



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Autocuidado y apoyo social en adultos mayores: promoción de la salud mental desde
el ámbito clínico-comunitario**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

DIANA IVONNE RANGEL ESPÍNDOLA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE

COMITE:

DRA. ANA CELIA CHAPA ROMERO

MTRA. BEATRIZ ALEJANDRA MACOUZET MENÉNDEZ

MTRA. LAURA ÁNGELA SOMARRIBA ROCHA

MTRA. GUADALUPE CELIA MEDINA HERNÁNDEZ

Ciudad de México

2019





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Quiero agradecer principalmente a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología, por abrirme las puertas me permitieron adquirir la formación académica, profesional y personal, han sido un pilar importante en mi vida, es un honor y orgullo formar parte de una de las mejores casas de estudio.

A la Dra. Paulina Arenas por su confianza, apoyo y guiarme en este camino lleno de nuevas experiencias, desde que tome esa primera clase en quinto semestre hasta el servicio social fue un ejemplo para encaminar mi formación profesional y personal, agradezco cada consejo, sugerencia y observación.

A la Dra. Ana por su retroalimentación, correcciones, por atender cada duda que surgía, por siempre mostrar calidez y accesibilidad, su guía tanto en clases como en la elaboración de este trabajo fue fundamental.

A la Mtra. Beatriz por su apoyo y confianza, además de tomarse el tiempo e interés en la retroalimentación no solo en este trabajo sino desde sus observaciones en la práctica dentro de mi servicio social en CCAP “los volcanes”.

A la Mtra. Laura por sus reflexiones y pasión hacia los adultos mayores me permitieron enriquecer este trabajo y mirar otro punto de vista distinto.

A la Mtra. Guadalupe le agradezco sus enseñanzas, su pasión y compromiso con los adultos mayores me permitió aclarar mi interés, además de sus reflexiones, sugerencias y comentarios.

Al proyecto de investigación “Formación de psicólogos en el ámbito clínico-comunitario desde una metodología de aprendizaje-servicio” UNAM-DGAPA-PAPIME PE313518, mediante el cual fue posible la realización de este trabajo.

Dedicatoria

A mis padres Silvia y Jaime, por su apoyo, comprensión, regaños, consejos, sobretodo su sacrificio y cariño, a mi hermano Luis por ser mi ejemplo a seguir, su apoyo y sus ánimos son muy importantes, sin mi familia no hubiera sido posible este pequeño logro en mi vida y no será el único que esperen de mí.

A Abraham por brindarme su amor acompañado de grandes enseñanzas, agradezco su comprensión y apoyo, sus ánimos me impulsaron a seguir adelante y alcanzar mis objetivos.

A mi psicoanalista Laura desde que iniciamos este proceso he crecido, me he fortalecido y aprendido a descubrirme a mí misma, sin su orientación y guía seguiría sumergida en mis crisis existenciales.

A mis perros Tussy, Tom, Jack, Tamarindo y Tuna por alegrarse todos los días al verme por primera vez en las mañanas y recibirme todos los días después de estar afuera.

Quiero agradecer a las personas que han formado parte de mi vida de quienes aprendí de las experiencias malas y buenas. Estuvieron ahí para apoyarme como amigas y compañeras, entre ellas las que me brindaron su amistad incondicional a Fanny, Diana y Fernanda.

A los profesores que encontré en mi camino permitiéndome dirigir mi formación académica, gracias por compartirme su experiencia y conocimientos.

Al “Team Volcanes” Angie, Marco, Ernesto y Lili mis compañeros y amigos, su apoyo, sus ánimos, gracias por compartir este camino hacia la titulación. Por supuesto al CCAP “Los volcanes” viví grandes experiencias, y orgullosamente diré que soy “Hecho en Volcanes”.

Por último a los adultos mayores que participaron en el taller, fue un placer compartir ese tiempo, es una de las mejores experiencias que he vivido, me permitieron entrar a sus vidas y me mostraron una cara de la vida que yo no conocía.

Índice

Resumen	2
Introducción.....	3
Capítulo 1. Envejecimiento	
Definición de envejecimiento.....	5
Factores psicológicos.....	6
Factores biológicos	10
Enfoques teóricos sobre el envejecimiento	20
Constructivista	20
Conductista	21
Psicoanalítico	22
Teoría de las ocho etapas del desarrollo de Erik Erikson	23
Teorías psicosociales.	25
Envejecimiento saludable.....	27
Envejecimiento normal.....	28
Envejecimiento patológico	29
Patología del envejecimiento	30
Depresión	32
Prevalencia	33
Síntomas	33
Atención primaria a los adultos mayores con depresión.....	34
Demencia.....	34
Prevalencia	35
Síntomas	36
Atención primaria a los adultos mayores con demencia	37
Contexto del envejecimiento en México	37
Antecedentes históricos	37

Proceso de envejecimiento demográfico en México	40
Capítulo 2. Autocuidado en la vejez	
Autocuidado como promoción de la salud	44
Factores que influyen en el autocuidado	48
Capítulo 3. Apoyo social en el envejecimiento	
Apoyo social y salud mental.....	53
Redes de apoyo	54
Las redes apoyo como determinantes de la salud	56
Fuentes de apoyo de las personas mayores	57
Familia	57
Pareja	58
Amigos.....	59
Instituciones	59
Políticas públicas	60
Religión.....	60
Capítulo 4. Psicología clínica-comunitaria	
Promoción de la salud en el ámbito clínico-comunitario	65
Salud mental comunitaria	67
Capítulo 5. Método	
Justificación y planteamiento del problema	70
Pregunta de investigación.....	72
Objetivos específicos:.....	72
Hipótesis de trabajo	72
Variables.....	73
Tipo de estudio	75
Muestra y escenario	75
Participantes	75

Instrumentos	75
Procedimiento.....	80
Características de los participantes.....	82
Resultados.....	83
Discusión y conclusiones	95
Limitaciones y sugerencias.....	101
Referencias	102
A N E X O S.....	118

Resumen

El autocuidado es un factor fundamental para la promoción de la salud y la calidad de vida e influye de manera preventiva ante algunas problemáticas como depresión y demencia en los adultos mayores (Gutiérrez, 2015; Pino, 2007). El autocuidado está relacionado con el apoyo social el cual es un facilitador de la promoción de la salud, se fomenta especialmente en la familia como principal fuente proveedora de ayuda (Gonzalo y Pasarín, 2004). El propósito de este estudio fue evaluar el autocuidado en adultos mayores a partir de su relación con, el apoyo social y la salud mental enfocándose en las principales problemáticas como depresión y demencia mediante el diseño e implementación de un taller reflexivo-vivencial en dicha población. La intervención se centró en a la promoción de la práctica de autocuidado en adultos mayores y se realizó dentro de las instalaciones de un Centro de Atención ubicado al sur de la CDMX. Los resultados de las evaluaciones del autocuidado indican un aumento en la capacidad de conciencia de sí mismos y de su entorno, así como el desarrollo de planes a futuro y la volver a realizar actividades placenteras, aspectos que impactan de manera positiva en la depresión y demencia, que sin haber obtenido diferencias significativas en la evaluación pre y postest, se observó un cambio conductual asociado a tener un papel más activo en función de su salud. En cuanto a la evaluación del apoyo social, no se encontró ninguna relación con el autocuidado. A partir de los resultados podemos señalar que el taller contribuyó a que los adultos mayores identificaran su capacidad para cuidar de sí mismos, mejorar y mantener su salud física y mental.

Palabras clave: adultos mayores, autocuidado, apoyo social, promoción de la salud, salud mental.

Introducción

La salud mental de los adultos mayores se puede mejorar mediante la promoción de hábitos activos y saludables. Ello supone crear condiciones de vida y entornos que incrementen el bienestar y propicien que las personas adopten modos de vida sanos e integrados. La promoción de la salud mental depende en gran medida de estrategias conducentes a que los adultos mayores cuenten con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas. Una asistencia sanitaria y social es importante para mejorar la salud física y la mental, así como para prevenir enfermedades y tratar los padecimientos crónicos de las personas mayores. Por lo tanto, es importante capacitar a todo el personal sanitario que debe enfrentarse con los problemas y trastornos relacionados con la vejez (OMS, 2017).

Para ello es imprescindible proporcionar a los adultos mayores una atención de salud mental eficaz a nivel comunitario. La misma importancia tiene poner de relieve la asistencia prolongada de los adultos mayores aquejados de trastornos mentales, así como dar formación, capacitación y apoyo a quienes los atienden.

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017) apoya la meta de los gobiernos de cada país miembro de fortalecer y mejorar la salud mental de los adultos mayores, así como de vincular los planes de acción con estrategias eficaces, además de que reconoce que uno de los principales trastornos mentales en esta población es la demencia, considerada actualmente como un problema de salud pública, a partir de lo cual se publicó el informe “Demencia: una prioridad de la salud pública”, en el que se aborda la necesidad de emprender acciones a nivel nacional e internacional.

La demencia, la depresión y otros trastornos mentales de gran importancia están incluidos en el Programa de Acción Mundial en Salud Mental [mhGAP] (OMS, 2017). a partir del cual se pretende mejorar la asistencia de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias mediante la aportación de orientaciones e instrumentos para el desarrollo de los servicios de salud en las zonas de bajos recursos económicos.

Según los datos de la OMS (2017) la demencia afecta a nivel mundial a unos 50 millones de personas, de las cuales alrededor del 60% viven en países de ingresos bajos y medios. Cada año se registran cerca de 10 millones de nuevos casos. Se calcula que entre un 5% y un 8% de la población general de 60 años o más sufre demencia en un determinado momento.

Se prevé que el número total de personas con demencia alcance los 82 millones en 2030 y 152 millones en 2050. Buena parte de ese incremento puede achacarse al hecho de que en los países de ingresos bajos y medios el número de personas con demencia tenderá a aumentar cada vez más (OMS, 2019).

Este trabajo aborda tanto la importancia como las aplicaciones del autocuidado y el apoyo social en la rutina diaria de los adultos mayores, además de analizar una estrategia para brindar herramientas a esta población que les permita adaptarse a los cambios sociales que viven, con el objetivo de que logren desarrollarse interpersonalmente con otras generaciones a nivel familiar y social. Por otro lado, retoma la importancia de la promoción de la salud mental en la prevención de trastornos mentales como depresión y demencia en esta población.

Por lo antes mencionado el objetivo del presente estudio es diseñar, implementar y evaluar un taller reflexivo-vivencial dentro de un ámbito clínico-comunitario enfocado a abordar diversos temas sobre el envejecimiento, los factores biológicos y psicológicos que intervienen en dicho proceso así como los tipos de envejecimiento que dan paso a las dos enfermedades que se presentan con mayor prevalencia en esta población. De manera complementaria, se revisa el contexto del envejecimiento en México, la promoción de la salud y su importancia en la prevención de enfermedades crónico degenerativo.

En relación con el objetivo dentro de los capítulos se abordara en primera instancia, factores biológicos y psicológicos como contextual que intervienen en el envejecimiento, posteriormente el autocuidado desde la promoción de la salud física y mental, además de las redes de apoyo, factor importante para el fomento del autocuidado, por último se aborda el ámbito clínico-comunitario y su movilización a favor de la salud.

Capítulo 1. Envejecimiento

Definición de envejecimiento

El envejecimiento es el conjunto de procesos que sigue un organismo después de su fase de desarrollo. Estos procesos dinámicos implican un cambio, es decir, transformaciones biológicas, psicológicas y /o sociales del organismo en función del tiempo (Motte y Muñoz, 2006).

La Organización de las Naciones Unidas, establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor en los países en desarrollo como México, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años. Este criterio es utilizado por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y otras instancias como la Secretaría de Salud en México (INAPAM, 2010).

La edad cronológica para determinar a la población envejecida es a partir de los 60 años, también se ha llamado población adulta mayor, ancianos, viejos. Ésta definición cronológica por sí misma no nos dice mucho de la situación en la que se encuentra un adulto mayor y lo que se pretende es considerar diversos panoramas que incluyen cambios en, los sentimientos, deseos, necesidades, relaciones, y estilo de vida que ha llevado esta persona y cómo se pueden presentar de manera más evidente los cambios que se sufren en la vejez (Arber y Ginn, 1995 citado en Huenchuan y Rodríguez-Piñero, 2010).

Los cambios que constituyen e influyen el envejecimiento son complejos y en este trabajo se observan desde dos factores; el primero biológico, donde el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares que se presentan con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. Sin embargo esta disminución no significa la pérdida total de la capacidad, a la larga sobreviene la muerte. Más adelante profundizaremos en estos factores biológicos.

El segundo factor es el psicológico, donde se ha encontrado que durante el envejecimiento la memoria, el pensamiento y la inteligencia sufren cambios, también existen alteraciones

mentales una de las principales es el deterioro cognitivo entre otras que normalmente se da de manera gradual. Se profundizará en los factores biológicos y psicológicos se especificarán los principales procesos y cambios que intervienen en el envejecimiento normal de los adultos mayores. A continuación se abordarán algunos elementos a considerar en los principales cambios durante el envejecimiento.

Existen una gran variedad de cambios físicos y emocionales que se involucran en el envejecimiento y que están relacionados con aspectos normativos, sin embargo existen factores externos al proceso de envejecimiento como tener alguna enfermedad, la jubilación, ser víctimas de maltrato, la pérdida de seres queridos, entre otros, que traen consigo tristeza, enojo o apatía, y aunque ninguno de estos sentimientos son causados por el proceso de envejecimiento en sí mismo (Bernad, 2008; Belkys, 1996; Sandoval, 2018) están asociados a la construcción social en torno a envejecer.

Factores psicológicos

Entre los cambios psicológicos, los más frecuentes están: en la memoria, atención, inteligencia, reajustes en los cambios de roles. Como en cualquier etapa de vida los adultos mayores producen experiencias nuevas frente a alteraciones en su interior, refiriéndose a cambios individuales derivados de las relaciones entre los entornos psicosociales, fisiológicos, estas interactúan constantemente por lo que cada modificación tiene relación con la propia experiencia del individuo y sus cambios físicos (Bernad, 2008).

Sarrate (2003) menciona que el anciano puede desarrollar mecanismos de respuesta y adaptación ante tales situaciones, según la personalidad, vivencias y recursos personales.

Algunos de estas respuestas son:

1. Separación o alejamiento del mundo.
2. Aceptación y resignación a la vejez.
3. Ante el sentimiento de inutilidad, la búsqueda de alternativas y actividades provechosas que potenciarán la autoestima.

Inteligencia

El rendimiento intelectual del adulto mayor es similar al de un adulto en plenitud, pero existen diferencias en el rendimiento de dos inteligencias que a continuación se señalarán:

1. Inteligencia cristalizada, es decir, el producto del aprendizaje (vocabulario y el bagaje del conocimiento acumulado durante el proceso de educación y socialización). Se goza de un pleno rendimiento y se puede mejorar. Se mide a través de la resolución de un problema, generalmente aumenta a lo largo de la vida o al menos se mantiene estable y toma una forma definida con la experiencia ya que demanda recurrir a un aprendizaje previo (Sandoval, 2018; Junqué y Jurado, 2000).

2. Inteligencia fluida, es aquella entendida como la capacidad de aplicar habilidades intelectuales a nuevas situaciones de vida (percepción, formación de conceptos, razonamiento y abstracción) aquí se muestra cierta disminución, debido a que se encuentra relacionada con el funcionamiento neurológico, lo que el paso del tiempo y calidad de vida produce un cierto deterioro intelectual, esta inteligencia fluctúa con la demanda ante situaciones nuevas, muestra la variabilidad intra e interindividual en su nivel de funcionamiento, relativa a los procesos mentales básicos memoria, atención, etc. (Bernad, 2008; Sandoval, 2018; Junqué y Jurado, 2000).

Denney en 1982 sostiene que la inteligencia fluida y cristalizada son influidas por la vida de modo distinto este planteamiento lo ha denominado teoría del desuso, en donde refleja que las habilidades declinan con la edad son aquellas que no se utilizan o practican, esto supone cambiar la perspectiva negativa relacionada con el envejecimiento ya que la práctica incidirá en el mantenimiento cognitivo de las personas mayores (Molina, 2011).

Memoria

Con frecuencia los adultos mayores se enfrentan a limitaciones en el funcionamiento de la memoria a corto plazo, y es menos observada esta limitante en la memoria a largo plazo, que permanece funcionando con igual agilidad que en la etapa adulta o adulto joven, sin embargo cuando se presenta una patología tal como algún tipo de demencia, ambas memorias serán afectadas, estas limitaciones están relacionadas con el sistema nervioso central y la disminución

de las conexiones sinápticas provocada por la muerte de neuronas y la disminución de la mielinización no todos los tipos de memoria siguen esta pauta (Palacios y Morales, 2011).

Estas afectaciones en la memoria pueden tener un efecto negativo provoca preocupación y quejas en el adulto mayor, las principales quejas se observan en la autoestima relacionada con el abandono de la vida laboral activa, disminución de las condiciones socio-económicas, pérdida de los seres queridos, etc. relacionados con sentimientos de soledad, abandono por la poca integración a la vida social y familiar, incluso inutilidad, todo esto influye en su estado general de manera negativa (Bernad, 2008).

Atención

La atención sufre cambios con la edad que se manifiestan en un declive en la tasa de exactitud en la detección de señales por la proclividad a la distracción, experimentan dificultades para fijar y mantener la atención, seleccionar la información relevante y es considerablemente más lento el cambio de foco de atención de un estímulo a otro, sobre todo si se producen varios estímulos simultáneamente, esto se relaciona con la falta de flexibilidad de los circuitos neuronales que aparecen durante la vejez (Sánchez y Pérez, 2008; Sáiz, 2001).

Relaciones socio-afectivas

Las relaciones socio-afectivas conllevan reajustes en los cambios de roles, están ligadas a diferentes eventos como; la jubilación que representa la pérdida total de los roles sociales durante la vida laboral, los adultos mayores pueden enfrascarse en experiencias negativas, no saber cómo emplear el gran tiempo libre, y necesidad de crear nuevas redes de interacción social (Rodríguez, 2009). A lo largo de la vida la familia constituye una red de apoyo social que suele ser estable en cuanto a las dimensiones y el número de personas comprendidas en ella, sin embargo lo que puede cambiar es la estructura de la red ya que durante la vejez suelen haber pérdidas por la muerte de personas cercanas, cambios de domicilio y la jubilación (Medellín, Rivera, López Cedeño, y Rodríguez-Orozco, 2012).

