapositivas

TALLER “UNA VEJEZ FELIZ”

Instructor:

Jesús Abigail Salas Castañeda

Sesión 3:

Teoría de la actividad, jerarquización de dominio y agrado.

Objetivo de la sesión:

Con base en los supuestos de la teoría de la actividad, los participantes del grupo jerarquizarán actividades de dominio y agrado a través del análisis de definiciones.

Duración	Actividad	Técnica Didáctica	Actividades Principales		Materiales
			Instructor	Participantes	
60 minutos	Teoría de la actividad	Exposición	Describir generalidades en términos simples de lo supuesto de la teoría de la actividad y aclarar dudas	Escuchar y exponer dudas	Computadora, cañón y diapositivas
	Jerarquización de actividades de dominio y agrado	Exposición y aplicación	Explicar el llenado de la Hoja de jerarquización de actividades	Contestar la hoja de Jerarquización de actividades	Computadora, cañón y 15 hojas de jerarquización de actividades y lapiceros

TALLER "UNA VEJEZ FELIZ"

Instructor:

Jesús Abigail Salas Castañeda

Sesión 4:

Propuesta del día ideal.

Objetivo de la sesión:

Con base en los supuestos de la teoría de la actividad, los participantes programaran actividades, haciendo una propuesta del día ideal.

Duración	Actividad	Técnica Didáctica	Actividades Principales		Materiales
			Instructor	Participantes	
60 minutos	Propuesta del día ideal	Exposición y aplicación	Explicar el llenado de las propuestas del día ideal	Contestar la propuesta del día ideal	15 propuestas del día ideal Computadora, cañón y cámara

TALLER “UNA VEJEZ FELIZ”

Instructor:

Jesús Abigail Salas Castañeda

Sesión 5:

Cambios asociados al envejecimiento

Objetivo de la sesión:

Los participantes del grupo conocerán e identificarán los cambios que se han dado en ellos con el paso del tiempo y, conocerán los procesos de adaptación del adulto mayor ante los cambios en la vejez e identificarán las modificaciones en las actividades de la vida diaria que requieran en su propia persona

Duración	Actividad	Técnica Didáctica	Actividades Principales		Materiales
			Instructor	Participantes	
60 minutos	Cambios asociados al envejecimiento	Exposición	Describir los cambios más comunes que se presentan en el adulto mayor con el paso del envejecimiento	Escuchar y exponer dudas	Computadora, cañón y diapositivas
	¿En qué he cambiado?	Exposición y aplicación	Explicar a los participantes el llenado de la hoja de cambios en la vejez	Llenar la hoja de cambios y exponer dudas	Computadora, cañón, diapositivas, 15 inventarios de cambios en la vejez y lapiceros

TALLER “UNA VEJEZ FELIZ”

Instructor:

Jesús Abigail Salas Castañeda

Sesión 6:

Cambios asociados al envejecimiento

Objetivo de la sesión:

Los participantes del grupo conocerán e identificarán los cambios que se han dado en ellos con el paso del tiempo y, conocerán los procesos de adaptación del adulto mayor ante los cambios en la vejez e identificarán las modificaciones en las actividades de la vida diaria que requieran en su propia persona

Duración	Actividad	Técnica Didáctica	Actividades Principales		Materiales
			Instructor	Participantes	
60 minutos	¿Qué cambios quiero hacer?	Exposición y aplicación	Explicar a los participantes el llenado del inventario de vida	Llenar el inventario de vida y exponer dudas	Computadora, cañón, diapositivas y 15 inventarios de vida y lapiceros

TALLER "UNA VEJEZ FELIZ"

Instructor:

Jesús Abigail Salas Castañeda

Sesión 7:

Modelo de Solución de Problemas

Objetivo de la sesión:

Los participantes del grupo conocerán los componentes específicos del modelo de solución de problemas y aplicarán dichos componentes en la solución de problemas personales.

Duración	Actividad	Técnica Didáctica	Actividades Principales		Materiales
			Instructor	Participantes	
60 minutos	Pasos en la solución de problemas	Exposición y aplicación	Explicar a los participantes el llenado de la Hoja de Solución de Problemas	Llenar la Hoja de Solución de Problemas y exponer dudas	Computador a, cañón, diapositivas, 15 Hojas de Solución de Problemas y lapiceros

TALLER “UNA VEJEZ FELIZ”

Instructor:

Jesús Abigail Salas Castañeda

Sesión 8:

Modelo de Solución de Problemas

Objetivo de la sesión:

Los participantes del grupo conocerán los componentes específicos del modelo de solución de problemas y aplicarán dichos componentes en la solución de problemas personales.

Duración	Actividad	Técnica Didáctica	Actividades Principales		Materiales
			Instructor	Participantes	
60 minutos	Pasos en la solución de problemas	Exposición y aplicación	Explicar a los participantes la actividad del termómetro del ánimo, así como el llenado de la Hoja del mismo	Llenar la Hoja del termómetro del ánimo	Computador a, cañón, diapositivas, 15 Hojas del termómetro del ánimo

TALLER “UNA VEJEZ FELIZ”

Instructor:

Jesús Abigail Salas Castañeda

Sesión 9:

Modelo de Solución de Problemas

Objetivo de la sesión:

Los participantes del grupo conocerán los componentes específicos del modelo de solución de problemas y aplicarán dichos componentes en la solución de problemas personales.

Duración	Actividad	Técnica Didáctica	Actividades Principales		Materiales
			Instructor	Participantes	
60 minutos	Pasos en la solución de problemas	Exposición y aplicación	Explicar a los participantes la actividad del programa semanal de actividades	Llenar la Hoja del programa semanal de actividades	Computador a, cañón, diapositivas, 15 Hojas del programa semanal de actividades

TALLER “UNA VEJEZ FELIZ”

Instructor:

Jesús Abigail Salas Castañeda

Sesión 10:

Modelo de Solución de Problemas

Objetivo de la sesión:

Los participantes del grupo conocerán los componentes específicos del modelo de solución de problemas y aplicarán dichos componentes en la solución de problemas personales.

Duración	Actividad	Técnica Didáctica	Actividades Principales		Materiales
			Instructor	Participantes	
60 minutos	Pasos en la solución de problemas	Exposición y aplicación	Explicar a los participantes la actividad de los pensamientos positivos y negativos, así como el método A-B-C-D	Llenar la Hoja de los pensamientos positivos y negativos, así como del método A-B-C-D	Computadora, cañón de proyección, diapositivas, 15 Hojas de los pensamientos positivos 15 Hojas del método A-B-C-D

TALLER "UNA VEJEZ FELIZ"

Instructor:

Jesús Abigail Salas Castañeda

Sesión de pos prueba:

Cierre del Cuso-Taller y evaluación

Objetivo de la sesión:

Los participantes del grupo realimentarán las diferentes sesiones vistas con anterioridad, serán evaluados como medición pos test mediante la aplicación de las siguientes pruebas: (BAI) Inventario de Ansiedad de Beck y (GDS-15) Escala de Yesavage para depresión geriátrica y se finalizara el taller.