Otro evento importante es el duelo, la pérdida de relaciones de apego significativas para el adulto mayor, como la pareja, amigos, familia, esta viene acompañada de profundos sentimientos

de abandono, soledad, incluso lo puede llevar a una etapa de depresión, tristeza y deseos de morir, relacionado con esto, la soledad suele acrecentarse con el fenómeno nido vacío refiriéndose a la partida de los hijos, lo que hace las relaciones más distanciadas (Rodríguez, 2009).

También cambian las relaciones con la sociedad se enfrentan a situaciones nuevas como roles extralaborales que den sentido a su vida. Esta adaptación a las circunstancias nuevas aunado a las limitaciones de habilidades o capacidades sitúa al adulto mayor en alternativas de solución cargado de obstáculos, es decir, si decide permanecer con el estilo de vida, necesita las adaptaciones para contrarrestar las limitaciones, esto se traduce en que puede decidir permanecer independiente pero supone un gasto económico mayor, puede ser dependiente de sus familiares o trasladarse a una residencia o institución, cualquier escenario supone una adaptación (Bernad, 2008).

La participación de los adultos mayores en los sistemas sociales tiende a disminuir en esta etapa, reforzando la marginación social y ocasionando la pérdida de satisfacción proveniente de este sistema. De esta manera, el proceso de socialización se ve afectado por la disminución inicial del contacto con familiares y amistades, relacionada con las limitaciones que aparecen a nivel de salud y que pueden perjudicar el contacto con otros (Durán, Orbegoz, Uribe-Rodríguez y Uribe, 2007).

Según Fisher (1998) a través de las actividades sociales el adulto mayor encuentra un sentido a todos esos cambios experimentados, cubriendo tres necesidades fundamentales en el ser humano. La necesidad de inclusión: aparece como una tendencia de buscar la comunicación y el contacto. La necesidad de control: son las actividades que abarcan la necesidad de seguridad y de poder sobre otro. La necesidad de afecto: se refiere a los vínculos de apego (Carmona, 2011).

Personalidad

En términos generales la personalidad suele mantenerse con los mismos rasgos básicos, de la etapa adulta, sin embargo, no ocurre lo mismo con la autoestima. Se percibe un cambio en la personalidad pero se relaciona con la pérdida o limitación de las capacidades funcionales en los terrenos; físico, sensorial, memoria, agilidad mental, roles laborales, estos son algunos factores

que suelen impactar directamente en la autoestima (Neugarten, 1999 como se citó en Bernad, 2008).

Se ha encontrado en la literatura una interrogante relacionada con la continuidad de los rasgos de personalidad, esto debido a la cantidad de factores incidentales en el proceso de envejecimiento, la presencia de mermas sensoriales, limitaciones psicomotrices, cambios cognitivos, históricos, sociales y culturales han de provocar cambios en la personalidad (Krzemien, 2007).

Un factor importante a notar en el contexto social, es la paternidad y maternidad así como la educación de los hijos propician roles de género definidos durante la etapa adulta joven se modificara con la partida de los hijos, jubilación entre otros, apareciendo una tendencia a ser más andróginos por parte de ambos sexos, es decir, expresan más abiertamente comportamientos y actitudes tradicionalmente asociados al otro sexo (Triadó y Villar, 2007).

Factores biológicos

Los cambios físicos en los adultos mayores se relacionan con el paso del tiempo y la disminución o pérdida gradual de capacidades en la configuración general del cuerpo como; la pérdida de la estatura, masa ósea, masa muscular contenido total de agua, aumento de los depósitos de colesterol y fosfolípidos, de calcio (Zaragozá y Del Barrio, 2000).

Estos cambios en el sistema inmunológico implican que se pierde la capacidad de vigilancia y defensa, esto ocasiona un aumento de la tasa de anticuerpos y estos los vuelve propensos a sufrir enfermedades infecciosas, tumorales y autoinmunes. Es importante aclarar que la vejez no es una enfermedad, se refiere a que con el paso del tiempo las personas se debilitan, es decir, el cuerpo va perdiendo capacidad de realizar ciertas tareas, esto se da de forma evolutiva gradual (Triadó y Villar, 2007).

Se observan diferentes cambios en los sistemas principales del cuerpo que son muy importantes para comprender el proceso de envejecimiento y saber qué es lo que ocurre dentro de esta etapa de vida.

Aparato circulatorio

Los principales cambios durante el proceso de envejecimiento involucrados en este aparato son: la formación de depósitos de grasa alrededor y en los puntos de entrada de los vasos sanguíneos. El alargamiento de la sístole el colágeno reemplaza tejido flexible causando endurecimiento y engrosamiento de las paredes arteriales las cuales calcifican, esto da lugar a un incremento característico de la presión sanguínea, disminución de la respuesta a receptores adrenérgicos, provoca una limitación para alcanzar altas frecuencias durante el ejercicio. La composición grasa del organismo a esta edad es de casi un tercio del peso total, y la grasa visceral llega a ser el 40% de todo ese compartimento. Sin embargo, la grasa subcutánea disminuye (Gujarro, 2000).

En la circulación periférica hay una peor respuesta a los barorreceptores, lo que aumenta la frecuencia de hipotensión ortostática esto se traduce a un engrosamiento, rigidez y pérdida de elasticidad de los vasos ocasionando una disminución en su eficacia de bombeo y en el volumen expulsado, además la tasa de latidos cardíacos disminuye gradualmente. Existe mayor probabilidad a sufrir valvulopatías debido a fibrosis y calcificaciones valvulares, tiende a presentar depósitos de calcio y acumulaciones de cristales de ácido graso y colesterol que endurecen, contribuyendo así a la hipertensión, la vascularización tiende a ser más tortuosa y rígida mientras los capilares sanguíneos disminuyen de forma concomitante con la reducción de los tejidos (Belkys, 1996; Triadó y Villa, 2007).

Digestivo

La falta de piezas dentales y cambios en la saliva dificultan la trituración y digestión inicial de los alimentos, es frecuente que exista reflujo gastroesofágico provocado por la incoordinación motora del presbiefago y el estreñimiento por la misma incoordinación en el intestino grueso. Adelgazamiento en la capa muscular del tubo digestivo puede dar lugar a apendicitis izquierdas, la cavidad gástrica disminuye, de manera que hay una escasez o en ocasiones ausencia de formación de ácido clorhídrico, necesarios para activar la acción de las enzimas digestivas, los músculos del estómago adelgaza por lo que en proceso digestivo es mayor, el estreñimiento es uno de los fenómenos funcionales más característicos del

envejecimiento, los mecanismos digestivos intestinales favorece las complicaciones mecánicas intestinales y da lugar a una notable preocupación y ansiedad en los mayores. Existe una debilidad motora en el intestino grueso, condicionada por el menor número de terminaciones nerviosas en las fibras musculares. (Sáiz, 2001; Guijarro, 2000).

El tránsito intestinal requiere de un mayor tiempo, con respecto a la vesícula biliar se ha encontrado que la enfermedad puede bloquear el conducto biliar y producir dolor extremo, puede presentarse la formación de cálculos biliares. El hígado puede llegar a encogerse aun así puede mantener su función normal el problema es cuando no funciona adecuadamente que puede presentarse en el caso de cirrosis donde se vuelve duro, cremoso y arrugado y se dificultan sus funciones principales en la eliminación de toxinas, y su participación en el metabolismo. El páncreas secreta enzimas y sales que ayudan a digerir las proteínas, azúcares y grasa, a una edad avanzada puede secretan muy poca insulina, las células no pueden funcionar adecuadamente, esto es considerado uno de los principales síntomas de la diabetes mellitus (Guerra, Arias, Duharte, Carmenatte y González de la Paz, 2010).

Aparato respiratorio

Se presenta pérdida de elasticidad del tejido pulmonar; disminución de la capacidad vital e inspiratoria, aumentando la capacidad residual puede ampliar o disminuir la capacidad respiratoria provocando alteraciones en la presión intratorácica. Se observa debilidad muscular y respiratoria accesoria, la disminución de la secreción de la mucosa, afecta a la capacidad de depuración y tumefacción del aire inspirado también calcificaciones de la unión condrocósta, Se hace más lenta la renovación de las células de la mucosa y disminuye la mortalidad de los cilios, La tasa respiratoria permanece constante mientras que disminuye la capacidad respiratoria y ello significa que el volumen inhalado en cada respiración disminuye considerablemente (Rice, 1997 como se citó en Sánchez, 2009).

Sistema urinario

Disminución progresiva del número de nefronas, aumento de tejido fibroso en la zona medular altera la capacidad de concentrar la orina y disminución de la perfusión renal. El tracto urinario o vía excretora de orina, sufre cambios, la vejiga debido a la disminución de la capacidad

contráctil del músculo detrusor baja su potencia en la evacuación de la orina, el vaciamiento de la vejiga no es total. El deterioro de la contractilidad determina que la vejiga pierde progresivamente la eficiencia para vaciarse en adultos mayores sanos, sin existir un factor obstructivo (Chiang, Valdevenito y Mercado, 2018).

El incremento del volumen residual de orina al envejecer es un factor facilitador de las infecciones en este aparato. En términos generales, la hidropenia se acompaña de baja diuresis, al contrario de la excesiva ingesta (Mugueta y Monreal, 2000).

Sistema inmunológico

El sistema está encargado de mantener tanto la inteligencia corporal como el recambio sanguíneo, se presenta una declinación de la respuesta inmune en general. La capacidad de proliferación de las celular inmunitarias, parecen no ser afectadas por la edad, sin embargo cuando la persona padece estados depresivos, estrés o tensión emocional se encuentra propensa a contraer enfermedades, pues disminuye su capacidad en respuesta celular y humoral inmunológica, este es un aspecto de vulnerabilidad (Belkys, 1996; Sada-Ovalle, Rosete, Ledesma y Zenteno, 2004).

Sistema nervioso

Los cambios en el desempeño del sistema nervioso asociados al envejecimiento, se correlacionan con múltiples cambios morfológicos y funcionales que se reflejan en su funcionamiento cognitivo, pueden ser importantes determinantes de discapacidad, tales cambios como aumento del estrés oxidativo, acumulación de daño en proteínas, lípidos y ácidos nucleicos (Salech, Jara y Michea, 2012).

El peso en el cerebro va disminuyendo con el paso del tiempo, declina la materia gris, las neuronas se encogen y que contribuye a la pérdida del vigor, la capacidad intelectual, se hacen más lentas las conexiones neuronales y la magnitud de estas, aclarando que es totalmente claro que el proceso se puede dar en cualquier edad que presente daños localizados y se consideran de naturaleza menor (Guijarro, 2000).

Existen alteraciones en los neurotransmisores así como una disminución, los impulsos nerviosos transmitidos por el cerebro se hacen de manera más lenta debido a que el consumo de oxígeno y flujo sanguíneo decrece con el paso del tiempo, esto se relaciona con la disminución de la capacidad de equilibrio de todo el sistema de sustentación, es decir, se encuentran alteraciones en la percepción visual, procesamiento de la información, receptores de la planta del pie esto da lugar al aumento de caídas, la inflamación y su regulación por citoquinas han sido asociadas a diversos aspectos del envejecimiento del sistema nervioso (Belkys, 1996; Bernhardt, 2005).

Los cambios histológicos y bioquímicos que tienen lugar en el cerebro durante el envejecimiento pueden producir cambios en la neurotransmisión. Por ejemplo, la atrofia neuronal, que conlleva una disminución de la densidad de espinas dendríticas, puede provocar alteraciones en la transmisión nerviosa control psicomotriz también resulta alterado por la reducción de secreción de neurotransmisores, entre ellos dopamina y sus receptores evita la modulación de los estímulos de coordinación motriz, serotonina modifica la secuencia del sueño de como que aumenta el periodo para conciliar el sueño y disminuye su tiempo total de siete horas a seis o cinco horas se suele fragmentar a lo largo del día, también presenta una disminución en las etapas del sueño profundo, aumentan los despertares nocturnos en ocasiones asociados a episodio de falta de respiración o apnea estas pueden ser inducidas por una depresión o estrés (Porrás, 1996).

Aparato óseo

Se presentan cambios evidentes en estatura y postura. La compresión del esqueleto puede influir con la actividad de algunos órganos internos como pulmones, esto afecta a todo el sistema óseo provocando osteoartritis una enfermedad muy común que consiste en regenerar las articulaciones, así como pérdida de masa ósea y un aplanamiento de los discos vertebrales, los músculos se encogen, los ligamentos y tendones pierden elasticidad. Esta pérdida de masa ósea es una causa importante de fracturas en la gente, la artritis reumatoide es otra enfermedad de articulaciones, es menos frecuente por lo general afecta a las pequeñas articulaciones de las manos y muñecas, se caracteriza por una inflamación o desfiguración del área afectada y es acompañada por un nivel dolor superior al producido por otros tipos de artritis, lo que supone una mayor morbilidad y mortalidad con la edad. Estudios epidemiológicos han demostrado una

pérdida de masa ósea a partir de la tercera década de la vida, tanto en hombres como en mujeres, momento en el que se alcanza el pico máximo de dicha masa ósea (Portal, Lozano, De la Fuente y Esbrit, 2012; Belkys, 1996).

La salud dental es importante ya que se ha observado que la gente con dolor de encías puede perder el interés por comer, lo que tiene como consecuencia que reciba cantidades inadecuadas de los nutrientes (Triadó y Villa, 2007).

Aparato reproductivo

Los cambios que se producen son distintos en el hombre y la mujer, si bien es cierto que la frecuencia de las relaciones sexuales disminuye, esta tiene una relación directa con los hábitos sexuales que han tenido durante la juventud y la adultez. La edad no solo influye en la frecuencia de las relaciones sexuales, sin embargo muestra diversas características (Sandoval, 2018).

En las mujeres: La menopausia es uno de los cambios más evidentes que presentan síntomas asociados a oleadas de calor, sudoración profusa, entumecimiento u hormigueo de los dedos, jaquecas vértigos, insomnio, fatiga, palpitaciones, debilidad, malestar gastrointestinal, dolor de articulaciones, de espalda, dificultades de la vejiga, resequedad del tejido vaginal que ocasiona dolor durante las relaciones sexuales. El climaterio tiene lugar a modificaciones biológicas que determinan la aparición de la regla o menarca; se distinguen tres etapas: la premenopausia, la menopausia y postmenopausia, el climaterio está centrado sobre el cuerpo de la mujer. Las dolencias físicas contribuyen a inhibir la sexualidad o libido durante el envejecimiento, sin embargo la forma de prevenir la reducción es la práctica continua, Los labios mayores y menores pierden elasticidad y se muestran atrofiadas progresivas de su capa dérmica y epidérmica, lo mismo que el resto de la vulva (Belkys, 1996; Wong, Rodríguez, Domínguez y González, 2010; Sandoval, 2018).

En los hombres: Se presenta una disminución de la función reproductiva las células espermáticas se reponen constantemente de la pubertad a la vejez, la secreción de testosterona disminuye en algunos hombres, el climaterio masculino se asocia con depresión, ansiedad, dolores de cabeza, insomnio, irritabilidad, temblores, palpitaciones y perturbaciones digestivas y

urinarias. A partir de los 50 años se presenta una reducción en los niveles de testosterona, así como del tamaño del testículo a la vez que se tornan más flácidos. Al igual que en la mujer no se puede establecer un límite de edad para ejercer la sexualidad, las causas que existen en su mayoría son orgánicas que desembocan una pérdida de la actividad sexual, así como contribuyen situaciones como; las parejas que no aportan cambios en sus relaciones sexuales terminan experimentando cansancio, relacionado con el temor al fracaso sexual después de una experiencia negativa contribuye a la disminución de la práctica (Lamm y Porias, 2007; Sandoval, 2018).

La salud sexual requiere la más grande cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, en relación de confianza, amor y placer, con o sin coito. Tiene gran valor para la salud porque previene el infarto, combate la depresión, mejora la memoria y el sistema inmunológico, evita el estrés y ayuda a envejecer con calidad de vida; además tiene una importante repercusión en la salud mental (Olivera y Burjardón, 2010).

Sentidos

Es importante tomar en cuenta las dificultades sensorceptivas que aumentan con el paso del tiempo y dan lugar no solo a una disminución en las capacidades para realizar determinada tarea con rapidez y coordinación sino que han tenido implicaciones en las relaciones interpersonales, que muchas veces no son tomadas en cuenta en el trato que se tiene con los adultos mayores, a continuación veremos cada uno de los sentidos y la forma en que se presentan los cambios (Francés. 2000).

Audición

Existe un deterioro de la audición que consiste en cambios progresivos, irreversibles y perjudiciales para la adaptación y la interacción con el entorno, tiene un papel importante en la comunicación, esta pérdida producen alteraciones sociales y emocionales, es uno de los motivos más frecuentes de aislamiento social (Belkys, 1996; Sandoval, 2018; Triadó y Villa, 2007; Cañete, 2010).

Hay cambios en el tamaño, forma y flexibilidad del pabellón auditivo externo, el oído medio, las estructuras más importantes son trompa de eustaquio y la cadena de huesecillos, se

produce una calcificación de la parte elástica de la trompa de eustaquio. La presbiacusia se refiere a la capacidad de oír los sonidos de frecuencia alta, esta parte aloja los receptores auditivos como las células pilosas. Las células pilosas más frágiles son las situadas en la base de la cóclea las que modifican los tonos agudos lo que lleva a la pérdida selectiva de estos sonidos (Belkys, 1996).

Se presentan dificultades para distinguir tonos agudos como las voces de mujeres o niños, se encuentran más preocupados por los ruidos de fondo, el tráfico de la calle, el zumbido, estos ruidos de tono más grave ahoga la conversación lo que conlleva a que presten su atención a otros estímulos sin importancia. Esto puede provocar malentendidos con la gente ya que en ocasiones puede darse a entender que puede oír muy bien y en otras no lo hace sin embargo depende de esta selección de estímulos con tonos graves. La audición es un sentido importante en el envejecimiento, no solo implica la disminución de la capacidad para oír una conversación, sino que hiere su amor propio ya que la sordera es considerada un símbolo de fragilidad y vejez. Estas alteraciones auditivas ponen en riesgo a los adultos mayores ya que no son capaces de percibir las amenazas pero la repercusión principal se encuentra en el ámbito social, las personas más cercanas al adulto mayor pueden adoptar, una actitud retraída, incluso agotadas de los intentos de entablar una conversación (Belkys, 1996; Sáiz, 2001).

La persona anciana, con dificultad auditiva, tiende progresivamente a reducir sus relaciones sociales y a la incomunicación con el medio. La incomunicación en la vejez aumenta el riesgo que el individuo padezca trastornos mentales (depresión, agresión, reacciones paranoides, etc.) Desde la perspectiva cognitiva la falta de comunicación equivale a la falta de estimulación, ya que el anciano aislado está sometido a una hiperestimulación o sea que tiene posibilidades que sus funciones intelectuales tienden a deteriorarse con más facilidad (Sandoval, 2018, p. 175).

Olfato

El olfato funciona junto con el gusto, los cambios que intervienen durante el tiempo intervienen en el placer al comer. El olfato alerta al sistema de posibles contingencias como detectar si un alimento es apropiado, es el único nervio craneal que se encuentra expuesto directamente al ambiente, se considera una vía directa al cerebro por lo que la disminución o

pérdida de este sentido repercute en el aumento al riesgo de contraer una enfermedad debido al ambiente. Esta alteración de la sensibilidad del olfato también podría explicar parcialmente otra queja común de los adultos mayores. Alimentos como el chocolate y algunas verduras tienden a tener un sabor amargo, enmascarado por un olor muy agradable, cuando este sentido se debilita estos alimentos llegar a tener un sabor desagradable (Sáiz, 2001).

Gusto

El gusto trabaja conjuntamente con el olfato, pero en especial uno de las consecuencias de la alteración de este sentido se debe a la pérdida del atractivo a la comida, es decir, un cambio en el sabor ya que este se torna amargo, y es necesarios intensificar los alimentos lo que significa que se altera las propiedades del propio alimento, esto aunado a los problemas dentales que suelen ser comunes por ejemplo las dentaduras mal ajustadas hacen difícil o incluso doloroso el proceso de masticar, debido a cambios en algunas vías neuronales se produce un cambio en los umbrales perceptivos, lo dulce y salado parecen ser los más vulnerables (Belsky, 1996; Sandoval, 2018).

Visión

Los depósitos grasos y el látigo no son raros en la vejez, por lo que ocasionalmente aparecen tumores benignos del tipo de los papilomas, xantelasma y queratosis. Cambios en el cristalinos (la opacificación, también es frecuente) y en el iris, las pupilas se vuelven más perezosas y menos reactivas. La córnea, capa exterior que cubre y protege al iris y la pupila, se hace espesa y menos sensible a la estimulación mecánica, así como suele perder brillo. La pupila disminuye su diámetro esto se denomina miosis senil, ocasiona que responda lentamente lo que conlleva más tiempo para adaptarse a cambios repentinos de iluminación, la capacidad de respuesta de la pupila a cambios de la luz también varían con el envejecimiento (Belsky, 1996).

La agudeza visual, claridad de visión o capacidad del ojo para resolver los detalles disminuye al llegar a los 85 años es sólo el 2 % de lo que fue en el mejor momento de su vida así también disminuye el campo visual a los 70 años se ha reducido a 140 grados frente a los 170 grados que tiene un adulto joven. La visión es uno de los sentido cuya pérdida preocupa más, esto debido a las implicaciones sociales que conlleva la agudeza visual, esté no puede corregirse con

gafas ni lentes de contacto. Y acarrea dificultades en la realización de las tareas, los ancianos experimentan dificultades en lugares poco iluminados, distinguir una gama de colores entre ellos los azules-verdes, tienen una tendencia a sentirse molestos por el deslumbramiento (Triadó y Villar, 2007).

Hay que considerar el envejecimiento normal no presenta problemas destacados de visión, además que se podría modificar la conducta para adaptarse a las pérdidas y así continuar con un estilo de vida, los deterioros visuales pueden afectar considerablemente los estilos de vida (Belkys, 1996; Triadó y Villar 2007; Sandoval, 2018).

Tacto

Se presentan atrofiaciones de las glándulas sebáceas, por lo que disminuye la grasa cutánea y la piel se vuelve descolorida, delgada, arrugada, seca y frágil. El aplanamiento de la unión dermoepidérmica predispone a la formación de ampollas y lesiones por rozamiento y abrasiones. Los signos visibles son los surcos, arrugas y flacidez causado por el efecto del tiempo, la epidermis se adelgaza al igual que la dermis pierde elasticidad lo que vuelve vulnerable la piel al medio (Belkys, 1996; Sandoval, 2018).

Se muestran cambios más evidentes en la sensibilidad táctil de las palmas de las manos, la planta de los pies y la de los dedos con respecto a la presión, pero se mantiene conservada la sensibilidad del resto del cuerpo (Sandoval, 2018).

Las transformaciones físicas y psicológicas que se producen a lo largo del tiempo importantes tomarlas en cuenta para la calidad de vida del adulto mayor, hay que reconocer los cambios que se esperan como resultado de la vida, distinguiendo aquello que corresponde o no y que tal vez sería considerada una enfermedad no relacionada con el proceso de envejecimiento, esta es la razón por la que en el siguiente apartado se retoman las teorías del envejecimiento considerando el contexto, las distinciones entre los tipos de envejecimiento y las patologías comunes en esta etapa.

Enfoques teóricos sobre el envejecimiento

Existen diferentes enfoques teóricos para describir, analizar, entender y atender la dinámica, sus interrelaciones con el desarrollo social e individual de los adultos mayores, incorporando los factores de género, contexto social, factores biológicos. Estos enfoque son: constructivista, conductista, psicoanalítico, y teorías psicosociales.

Constructivista

Dentro de los principales sustentantes del enfoque constructivista se menciona a Piaget (1983) quienes sostienen que el ser humano desarrolla sus estructuras cognitivas y que los condicionantes biológicos juegan un papel predominante en la evolución de sus funciones. Los procesos de asimilación y acomodación siguen parámetros biológicos que han sido identificados y ordenados.

Los postulados de Piaget se han aplicado al envejecimiento intelectual hace pocos años y los resultados obtenidos se agruparon en tres líneas de pensamiento: la hipótesis de la regresión a estadios previos, la posibilidad de asentamiento del pensamiento formal y la hipótesis del pensamiento postformal (Sandoval, 2018, p. 184).

La idea de Piaget se sustenta en su postulación de logros, que declinan en la vejez pero de otros que se mantienen y perfeccionan a lo largo del ciclo vital. Queda remarcada así la importancia y consecuencias de las ideas de complejidad y desfases como algo propio del desarrollo. Tienen su origen en los procesos de desequilibrio y reequilibración de las estructuras cognitivas. Son por ello procesos intraindividuales. En la vejez esta complejidad y está asincrónica en el desarrollo se revela en la pérdida o mantenimiento de logros (Martín, 2009).

Pensamiento postformal de Jean Piaget. Este autor considera que el elemento más importante del pensamiento son las operaciones lógicas. No obstante, el pensamiento del adulto es flexible, abierto y puede adaptarse de muchas maneras que van más allá de la lógica abstracta, lo cual se remite en ocasiones al pensamiento postformal. El pensamiento postformal es un tipo de procesamiento de la información, propuesto por los teóricos neo-piagetianos, propio de la adultez y vejez (Sinnott, 1998, 2009 en Krzemien, 2014). Se refleja en la capacidad de combinar

lo objetivo (elementos lógicos o racionales) con lo subjetivo (elementos concretos o elementos basados en la experiencia personal). Esto ayuda a que las personas tengan en cuenta sus propias experiencias y sentimientos. En este momento puede aflorar la sabiduría como pensamiento flexible que capacita a la personas para aceptar la inconsistencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso, de manera que puedan resolver problemas de la vida real (Santiesteban, Pérez y García, 2008).

Alguno de los aportes se han enfocado en las teorías del desarrollo humano que postulan etapas o estadios evolutivos y el enfoque del ciclo vital, que sostiene en sus propuestas la idea de influencias de factores normativos y no normativos, crecimientos o ganancias y declives o pérdidas en las funciones psicológicas, las relaciones interpersonales y el interjuego de cambio y estabilidad en el sí-mismo a lo largo de la vida. Se ha planteado el incremento de la variabilidad interindividual asociada al variable tiempo y la existencia de formas de envejecimiento normal y patológico, según las posibilidades de compensación del declive de funciones (Fernández, 2004; Bengtson y Schaie, 1999; en Salazar, 2006).

Conductista

Este enfoque considera las condiciones de aprendizaje y del entorno, consiste en descubrir, en términos objetivos, explícitos y cuantitativos, las respuestas desadaptativas que distorsionan o limitan al ser humano en su satisfacción o efectividad en el área interpersonal, familiar, social, de trabajo y demás. Esta indica que la brecha entre generaciones se basa en que la historia del condicionamiento siendo más largo ha podido dar lugar a la adquisición de un comportamiento en respuesta a una situación, mientras que establecería una conducta estereotipada en respuesta a otra (Mishara y Riedel, 2000).

Desde este punto el envejecimiento es básicamente una función de ser, resultado de una historia de condicionamientos producidos en la infancia.

El conductismo retoma la reflexología que da lugar al neoconductismo de Skinner y su escuela y el conductismo de Watson para sentar sus propias bases. Postula que las neurosis y sus síntomas son el resultado de un aprendizaje inadecuado que puede producirse en cualquier época de la vida; este aprendizaje es susceptible de ser modificado en condiciones experimentales. En el

condicionamiento operante o instrumental, también llamado skinneriano, el aprendizaje se obtiene por la influencia de estímulos situacionales y por las consecuencias que siguen a la ejecución de las conductas. Aquí se incluyen el reforzamiento positivo y la extinción, así como los contratos conductuales (Krassoievitch, 1993).

Psicoanalítico

En el psicoanálisis se describió el desarrollo psicosexual de los niños como el avance progresivo de etapas fijas y universales, sin embargo se mencionaba la edad adulta como una mera recreación de lo vivido en la niñez y como parte de este continuo de las etapas.

El proceso de envejecimiento con características biológicas, psicológicas y sociales podría implicar una amenaza al adecuado funcionamiento del yo y a su integridad. En las personas viejas la energía psíquica del yo ha disminuido para enfrentar los cambios y problemas que acontecen en el ámbito del mundo interno y externo (Sandoval, 2018).

Por otro lado Carl Jung (1933) fue quien amplió en concepto de las etapas del desarrollo del adulto, se opone a la idea de Freud donde se centraba en el desarrollo psicológico dentro de los primeros 5 años de vida, siendo el punto central el pasado del individuo, es decir, un adulto es reflejo de sus necesidades infantiles, sin embargo Jung consideraba el presente y futuro como importantes (Belkys, 1996).

La segunda mitad de la madurez (40 años o más) comienza con el adulto joven (Pubertad hasta los 30 años) describiéndolo como enérgico, apasionado, obsesionado con forjar un lugar en el mundo y preocupados por satisfacer las necesidades sexuales, en esta fase de la vida, entre los treinta y cinco y los cuarenta, se prepara un cambio sustancial de la psique humana (Jung, 1931).

A finales de la década de los 30, se presenta el alcance de las capacidades una etapa de introspección, constituida por el sentir de haber triunfado o un estadio de paz lo que gradualmente aumenta la introspección lo que se da en la edad avanzada, se caracteriza por el equilibrio de introversión y extroversión hace una distinción entre el joven extrovertido y el adulto mayor introvertido, donde se caracteriza por una necesidad de explorar sentimientos

acerca de la muerte y el propia envejecer por lo tanto produce un repliegue a la interioridad la comprensión del significado de la vida y el deseo dar se convierte en preocupación, también conlleva una lucha por la aceptación de la culminación de la vida, la transformación al ser espiritual, y la incapacidad de renunciar a la juventud (Jung, 1931).

Jung hace una distinción entre los sexos, relacionado con integrar todas las facetas anteriores de la personalidad incluyendo las que han sido negadas lo que nos da a entender un cambio de los rasgo de personalidad, menciona que los hombres son más tolerantes esto lo considera un componente femenino, se vuelven más frágiles y vulnerables (Belkys, 1996).

Zinberg y Kaufman (1987) sostienen que al igual que en las etapas anteriores de la vida, en la vejez no hay ninguna representación directa del ello. Consideran que el objetivo del impulso puede estar alterado y a la vez existir menores inhibiciones con relación a su expresión, y para ejemplificar afirman que el paciente viejo tiene menos paciencia, es menos amable.

Teoría de las ocho etapas del desarrollo de Erik Erikson

Las etapas del desarrollo psicosocial de Erikson, mencionan el continuo desarrollo del ego de la forma en la que interactúa con el mundo real y está a merced de los procesos cognitivos, entre ellos la percepción, la razón y el recuerdo. El ego evoluciona a través de ocho etapas universales, jerárquicas y todas se caracterizan por una crisis psicosocial como se observa en la tabla 1 (Etapas del desarrollo psicosocial de Erik Erikson), cada una desencadena desarrollos psicológicos internos, y lo mismo con la interacción social en cuanto a los roles y expectativas externas. Esta teoría da más peso al contexto psicosocial e histórico lo que quiere decir que a pesar de las predeterminaciones genéricas, las experiencias del individuo con únicas así como el procesamiento de las mismas, lo que confieren cualidades y singularidades únicas (Bernad, 2008).

Tabla 1

Etapas del desarrollo psicosocial de Erik Erikson

Edades	Etapas	Crisis psicosocial	Virtudes
55 en adelante	Madurez decreciente (trascendencia)	Integridad vs Desesperación	Renunciamiento y sabiduría
24 a 55	Adultez	Generatividad vs Estancamiento	Producción y cuidado
18 a 4	Adultez joven	Intimidad vs. aislamiento	Afiliación y amor
12 a 18	Pubertad adolescencia	Identidad vs. confusión de papeles	Devoción y Fidelidad
6 a 12	Lactancia	Industria vs. Inferioridad	Método y Capacidad
4 a 6	Locomotor	Iniciativa vs. Culpa	Dirección y Propósito
2 a 4	Muscular anal	Autonomía vs. vergüenza, duda	Autocontrol y apertura
1 a 0	Sensorio-oral	Confianza vs. Desconfianza	Impulso y esperanza

Adaptado de: Erikson, E. (1988). *Ciclo vital completado*, Paidós Studio, Ciudad de México, México.

Para fines de este trabajo, sólo se enfocará en describir las últimas dos etapas que son vivenciadas por los adultos mayores, tomando en cuenta que sin el conocimiento de la etapa anterior no se puede hablar de la última.

La crisis del desarrollo del séptimo periodo, se caracteriza por el conflicto de la generatividad versus el estancamiento. Después de la paternidad o maternidad el impulso generativo incluye la capacidad de la productividad, el desarrollo de nuevos productos por el trabajo esto puede generar un aislamiento es cuando se presenta el estancamiento que representa una regresión psicosocial y la necesidad obsesiva de pseudo-intimidad, acompañada de sentimientos de infertilidad personal y social, sentimiento percibido en la incapacidad de generar (Bordignon, 2005).

En el octavo periodo de la vida es la integridad del yo frente a la desesperación, el individuo al alcanzar la integridad del yo superó al egoísmo y el interés personal, para aceptar

plenamente su lugar en el orden de la vida, Erikson menciona un equilibrio que consiste en aceptar el pasado de sí mismo. Con esto nos dice que se acepta la muerte, por otra parte si se predomina la desesperanza el destino es muy diferente, la persona o anciano vivirá atormentado por los errores del pasado, los sueños no cumplidos, estará frustrado y amargado porque es demasiado tarde para cambiar los años malgastados, lo que posteriormente tendrá un temor desesperado a la muerte, la emoción que persigue los últimos días es la desesperación (Garza, 1999).

Las recomendaciones de Erik Erikson se refieren a que los adultos jóvenes y maduros deben planear su vejez, de manera informada y cultivar su involucramiento productivo en las sociedades en que se desenvuelven. La voz y la presencia de los adultos mayores deben ser valoradas en nuestras sociedades (Gómez, 2014).

Teorías psicosociales

La imagen social construida tiene actualmente una influencia muy importante sobre todo para la representación que el mismo anciano tiene de sí mismo. Es por ello que existen distintas construcciones teóricas, formuladas desde el ámbito de la psicología y la sociología, para explicar los distintos procesos dinámicos entorno al envejecimiento normal de las personas en el mundo moderno, así como la influencia del medio social, entre los más reconocidos son los que se van a tratar a continuación.

Teoría de la desvinculación; Se enuncia también como teoría del retraimiento, afecta a las relaciones entre el individuo y la sociedad, así como a los procesos internos que experimenta una persona en su declinar de la vida con el paso de los años iban reduciendo el número de actividades y limitando los contactos sociales. Surge como proceso inevitable del envejecimiento que va acompañado de una disminución gradual del interés por las actividades y los acontecimientos sociales del entorno de las personas ancianas. Se produce una dinámica de desarraigo generada por la rotura o disolución del anciano a la red social de pertenencia, separándose de este grupo sin adscribirse a ningún otro (Gonzales, 2010).

Teoría de la actividad; describe cómo el proceso de envejecimiento de las personas es más satisfactorio cuanto más actividades sociales realiza el individuo. La actividad en las personas mayores, no solamente ayudan a un buen envejecimiento, sino que también ayudan a sobrevivir ante determinados procesos de enfermedad. La teoría de la actividad es muy conocida y sirve de argumento teórico a muchas prácticas de animación entre los mayores y a otros programas de envejecimiento saludable (Robledo, 2016)

Teoría de los roles: Irving Rosow en 1967 elaboró su teoría aplicada al proceso de envejecimiento donde plantea que a lo largo de la vida de una persona, la sociedad le va asignando papeles o roles que debe asumir en el proceso de socialización: rol de hijo/a rol de estudiante rol de padre/madre rol de trabajador/a etc. De esta manera, el individuo va adquiriendo un status o posición social a la vez que conforma su autoimagen y autoestima personal. Estos roles por los que atraviesa una persona van cambiando según la distintas etapas de su desarrollo cronológico. Es decir, los papeles que la sociedad va asignando a un mismo individuo y también la responsabilidad exigida para su cumplimiento se modifican a lo largo del proceso de evolución de la vida. Pues bien, con la entrada en la jubilación se produce una pérdida progresiva de los roles sociales que las personas adquirieron a lo largo de su vida. Se va produciendo así una reducción del papel de las personas mayores en la sociedad hasta quedar desposeído de roles, sin lugar y sin status (Robledo, 2016; Rodriguez 1994).