Duración	Actividad	Técnica Didáctica	Actividades Principales		Materiales
			Instructor	Participantes	
90 minutos	Beneficios obtenidos en el taller	Interrogativa	Solicitar a un mínimo de cinco participantes un resumen de los visto durante el taller, y preguntarles que aprendieron de él y si consideran que les sirvió para mejorar sus niveles de ansiedad y depresión	Exponer el resumen del taller y responder a la pregunta de los beneficios obtenidos en el taller	
	Evaluación de la pos prueba	Exposición y aplicación	Mencionar el objetivo de la evaluación, entregar a cada participante los materiales e instrumentos de medición, dar instrucciones para contestarlos y apoyar a	Contestar los materiales e instrumentos de medición	15 Inventarios de Ansiedad de Beck 15 Escalas de Yesavage para depresión geriátrica..

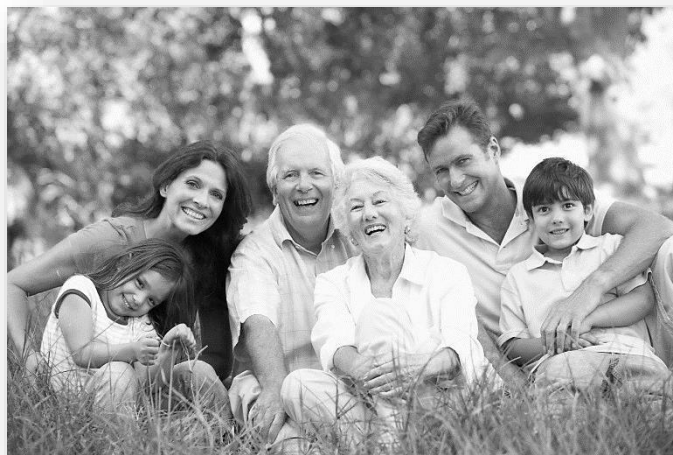
			quienes se les dificulte leer y escribir		
	Cierre de la sesión	Exposición	Agradecer la participación de los adultos mayores en el taller y mencionarles que es la última sesión, pero que habrá una visita de evaluación por parte del asesor de tesis	Escuchar y exponer dudas	

CAPÍTULO VI:

METODOLOGÍA

“UN ANTIGUO INDIO CHEROKEE DIJO A SU NIETO, “HIJO MÍO, DENTRO DE CADA UNO DE NOSOTROS HAY UNA BATALLA ENTRE DOS LOBOS. UNO ES MALVADO. ES LA IRA, LE ENVIDIA, EL RESENTIMIENTO, LA INFERIORIDAD, LAS MENTIRAS Y EL EGO. EL OTRO ES BENÉVOLO. ES LA DICHA, LA PAZ, EL AMOR, LA ESPERANZA, LA HUMILDAD, LA BONDAD, LA EMPATÍA, LA VERDAD.” EL NIÑO PENSÓ UN POCO Y PREGUNTO, ¿ABUELO, QUE LOBO GANA? EL ANCIANO RESPONDIÓ, “GANA EL LOBO QUE TÚ ALIMENTAS MÁS”

(MORENO, 2009)



CAPÍTULO VI: METODOLOGÍA

6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“Plantear el problema no es sino afinar y estructurar más formalmente la idea de investigación”. (Sampieri, 2010)

El proceso de envejecimiento es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales que se complican con la aparición de patologías que contribuyen en gran medida a la pérdida de capacidades. Ello representa en muchos casos, una carga social y económica para sus familiares donde se ha perdido la dimensión del rol tradicional del adulto mayor como consejero y poseedor de experiencia. Y ahora solo lo ven como el cuidador de niños, el responsable del quehacer doméstico o simplemente son enviados a asilos donde sólo reciben contadas visitas de sus familiares o de plano existe un abandono absoluto sobre ellos.

Por otro lado la vejez puede ser la época de mayor fragilidad afectiva del ser humano, además de sumarse numerosas e importantes pérdidas que van a afectarlo, no sólo a sus emociones sino también a su condición física y a su situación social. Ya que el adulto mayor debe adaptarse progresivamente al cambio.

Es decir a la pérdida del rol laboral, económica, familiar y sobre todo a las pérdidas personales es decir al duelo de pareja, de seres queridos, amigos o conocidos. De manera que esto genera que los problemas emocionales como la ansiedad y depresión tengan una elevada incidencia y prevalencia en los adultos mayores además que están asociados a una marcada discapacidad, morbilidad y mortalidad.

Es por esta razón el surgimiento de esta investigación y la necesidad de plantear la siguiente pregunta: ¿Qué efectos tiene la implementación del taller “Una vejez feliz” para disminuir niveles de ansiedad y depresión en los adultos mayores del grupo cerro verde?

6.2 OBJETIVOS DE ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

“Son las guías de estudio y hay que tenerlos presentes durante todo su desarrollo además de que requieren ser congruentes entre sí” (Sampieri, 2010)

Analizar los efectos de la implementación del taller “Una vejez feliz”, para disminuir niveles de ansiedad y depresión en los adultos mayores del grupo cerro verde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar niveles de ansiedad en los adultos mayores del grupo cerro verde mediante la “pre prueba” (BAI) Inventario de Ansiedad de Beck.
- Analizar niveles de depresión en los adultos mayores del grupo cerro verde mediante la “pre prueba” (GDS-15) Escala de Yesavage para depresión geriátrica.
- Implementar el taller “Una vejez feliz”, cuya estructura se basa en los modelos de la teoría Cognitivo-Conductual.
- Evaluar niveles de ansiedad en los adultos mayores del grupo cerro verde mediante la “pos prueba” (BAI) Inventario de Ansiedad de Beck.
- Evaluar niveles de depresión en los adultos mayores del grupo cerro verde mediante la “pos prueba” (GDS-15) Escala de Yesavage para depresión geriátrica.

6.3 HIPÓTESIS

“Indican lo que tratamos de probar y se definen como explicaciones tentativas del fenómeno investigado”. (Sampieri, 2010)

H_i: La implementación del taller “Una vejez feliz” disminuyo niveles de ansiedad y depresión en los adultos mayores del grupo cerro verde.

H₀: La implementación del taller “Una vejez feliz” no disminuyo niveles de ansiedad y depresión en los adultos mayores del grupo cerro verde.

6.4 VARIABLES

“Es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse”. (Sampieri, 2010)

Variable Independiente: Taller

Definición Conceptual del taller: Es una “modalidad de enseñanza-aprendizaje caracterizada por la interrelación entre la teoría y la práctica, en donde el instructor expone los fundamentos teóricos y procedimentales, que sirven de base para que las personas realicen un conjunto de actividades diseñadas previamente y que los conducen a desarrollar su comprensión de los temas al vincularlos con la práctica operante”. (Ander-Egg, 1999)

Definición Atributiva del taller: Se encuentra estructurado bajo los modelos de la teoría cognitivo-conductual y que está conformado de las siguientes sesiones: Sesión 1 y 2. Modelo de envejecimiento y educación para la salud, Sesión 3. Teoría de la actividad, jerarquización de dominio, agrado, Sesión 4. Propuesta del día ideal,

Sesión 5 y 6. Cambios asociados al envejecimiento y las sesiones 7, 8, 9 y 10.
Modelo de Solución de Problemas.