Teoría de la subcultura; postulada por Arnold Rose en 1965. Su fundamento es que las personas mayores coincidentes en una cierta edad, habitualmente personas de más de 65 años, comparten determinadas circunstancias biográficas como la pérdida de seres queridos, viven solos, u otras circunstancias comunes respecto a la necesidad o cuidados para la salud, situación económica, intereses culturales y sociales, etc que les impulsa a reunirse e interrelacionarse entre sí con mayor frecuencia que con otras edades, generando así una “subcultura de la edad”. Conlleva el presentimiento de encontrar mayor comprensión entre iguales a los problemas individuales porque también son vividos o experimentados en alguna dimensión por los otros. Unos y otros depositan en este grupo la posibilidad de llevar a cabo un envejecimiento satisfactorio utilizando o aprendiendo de los recursos personales que sirven a otros para afrontar

sus dificultades, y que por sí solos, en su aislamiento y soledad no podrían desarrollar (González, 2010).

Teoría de la continuidad; Robert Atchley (1971,1972) considera una persona mayor puede encontrarse con situaciones sociales diferentes a las ya experimentadas, sin embargo la capacidad de respuesta, la adaptación a procesos nuevos, así como el estilo de vida en esta etapa de envejecimiento están determinados, entre otros factores, por los hábitos, estilos de vida y la manera de ser y comportarse que ha seguido a lo largo de su vida en el pasado. Se basa en la teoría de la actividad, concibe al individuo en permanente desarrollo. La llegada de la jubilación para una persona no implica necesariamente la paralización o cese del crecimiento humano y social. En esta etapa se mantiene la capacidad para crear o sobreponerse a experiencias adversas provenientes de los distintos ámbitos que le rodean, la salud, social y psicológico (Rodríguez, 1994).

Envejecimiento saludable

El envejecimiento saludable, propuesto por la OMS (1998), definido como proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez es llamado productivo, positivo, activo o competente. La definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud, que conceptualiza el envejecimiento como: el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen; lo que les permite realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su curso vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados (De Juanas, Limón y Navarro, 2013). Este tipo de envejecimiento se puede obtener desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables, así como realizando prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades (Alvarado y Salazar, 2014).

En la actualidad y para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, existen multitud de alternativas y medidas preventivas. Estos abarcan desde factores ambientales a buenos hábitos de cuidado, a realización de los mínimos recomendados en actividad física por la

OMS, así como teniendo en cuenta multitud de perspectivas, médicas, psicológicas, sociales, antropológicas, entre otras (Parra-Rizo, 2016).

El envejecimiento saludable se refiere al proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez, esta capacidad se refiere a las funciones relacionadas con la salud comprendida por la misma persona, es decir, lo que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características. La capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona. El entorno comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida (Mendieta, 2018; OMS, 2015).

Por otro lado las interacciones entre la persona refleja la relación dinámica y recíproca entre los individuos y sus entorno. Cuando ese ajuste es bueno, la persona tiene mayores oportunidades de fomentar y mantener tanto su capacidad intrínseca como su capacidad funcional.

El envejecimiento activo sostiene una actividad mucho más amplia como un proceso óptimo de adaptación, que permite a las personas envejecer en buenas condiciones de salud, de funcionamiento físico y psicológico, de sentimientos positivos y de alta participación social, Los indicadores de envejecimiento saludable y/o activo varían según el país o población que se analice (Montero y Rodríguez, 2013; Montero-López, López-Giménez, Acevedo-Cantero y Mora-Urda, 2015). Sin embargo se encuentra relacionadas he incluso algunos autores las toman como sinónimos ya que van de la mano para lograr una mejor calidad de vida.

Envejecimiento normal

En la etapa evolutiva de la vejez, es normal que se produzcan múltiples modificaciones que afecten en grados diferentes los sistemas funcionales; se toma como el cambio más característico de esta etapa la lentificación del cerebro. Dicha lentificación redundará en cambios de la motricidad, de la capacidad sensorial, reduciendo las capacidades memorísticas y cognitivas. El envejecimiento normal es considerado como aquel donde no se encuentra bajo

alguna patología, es decir hace referencia a un declive fisiológico que pueden afectar en las formas de funcionar pero solo son observados cuando son forzados a utilizar determinada capacidad al límite (Barrera y Donola, 2009).

Se refiere a un enfoque que sostiene que sólo parte de los deterioros orgánicos y cognitivos son irreversibles, pero para contrarrestarlos, se necesitan de medios para prevenir su deterioro, controlarlo y/o enlentecerlo.

No rechaza que los sistemas sensoriales y cognitivos decaen paulatinamente, pero estos pueden no llegar hasta una gravedad extrema, es decir aquellos sentidos como el oído, vista, gusto, olfatos van a decaer con el paso del tiempo pero no llega a una enfermedad crónica que afecte por completo el funcionamiento del adulto mayor. El envejecimiento normal implica una doble vertiente: deficitaria y madurativa; en otras palabras, la primera se refiere a una curva descendente, por la inevitable disminución de las funciones psicológicas y biológicas, y la segunda se refiere a la curva ascendente, por la mayor serenidad reflexiva y una percepción más profunda de la realidad (Peña 2012).

Envejecimiento patológico

Es aquél donde el proceso de envejecimiento conlleva alguna enfermedad tanto física como mental, es decir donde el deterioro es evidente y existe una enfermedad crónica. Este tipo de envejecimiento está expuesto a factores de riesgo que ponen en peligro la salud en general, se caracteriza por ancianos dependientes de terceros (Borbón, Cruz y Castro, 2015).

El enfoque del ciclo vital, presenta 3 escenarios de intervención: adultos mayores con capacidad funcional alta y estable, con deterioro de la capacidad, y con pérdida de la capacidad. Los objetivos son prevenir enfermedades crónicas o asegurar la detección temprana, promover conductas que mejoren la capacidad funcional, retardar la disminución de la capacidad, manejar enfermedades crónicas avanzadas, asegurar la dignidad, eliminar las barreras a la participación y compensar la pérdida de la capacidad (Leiton, 2016).

Cuando la incidencia de procesos, fundamentalmente enfermedad, alteran los diversos parámetros e impiden o dificultan la correspondiente adaptación. Es decir, cuando se dan situaciones especiales o adversas que producen un empeoramiento de la capacidad funcional orgánica el proceso de envejecimiento fisiológico natural se transformaría en patológico (Borbón, Cruz y Castro, 2015).

Gran parte de los adultos mayores especialmente a edades más grandes, padecen uno o más enfermedades que irán produciendo discapacidad, los trastornos de tipo cognitivo son los más graves en estos enfermos. Los aspectos de la cognición que se encuentran afectados más frecuentemente son: memoria, atención, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento de la información, esta patología se traduce en dependencia a un cuidador primario, así se traduce en repercusiones al estado de salud es importante destacar que estas enfermedades no son consecuencia de un envejecimiento, sino resultado de otros factores como calidad de vida, accidentes, que dan paso a graves enfermedades como demencia, accidente cerebrovascular, artrosis, insuficiencia cardiorrespiratoria, entre otras (Mercado, Orrico, Bottero, Reussi, y Bado, 2012).

En este proceso patológico, la alteración fundamental del organismo es la pérdida de adaptabilidad, es decir la homeostasis a los cambios ambientales se vuelven menos sensibles, más lentos y la reserva fisiológica disminuye aceleradamente en comparación con un envejecimiento normal, donde pueden envejecer sin enfermedades y conservar su nivel funcional casi hasta el final de sus vidas, los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento hacen la diferencia, ya que el estado de salud está afectado en varias dimensiones, cualesquiera que sean los hábitos y comportamientos. En este grupo se encuentran esencialmente personas cuyas sobrevivencia depende de terceros (González y Ham-Chande, 2019).

Patología del envejecimiento

Los cambios normales del envejecimiento tienden a quedar ocultos en las enfermedades crónicas, esto quiere decir que las distinciones que serían claras entre lo normal y lo patológico son imperceptibles o con dificultad se puede notar la línea que divide el cambio, lo que puede verse y considerarse normal o patológico en ocasiones dependerá de una cuestión más semántica.

Las enfermedades crónicas que influyen con más frecuencia en los adultos mayores y que es de nuestro interés por formar parte de uno de los principales problemas de salud pública en esta población son la demencia y depresión. Una depresión severa puede afectar seriamente la función cognitiva de pacientes ancianos y acompañar incluso a trastornos neurocognitivos (demencia), puede ser un indicador temprano de enfermedad de Alzheimer, aunque también ha sido vinculada a cuadros cerebrovasculares (Tello-Rodríguez, Alarcón y Vizcarra-Escobar, 2016).

El envejecimiento de la población es un reto que tendrán los sistemas de salud como consecuencia de la transición demográfica que experimenta la mayoría de los países; este envejecimiento traerá consigo un incremento de las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, demencia senil, enfermedad de Alzheimer, procesos osteo-degenerativos y otros (Merodio, Rivas, y Martínez 2015).

La OMS reconoce que la demencia y depresión son un problema de salud pública. La demencia, la depresión y otros trastornos mentales de gran importancia están incluidos en el Programa de Acción Mundial en Salud Mental (mhGAP), por el cual se pretende mejorar la asistencia de los trastornos mentales, neurales y por abuso de sustancias psicotrópicas mediante la aportación de orientaciones e instrumentos para el desarrollo de los servicios de salud en las zonas pobres. Su presencia se asocia con los cambios normales en el proceso de envejecimiento juntos con otros factores como; la disminución del deseo, actividad sexual, problemas emocionales que tienen un profundo efecto sobre la calidad de vida (Belsky, 1996).

La demencia afecta a nivel mundial a unos 50 millones de personas, de las cuales alrededor del 60% viven en países de ingresos bajos y medios. Cada año se registran cerca de 10 millones de nuevos casos. Se calcula que entre un 5% y un 8% de la población general de 60 años o más sufre demencia en un determinado momento. Se prevé que el número total de personas con demencia alcance los 82 millones en 2030 y 152 millones en 2050. Buena parte de ese incremento puede achacarse al hecho de que en los países de ingresos bajos y medios el número de personas con demencia tenderá a aumentar cada vez más (OMS, 2017).

Depresión

Es considerado por la OMS como un trastorno mental que puede responder a numerosas causas como predisposición genética, personalidad, experiencias vitales, pérdidas actuales o anteriores, también se expresa mediante una amplia gama de molestias físicas y psicológicas, como un estado de ánimo persistente, pérdida de interés y placer al menos en dos semanas (mhGAP, 2016)

El envejecimiento es caracterizado por una sucesión de pérdidas significativas en la vida del sujeto, las cuales provocan un proceso de duelo con características muy similares a la depresión clínica. Aunados a los trastornos de la memoria, de la atención y las modificaciones del sueño, así como las dificultades de relación con el entorno matizan de un tono característico las quejas somáticas. Si a ello se suma cierto sentimiento de minusvalía y dependencia que existe frecuentemente por la pérdida de sus ingresos, el cierre de las perspectivas de vida, la muerte del cónyuge o personas significativas incluyendo el temor a la muerte propia, se entenderá la aparición de una enfermedad depresiva, de tipo reactivo y, en otras circunstancias, la presencia de una enfermedad melancólica (Caetano, 1993 como se citó en Hernández, 2005; Krassoievitch, 1993).

Al respecto, las investigaciones sobre el abordaje psicoterapéutico en el anciano reportan que la queja mayor que manifiestan es la pérdida de roles sociales, y que la dolencia más extendida en esta edad es la depresión, cuyas causas como sabemos son la separación o la pérdida de objetos reales o fantaseados considerados necesarios para satisfacer un deseo (Krassoievitch, 1993).

Existe una relación clara entre el suicidio y la depresión, no todos los suicidios se correlacionan con una enfermedad mental. Durante la vejez existen situaciones que inducen una desesperanza extrema, como las que corresponden a la muerte psicológica y social (Krassoievitch, 1993).

“De acuerdo con Valdés Mier (1987), las posibilidades de que el anciano considere el suicidio como una opción aumentan cuando existen factores adversos como vivir solo, no contar con afectos cercanos que brinden amparo, perder a los contemporáneos, tener limitaciones físicas, etcétera.” (Krassoievitch, 1993, p. 108).

Prevalencia

Puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. La depresión afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se trate porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores (OMS, 2017).

Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes sacarina. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria (OMS, 2017; Papalia, 2010).

La salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa. Por ejemplo, los adultos mayores con enfermedades como las cardiopatías presentan tasas más elevadas de depresión que quienes no padecen problemas médicos. Por el contrario, la coexistencia de depresión no tratada y cardiopatía en una persona mayor puede empeorar esta última (Martínez-Mendoza, Martínez-Ordaz, Esquivel-Molina, y Velasco-Rodríguez, 2007; OMS, 2017).

Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufren maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad (OMS, 2017).

Síntomas

La Guía mhGAP (2016) considera la presencia de los síntomas depresivos por lo menos durante dos semanas y estos síntomas tienen que ser persistentes, la depresión en el anciano puede estar oculta expresándose como sólo molestias físicas exageradas pero se expresan síntomas tales como:

- Alteraciones del sueño o dormir demasiado
- Cambio significativo del apetito o del peso (disminuyó o aumentó)
- Cansancio excesivo
- Disminución de concentración
- Desesperanza
- Pensamientos o actos suicidas
- Habla o se mueve con más lentitud de lo usual

Los cambios cognitivos característicos de la depresión incluyen indignidad e inutilidad, sentimientos irracionales de culpa e ideas de banalidad y falta de significado al mundo, sin embargo en casos graves el anciano puede estar psicótico o padecer demencia o alucinaciones, (Belkys, 1996).

Atención primaria a los adultos mayores con depresión

Al acudir por asistencia psicológica, se emplea el mismo procedimiento que con el adulto joven, sin embargo se recomienda una exploración física completa, un problema orgánico real puede estar provocando síntomas que parecen emocionales. Por ejemplo las siguientes enfermedades manifiestan parcialmente síntomas depresivos: hipotiroidismo, enfermedad de Addison, enfermedad de Cushing, anemia perniciosa, parkinsonismo idiopático, uremia, insuficiencia cardíaca, leucemia y tumores cerebrales (Klerman, 1983; Sáiz, 2001).

Pensemos que la promoción de la salud mental es un factor de prevención a nivel primario, permitiendo vivenciar el éxito de manejo de problemas específicos como cuestiones vitales cotidianas, mediante actividades que promueven el autocuidado esto puede reflejarse en la disminución de factores de riesgo como; depresión, demencia, controlando los factores de riesgo cardiovascular (HTA, dislipemia, concentración de homocisteína, etc.); el uso de fármacos antidepressivos en pacientes con comorbilidad (por ejemplo en individuos con deterioro macular asociado a la edad con amaurosis completa)

Demencia

No es una parte normal de envejecimiento y no hay cura, es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva. Las condiciones que causan demencia producen cambios en la capacidad mental, personalidad y conducta de la persona. Las personas con demencia usualmente sufren problemas relacionados con la

memoria y las habilidades necesarias para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (mhGAP, 2016).

Aunque la demencia puede manifestarse a cualquier edad, es más frecuente en personas mayores. La demencia es un declive de las funciones cognitivas en comparación con el nivel previo de funcionamiento, se le considera un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, de naturaleza crónica o progresiva (Junqué y Jurado, 2000; Sáiz, 2001).

En un inicio la demencia suele pasar desapercibida por el adulto mayor y quienes lo rodean pero conforme avanza se presenta una disminución importante de la autoestima. La ansiedad está prácticamente siempre presente y existe, de acuerdo con Goda (1982), un sufrimiento corporal que en general ocupa el primer plano. No es raro observar, actitudes de desconfianza en ocasiones, existen verdaderas ideas paranoides o comportamientos regresivos, con demandas, irritabilidad y actos autodestructivos (Krassoievitch, 1993).

Con la enfermedad demencial la reacción de duelo de la familia puede ser aún más notoria, ya que la mente del anciano se está "apagando", es decir, "muriendo". Surge un reacomodo de las relaciones en familia cuando uno de sus miembros padece demencia, Ribes (1988) describe varias fases. Durante la primera, denominada de "pérdida y de olvido", el paciente vive sus deficiencias con sufrimiento y ansiedad, en tanto que el entorno responde a ellas con negación, irritación e incomprensión. La familia todavía escucha al paciente y hace caso omiso de sus síntomas. En la segunda fase que, se caracteriza por la depresión del anciano, el entorno lo sobreprotege y se anticipa a sus movimientos y por el desconocimiento recíproco de éste y su entorno familiar. Por último es percibido entonces como una caricatura de lo que fue, en la que resaltan los rasgos más marcados, olvidados u ocultos. Ha perdido su lugar social y tan sólo cristaliza el sufrimiento de la familia. A partir de este momento cada miembro se ve muy amenazado en su espacio personal y la familia siente que el demente absorbe su energía vital (Krassoievitch, 1993; Hernández, 2005).

Prevalencia

Las formas de la demencia son múltiples y diversas. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia: se calcula que representa entre un 60% y un 70% de los casos. Otras formas frecuentes son la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy

(agregados anormales de proteínas en el interior de las células nerviosas) y un grupo de enfermedades que pueden contribuir a la demencia frontotemporal (degeneración del lóbulo frontal del cerebro). Los límites entre las distintas formas de demencia son difusos y frecuentemente coexisten formas mixtas (OMS, 2017).

Síntomas

La Guía mhGAP (2016) considera que el proceso de demencia con síntomas presentes durante por lo menos 6 meses y se manifiesta en 3 etapas principales.

Etapa temprana. El inicio es paulatino por lo que en esta primera etapa es casi imperceptible y a menudo puede confundirse con el proceso normal del envejecimiento, los principales síntomas que se presentan durante esta etapa son:

- Tendencia al olvido
- Pérdida de la noción del tiempo
- Desubicación espacial

Etapa intermedia. La enfermedad va evolucionando y los síntomas se vuelven más evidentes, y más limitadores, aparece un deterioro funcional, lo que constituye la incapacidad en el parámetro conductual, los síntomas que presenta son:

- Olvidan acontecimientos recientes
- Desubicados en su propio hogar
- Dificultades para comunicarse
- Necesitan de ayuda con el aseo e higiene personal
- Cambios de comportamientos como caminar por toda la casa y repetir las mismas preguntas

Etapa tardía o terminal. Se presenta una incapacidad casi total, los signos y síntomas son más evidentes:

- Una creciente desubicación del tiempo y el espacio
- Dificultades para reconocer a familiares y amigos
- Se vuelven dependientes de un cuidador primario
- Dificultades para caminar

- Las alteraciones en el comportamiento se exacerbaban y desembocaban en agresiones

Aunque la edad es el principal factor de riesgo de demencia, la enfermedad no es una consecuencia inevitable del envejecimiento. Además, la demencia no afecta exclusivamente a personas mayores. La demencia de inicio temprano (aparición de los síntomas antes de los 65 años) representa hasta un 9% de los casos. Algunas investigaciones han revelado una relación entre la aparición de deterioro cognitivo y factores de riesgo relacionados con el modo de vida que también son comunes a otras enfermedades no transmisibles, como la inactividad física, la obesidad, las dietas malsanas, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol, la diabetes y la hipertensión. Otros factores de riesgo potencialmente modificables son la depresión, el bajo nivel educativo, el aislamiento social y la inactividad cognitiva (OMS, 2017; Juqué y Jurado, 2000).

Atención primaria a los adultos mayores con demencia

Tiene importantes repercusiones sociales y económicas en lo que respecta a los costos referidos a la atención prestada fuera del ámbito institucional. En 2015, el costo social total de la demencia a nivel mundial se estimó en US\$ 818 000 millones. Esta cuantía equivale al 1,1% del producto interior bruto (PIB) mundial. El costo total expresado como proporción del PIB varía entre el 0,2% correspondiente a los países de ingresos bajos y medianos, y el 1,4% correspondiente a los países de ingresos altos. (OMS, 2017).

Contexto del envejecimiento en México

En este apartado se analizará la atención al envejecimiento en México a partir de los primeros indicios de interés en el tema enfocándose en: a) los antecedentes del posicionamiento del tema del envejecimiento en la agenda pública, tomando las políticas públicas desde el Plan Nacional de Desarrollo de los últimos sexenios; b) el proceso de envejecimiento de la población mexicana; y c) el avance a nivel institucional mediante el desarrollo de programas sociales. Lo anterior con la finalidad de tener una mirada completa al panorama de la atención que se ha brindado a los adultos mayores y su importancia en futuras investigaciones.

Antecedentes históricos

El inicio a la atención al envejecimiento en México tiene sus inicios a mediados del siglo XIX, se crearon instituciones para atender a los adultos mayores en situación de vulnerabilidad, sin embargo el interés en el tema se consolida hasta los años 70' donde era responsabilidad de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Sanitaria desde la promulgación de la Ley Orgánica de Administración Pública Federal, se otorgaron servicios de asistencia a la población envejecida (Vinaldo y Martínez, 2015).

En 1978, la Organización de las Naciones Unidas lanza la primera convocatoria para la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento esta es la primera expresión clara y de mayor importancia en el desarrollo de este tema.

Durante la administración de López Portillo se crearon en México dos instituciones responsables de la atención de este grupo, el Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia (SNDIF) en 1977 y el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) con los principales objetivos de protección, ayuda, atención y orientación de la población senecta, para entonces había un escaso o nulo conocimiento sobre las características físicas, psicológicas y sociales, esto nos da una idea de la atención que se le brinda a los adultos mayores. Podemos considerar relativamente reciente el interés por la población lo que nos indica que las investigaciones en este campo son amplias (Vinaldo y Martínez, 2015; Razo-González, 2014).

Para atender las diversas situaciones que se presentaban en el país se plantearon los Lineamientos Generales para la Implementación de Programas Asistenciales, en el cual se destacan protocolos de investigación, la implementación de programas de educación con la finalidad de propagar conocimiento y consecuencias del proceso de envejecimiento, se establecieron programas de postgrado en Geriatria y Gerontología así se crearon Centros de Producción Autofinanciables para Mayores. También muchos esfuerzos se encontraron truncados, como fue la propuesta de las Legislaturas LII y LIII para crear la ley Federal de la Vejez que contempla una definición de vejez, los derechos y prestaciones mínimas, se consideran los primeros diez años como los más importantes y a pesar de que en 1977 el tema era prácticamente desconocido de desarrollaron esfuerzos pero los problemas presupuestales, la falta de impulso por parte de los actores de gobierno fueron y siguen siendo un obstáculo que limita el logro de las metas (Vinaldo y Martínez, 2015).

Para Vinaldo y Martínez (2015) todo esto lleva a un periodo de estancamiento que concierne entre la transición del gobierno en 1988 en la administración del Presidente Carlos Salinas de Gortari, su Plan de Acción de Desarrollo no considera a la población senescente solo se desarrolló un subprograma “Maestros jubilados” la responsabilidad en aquel entonces recae en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) y se basó en apoyos alimentarios y es casos de abandono (Ribeiro-Ferreira y Mancinas-Espinoza, 2010).

Fue hasta el sexenio del Presidente Vicente Fox que llegó un nuevo impulso dentro de su plan de acción en el año 2000, El Plan Nacional de Desarrollo del sexenio 2001-2006 cuyos principales acciones dirigidas a los adultos mayores son; un mejor sistema de pensiones, desarrollo de políticas incluyentes para la atención a los ciudadanos de edad avanzada, brindar retribuciones, asistencia y oportunidades como empleo y programas de carácter preventivo. Durante este mandato se promulga la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, esta garantiza condiciones de bienestar, el ejercicio pleno de sus derechos, así como planes de acción para impulsar la atención interinstitucional e integral (Vinaldo y Martínez, 2015; Ribeiro-Ferreira y Mancinas-Espinoza, 2010).

Recientemente acabó el sexenio del Presidente Enrique Peña Nieto, el cual representó un proceso detenido, porque las acciones se mantienen al margen de los beneficios establecidos por el derecho internacional, no existe una propuesta clara durante este periodo, he incluso se encuentra limitada ya que según las estadísticas de los últimos años cerca de 73.2% de los adultos mayores se ven orillados a trabajar de manera informal y solo una cuarta parte se encuentra pensionada por lo que la población en la actualidad no se encuentra gozando de los derechos y dificultan el ejercicio de condiciones de igualdad, recibir el apoyo institucional además de ser protegidas contra toda forma de explotación y maltrato físico y mental (Vinaldo y Martínez, 2015).

En el reciente sexenio del Presidente Andrés Manuel López Obrador, promete un avance en materia de políticas públicas dirigidas a los adultos mayores, en el marco de los programas sociales de su administración. Uno de los más ambiciosos es el plan de pensiones para adultos mayores.

Proceso de envejecimiento demográfico en México

El descenso en la fecundidad y los bajos niveles de mortalidad traen como consecuencia el incremento en la esperanza de vida en los últimos 50 años, donde en 1970 la esperanza era de 61.9 y ha pasado en el 2015 a un 74.5, entre los sexos encontramos una diferencia de 5 años en hombres es de 72.3 y en mujeres de 77.7. Siendo cada vez más frecuente notar a personas llegar a los 100 años lo que nos indica que este factor va en aumento y a pasos agigantados. Este indicador, no menciona nada de salud, ni calidad de vida, es decir, en los últimos años de vida se puede vivir con salud o con enfermedad (Fernández, 2016).

El envejecimiento supone vulnerabilidad debido a un proceso mórbido, discapacidad, deterioro físico en general, lo que se refleja en un aumento a los servicios de salud, lo que implica costos económicos, físicos, psicológicos e incluso la muerte.

En 2000, las personas de 60 años o más representaban 6.8 por ciento de la población total del país y se espera serán 28.0 por ciento en 2050. De acuerdo con la revisión de 2002 de las estimaciones y proyecciones de la División de Población de las Naciones Unidas, la proporción de población envejecida para las regiones más desarrolladas del mundo habría aumentado de 11.7 por ciento en 1950 a 32.3 por ciento en 2050 (Partida y Virgilio, 2005, p 19).

La distribución territorial de los adultos mayores según el Consejo Nacional de Población en el 2000, refleja que el 54.8% vive en localidades urbanas, el resto en localidades mixtas o rurales. El promedio nacional del indicador es 9.7 adultos mayores por cada 100 personas en edad laboral; 16 entidades federativas están por encima de este promedio y ocho de ellas superan los 11 adultos mayores por cada 100 personas en edad laboral, entre ellas Ciudad de México, Zacatecas, Oaxaca, Nayarit, Yucatán, Michoacán, Veracruz y San Luis Potosí (INEGI, 2014; Flores, 2012).

A diferencia de los países industrializados en México aún existe una alta proporción de esta población que continúa trabajando, el empleo informal es predominante por lo que los montos de ingresos suelen ser bajos, en este sentido se tienen como consecuencia la degradación personal y la respectiva disminución de su calidad de vida. No es que socialmente los adultos mayores padecen de discriminación intencional y programada por parte de un sector social en

particular o de un poder público, se fomente el odio o desprecio por causas propias de su edad. Lo que sucede es que cuando la vejez se reproduce en contextos de miseria, en condiciones de desigualdad y desventaja, es relativamente fácil que se detonen prejuicios y estereotipos que motivan su desprecio o aversión. Así pues, factores como la pobreza, la enfermedad y el abandono, que padece un sector importante de la población adulta, los convierte en blanco asequible de discriminación (Osorio, 2016).

Otro indicador asociado es la seguridad social, que puede facilitar el acceso a servicio de otra manera representan costos económicos para la persona y su familia. Sin embargo ocurre en un contexto de altos niveles de pobreza. Por lo tanto, es necesario preparar a las instituciones y a la sociedad en su conjunto para atender las necesidades y demandas de este grupo de población tradicionalmente vulnerable (Hernández, Murguía, Hernández, 2014; CONAPO, 2017).

Se presenta una mayor demanda de servicios de salud pues existen tasas de morbilidad mayores y de necesidades de atención médica, los costos de la atención aumentarían debido a que las enfermedades crónico degenerativas son de más duración, implican el uso de terapias basadas en tecnologías y medicamentos costosos lo que posteriormente implicaría periodos de hospitalización más prolongada. Reporta CONAPO (2017) que las cinco principales causas de muerte en ambos sexos en el año 2000, fueron enfermedades cardiovasculares, neoplasias malignas, diabetes mellitus, enfermedades digestivas y respiratorias.

En México, las políticas de atención a la vejez han sufrido una falta de continuidad. Asociado con los intereses, objetivos y prioridades que se han estado modificando en la agenda específica de cada administración gubernamental, cada sexenio. Y tal como lo señalan Vivaldo y Martínez (2015), esto ha impedido una consolidación cabal de un sistema integral dirigido a la atención de los adultos mayores. En la historia de los organismos y políticas relacionadas con este tema, se destaca aquí que el trabajo conjunto del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y la Secretaría de Desarrollo Nacional (SEDESOL), se ha encargado de plasmar estos principios éticos en planes de acción. En lo concerniente a la educación, el objetivo se centró en la promoción de la igualdad de oportunidades, y favorecer el acceso a la educación a lo largo de toda la vida (Arriaga y Valdés, 2009; Gómez, 2014).

Poco se menciona en la literatura sobre la población indígena quienes forman parte de la población y necesidades de México. El impacto de la transición demográfica se observa principalmente en el cambio de rol que asume la población adulta mayor indígena, roles de autoridad que se transfieren a la población de edad media, desplazando a los viejos del poder gerontocrático; mayor supervivencia de personas analfabetas, monolingües en lengua nativa; vejez diferente en cuanto a estatus económico, niveles de salud y actividad productiva. Destaca, además, un proceso de masculinización del envejecimiento en población indígena, a diferencia de la población total del país, donde el proceso de envejecimiento está feminizado (Arriaga y Valdés, 2009).

Lo antes mencionado supone un impacto a futuro en la atención a la salud física y mental con un costo más elevado y demanda de servicios por eso la necesidad de atención primaria para la prevención de servicios especializados y brindar una calidad de vida optima, por ello en el siguiente capítulo se aborda el autocuidado en función a la promoción de la salud.

Capítulo 2. Autocuidado en la vejez

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1988) definió el autocuidado a todo aquello que las personas hacen con el propósito de restablecer y preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades. Es un término muy amplio que abarca la higiene (general y personal), nutrición (tipo y calidad de la comida), estilo de vida (actividades deportivas, tiempo libre), factores ambientales (condiciones de vida, costumbres sociales), factores socioeconómicos (nivel de ingresos, creencias culturales) y automedicación, como las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.; comprende la automedicación, el autotratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un entorno natural, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud (OMS, 2008).

Es autocuidado se centra en dos pilares importantes el primero se refiere a los recursos internos de los individuos, es decir, a las capacidad de cubrir sus necesidades básicas tales como alimentación, higiene, descanso, aspectos emocionales, o la capacidad de reconocer sus limitaciones y el otro pilar es el reconocimiento o el volver a conocerse que se refiere a un proceso de análisis e introspección, referente a la manera consciente de las necesidades limitaciones capacidades propias, implica que desde lo social y cultural se puede adquirir elementos para afrontar las situaciones problemáticas (Kickbusch, 1996; Calle 2016).

El autocuidado forma parte de promoción a la salud, por lo cual tiene como objetivo mantener el funcionamiento independiente de la persona, se entienden esto como actividades diarias, íntimas y personales. Involucra el mantenimiento y la conservación de la preservación de la vida a lo largo de la historia y se han construido significados y prácticas socioculturales diversas que determinan las formas culturales de cuidarse a sí mismos o estilos de vida, ya sea de manera temporal o permanente, orientadas a la continuación de la vida, al mantenimiento y prolongación de la salud, basadas en creencias, costumbres y conocimientos (OMS, 2008).

Por ello el profesional de salud busca estimular el cambio en las personas, de una actitud pasiva frente al cuidado de su salud a una activa, lo cual implica que las personas tomen la

iniciativa y actúen en busca del bienestar deseado; además, se pretende lograr cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado de la propia vida y la del colectivo; para que esto se dé, se requiere internalizar la importancia de la responsabilidad y el compromiso que se tiene consigo mismo, así como desarrollar un estilo de vida saludable (Kickbusch, 1996,).

El autocuidado está estrechamente relacionado con aspectos que redundan en condiciones saludables para el sujeto y es imposible concebir el bienestar propio sin un medio natural, social y cultural que lo propicien. Se concibe el autocuidado a partir del concepto del conocimiento y reconocimiento de sí mismo para poder pensar y ubicarse entre lo que le compete y lo que le atañe, esto es, impactó de modo directo en las emociones, sensaciones, experiencias, sentimientos, necesidades, entre otras; y lo que convoca acción o participación, en el bienestar corporal o físico, psíquico y familiar (Calle, 2016).

Autocuidado como promoción de la salud

Las acciones para impulsar la prevención primaria de la salud se definen en educación de la salud para un envejecimiento sano y activo, considerando los estilos de vida saludable, así como la utilización de los servicios de salud; donde la promoción del autocuidado cumple con estas acciones preventivas (Gutierrez, 2015; Giraldo, Toro, Macías, Valencia y Palacio Rodríguez, 2010).

Las acciones preventivas se basan en el cuidado personal, automantenimiento y en actividades de la vida diaria y se define como las actividades que tienen que ver con las destrezas para la integración social y comunitaria (Garcilazo, 2015).

En este planteamiento se incluye; la alimentación, vestido e higiene personal, movilidad, comunicación y recuperación del rol social anterior o nuevo. Se concibe las actividades de la vida diaria como aquellas actividades fundamentales para la supervivencia como por ejemplo la alimentación, mantener la higiene personal, evitar peligros y en algunos casos habilidades sociales básicas, hasta aspectos más complejos del cuidado personal e independencia vital como cocinar, comprar y otras tareas del hogar (Villamil y Nevado, 2005).

Al hablar de autocuidado estamos básicamente refiriendo al conjunto de medidas que toman las personas para mejorar su propia salud y bienestar, esto habla de una amplia relación con la promoción de la salud.

La promoción de la salud consiste en proporcionar los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, para alcanzar ese estado de bienestar tanto físico, mental y social es necesario que el individuo sea capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio que lo rodea (Kickbush, 1996).

El autocuidado brinda puntos de entrada para la acción comunitaria entre ellos; el primer punto es atención primaria, es decir, un primer contacto que trae como resultado bajos costos, económicos y emocionales evitando la necesidad de los altos costos que implican los otros niveles de atención. En segundo lugar la información suministrada que permite a los miembros de una comunidad tomar medidas para cuidarse a sí mismos y saber cuándo necesitan buscar ayuda profesional. Es importante considerar que la comunidad tiene derecho a la participación y la capacidad para llevarla a cabo de forma efectiva y responsable, lo que resulta en control sobre las decisiones correspondientes a la atención en salud y su implementación. (Kickbusch, 1996; OPS, 2008).

Esta es una brecha que trae muchos beneficios a la sociedad y de manera muy puntual en esta investigación se enfocara en los beneficios en la salud mental en la población adulta mayor.

La teoría de Orem establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, propone a este respecto tres tipos de requisitos, de autocuidado universal, de autocuidado del desarrollo, de autocuidado de desviación de la salud (Naranjo, Concepción, Rodríguez, 2017; Hernández, 2018).

1. **Requisito de autocuidado universal;** se compone por la exploración física y la anamnesis incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
2. **Requisito de autocuidado del desarrollo;** Son las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
3. **Requisito de autocuidado de desviación de la salud;** Son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica, están enfocados a los estados de salud.

Orem también se refiere a factores condicionantes básicos: es decir a los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. Se puede asumir el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud (Martínez, 2001; Naranjo, Concepción, Rodríguez, 2017).

Entre las principales prácticas para el autocuidado en los adultos mayores se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para restablecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, habilidades sociales, evitar consumo de sustancia. Estas prácticas permiten las adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y promueven la salud en el adulto mayor (Villamil y Nevado, 2005).