Variable Dependiente: Ansiedad y Depresión

Definición Conceptual de Ansiedad: “Estado mental, que se caracteriza por una respuesta del organismo a un estímulo estresante que desencadena una reacción que activa el sistema nervioso, que responde a dicho estímulo mediante la lucha, la fuga o la inhibición de la conducta”. (Bobes, 2002)

Definición Operacional de Ansiedad: Se medirá a través del BAI (Inventario de Ansiedad de Beck) Consta de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual de los adultos. Además describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo esta una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión. Además que sus categorías de gravedad son: (0) Nada, (1) Levemente), (2) Moderadamente y (3) Gravemente.

Definición Conceptual de Depresión: “trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana”. (Villanueva, 2014)

Definición Operacional de Depresión: Se medirá a través del GDS-15 (Escala de Yesavage para depresión geriátrica) Escala de opción afirmativa y negativa que consta de 15 ítems, cuyos parámetros de medición son: No Depresión (0-5), Probable Depresión (6-9) y Depresión Establecida (10-15).

6.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Diseño Cuasi experimental: El diseño es de tipo experimental (cuando se administran estímulos o tratamiento), así mismo se subdivide en cuasi experimentos ya que “este diseño manipula deliberadamente, al menos, una variable independiente para observar sus efecto y relación con una o más variables dependientes, ya que los sujetos no se asignan al azar, sino que dichos grupos ya están formados antes del experimento es decir son grupos intactos”. (Sampieri, 2010)

Es por ello que durante la investigación se trabajó con los adultos mayores del grupo cerro verde a los cuales se le aplicó las pre pruebas para identificar los niveles de ansiedad y depresión, para posteriormente aplicar el taller “Una vejez feliz” y finalmente aplicar las pro pruebas, para identificar si se logró el objetivo del taller.

6.6 TIPO DE ESTUDIO

Correlacional: Está dirigido a asociar variables mediante un patrón predecible para un grupo o población, pues “al evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, miden cada una de ellas para después cuantificar y analizar la vinculación”. (Sampieri, 2010)

Por lo tanto dicha investigación pretende analizar los efectos de la implementación del taller “Una vejez feliz”, para disminuir los niveles de ansiedad y depresión del grupo cerro verde, ubicado en la comunidad de San Francisco Tepexoxuca, Municipio de Tenango del Valle, Estado de México.

6.7 MUESTREO

Muestreo No Probabilístico: Las muestras de “este tipo la elección de los casos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de personas que recolectan los datos. Además de que no tanto requiere una “representatividad” de elementos de la población, sino de una cuidadosa y controlada elección de casos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema”. (Sampieri, 2010)

Es por ello que en esta investigación, la población es de un total de 15 adultos mayores que pertenecen al grupo “Cerro Verde”, ubicado en la comunidad de San Francisco Tepexoxuca, Municipio de Tenango del Valle, Estado de México. De los cuales se consideraron que fueran mayores de 60 años y que asistieran a sus reuniones habitualmente los días jueves con un horario de 11:00 a 13:00 hrs, además de participar voluntariamente sin importar su nivel de alfabetismo. Debido a que en el grupo asisten 25 adultos mayores por lo tanto se excluyeron a 10 por presentar limitaciones en función cognoscitivas, inasistencia o por falta de tiempo para la aplicación.

6.8 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: TEST PSICOMÉTRICO

“Son una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta que nos permiten hacer descripciones y comparaciones de unas personas con otra o también de una misma persona en diferentes momentos de su vida.” (Briones, 1996)

Para dicha investigación se aplicaron los siguientes instrumentos:

(BAI) INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

AUTOR: Aarón T. Beck, Norman Epstein, Gary Brown y Robert A. Steer.

MIDE: El BAI se construyó con la intención de disponer de una medida de ansiedad clínica que a su vez permitiera discriminar la ansiedad de la depresión. El BAI se distingue, en cuanto a su contenido por evaluar sobre todo síntomas fisiológicos: 14 de sus 21 ítems (el 67%) se refieren a síntomas fisiológicos, mientras que solo 4 de sus ítems evalúan aspectos cognitivos y 3 aspectos afectivos. Por otro lado, 19 de los 21 ítems (el 90%) se refieren a síntomas característicos de las crisis de angustia o pánico. Aunque cabe concluir que los ítems del BAI reflejan el 45 % de los síntomas específicos de la ansiedad clínica según DSM-IV.

AÑO DE PUBLICACIÓN: 1988.

SUJETOS: Adolescentes, Adultos, Estudiantes Universitarios y Adultos mayores de 60 años.

APLICACIÓN: Cada ítem del BAI recoge un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona evaluada debe indicar el grado en que se ha visto afectado por el mismo durante la última semana utilizando para ello una escala likert de cuatro puntos: 0 (Nada en absoluto), 1 (Levemente, no se molesta mucho), 2(Moderadamente; fue muy desagradable pero podía soportarlo) ó 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo), además puede ser aplicada de forma individual o colectiva, en un tiempo de 5 minutos.

MATERIALES: 15 inventarios del BAI y lápiz.

INTERPRETACIÓN: Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la respuesta dada por la persona evaluada y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango es de 0 a 63. Por lo tanto el BAI, propone los siguientes puntos de corte para delimitar los distintos niveles de gravedad de la sintomatología ansiosa: Ansiedad mínima (0-7), Ansiedad Leve (8-15), Ansiedad Moderada (16-25) y Ansiedad Grave (26-63).

(GDS-15) ESCALA DE YESAVAGE PARA DEPRESIÓN GERIÁTRICA

AUTOR: Brink TL., Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey, M. Rose T.

MIDE: Se trata de un cuestionario con respuestas dicotómicas si/no cuyo contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características especiales de la depresión en ancianos.

AÑO DE PUBLICACIÓN: 1986.

SUJETOS: Adultos Mayores de 60 años.

APLICACIÓN: Puede ser autoadministrativa o heretoaplicada. La respuesta debe ser “sí” o “no” y debe referirse a cómo se ha sentido el paciente la semana anterior, así como también la aplicación puede ser de forma colectiva e individual con una duración aproximada de 10 a 15 minutos.

MATERIALES: 15 escalas del GDS-15 y lápiz.

INTERPRETACIÓN: La puntuación máxima es de 15 y se calcula sumando las respuestas asociadas a la presencia de depresión. De esas 15, 10 indican la

presencia de depresión al ser respondidos afirmativamente, mientras que los 5 restantes (1, 5, 7, 9, 15) señalan depresión cuando son contestadas en forma negativa. Por lo tanto para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte: No Depresión (0-5), Probable Depresión (6-9) y Depresión Establecida (10-15).

CAPÍTULO VII:

ANÁLISIS DE

RESULTADOS

**“UN HOMBRE NO ENVEJECE CUANDO SE LE ARRUGA LA PIEL,
SINO CUANDO SE LE ARRUGAN LOS SUEÑOS Y LAS
ESPERANZAS”**

(ACCIÓN POÉTICA DE CHILE, 2009)



CAPITULO VII: ANÁLISIS DE RESULTADOS

RASGOS SOCIODEMOGRÁFICOS	No. DE PERSONAS	PORCENTAJE
EDAD		
60 AÑOS	11	73.3 %
70 AÑOS	4	26.7 %
SEXO		
FEMENINO	14	93.3 %
MASCULINO	1	6.7 %
ESTADO CIVIL		
SOLTERO	1	6.7 %
VIUDO O DIVORCIADO	8	53.3 %
CASADO O CON PAREJA	6	40.0 %
NIVEL DE ESTUDIOS		
SIN ESTUDIOS	3	20.0 %
PRIMARIA	12	80.0 %
SECUNDARIA O TÉCNICA		
BACHILLERATO		
PROFESIONAL		
ACTUALMENTE CON QUIEN VIVE		
SOLO	1	6.7 %
CON SU PAREJA O CÓNYUGE	3	20.0 %
CON HIJOS	9	60.0 %
CON ALGÚN FAMILIAR	2	13.3 %
ACTIVIDAD PRINCIPAL		
EMPLEADO		
TRABAJA POR SU CUENTA	3	20.0 %

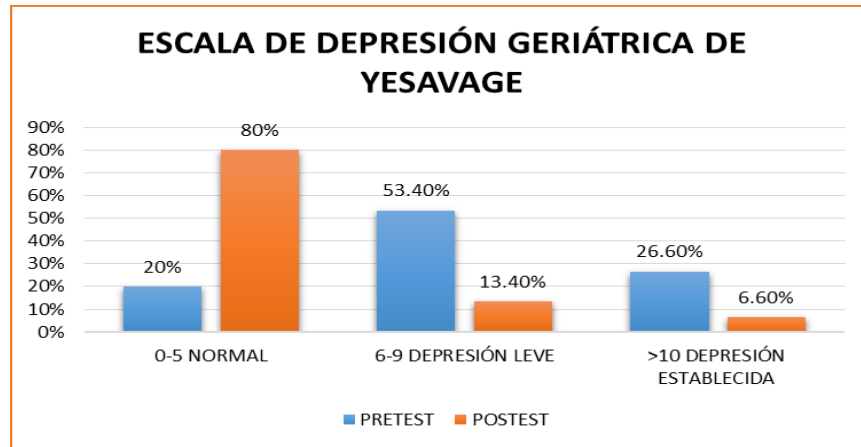
RETIRADO	1	6.7 %
LABORES DE HOGAR	11	73.3 %
BUSCANDO TRABAJO		
ESTÁ ENFERMO ACTUALMENTE		
SI	12	80.0 %
NO	3	20.0 %

TABLA IX: RASGOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Esta grafica nos permite observar los resultados obtenidos con respecto a su edad, estado civil, nivel de estudios, con quien vive, actividad principal y si padece alguna enfermedad, para cual es importante mencionar que de un 100% un 80% padece alguna enfermedad de tipo degenerativas. Así como también que la mayoría de los adultos mayores, se encuentran viudas o divorciados e igual que viven con sus hijos y su actividad principal es el hacer labores domésticas en el hogar.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE		
PUNTAJE	(PRETEST)	(POSTEST)
	NO. DE PERSONAS	NO. DE PERSONAS
0-5 NORMAL	3	12
6-9 DEPRESIÓN LEVE	8	2
>10 DEPRESIÓN ESTABLECIDA	4	1

TABLA X: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE



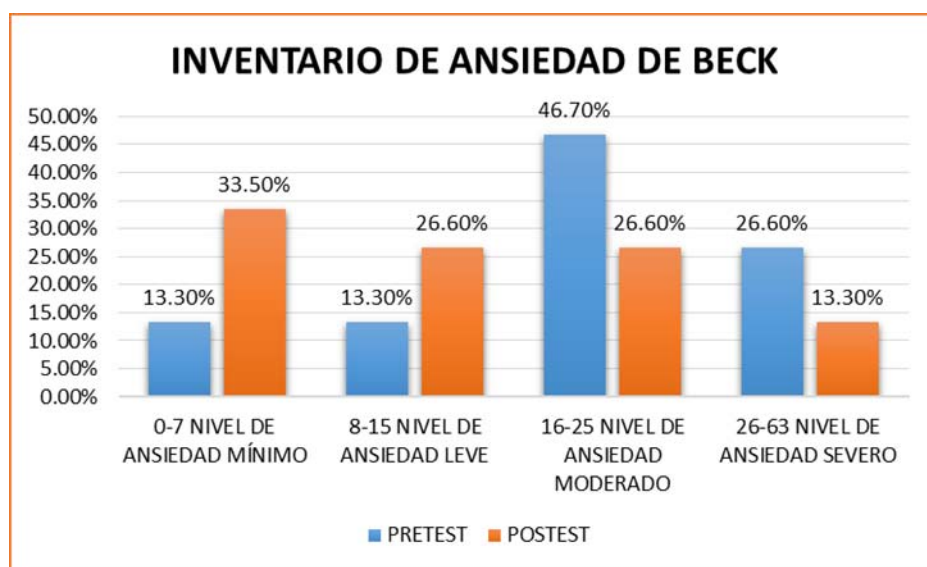
GRÁFICA I: FRECUENCIA DE DEPRESIÓN DE PRETEST Y POSTEST

Como podemos observar en la tabla X y grafica I, en el caso del pretest, el 20% de la muestra mostró depresión normal, el 53.40% depresión leve y el 26.60% depresión establecida. Estos resultados nos pueden demostrar que durante la vejez, existe un incremento significativo sobre este estado de ánimo. Sin embargo también podemos destacar que la aplicación del taller tuvo niveles de objetividad significativos ya que se obtuvo en el postest un 80% de depresión normal, 13.40% depresión leve y 6.60% depresión establecida.

Ya que como podemos observar del 100% de los participantes, el 87% obtuvieron síntomas depresivos en el pretest, pero sin embargo después de la aplicación del taller redujeron al 20%, por lo que nos indica que casi una tercera parte de los participantes realmente terminaron el taller con objetividad, pero también nos hace reflexionar que la teoría de la actividad, jerarquización de actividades de dominio y agrado, y propuesta del día ideal del taller, no tuvo efectos deseados en este 20% de los participantes que continuaron con síntomas depresivos.

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK		
PUNTAJE	(PRETEST)	(POSTEST)
	NO. DE PERSONAS	NO. DE PERSONAS
0-7 NIVEL DE ANSIEDAD MÍNIMO	2	5
8-15 NIVEL DE ANSIEDAD LEVE	2	4
16-25 NIVEL DE ANSIEDAD MODERADO	7	4
26-63 NIVEL DE ANSIEDAD SEVERO	4	2

TABLA XI: INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK



GRÁFICA II: FRECUENCIA DE ANSIEDAD DE PRETEST Y POSTEST

Como se observa en la tabla XI y grafica II, en el caso del pretest, el 13.30% de la muestra mostró nivel de ansiedad mínimo, 13.30% ansiedad leve, 46.70 ansiedad moderada y 26.60 ansiedad severa. Estos resultados nos demuestran que durante la vejez, existe un incremento significativo sobre la ansiedad, sin embargo también

podemos destacar que de igual forma la aplicación del taller tuvo un efecto significativo para lo cual el posttest un 33.50% de la muestra mostró nivel de ansiedad mínimo, 26.60% ansiedad leve, 26.60 ansiedad moderada y 13.30 ansiedad severa.