Estas actividades dependen de la etapa de desarrollo y de las condiciones de salud de la persona; también la necesidad terapéutica por parte de la persona para llevar a cabo las actividades para su bienestar. Asimismo, los sistemas de ayuda donde el profesional o familiares

pueden apoyar para cubrir las necesidades terapéuticas (Robles, López, Morales, Palomino y Figueroa, 2014).

Desde el enfoque de la salud, el individuo, la comunidad y de la población fungen como objeto de atención. Como parte de las acciones que se desarrollan en salud, está la promoción de la salud, en la cual se requiere trascender del comportamiento, de los estilos de vida, mediante un esfuerzo conjunto de personas y organizaciones que buscan el bienestar tanto físico como mental (Villamil y Nevado, 2005).

La concepción de salud desde lo preventivo requiere trabajar, de lo comunitario a lo individual, dado que la mayoría de las enfermedades que afectan a la salud vienen del medio y trascienden a un espacio personal, que finalmente se relacionan con el ámbito social y ecológico, en el que los hábitos, historia, culturas y situaciones comunes, unen a los grupos (Villamil y Nevado, 2005).

El autocuidado es básicamente el conjunto de medida para mejorar la propia salud y bienestar en el seno de sus actividades cotidianas, en el que la salud está relacionada con procesos básicos de significados, normas y poder, es decir que ello supone relacionar las prácticas de autocuidado con las normas que rigen el contexto (OMS, 1996).

La mayoría de las personas tienen la capacidad física y mental para realizar actividades de autocuidado a sí mismas. Por lo que llevarla a cabo es responsabilidad de cada individuo, sin embargo es importante conocer la preocupación de la sociedad por mantener el equilibrio en la salud, debida a que se considera un elemento básico para el desarrollo social. No solo demanda una función inherente a los profesionales de la salud, sino que también involucra al adulto mayor, su familia, vecinos, grupos voluntarios y comunidad (Can Valle, Sarabia, Guerrero, 2007).

El autocuidado convierte a la persona adulta mayor en motor de su propio bienestar y con el apoyo familiar y participación de los recursos de la comunidad, la cual debe tomar parte activa en la promoción de la salud. La promoción del autocuidado, las terapias de remotivación hacia el

entorno, retorno a la realidad y resocialización también se consideran beneficiosas en trastornos cognitivos y sobretodo están indicadas en la demencia (Pino, 2007).

Factores que influyen en el autocuidado

Orem (1991) menciona que hay factores condicionantes que intervienen en las capacidades de cada persona para realizar su autocuidado, como son: edad, género, estado de desarrollo, estado de salud, estilo de vida, factores del sistema sanitario, factores socioculturales, factores del sistema familiar, disponibilidad de recursos y factores externos del entorno. En esta investigación se enfocará en alguno de estos factores, disponibilidad y adecuación de los recursos (Robles et al, 2014; Naranjo, Concepción y Rodríguez, 2017).

El estado de salud actual de los adultos mayores es el resultado complejo de al menos tres factores: las condiciones de salud de la infancia (perinatal, crecimiento y desarrollo durante primeros cinco años), los perfiles de riesgos conductuales (el tabaquismo, alcoholismo, régimen alimentario, actividad física), y el uso y acceso a los servicios de salud (reflejados en el nivel de educación y participación en el mercado laboral). Por ello, el logro de un envejecimiento activo requiere acciones multisectoriales con un enfoque de promoción de salud y desarrollo humano a lo largo del ciclo vital (Espinosa, 2012 p. 64).

Por otro lado Tobón en el 2003 refiere que hay factores internos y externos, los factores internos son los conocimientos, que permiten tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o ante el riesgo hacer frente al cuidado de la salud, la voluntad, facultad que moviliza en la persona estructuras emocionales y mentales que lo llevan a replantearse hábitos, es decir, la repetición de una conducta que interioriza la persona como respuesta a una situación determinada y que permite el establecimiento de patrones de comportamiento, contribuye a un cambio en las costumbres y creencias. También considera las actitudes, como el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación en favor o en contra, ante una situación determinada según los valores, los principios y la motivación. Los factores externos se refieren a: el medio familiar, social, económico, político, cultural, sistemas de creencias y tradiciones, entre otros (Tobón, 2003; Zea, 2009).

Para fines de este trabajo se enfocará en tres factores fundamentales que intervienen en el autocuidado.

Estilos de vida y estado de salud. La transformación en los estilos y condiciones de vida producen cambios sociales muy complejos que requieren alternativas viables orientadas a su resolución. Por eso es fundamental guiar los estilos de vida al cuidado y autocuidado centrado en aspectos saludables que favorezcan el estado de salud de las personas, familias, grupos o comunidades a las que pertenecen, los valores culturales han de tenerse en cuenta, así como sus prácticas cotidianas, visión del mundo, lenguaje, tradiciones e idiosincrasia personal, familia y entorno (Lozano, Rubí, y Gómez, 2009).

Sistema sanitario y sociocultural. El sector sanitario no ha sido ajeno al adulto mayor la sociedad reduce la identidad de las personas mayores a la edad, con las consecuentes asociaciones a estereotipos negativos y el ajuste de expectativas a los límites del envejecimiento biológico. El aumento en el número de personas mayores ha suscitado una preocupación por la disponibilidad de servicios ante el previsible incremento de las necesidades de cuidados, en un escenario de disminución de los efectivos del sistema informal de atención, siendo la familia la principal fuente proveedora de ayuda de las personas con problemas de dependencia (Gonzalo y Pasarín, 2004).

La inseguridad económica es un problema que afecta a todos los ancianos, pero particularmente a aquellos que desarrollaron actividades laborales en el sector informal y que no cotizaron para recibir una jubilación o una pensión en la vejez. Las mujeres ancianas están sobrerrepresentadas en este grupo de adultos mayores que no reciben ingresos. Debido a los roles de género tradicionales, las mujeres tienen menos probabilidad de trabajar para generar ingresos y ahorros que les permitan solventar sus necesidades económicas en la vejez. Por ello, las ayudas familiares se hacen necesarias para apoyar a los adultos mayores (Salgado-de Snyder y Wong, 2007).

Otros factores asociados a la salud son los niveles de educación y alfabetismo se traducen en limitaciones de acceso a los sistemas de protección social. Por otro lado y también asociada los roles de género y la pobreza es el bajo nivel de escolaridad de las mujeres ancianas en relación con los hombres (Wong, Espinoza y Palloni, 2007).

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) muestran que, entre personas de 60 años y más, aproximadamente el mismo porcentaje de hombres y mujeres tienen derechohabiencia (77% en las áreas urbanas y 40% en las rurales). Es importante señalar que la población de adultos mayores de 60 años informa tener un mayor nivel de cobertura que los que se encuentran entre los 50 y 59 años, por ejemplo, y esto se debe a que la población de mayor edad tiende a tener cobertura, no solamente por su propia derechohabiencia relacionada con la actividad laboral, sino también por ser padres dependientes de algún asegurado. De ahí se concluye que la política de cobertura pro familia de las instituciones de seguridad social en México coloca al anciano en situación ventajosa comparada con la de otras generaciones (Salgado-de Snyder y Wong, 2007).

Sistema familiar: se considera un pilar fundamental en la etapa de vida adulta mayor. Constituye uno de los recursos más importantes de la población, es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de los adultos mayores que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal. Para los adultos mayores parece que lo más importante es el potencial de relación y ayuda, la conciencia de que existe una persona relevante a quien acudir en caso de necesidad (Melgar, 2012).

La familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socio afectivas ya que son las relaciones que más proporcionan sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social (Rincón, 2008).

La idea de salud y de acción a la promoción pretende moverse en dirección al patrón, contexto y significado, la gente necesita vivir su vida cotidiana con la mayor calidad de vida posible, lo que significa adaptarse a al contexto, por lo tanto el campo de investigación sobre autocuidado no está vacío sino que se tiene el respaldo de otras ramas de investigación como apoyo social, tema que se profundizará en el siguiente capítulo.

En resumen uno de los principales puntos a trabajar en la promoción de la salud es el autocuidado que hace referencia a la responsabilidad que tiene un individuo para el fomento,

conservación y cuidado de su propia salud, es el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno, por lo que en un primer plano el apoyo de la familia es muy importante para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar (Sillas y Jordán, 2011).

Muchas veces esta conducta puede influenciarse y beneficiarse de las redes de apoyo social punto que abordaremos con más profundidad en el siguiente capítulo.

Capítulo 3. Apoyo social en el envejecimiento

El adulto mayor debe adaptarse a los cambios psíquicos y físicos que se producen en su organismo a la vez que se acomoda a la pautas de la sociedad, en este aspecto la vejez adquiere unas peculiaridades sociales diferentes de otras etapas evolutivas de la vida del ser humano, entre algunas de las variaciones sociales se encuentra con el apoyo social (Francesc, Altarriba, 1992).

Uno de los cambios sociales que aparecen dentro de esta etapa, es el cambio en la esfera social, se va relajando paulatinamente o se cesa por completo con los contactos sociales, esto se relaciona con la jubilación la que provoca una ruptura de vínculos sociales y por lo tanto influye en el apoyo social (Lehr, 1980).

Se entiende por apoyo social aquella red de relaciones que proporcionan compañía, ayuda y emociones, facilita las conductas de promoción de la salud. También contribuye a la disminución del impacto en los acontecimientos estresantes y además de ser una barrera contra los efectos negativos, la familia es la fuente de apoyo social de más vital importancia para los adultos mayores. Ellos son los que mantienen contacto frecuente con las denominadas relaciones primarias, esto se traduce a recibir apoyo de ellos (Pizano, 2006).

Pizano (2006) diferencia dos tipos de apoyo social entre los que se encuentran;

1. Apoyo informal: Se refiere al cuidado y el apoyo que reciben necesario para realizar sus actividades, comúnmente son los familiares o personas más cercanas quienes ofrecen este cuidado.
2. Apoyo formal: Se refiere a los servicios de profesionales de asociaciones, sindicatos, se presta a partir de residencias, centros de día, servicios de ayuda, entre otros.

También menciona una taxonomía o forma en las que se presenta el apoyo social que se puede observar en los dos tipos de apoyo mencionados anteriormente se trata de:

1. Apoyo emocional: Supone desempeñar un papel sobre el fomento y mantenimiento de la salud, una relación íntima con el adulto mayor, así como el aumento de autoestima, valoración y aceptación del adulto mayor.
2. Apoyo informacional: Se refiere al consejo o información brindada que sirve como ayuda a superar diversas situaciones.
3. Apoyo material o instrumental: Es la prestación de materiales o servicios.

Se considera a la familia como la más importante y cercana figura de apoyo, sobre todo durante el envejecimiento el principal apoyo es el emocional sin embargo de ahí se deriva el cubrir las necesidades, posteriormente los amigos o aquellas personas importantes son también proveedoras de apoyo pero comúnmente solo en casos donde no se cuente con un familiar cercano (Pizzano, 2006; Aguilar, 2014).

Apoyo social y salud mental

El apoyo social es considerado un facilitador para promover la salud, esto se relaciona con que cada vez es más reducida la mortalidad lo que se traduce en una amplia interacción familiar, es decir con el aumento en la esperanza de vida lleva a las personas a adoptar en forma simultánea múltiples roles familiares o sociales que contribuyen a estimular en las personas el deseo de ordenar sus vidas, abriendo nuevas oportunidades, retos o desafíos en los ámbitos social, comunitario, laboral, familiar e individual (Tuirán, 2002; Pizano, 2006).

Las condiciones de salud cambian con el aumento de la edad sobre todo si padecen enfermedades o discapacidades lo que se resume en necesidades de atención, cuidado y apoyo, este apoyo es en especial responsabilidad de los hijos, quienes tendrán que brindar salud y bienestar a sus padres de edad avanzada. Ante la insuficiencia de seguridad social la responsabilidad de proteger a los adultos mayores en situación de dependencia cae tradicionalmente en los hogares y en las redes de apoyo, con lo cual podría emerger una fuerte tensión para las familias, es decir, que los integrantes de las generaciones recientes se verán obligados a hacer frente a la atención simultánea de los hijos y de los padres por un periodo incluso aún más prolongado de generaciones anteriores, esto podría implicar garantizar la subsistencia de menores y ancianos durante edades cercanas a su propio retiro (Tuirán, 2002).

El apoyo social se encuentra íntimamente ligado con la salud. Existe desde que el hombre se relaciona en grupos, por la búsqueda de la conservación individual, por tanto en el ámbito pragmático del cuidado ante los diversos síntomas, como en ámbito simbólico o afectivo, tiene un efecto amortiguador emocional y material ante los problemas de salud, así como ante los efectos de los estresores. Los efectos positivos del apoyo social se pueden relacionar con la posibilidad de reforzar los sentimientos de control específicos de un rol, lo que se traduce como mecanismo de cohesión e inclusión del grupo social (Aguilar, 2014; Montes y Macedo, 2012; Krause y Borawski, 1997).

Las personas con carencias sociales se consideran más vulnerables, por lo que enferman o mueren con mayor frecuencias ya que tienen un menor acceso a los recursos sanitarios básicos y del sistema de salud, estas características condicionan la forma de vida y muerte en que se alcanza a edades avanzadas (Montes y Macedo, 2012).

En este capítulo se pone especial atención en la dimensión social, pero específicamente en lo referente a las redes de apoyo.

Redes de apoyo

Las redes de apoyo social se definen como el otorgar recursos tanto materiales como no materiales, entre los individuos de un grupo o comunidad, esto incluye los tipos de apoyo mencionados anteriormente, el emocional, material y la información (Aguilar, 2014).

La red de apoyo puede ser un espacio que cura en el estricto sentido clínico, así como es proveedora de recursos institucionales (servicios sociales), o naturales (en los grupos y sus relaciones) y aparece como una entidad que a partir del individuo moviliza los recursos comunitarios mediante las políticas de solidaridad. Se le asigna una capacidad de empoderamiento de las redes naturales de los sujetos y sus relaciones dinámicas mediante la intervención en red para ejercer un cambio entre las demás redes formales e informales (Angarita, 2008).

En este trabajo se enfocará en las redes de apoyo social primarias o informales como la familia, amigos, pareja, y por último en las consideradas secundarias o formales, es decir, las instituciones que representan un factor importante en la promoción de la salud del adulto mayor.

Se pueden considerar a las redes sociales como un sistema de intercambio de apoyos que surgen y se multiplican entre los sectores de la población, constituyen seguridad social para la sobrevivencia, que satisfacen necesidades no cubiertas por el apoyo formal (Montes y Macedo, 2015).

“Se reduce la cifra de contactos interpersonales en cantidad y fundamentalmente en intensidad y forma de las relaciones sociales sufre un cambio cualitativo que tiende hacia una funcionalidad exagerada a medida que la edad avanza” (Fericgla, 2002).

El nivel psicológico, la necesidad de compañía puede llevar a la persona a establecer relaciones personales intensas, ingresar o aumentar su participación en la sociedad, ya sea en clubes deportivos o de algún otro tipo de servicio incluso como voluntarios, en este caso la meta es satisfacer o reducir la necesidad de compañía, debido a que existe la jubilación que se puede ver como una transición que involucra cambios (Villa, 2005).

Uno de los cambios sociales que aparecen dentro de esta etapa, es el cambio en la esfera social, se va relajando paulatinamente o se cesa por completo con los contactos sociales, esto se relaciona con la jubilación la que provoca una ruptura de vínculos sociales y por lo tanto influye en el apoyo social (Lehr, 1980).

La jubilación implica cambios de roles sociales que comprenden la interacción con la familia, amigos, y afiliaciones informales como los compañeros de trabajo, además de reducir la actividad de los adultos mayores a medida que sus fuerzas menguan, incrementando su dependencia así como la alternativa a nuevos proyectos y reduciendo con su capacidad adquisitiva del rol y status personal y social (Francesc y Altarriba, 1994; Villa, 2005).

La vida del jubilado es totalmente distinta, por ejemplo la preocupación de los hijos por la salud y seguridad de sus padres pretendiendo que de buena fe controlar la condición de salud, pero en este momento del ciclo vital es donde se encuentran con una consecuencia social, que implica pérdidas entre ellas, de seguridad en la familia, es decir, ya no se le considera un miembro productivo, así como la necesidad de adoptar un nuevo rol (Villagómez, 2013; Lehr, 1980)

El mayor temor de llegar a la vejez es afrontar estar enfermo, acabado, pobre, solo, y en especial siendo una carga para la familia. Cuando se acepta la vejez ésta puede ser identificada como atendida o no atendida; en la primera hace referencia a la importancia del apoyo de la familia, donde los lazos afectivos son fuertes, se recibe todos los cuidados y atenciones posibles, en la segunda el apoyo de la familia no cubre las necesidades afectivas, ni cuidados, ni atenciones (Reyes y Villasana, 2010).

Las redes apoyo como determinantes de la salud

Las redes de apoyo continúan modelando la vida de la persona y su comportamiento desde edades tempranas como en la infancia hasta la edad adulta o tercera edad, son básicas para el desarrollo personal y afectivo, así como para la salud, tanto física como mental (Sánchez, 2009).

Entre todas las áreas de relaciones sociales se producen cambios notables que benefician a los adultos mayores entre las más relevantes destacan las que veremos a continuación.

El proceso creciente de la disminución de las funciones físicas y/o mentales que caracteriza un envejecimiento va impidiendo lentamente que las relaciones sociales habituales, se desarrollen con normalidad es decir, las dificultades en los sentidos auditivo, visual, de retención propicia que el adulto mayor pierda su capacidad de interacción con su entorno (Fericgla, 2002).

Aspectos como la soledad, muerte del cónyuge, de los hijos, de los amigos, o de los parientes más próximos, las enfermedades que tornan difíciles las visitas y comunicación sociales, la pérdida de capacidad económica o de poder que significa la jubilación obligatoria,

entre otras, dejan marcas en la vida de los sujetos, que favorecen los trastornos psíquicos en los adultos mayores (Melero, 1994).

La red de apoyo social del adulto mayor está conformada por un conjunto restringido de relaciones familiares y no familiares. Este apoyo puede no ser permanente pero representa transacciones interpersonales que son significativos en situaciones críticas y fundamentalmente ante conflictos y problemas. El apoyo tiene un impacto en la calidad de vida ya que cumplen un papel ante su deteriora físico, social y mental, evitan así el deterioro real o imaginario que podría generarse cuando se producen dificultades. La integración social de los mayores y las relaciones sociales que establecen pueden lograr un efecto positivo sobre la salud, protegiéndola frente a la pérdida de funcionalidad y el inicio de la discapacidad (Villagomez, 2013).

Por ello es importante hablar de aquellas redes sociales del adulto mayor, a continuación se mencionan las redes de apoyo más significativas y su impacto en la vida.

Fuentes de apoyo de las personas mayores

Familia

Considerada la célula básica de la sociedad, es el núcleo de toda organización social. Regula la actividad y proporciona un contexto de seguridad, intimidad, afecto e identidad. Los cambios que se constituyen dan lugar a que con el aumento de la edad, los estatus y roles sufren adaptaciones , como el rol del abuelo (Sánchez. 2009; Fericgla, 2002).

Comúnmente los adultos mayores son renuentes a convertirse en una carga para sus familias y al renunciar a su libertad, la manera en que los familiares manejan sus problemas cuando el padre o madre anciano está enfermo puede ser agotador física y emocionalmente. Cuando las relaciones familiares suelen ser mala o inexistentes, los efectos negativos pueden ser profundos y afectar el bienestar (Papalia, 2010).

La familia está formada por un grupo de personas, vinculadas entre sí por lazos de matrimonio o descendencia, que se articulan para su reproducción se establece un régimen de

obligaciones y compromisos entre los miembros dentro del hogar, estas contribuyen a reproducir al grupo con apoyos económicos, sociales, rituales, culturales y afectivos (Villagómez, 2013).

Tener hijos y contactar con ellos con frecuencia produce en el mayor una alta satisfacción, esta instancia social desde proporcionar a sus miembros protección, socialización, compañía y seguridad, constituyendo una red de reciprocidad de apoyos, en este esquema niños y adultos mayores si como personas con discapacidad, deben recibir apoyos especiales para cubrir sus necesidades de manutención cuidados y afecto.

Pareja

El estar casado trae beneficios a la salud de los adultos mayores, porque quienes reportan un matrimonio satisfactorio tienen mayores probabilidades de mejoras, esto relacionado a la forma en que se resuelven los problemas, además de una mayor habilidad para regular sus emociones. Por otro lado quienes no viven bajo una relación considerada satisfactorio o vivieron un divorcio se asocia con independencia económica, problemas para adaptarse a los cambios y una menor esperanza en el futuro (Sánchez, 2009).

Las mujeres adultas mayores tienen mayor probabilidad de ser viudas, debido a que su esperanza de vida es mayor en comparación con los varones, tienden a casarse con más edad y a que su esperanza de vida sea corta (Sánchez, 2009).

La viudez supone cambios profundos y pérdidas de carácter objetivo y subjetivo, teniendo consecuencias negativas en la salud y la mortalidad. Cuando las personas adultas mayores necesitan apoyo social y cuidado lo reciben en general por este orden: del conyugue, hijo, otros familiares, los hijos en especial proporcionan cuidados y atención personal y doméstica, estas tareas adquieren mayor importancia para el adulto mayor que es viudo (Brazo, 2000).

Este apoyo de la familia puede tener un efecto amortiguador indirecto sobre todo ante la diversidad de pérdidas tanto personales como sociales a las cuales se enfrentan a los adultos mayores que puede llegar a ejercer un papel negativo en la conducta (Férrandez-Ballesteros, Moya, Iñiguez y Dolores, 1999).

Amigos

Quienes cuentan con un círculo activo de amigos suelen ser más sanos y felices, debido a que pueden confiar sus sentimientos y pensamientos, hablar de sus preocupaciones, además de sentirse valorados y queridos a pesar de las pérdidas físicas y de otro tipo. La red de amigos, más que la existencia de sólo un buen amigo, hombre o mujer, es esencial para el cuidado fuera del ámbito del hogar. (Papalia, 2010; Guzmán, Huenchuan y Montes, 2003).

Los amigos pueden incidir en la salud al formar un grupo donde los integrantes tengan características similares les da sentido de pertenencia, ya que actúa como sostén, apoyo y como pilar afectivo proporciona modos de percibir la realidad, como son los valores o estereotipos y/o cómo conducirse ante esa realidad, como las actitudes y las normas. Esto implica que gran parte de nuestros comportamientos se los debemos a la sociedad (Marín y Garrido, 2003).

Los apoyos que brinda la red de amigos son más públicos que los provistos en el seno de la familia, pero más personales que los suministrados por el sistema formal (Himes, 2000).

Instituciones

Los apoyos institucionales son una opción importante para los adultos mayores así como para la familia es una estrategia de supervivencia.

Las políticas en Salud Mental en los últimos años han aumentado, estas acciones urgen ante la necesidad de las residencias debido a diferentes factores; uno de ellos es el aumento del número de personas mayores con niveles crecientes de dependencia y reducción de la autonomía, en parte generadas por el aumento en la esperanza de vida y el aumento de la incidencia de enfermedades como las demencias (Matusevich y Triskier, 2007). Por ello una de las opciones consideradas para los ancianos son las residencias, hogares o asilos públicos y privados.

El hogar de ancianos es la institución colectiva en la que se alojan personas ancianas en calidad de internos que suelen recibir alimentación, hospedaje y atención terapéutica incluyéndose en esta categoría a los geriátricos de carácter integral destinada al alojamiento y

atención de las necesidades biológicas y culturales, que cuenta con áreas específicas según requerimientos prestacionales, en un ambiente adecuado al funcionamiento gerontológico (Fassio, 2007).

Las residencias para adultos mayores implican una pérdida de la libertad y de la oportunidad de inserción en comunidad, a otros se les privilegian la oportunidad de cuidados, mientras que existe un tercer grupo en general de escasos recursos y sin familia, que se encuentra en situación de aislamiento, calle y su percepción es la de una vejez en soledad para el que es una alternativa viable de incremento de las relaciones sociales así como seguridad, y salud (Fassio, 2007).

Las organizaciones representan la objetivación de un orden social en un momento y espacio determinados, es decir que la cultura organizacional expresa, en parte, el significado compartido socialmente sobre las formas en que las instituciones regulan los intercambios entre individuos y organizaciones, en este caso los adultos mayores y las residencias para mayores (Fassio, 2007; Guzmán y Montes, 2003).

Políticas públicas

Cuando los apoyos institucionales disminuyen o desaparecen, la red de apoyo informal (familia, amigos y otros) tiende a activarse, y desactivarse cuando existen apoyos institucionales. Estas redes informales pueden verse seriamente dañadas cuando ocurren crisis graves, en las que los actores que intervienen en ellas (familiares, amigos y otros) sufren mermas extremas de sus propios recursos, dejando a los grupos más vulnerables como es el caso de los mayores de edad en una situación altamente precaria, dónde surge como una necesidad de políticas públicas y la búsqueda de instituciones. Se destaca la existencia de espacios específicos de interacción entre las redes formales y las informales como los asilos y programas de apoyo económico como Sesenta y más, INAPAM, y los programas de pensiones entre otros, que permiten a los mayores hacer una contribución a los otros miembros del hogar (Guzmán y Montes, 2003).

Religión

Desempeña un papel de apoyo social por medio de la percepción de ejercer un control sobre la vida por medio de la oración, promueve estados emocionales positivos, reduce el estrés, y la fe en Dios o alguna otra doctrina es la una manera de buscar sentido a la vida tanto a las desgracias como a los logros (Papalia, 2010).

La religión parece estar insertado en especial durante la vejez, frente a los problemas que conlleva la jubilación, la religión funge como refugio es la oportunidad de desempeñar roles dentro de la Iglesia, permitiendo mantenerse dentro del status social. Los beneficios más significativos son la identidad y reintegración a un grupo social, en especial cuando no tienen apoyos (Zapata, 2001).

Según algunos autores al pertenecer a este grupo religioso se despliegan sentimientos de altruismo, las prácticas de fe motivan a los adultos mayores a tener comportamientos saludables y es una ayuda para la enfermedad pues es capaz de trascender sus sufrimientos. La religión se considera un apoyo social el cual disminuye el estrés psicológico, la presión alta y ayuda en el manejo de algunas enfermedades, entonces a mayor participación religiosa se ofrece un grado de esperanza y fuerza emocional (Valenzuela y Odgers, 2014).

Se considera a la población adulta mayor con el mayor compromiso religioso así como participación, además construyen significados personales e integran las creencias y prácticas, resaltando sus efectos positivos en la autoestima, optimismo, felicidad. En México la espiritualidad es fuente de significación y resignificación del sentido de vida y un estilo de gran trascendencia, especialmente en el ámbito rural (Vázquez, Vazquéz, y Orozco, 2006).

Las agrupaciones de pares como los grupos religiosos pueden ayudar desde lo público a que el individuo descubra al otro, a quien necesita además de promover singularidad y realización personal, pueden sentirse menos ansiosos y más felices, al aceptarse a sí mismos desde la interacción con los demás mejora la autoestima, la salud física y psíquica (Ocampo, Romero, Herrera y Reyes-Ortiz, 2006).

En conclusión para este capítulo; los adultos mayores podrían estar siendo influenciadas por sus redes de apoyo social, ya que estas les ofrecen los recursos derivados de las relaciones interpersonales que el sujeto recibe ante una situación dada desde afecto, apoyo económico, material o información proveniente de distintas fuentes la principal y más importante por la cercanía afectiva es la familia, de ahí los amigos, vecinos y el apoyo institucional, que puede percibir como positivas o negativas. Las redes de apoyo tienen una relevancia en su capacidad para influir en la salud física, mental y afrontamiento de la enfermedad de las personas (Alarcón-Mora, Hernández-Barrera, Argüelles-Nava y Campos-Uscanga, 2017).

El apoyo social puede estar integrado por una red enorme que funciona para los adultos mayores como proveedora de recursos dentro de la misma comunidad por eso es importante el papel de la psicología de la salud comunitaria tema que se abordará en el siguiente capítulo.

Capítulo 4. Psicología clínica-comunitaria

La perspectiva comunitaria, se apoya en el modelo sistémico, es decir, se centra en la manera en como la comunidad influye en la vida de aquellos que forman parte de ella. El modelo se centra en 3 partes fundamentales clínico, epidemiológico y social. Clínico porque brinda atención médica con acciones curativas y rehabilitatorias para los sujetos enfermos; epidemiológico porque aplica como estrategia de trabajo ese método para lograr el diagnóstico de salud con el que se detectan grupos de riesgo, evaluando no solo al individuo, sino a grupos poblacionales en cuanto a estado de bienestar. El perfil social está dado porque considera las necesidades de salud de la población, y porque en la solución de esos problemas, la comunidad participa activamente (León, 2002).

La comunidad sufre de intercambios transaccionales que se establece entre las personas y las estructuras comunitarias, la forma de adaptación y competencia para establecer los términos de esta interacción permitiendo crear comportamientos que generen diversos beneficios como la salud. La psicología de la salud comunitaria emplea la promoción de una educación para la salud que trascienda la labor meramente informativa para lograr que los individuos y las comunidades adopten comportamientos que generen salud, es decir, que desarrollen factores protectores (Amar, Abellos, y Acosta, 2003).

En este punto es donde radica la importancia del estudio de algunos de los factores protectores como el autocuidado y el apoyo social, desde una perspectiva de la psicología de la salud, y más específicamente, desde la psicología de la salud comunitaria, ya que la misma comunidad es quien permitirá se genere la promoción a la salud física y mental.

El propio cuidado de la salud ha sido indispensable para el mantenimiento y la preservación de la vida a lo largo de la historia y para ello los seres humanos han construido significados y prácticas socioculturales diversas que determinan formas particulares de cuidarse a sí mismos (Muñoz, 2009, p. 393).

La salud constituye un factor de importancia para la familia por lo tanto para la comunidad será una prioridad. La atención a la salud serán brindados por personal especializado,

sin embargo estas familias, por razones culturales, recurren en muchas ocasiones a formas terapéuticas derivadas de la sabiduría popular, o, en otros casos, a la opinión de personas cercanas sin ninguna preparación al respecto, por lo que es común a la automedicación, lo que envuelve evidentes amenazas a la salud (Amar, Abello, Acosta, 2003).

A la psicología clínica-comunitaria le interesa todo lo relacionado con variables psicológicas en el proceso salud enfermedad, y se ocupa no solo de la atención o curación de los enfermos; contiene la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; se relaciona con todos los problemas de salud, no solo con la salud mental; tiene como ámbitos de actuación todos los niveles de atención y su enfoque no está centrado sólo en el individuo, incluye el trabajo con la familia y la comunidad. Además, es parte de ella, el estudio de los factores subjetivos que intervienen en el funcionamiento de las organizaciones laborales de salud y sus trabajadores (Martín, 2003).

Es por ello que la psicología clínica-comunitaria se focaliza en aquello que es propio, único, específico y diferencial de cada persona, trata de los aspectos comunes y compartidos, es decir, sociales del funcionamiento psicológico, tanto atendiendo a su vertiente negativa, patológica y problemática, como la positiva, saludable y optimizarle. Todas las dimensiones y significados que la literatura científico-social interdisciplinar descubre en el concepto de comunidad remiten a aspectos significativos de la relación entre la salud y lo comunitario (Montero, 1984).

La salud comunitaria actúa sobre los factores que influyen en intervenciones para mejorar la salud mental que pueden trabajarse a nivel comunitario se orientan a: 1) mejorar la inclusión social, 2) reducir la violencia y la discriminación, y 3) incrementar el acceso a los recursos económicos (Pasarín y Díez, 2013).

La psicología comunitaria surge como una forma de psicología aplicada al escenario de la comunidad y la sociedad, Rappaport (1977) la define como la búsqueda de alternativas de intervención anexas a las normas sociales establecidas; indica que lo comunitario no se reduce a la intervención, pues la interacción mutua entre personas, instituciones y ambientes naturales o

artificiales, amplía las posibilidades de entender lo psicosocial, desde los múltiples contextos del saber y del quehacer comunitario (Andrade, 2012).

La complejidad se encuentra en un escenario de comprensión (acción-reflexión), de la naturaleza de la interrelación e interdependencia de las comunidades con las instituciones sociales, cuyas acciones al interior de sus interacciones grupales, determinan la particularidad intersubjetiva de sus relaciones a nivel sistémico (Andrade, 2012).

Promoción de la salud en el ámbito clínico-comunitario

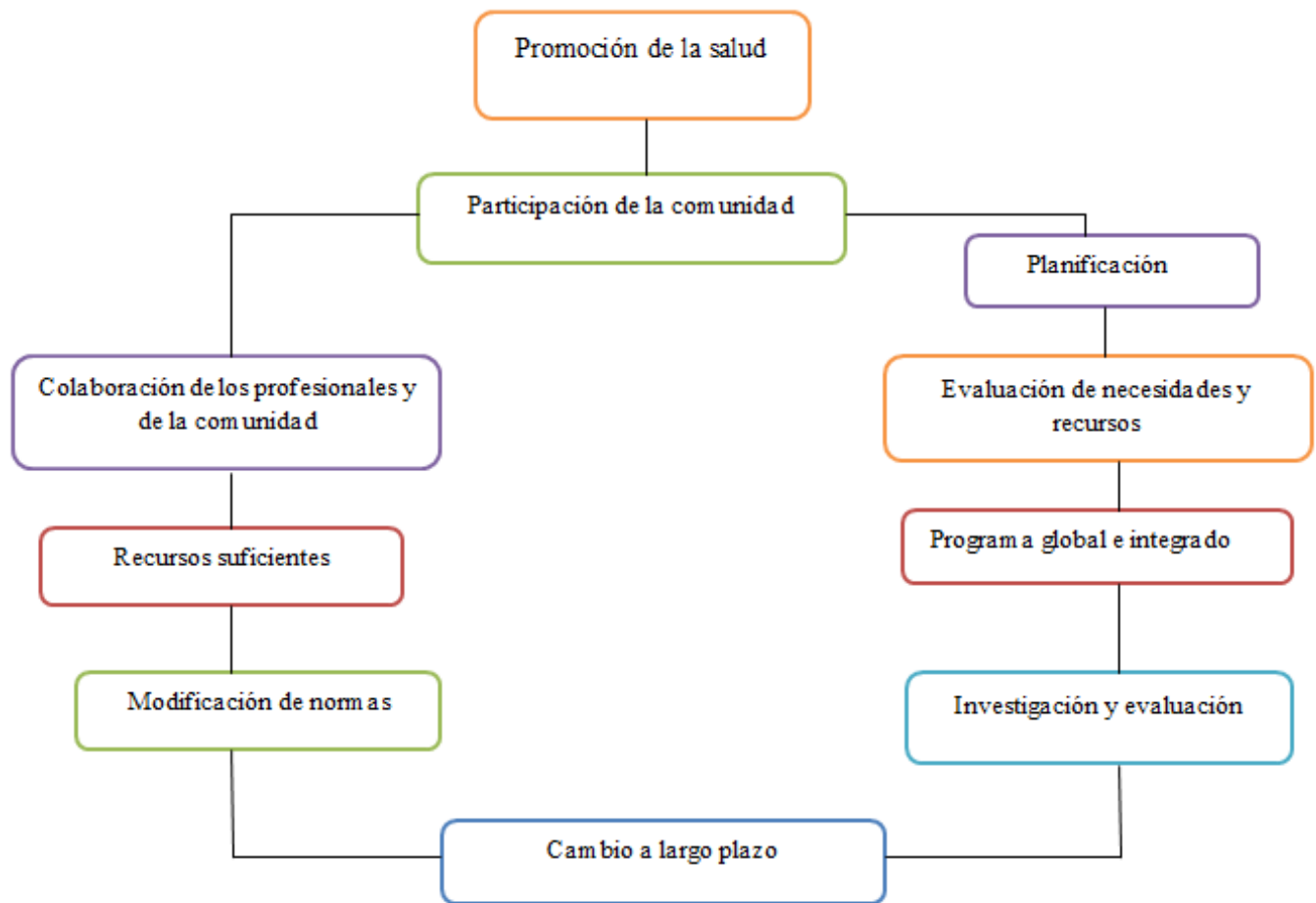
La promoción de la salud con base en la comunidad funciona a través de las estructuras como; las escuelas, centros de trabajo y esparcimiento y las organizaciones vecinales, a fin de promover el desarrollo de estilos de vida y entorno saludables, además surge la participación activa de las personas, los grupos y las organizaciones con el objetivo de cambiar el ambiente comunitario, elaborar normas en comunes dirigidas a lograr las metas para mejorar la calidad de vida (Pancer y Nelson, 1995).