Debido a que del 100% de los participantes, el 73% de participantes presentaron un nivel de ansiedad moderado y severo en el pretest, aunque después de la intervención del taller disminuyeron al 40% de los participantes en el posttest, lo que muestra un nivel de ansiedad significativo. Además que nos indica que los diferentes componentes del taller, no son técnicas psicológicas que en la literatura científica mencione que tenga un efecto positivo sobre estados ansiosos, como lo pueden ser las técnicas de relajación, las cuales no estaban presentes en los componentes del taller. Por lo que quizá el entrenamiento en relajación en sus diferentes modalidades hubiera tenido un efecto positivo en los participantes, y el número de participantes afectados se hubiera reducido.

A partir de los datos obtenidos en estos instrumentos de medición, y con fines de revisar la hipótesis de investigación la cual menciona que, la implementación del taller “Una vejez feliz” disminuyo niveles de ansiedad y depresión en los adultos mayores del grupo cerro verde, se puede analizar lo siguiente:

Referente a la presencia de síntomas depresivos del 100% de los participantes el 87% ingreso al taller con un estado depresivo o con cinco síntomas o más, sin embargo solo el 7% continuó con síntomas depresivos al concluir el taller, por lo que no se disminuyó del todo la presencia de síntomas depresivos en los participantes.

Por otra parte la intensidad de síntomas de ansiedad, del 100% de los participantes el 73% ingresaron al taller con un nivel de ansiedad moderado y severo, en cambio al termino del taller solo el 13% continuaron presentando un nivel de ansiedad severo.

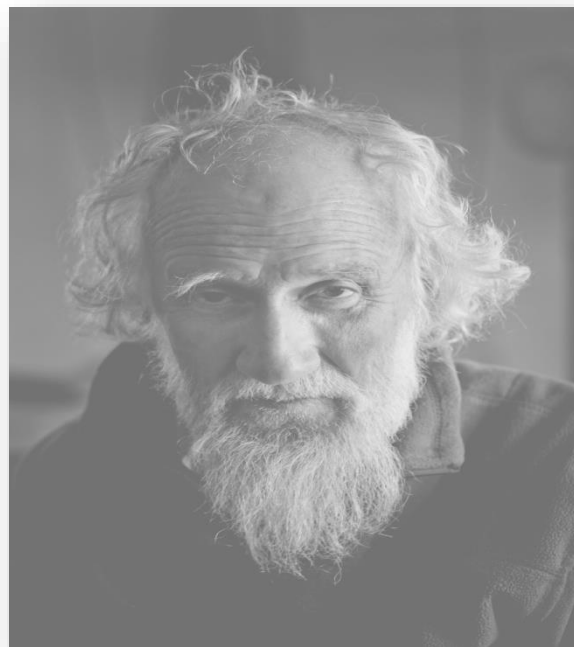
Por lo tanto, no se disminuyó la intensidad de síntomas de ansiedad en estos últimos participantes.

Sin embargo es importante mencionar que los incrementos de ansiedad en algunos de los participantes pudieron deberse a los números de ejercicios realizados por los participantes en el taller, donde los participantes pudieron percibirse constantemente evaluados (aunado al hecho de que muchos de ellos son de un nivel escolar bajo y de una zona rural), y por ello esto aumentaría sus indicadores fisiológicos de ansiedad.

CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

**“BUSCA EL CONSEJO DE LOS ANCIANOS, PUES SUS OJOS HAN
VISTO EL ROSTRO DE LOS AÑOS Y SUS OÍDOS ESCUCHADO LAS
VOCES DE LA VIDA”**

(GRIBAN, 2009)



CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Los vacíos teóricos-conceptuales, metodológicos y técnicos, así como las dificultades intrínsecas en la investigación con los adultos mayores, este trabajo resulta ser un primer acercamiento en el apoyo psicológico a adultos mayores en la comunidad de San Francisco Tepexoxuca, Municipio de Tenango del Valle, Estado de México.

Esta investigación proporciono una visión general de las actividades de la vida diaria de adultos mayores de esta comunidad y todo esto va sustentando conceptualmente por “teorías” o “modelos” que tratan de explicar el cómo se envejece satisfactoriamente, con base en actividades cotidianas y tomando en cuenta los cambios y pérdidas asociados al envejecimiento.

De igual forma los instrumentos de medición mostraron ser confiables y válidos, aunque mostraron escasa sensibilidad en sus respuestas, por ello se recomienda para estudios superiores, aumentar actividades de la vida diaria que mida el instrumento, así como aumentar las opciones de respuesta para medir satisfacción.

Aunque también se debe investigar muestras de poblaciones de adultos mayores en general y clínicamente, para así evaluar también a adultos mayores clínicamente deprimidos o ansiosos.

Consecuentemente se debe incluir una mayor cantidad de estrategias adaptativas de selección, optimización y compensación en la lista de chequeo derivado de los reactivos que cuestionan sobre dificultades para llevar a cabo actividades de la vida diaria, esto para obtener una imagen más amplia de la manera en como una persona mayor se adapta a las circunstancias asociadas al envejecimiento.

Pero principalmente, la aplicación del taller en adultos mayores del grupo “Cerro Verde”, fue quizá la parte fundamental de este trabajo de investigación, ya que evaluó una forma particular de intervención psicológica, con fines de promover actividades que teórica y empíricamente se consideran relevantes en la cotidianidad de los adultos mayores.

Los 10 de los 15 participantes del grupo de la tercera edad que resultaron más beneficiados, pueden convertirse como voluntarios y socializadores en ese mismo grupo u otro, con fines de promover los beneficios del taller en los demás participantes. Ya que estos 10 participantes más beneficiados, son principalmente los motivadores del grupo porque redujeron los niveles de ansiedad y depresión.

Aunque también es importante recalcar que este taller con sus respectivas características, no había sido aplicado anteriormente en esta población, por lo que se convierte en pionero del área, además de abrir la posibilidad de seguir trabajando sistemáticamente con este grupo, en busca de generar y aplicar conocimiento con base en investigaciones que busquen describir, explicar y solucionar problemas psicosociales relevantes.

Sin embargo, los efectos esperados del taller sobre las variables de interés, no se dieron en la mayoría de estas. Puesto que no pudieron eliminarse de manera total los estados de ansiedad y depresión, sin embargo si se redujo en más de la tercera parte, por ello se sugiere incluir en aplicaciones futuras, componentes de naturaleza psicológica que estén sustentados en la literatura científica, como son las técnicas de relajación e invertir más sesiones en el desarrollo de técnicas como la programación de actividades de dominio y agrado, ya que resalta el hecho de que el taller que se impartió, no está diseñado como una intervención clínica que ayude a eliminar síntomas ansiedad y depresión en los participantes, pues no cuenta con módulos específicos para este tipo de síntomas.

En este sentido, está la responsabilidad ética de canalizar los casos significativos de depresión y ansiedad en el grupo, para ser atendidos psicológicamente bajo una intervención clínica propiamente.

De igual manera, para aplicaciones futuras de un taller como este, se sugiere incluir más sesiones dirigidas a proponer aspectos puntuales como:

1. Reducir los factores asociados con las enfermedades prevalentes e incrementar los factores que promueven la salud conductual, el buen funcionamiento físico, esto a través de una adecuada nutrición, del cumplimiento del uso de la medicación, de la correcta adherencia a los tratamientos y de la actividad física.
2. Fomentar los factores protectores del buen funcionamiento cognitivo a través de programas de alfabetización o de educación continua, así como promover el uso de ejercicios cognitivos en la vejez, del compromiso con tareas intelectualmente demandantes, el ejercitarse en habilidades verbales y de comunicación.
3. Promover en ellos técnicas de afrontamiento cuando existe la pérdida de un ser querido, ya que para las personas de la tercera edad les cuesta más superar este tipo de situaciones, al igual es necesario el desarrollar temas de tanatología.
4. También el trabajar el afecto positivo, a través de la realización de actividades reforzantes como acciones preventivas de la depresión, ansiedad y las situaciones conflictivas, de la percepción de creencias de auto-eficacia, del pensamiento positivo y el sentido de control.

5. Favorecer el funcionamiento psicosocial y la participación social a través de favorecer el empoderamiento de las personas mayores y combatir los estereotipos negativos sobre la vejez y los mayores, fomentar las creencias de eficacia colectiva de las personas mayores y promover la conducta pro-social en las personas mayores, y la participación e implicación social

6. Y por último es indispensable el aceptar que todos algún día llegaremos a un estado de vejez, tenemos que aprender a convivir con ello y con personas que ya son adultos mayores y el abandono no es una solución para olvidar esto. Ya que es lamentable el olvido que tiene la sociedad para con la tercera edad, ellos son personas, historia y conocimiento, personas que nos pueden entregar una infinidad de sabiduría y cosas útiles, tanto para el desarrollo propio, familiar y de la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**“QUE TÚ SABIDURÍA SEA LA SABIDURÍA DE TUS CANAS, PERO
QUE TÚ CORAZÓN SEA EL CORAZÓN DE TÚ INFANCIA”**

(SCHILLER, 2009)



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acción poética de Chile. (2009). *Hacia una vejez nueva*. Salamanca, España: San Esteban

Agudo, P. (2005). *Entrenamiento en habilidades sociales con el modelo cognitivo-conductual*. Buenos Aires, Argentina: Paroissien

Agüera, L. (2002). *Psiquiatría geriátrica*. Barcelona, España: Masson

Aguilar, M. (2001). *La participación comunitaria en salud*. Madrid, España: Díaz de Santos

Alvarado, A. (2007). *Adaptación al envejecimiento*. Colombia, Bogotá: Manual Moderno

Amorim, C. (1997). *Adaptación del Inventario de situaciones y respuestas de la Ansiedad*. Madrid, España: Masson

Baeza, J. (2008). *Higiene y prevención de ansiedad*. Madrid, España: Díaz de Santos

Belloch, A. (1995) *Manual de Psicopatología*. Madrid, España: Mc Graw-Hill

Bergman, I. (2009). *Hacia una vejez nueva*. Salamanca, España: San Esteban

Bleasdale, A. (2009). *Hacia una vejez nueva*. Salamanca, España: San Esteban

Bobes, J. (2002). *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Madrid, España: Masson

Buendía, J. (1997). *Jubilación, salud y envejecimiento*. Madrid, España: Siglo XXI

Buscaglia, L. (2009). *Hacia una vejez nueva*. Salamanca, España: San Esteban

Castañedo, C. (2007) *Consideraciones generales del envejecimiento*. México, D. F.: ITESO

Charles, V. (2007). *Enciclopedia Británica*. Londres, Inglaterra: Grove

Chesterfield, L. (2009). *Hacia una vejez nueva*. Salamanca, España: San Esteban Confemental

Crespo, M. (2001). *Tratamientos psicológicos*. Madrid, España: Universitas

De la Fuente, R. (1992). *Psicología Médica*. México, D. F.: Fondo de cultura económica

Dulcey, E. (2006). *Psicología del envejecimiento*. México, D. F.: CIB

García, C. (2004). *Depresión*. Barcelona, España: Masson

Goddard, A. (1991). *Ansiedad: un puente entre dos siglos*. Madrid, España: Masson

Goldberg, E. (2005). *Gerontología*. Barcelona, España: Masson

Griban, J. (2009). *Hacia una vejez nueva*. Salamanca, España: San Esteban

Ham, R. (1999). *El envejecimiento en México: de los conceptos a las necesidades*. Toluca, México: UAEM

- Heman, C. (2005). *Terapia Cognitivo-Conductual*. Bogotá, Colombia: Psicom
- Hernández, D. (2001). *Desigualdad y pobreza de la población mayor*. Madrid, España: avalia-t
- Hernández, L. (2002). *Manual de Psicoterapia Cognitiva-Conductual para trastornos de salud*. Buenos Aires, Argentina: Libros en red
- Herrera, A. (1998). *Ansiedad: Evaluación y Tratamiento*. Madrid, España: Díaz de Santos
- Infante, A. (2008). *Guía sobre la práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto mayor*. Madrid, España: avalia-t
- Izquierdo, A. (2005). *Psicología del desarrollo en la edad adulta*. México, D. F.: Era
- Krassoievitch, M. (2003). *Psicoterapia geriátrica*. México, D. F.: Fondo de cultura económica
- Kroenke, K. (2007). *Prevalencia de la ansiedad*. Madrid, España: Díaz de Santos
- Laurell, M. (2010). *El desgaste obrero en México: Proceso de Productividad y Salud*. México, D. F.: Era
- Lehr, V. (2001). *Psicología de la Senectud*. Barcelona, España: Herder
- López-Libor, J. (2003). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona, España: Masson

Miquel, J. (2006). *Integración de teorías del envejecimiento*. Madrid, España: Gerontol

Molina, P. (2010). *Terapia Cognitivo Conductual en geriatría: Principios y práctica*. Barcelona, España: Masson

Montes de Oca, V. (2006). *Redes Comunitarias, género y envejecimiento*. México, D. F.: IIS

Moreno, M. (2007). *Adaptación y cuidado del ser humano*. Bogotá, Colombia: Manual Moderno

Moreno, P. (2009). *Hacia una vejez nueva*. Salamanca, España: San Esteban

Navarro, R. (1994). *Del condicionamiento clásico a la TCC: hacia modelos de integración*. Lima, Perú: AIAMOC

Nuss, P. (2015). *Trastorno de Ansiedad*. Madrid, España: Siglo XXI

Organista, P. (2001). *Manual de Técnicas de Intervención Conductuales*. Bilbao, España: Deesclée de Brouwer

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra, Suiza: OMS*

Palacios, A. (2008). *Discapacidad y Derechos Humanos*. Madrid, España: CINCA

Partida, V. (2008). *Las determinantes demográficas del envejecimiento*. Toluca, México: UAEM

Preston, J. (2002). *Como vencer la depresión*. México, D. F.: Pax

Prior, J. (2005). *El ciclo de vida del ser humano*. México, D. F.: Fundación

Reynoso, L. (1993). *Psicología Clínica de la Salud. Un enfoque Conductual*. México, D. F.: Manual Moderno

Riegel, K. (2000) *Historia de la psicogerontología*. New York, USA: Pearson

Riquelme, A. (2005). *Sintomatología depresiva*. México, D. F.: UNAM

Rodríguez, B. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva-Conductual para los Trastornos*. Buenos Aires, Argentina: Polemos

Roig, M. (2000). *Terapia Cognitiva*. Madrid, España: Pirámide

Roth, J. (2000). *Terapia Cognitivo Conductual: Teoría y práctica*. Bogotá, Colombia: Psicom

Salzmari, C. (1998). *Ansiedad y Depresión*. Toronto, Canadá: Meztung

Sampieri, R. (2010). *Metodología de la Investigación. Quinta edición*. México, D. F.: Mc Graw Hill

Schiller, A. (2009). *Hacia una vejez nueva*. Salamanca, España: San Esteban

Sheldon, B. (1991). *Terapia Cognitivo-Conductual*. Londres, Inglaterra: Routledge

Siegel, O. (1990). *Intervención en crisis por los profesionales de la salud*. México, D. F.: Manual Moderno

Simpson, J. (1993). *Oxford Dictionary of English*. USA: OXFORD

Sosa, A. (2007). *Prevalencia de síntomas depresivos y alteraciones cognoscitivas*. México, D. F.: UNAM

Spar, C. (1990). *Guía de Psicología geriátrica*. Washington, USA: DC

Triñanes, Y. (2009). *Guía de práctica clínica sobre la depresión*. Madrid, España: avalia-t

Vázquez-Banquero, J. (2007). *Trastornos de Ansiedad*. Madrid, España: Masson

Vega, B. (2002). *Terapia narrativa basada en la atención plena para la depresión*. Madrid, España: Desclee de brouwer

Vélez, A. (2014). *Ansiedad, Miedo y Esperanza*. Barcelona, España: Grupo Planeta

Villanueva, A. (2014). *Diccionario de la Lengua Española*. Paris, España: ESPASA

Vinuranto, L. (2009). *Hacia una vejez nueva*. Salamanca, España: San Esteban

Wiley, J. (2007). *Terapia Cognitiva basada en la conciencia plena*. Bilbao, España: Desclee De Brouwer

Yuste, N. (2004). *Introducción a la Psicogerontología*. Madrid, España: Pirámide

Zetina, M. (2006). *Conceptualización del proceso de envejecimiento*: México, D. F.: UNAM

GLOSARIO

- **Ansiedad:** (del latín anxietas, 'angustia, aflicción') La ansiedad forma parte de la condición humana y sirve para afrontar situaciones de peligro o riesgo. Sin embargo, cuando es demasiado intensa, se convierte en una fuente de sufrimiento que es necesario controlar.
- **Asistencia sanitaria:** Se considera a la prevención, tratamiento y manejo de la enfermedad y la preservación del bienestar mental y físico a través de los servicios ofrecidos por las profesiones de medicina, farmacia, odontología, obstetricia, enfermería y afines.
- **Bio-psico-social:** Modelo o enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico, el psicológico y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad.
- **Comorbilidad:** Describe el efecto de una enfermedad o enfermedades en un paciente cuya enfermedad primaria es otra distinta.
- **Decrepitud:** Debilidad de las facultades mentales y decadencia extrema a causa de la vejez.
- **Demencia:** Pérdida o debilitamiento de las facultades mentales, generalmente grave y progresivo, debido a la edad o a una enfermedad, que se caracteriza por alteraciones de la memoria y la razón y trastornos en la conducta.
- **Depresión:** (del latín depressio, que significa 'opresión', 'encogimiento' o 'abatimiento') es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de

abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. Los desórdenes depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad.

- **Geriatría:** Es una especialidad médica dedicada al estudio de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades en la senectud. La Geriatría resuelve los problemas de salud de los ancianos; sin embargo, la Gerontología estudia los aspectos psicológicos, educativos, sociales, económicos y demográficos de la tercera edad.
- **Gerontocomía:** “Es el arte de cuidar de los viejos”. Cuidar es velar y el velar, que es atenta vigilia, es serena imagen del amor.
- **Gerontología:** (del griego Geron, viejo y logos, tratado) es la ciencia que se dedica a estudiar los diversos aspectos de la vejez y el envejecimiento de una población, tales como el psicológico, social, económico y hasta cultural. Por otra parte comprende sus necesidades físicas, mentales y sociales, y como son abordadas por las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que les atienden y el envejecimiento de una población.
- **Geropsicología:** se centra en los procesos comportamentales característicos de las personas mayores como la motivación, la memoria, el lenguaje, la inteligencia, las estrategias de afrontamiento, las consecuencias del envejecimiento del sistema motor y sensorio-perceptivo, así como los trastornos mentales.

- **Longevidad:** Es un concepto que corresponde a los estudios demográficos, pero no se trata sólo de dicho aspecto sociológico. En general tiene que ver con la duración de vida de un ser humano o de un organismo biológico y se utiliza con más frecuencia en referencia a la ancianidad o la edad de un ser vivo.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud, es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas, especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.
- **Patología:** Disciplina se encarga del estudio de los cambios estructurales bioquímicos y funcionales que subyacen a la enfermedad en células, tejidos y órganos.
- **Preclínico:** Periodo anterior a la manifestación de los síntomas de una enfermedad.
- **Psicógeno:** Que se origina en la mente por causas psicológicas o emocionales, sin que haya una etiología biológica clara.
- **Psicogerontología:** Se encarga de conocer el perfil psicológico de las personas mayores y de la formación de docentes de personas mayores. Surge a raíz del concepto del aprendizaje a lo largo de la vida y del envejecimiento de la sociedad.
- **Psicomotor:** Está relacionado con los factores psicológicos que intervienen en la movilidad.
- **Psicotrópico:** Agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento.

- **Sustancias psicoactivas:** Pueden ser de origen natural o sintético y cuando se consumen por cualquier vía (oral-nasal-intramuscular-intravenosa) tienen la capacidad de generar un efecto directo sobre el sistema nervioso central, ocasionando cambios específicos a sus funciones; que está compuesto por el cerebro y la médula espinal, de los organismos vivos. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones.
- **UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México** es la institución de educación superior más importante del país. La docencia, la investigación y la extensión de la cultura son sus tareas primordiales, mismas que se manifiestan en todos los ámbitos de la vida nacional por su labor formativa, propositiva y de servicio a la sociedad

ANEXO I

(GDS-15)

ESCALA DE YESAVAGE

PARA DEPRESIÓN

GERIÁTRICA

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

Instrucciones: marque con una cruz (X) la respuesta SI o NO, después de cada pregunta

1. ¿Está satisfecho con su vida?

Si No

2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?

Si No

3. ¿Siente que su vida está vacía?

Si No

4. ¿Se encuentra aburrido?

Si No

5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?

Si No

6. ¿Teme que le ocurra algo malo?

Si No

7. ¿Se siente feliz muchas veces?

Si No

8. ¿Se siente a menudo abandonado?

Si No

9. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir?

Si No

10. ¿Nota más problemas de memoria en usted que en los demás?

Si No

11. ¿Piensa que vivir es maravilloso?

Si No

12. ¿Se siente usted inútil?

Si No

13. ¿Se siente usted lleno de energía?

Si No

14. ¿Cree que su situación es desesperada?

Si No

15. ¿Cree que el resto de la gente está mejor que usted?

Si No

ANEXO II

(BAI)

INVENTARIO DE

ANSIEDAD DE

BECK

INVENTARIO DE ANSIEDAD

Instrucciones: abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuanto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una cruz (X) según la intensidad de la molestia.

1. Entumecimiento, hormigueo

Nada Poco Regular Mucho

2. Sentir oleadas de calor (bochornos)

Nada Poco Regular Mucho

3. Debilitamiento de las piernas

Nada Poco Regular Mucho

4. Dificultad para relajarse

Nada Poco Regular Mucho

5. Miedo a que pase lo peor

Nada Poco Regular Mucho

6. Sensación de mareo

Nada Poco Regular Mucho

7. Opresión en el pecho

Nada Poco Regular Mucho

8. Latidos acelerados

Nada Poco Regular Mucho

9. Inseguridad

Nada Poco Regular Mucho

10. Terror

Nada Poco Regular Mucho

11. Nerviosismo

Nada Poco Regular Mucho

12. Sensación de ahogo

Nada Poco Regular Mucho

13. Manos temblorosas

Nada Poco Regular Mucho

14. Cuerpo tembloroso

Nada Poco Regular Mucho

15. Miedo a perder el control

Nada Poco Regular Mucho

16. Dificultad para respirar

Nada Poco Regular Mucho

17. Miedo a morir

Nada Poco Regular Mucho

18. Asustado(a)

Nada Poco Regular Mucho

19. Indigestión

Nada Poco Regular Mucho

20. Malestar estomacal

Nada Poco Regular Mucho

21. Debilidad

Nada Poco Regular Mucho

22. Ruborizarse, sonrojamiento

Nada Poco Regular Mucho

23. Sudoración (no debida al calor)

Nada Poco Regular Mucho

ANEXO III

MANUAL DEL PARTICIPANTE

MANUAL DEL PARTICIPANTE

Este manual contiene el material que usted como participante de este Taller, utilizará en las diferentes sesiones que componen el curso. Las instrucciones para contestar los diferentes materiales, le serán proporcionadas por el instructor del Taller en las actividades durante las sesiones. Es muy importante que usted se presente a todas las sesiones que dura el Taller y conteste todos los materiales que le proporcionen, para de ese modo obtener el mayor beneficio posible para su persona. A continuación se mencionan y muestran los materiales que usted contestará:

- **Hoja de jerarquización de actividades**
- **Propuesta del día ideal**
- **Hoja de cambios en la vejez**
- **Inventario de la vida**
- **Hoja de solución de problemas**

HOJA DE JERARQUIZACIÓN DE ACTIVIDADES		
NOMBRE:	FECHA:	
ACTIVIDADES SOCIALES: Son todas aquellas actividades que usted hace en compañía de dos o más personas	¿Cuáles lleva a cabo?	¿Cuáles les gusta más?
1. Jugar con niños		
2. Platicar con familiares, amigos y vecinos		
3. Bailar		
4. Jugar juegos de mesa		
5. Salir de viaje		
6. Convivir en grupos de adultos mayores		
7. Hablar por teléfono con familiares, amigos y vecinos		
8. Ir a fiestas		
9. Ir a la iglesia		
10. Cuidar niños		
11. Cuidar enfermos		
ACTIVIDADES SOLITARIAS: Son todas aquellas actividades que usted hace solo (a)	¿Cuáles lleva a cabo?	¿Cuáles les gusta más?
1. Hacer costuras o bordar		
2. Hacer manualidades		
3. Leer		
4. Ver televisión		
5. Escuchar radio		

ACTIVIDADES PARA EL HOGAR: Son todas aquellas actividades del quehacer en su casa	¿Cuáles lleva a cabo?	¿Cuáles les gusta más?
1. Cocinar		
2. Lavar ropa		
3. Lavar trastos		
4. Asear su habitación		
5. Barrer		
6. Planchar ropa		
7. Hacer jardinería		
8. Ir de compras		
9. Hacer reparaciones eléctricas		
10. Hacer albañilería		
11. Hacer carpintería		
12. Lavar el carro		
13. Hacer plomería		
ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN A LA SALUD: Son todas aquellas actividades que usted hace para proteger su salud	¿Cuáles lleva a cabo?	¿Cuáles les gusta más?
1. Hacer ejercicio		
2. Tomar medicamentos		
3. Ir al médico		
4. Tomar una siesta		
5. Comer frutas, verduras, pan, pescado, etc.		

PROPUESTA DEL DÍA IDEAL

NOMBRE:

FECHA:

¿CÓMO SERÍA SU DÍA IDEAL?

ACTIVIDAD

¿DÓNDE?

¿CON QUIÉN?

HOJA DE CAMBIOS EN LA VEJEZ

NOMBRE:

FECHA:

¿EN QUÉ HA CAMBIADO DEBIDO AL PASO DEL TIEMPO?

**Cambios en
mi cuerpo**

**Cambios
en mi
memoria**

**Cambios
en mi
trabajo**

**Cambios
en mi
familia**

**Cambios en
mis
amistades**

INVENTARIO DE LA VIDA

NOMBRE:

FECHA:

1. ¿Cuáles son las actividades más importantes que hace actualmente y que le hace sentir más satisfecho (a) con su vida?

2. Debido al paso del tiempo o a enfermedades, ¿ha cambiado la manera en que usted hace estas actividades importante?

3. ¿Necesita dedicarle más esfuerzo a sus actividades para poder hacerlas?

4. ¿Necesita ayuda de otras personas o del uso de aparatos para hacer estas actividades importantes?

5. O en definitiva, debido al paso del tiempo o enfermedades, ¿Debe dejar de hacer algunas de estas actividades importantes?

6. Si debido al paso del tiempo o a enfermedades debe dejar de hacer algunas actividades importantes, ¿Cuáles actividades importantes si puede seguir haciendo?

7. Las respuestas que dio a estas preguntas, ¿Pueden ayudarlo (a) para adaptarse a sus problemas en su vejez y tener un envejecimiento más satisfactorio?

HOJA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

NOMBRE:

FECHA:

1. ¿CUÁL ES EL PROBLEMA?

2. FORMAS DE SOLUCIONAR EL PROBLEMA (OPCIONES)

a)

b)

c)

d)

e)

3. FORMAS DE SOLUCIONAR EL PROBLEMA (OPCIONES)

LO BUENO	LO MALO
a)	
b)	
c)	
d)	
e)	

4. ELEGIR LA MEJOR OPCIÓN

5. ¿CÓMO SABRÉ QUE HE SOLUCIONADO EL PROBLEMA?