La atención a la salud con base comunitaria es por lo general el primer punto de contacto con los servicios de salud formales y a menudo se ve complementada por actividades de asistencia social. La atención de salud provista en el nivel comunitario también debe abarcar actividades para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Sin embargo, los servicios comunitarios están frecuentemente fragmentados, salvo pocas excepciones, y no son sensibles a las necesidades de sus usuarios de edad avanzada. Tales servicios pueden tener recursos inadecuados y hacer poco hincapié en la promoción de la salud, la prevención, el tamizaje sistemático y la remisión de pacientes, actividades todas que son esenciales para proteger la salud de las poblaciones que envejecen (Hoskins, Kalanche y Mende 2005).

La figura 1 muestra una serie de procesos que encaminan a una comunidad a la promoción de la salud. Esta movilización comienza con la participación y el interés en involucrarse en cada fase por un fin en beneficio de todos, sigue con una planeación de lo que se desea hacer tomando en cuenta la evaluación de las necesidades y recursos con los que se cuentan, para lograr un programa global es decir un que cubra con múltiples factores, integrado

por el apoyo de los demás miembros de la comunidad, este programa debe producir cambios estables y duraderos, y que propicie cambios en las normas para esto se tendrán de documentar los cambios para evaluar que los recursos de la comunidad sean suficientes con el apoyo no solo de la comunidad quien será protagonista de este movimiento sino que se integren profesionales y dirigentes. Estas fases permiten que el cambio hacia una promoción de la salud sea estable y duradero en una comunidad (Pencer y Nelson, 1995).

Figura 1 *Directrices para una movilización de la comunidad a favor de la promoción de la salud.*



Adaptado de: Pancer y Nelson, (1995), Enfoques de la promoción de la salud basados en la comunidad: guía para la movilización comunitaria. Organización Panamericana de la Salud, Promoción de la salud; una antología, (pp. 166-182), Washington, Estados Unidos.

Se estima que 80% de los cuidados de salud se prestan en el nivel comunitario, donde los centros de atención primaria de salud, constituyen la espina dorsal del sistema de atención

sanitaria. Los adultos mayores conforman ya una importante proporción de los pacientes atendidos en centros de atención primaria de salud, y a medida que la población envejezca y las enfermedades crónicas se tornen más frecuentes, dicha proporción aumentará. Los centros de salud son el frente de la atención primaria y, por tanto, son lugares que cumplen muy bien la función de proveer los contactos regulares y prolongados y el cuidado continuo que los adultos mayores necesitan para prevenir o retrasar mediante estrategia de promoción a la salud la aparición de las discapacidades producidas por las enfermedades crónicas (OMS, 2001).

La salud comunitaria es uno de los pilares sobre los que debería fundamentarse la organización y el trabajo de los equipos de atención primaria, creados bajo la idea de interdisciplinariedad para poder abordar de manera integral las principales necesidades y demandas sanitarias de los pacientes y de las comunidades. Así, la orientación comunitaria de la atención primaria no solo contempla los determinantes de la salud con una perspectiva intersectorial, sino que promueve procesos de participación que han demostrado ser eficaces en la promoción de la salud y la disminución de las inequidades (Fernández, Álvarez, Fernández y Hernández, 2005).

El mantenimiento y la mejora de la salud de la comunidad, el objetivo de la salud comunitaria, va más allá de la atención a las enfermedades expresadas. La mejora de la salud de la población, es atribuible en gran parte a políticas e intervenciones externas al sistema sanitario. Se comprende fácilmente si se tiene en cuenta que los determinantes de la salud son factores de diferentes niveles, desde los cercanos al individuo, es decir, el microambiente (la vivienda) hasta los niveles más alejados (generalmente políticas nacionales o supranacionales), aunque casi todos ellos no relacionados directamente con las acciones de los servicios sanitarios (Pasarín, Forcada, Montaner, De Peray y Gofin, 2010).

Salud mental comunitaria

El trabajo comunitario posee una especificidad y fundamentos clínico-epistemológicos en el campo de prácticas en promoción de salud mental. Las prácticas integrales de promoción de salud/salud mental, cuyo objeto es la comunidad en su conjunto intenta generar un corrimiento del binomio prácticas proactivas/prácticas reactivas que ha sostenido la división clásica entre atención, prevención y promoción de la salud (Bang, 2014).

La promoción de salud mental como parte de los ámbitos de intervención: promoción, prevención universal, selectiva y focalizada, diagnóstico, tratamiento ambulatorio, tratamiento residencial, rehabilitación y reinserción social (Mrazek y Haggerty, 1994; en Bang, 2014).

Los procesos relacionados con el bienestar/malestar humanos a la luz de esta perspectiva, cobra nuevo sentido toda la tradición científico social referente a la comunidad. La estrecha relación entre comunidad y bienestar figuran los grandes patriarcas de las ciencias sociales. Así Marx sostiene que las relaciones sociales desarrolladas en el contexto capitalista impiden la comunión del ser humano con la naturaleza y consigo mismo (Musitu, Cantera, y Montenegro, 2004).

Así tienen la confianza que pueden apoyarse a su grupo y en la sociedad donde se pretende que se replique esta manera de organización. Cada persona adulta mayor tiene la oportunidad de empoderarse de un papel dentro de su grupo y tienen la oportunidad de poder compartir los últimos años de su vida con calidad en todo su proceso de envejecimiento, poniendo en práctica todos los años de trabajo y de aprendizaje sin que importe la condición ni física, ni posición social (Luque, 2015).

La comunidad brinda todos los niveles de atención a la salud y esto constituye una de las prioridades más importantes de América Latina, con el cual se pretende alcanzar una función de manera óptima para la sociedad y el modelo de salud pública en México está organizado en tres niveles de atención; primaria, secundaria y terciaria.

La atención primaria surge como en consecuencia, a la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica y más frecuente, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. La realidad es que la mayoría de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias que derivan en alta morbilidad y mortalidad pueden ser atendidos por proveedores de atención de salud no especializados. Lo que se necesita es aumentar la capacidad del sistema de atención primaria de salud para que pueda prestar un paquete de servicios asistenciales integrado mediante capacitación, apoyo y supervisión esta idea permite

que surjan diversas guías de intervención entre ellas la Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada cuyo objetivo es disminuir la brechas en atención y prevenir los niveles secundario y terciario que representan un aumento considerable en gastos y recursos a los que no toda la población tiene la condiciones de acceder (OMS, 2016; Fernández, 2007).

La atención secundaria se ubica los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Pretende detener el avance de la enfermedad, se sustenta el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno (Fernández, 2007; Vignolo, Vacarezza, Álvarez, y Sosa, 2011).

La atención terciaria se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él, tiene como finalidad disminuir la discapacidad y ofrecer tratamiento y/o rehabilitación, elevando su calidad de vida tratando de mantener su independencia, sin embargo requiere de servicios y material especializados, lo que implica desde una primera instancia costos más elevados (Fernández, 2007; Vignolo, Vacarezza, Álvarez, y Sosa, 2011).

Capítulo 5. Método

Justificación y planteamiento del problema

México experimenta una transición intensa y acelerada de envejecimiento. De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) en 2015, de cada diez mexicanos, tres son menores de 15 años (27.6%) y solo uno tiene 60 años o más (10%), sin embargo, para el año 2050 esta composición se verá profundamente alterada, ya que se prevé que únicamente dos de cada diez mexicanos tendrán menos de 15 años (20.7%), proporción casi idéntica a la de adultos mayores, quienes representarán (21.5%) de la población total (CONAPO, 2012). Se espera que siga incrementando la esperanza de vida y para el 2050 alcance los 80 años. Es por eso que las demandas y necesidades dirigidas a los adultos mayores se incrementarán y ello da lugar a buscar mejorar la salud física y mental, una participación más activa y por lo tanto a que jueguen un papel más relevante dentro de la sociedad (ONU,2015).

Una de las principales enfermedades que atacan la salud mental de los adultos mayores es la demencia y depresión, enfermedades incapacitantes suelen ser más graves y padecerse por más largo tiempo, ello se ve reflejado en 3 de cada 10 mujeres adultas mayores tiene dificultad para realizar alguna tarea de la vida diaria (comer, bañarse, caminar, preparar o comprar alimentos, entre otras) frente a 2 de cada 10 hombres. La población tiene padecimientos mentales el 17.6% presenta síntomas depresivos significativos, 22.1% de las mujeres y 12.5% de los hombres; 7.3% presenta deterioro cognitivo, 8.3% de las mujeres y 6.3% de los hombres; y 7.9% sufre demencia, 9.1% de ellas y 6.9% de ellos (OMS,2017).

Reporta el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2010) que debido a que las tendencias sociodemográficas en México indican una clara disminución poblacional de niños y jóvenes, el apoyo social para los adultos mayores es de suma importancia considerando el aumento de las personas mayores, por lo que se espera que en el 2050 habrán en nuestro país 41.4 millones de habitantes con más de 60 años. Lo que aumenta la probabilidad de discapacidad y enfermedad en la población que envejece planteando una serie de interrogantes sobre el papel de la familia, cuyas transformaciones modifican los modelos clásicos de apoyo a los adultos mayores.

Según el Instituto Nacional de las Mujeres un 26.9% de las personas adultas mayores presentó dificultad para realizar al menos una de las capacidades de autocuidado más elementales (comer, ir al baño, contener esfínteres) y otras como (asearse, vestirse, caminar), que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado, 29.6% de las mujeres y 23.8% de los hombres; y 24.6% para realizar al menos una actividad como: usar el teléfono, hacer compras, cocinar, limpiar la casa, utilizar transportes, administrar adecuadamente los medicamentos, etcétera, 28.4% de las mujeres y 20.3% de los hombres. En ambas condiciones, y en todos los casos, las prevalencias se incrementan a medida que aumenta la edad y son mayores en las mujeres, lo cual se relaciona con la condición de salud por eso la importancia de fomentar la promoción de la salud mediante la práctica del autocuidado. Los hogares con personas mayores consumen 50% más recursos en salud que el promedio, y tienen una probabilidad doble de ser hospitalizadas con respecto a los más jóvenes (INMUJERES, 2015).

Según datos de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT, 2009), 25.3% de las personas adultas mayores, 27.8% de las mujeres y 22.5% de los hombres necesitaron que alguna persona de su hogar le brindara cuidados o apoyo. Como era de esperarse, las necesidades de cuidado se incrementan conforme aumenta la edad, un 74.8% lo clasificó como necesidades de cuidado continuo (55.9% debido a que tenía alguna enfermedad crónica y 18.9% por tener alguna limitación física o mental), mientras que el restante 39.5% fue por causa de una enfermedad temporal. Su cuidado recae principalmente en las familias, lo cual representa un trabajo adicional para los integrantes del hogar y puede incidir en su bienestar físico y emocional se da en un 80% por miembros cercanos de la familia (esposa o esposo, hijos e hijas), un 6.5% no recibe cuidados de nadie cuando se enferma, y apenas un 11% recibe ayuda de otras personas, sean o no sus familiares (INMUJERES, 2015)

En esta investigación se realizó y analizó el impacto de un taller reflexivo-vivencial con el objetivo de dotar de habilidades de autocuidado a adultos mayores así como evaluar la relación del autocuidado en la salud mental y la relación con el apoyo social.

Finalmente es necesario hacer un cambio de la perspectiva social, de envejecer, para que no sea sinónimo de declinación, sino que se convierta en una fuente de sabiduría y experiencia, a

la vez que se cimiente en un compromiso social y personal de vivir una vida activa, productiva y con la mejor calidad de vida.

Pregunta de investigación

¿Cómo influye la implementación de un taller reflexivo-vivencial en la promoción del autocuidado y la percepción de apoyo social en la salud mental de un grupo de adultos mayores?

Objetivo general:

Promover prácticas de autocuidado como estrategia para la promoción de la salud mental y evaluar el apoyo social percibido en una comunidad de adultos mayores mediante un taller reflexivo-vivencial.

Objetivos específicos:

- Evaluar el estado cognitivo y el nivel de depresión en los adultos mayores antes y después del taller reflexivo-vivencial “Cuidarse es el arte de envejecer”.
- Sensibilizar a los adultos mayores para comenzar un proceso de autocuidado mediante un taller reflexivo-vivencial.
- Sensibilizar al adulto mayor ante los factores de riesgo provenientes de una baja capacidad de autocuidado mediante un taller reflexivo-vivencial.
- Modificar los hábitos de autocuidado en relación con la asistencia sanitaria, social y personal a partir del desarrollo e implementación de un taller reflexivo-vivencial.
- Evaluar la relación entre apoyo social y autocuidado en los adultos mayores.
- Evaluar el impacto del taller “Cuidarse en el arte de envejecer” en la salud mental centrándose en los principales padecimiento, depresión y demencia de los adultos mayores participantes.

Hipótesis de trabajo

1. Después de haber participado en el taller reflexivo-vivencial “Cuidarse es el arte de envejecer” habrá un aumento en el autocuidado de los adultos mayores.

2. Existe una relación entre el aumento del autocuidado y un mejoría en la salud mental después de haber participado en el taller “Cuidarse es el arte de envejecer”.
3. Existe una relación entre una percepción de apoyo social y las prácticas de autocuidado.

Variables

Autocuidado

Definición conceptual: el autocuidado es entendido como práctica de actividades que los adultos mayores realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar (Araiza, 20018).

Definición operacional: se evaluó mediante la Escala de Capacidad de Autocuidado (Díaz, Jordán, Cacique, Vera, Olalde y Ruíz, 2004) que aborda tres áreas principales: autocuidado universal, de desarrollo y de desviación de salud.

Demencia

Definición conceptual: deterioro cognitivo es un síndrome clínico, caracterizado por la pérdida o deterioro en las funciones mentales, en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria orientación, cálculo, comprensión, juicio, reconocimiento visual, conducta y personalidad (Prieto, 2015).

Definición operacional: se evaluó mediante la aplicación del Mini Examen Del Estado Mental de Folstein (1975) prueba de escrutinio para deterioro cognoscitivo.

Depresión

Definición conceptual: la depresión se conceptualiza a partir de toda aquella sintomatología cognitiva, afectiva y somática que presentan las personas adultas mayores, como sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, et al., 1982).

Definición operacional: mediante la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica Reducida de Yesavage (1986), se evaluaron los aspectos cognitivo- conductuales relacionados a depresión.

Taller reflexivo-vivencial

Definición conceptual: un espacio en el cual los participantes se reúnen para trabajar a partir de experiencias personales, sobre algún tema específico. Contempla, además de los contenidos teóricos, ejercicios que facilitan el aprendizaje y el desarrollo personal de los participantes. Una experiencia de aprendizaje y de desarrollo de habilidades, más que terapéutica, pues, aunque promueve la toma de conciencia y la reflexión sobre la propia realidad, no lo hace con la profundidad que se lograría en un proceso terapéutico. No obstante, este aprendizaje se vuelve significativo al involucrar a la persona en su totalidad, lo que posibilita la generación del cambio (Villar, 2010; Gómez, Salazar, Rodriguez, 2014).

Definición operacional: Constó de 7 sesiones presenciales, en el que se promovieron prácticas de autocuidado entre adultos mayores con el objetivo de adquirir conocimientos, estrategias y reflexiones sobre la importancia de la propia salud física y mental.

Apoyo social

Definición conceptual: red de relaciones que proporcionan compañía, ayuda y emociones, facilita las conductas de promoción de la salud pues disminuye los acontecimientos estresantes y además de ser una barrera contra los efectos negativos, la familia es la fuente de apoyo social de más vital importancia para los adultos mayores ellos son los que mantienen contacto frecuente con las denominadas relaciones primarias, esto se traduce a recibir apoyo de ellos (Pizano, 2006).

Definición operacional: se evaluó mediante la aplicación de la Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM) (Mendoza-Núñez y Martínez-Maldonado, 2009) donde los componentes son: informales (cónyuge, hijos, otros familiares, amigos y grupos comunitarios) y formales (instituciones gubernamentales y no gubernamentales). Dicha escala contempla los cuatro tipos de apoyo más frecuentes que brindan las redes de apoyo social: material, instrumental, emocional e informativo, así como la satisfacción en ellos.

Tipo de estudio

Cuasi Experimental con pretest y postest.

Muestra y escenario

Muestra no probabilística de tipo intencional por cuotas de 8 adultos mayores que asisten al Centro Comunitario al sur de la Ciudad de México.

Participantes

Un total de 8 adultos mayores, 7 mujeres y 1 hombre con los siguientes criterios de inclusión:

- a) 60 años de edad en adelante
- b) informar de su consentimiento para ser evaluados (anexo 1).

Instrumentos

La salud mental se evaluó mediante el **Mini Examen Mental de Folstein (MMSE por sus siglas en inglés 1975)**, (anexo 2) es utilizada como tamizaje para evaluar el estado cognitivo en forma sistemática y exhaustiva, no es un instrumento diagnóstico por lo en sospecha de demencia se recomienda una evaluación diagnóstica. Consta de 11 preguntas que analizan algunas áreas de funcionamiento cognitivo: orientación, registro, atención, cálculo, memoria y lenguaje, con una sensibilidad del 0.97 y una especificidad del 0.88.

El MMSE, ha sido validado y utilizado extensamente en la población mexicana, tanto en la práctica como en la investigación clínica desde su creación en 1975. En América Latina, el MMSE se modificó y validó en Chile para la encuesta de la OPS Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), en 1999.

Se considera el nivel de educación para la calificación de la prueba es decir que por incapacidad no pueda realizar las pruebas de: nominación, lectura y escritura, optará como máximo a una puntuación de 27 puntos, si obtiene 24 puntos; se realizará la corrección correspondiente: $24 \times 30/27 = 26.67$, y después por redondeo obtenemos el número entero más

cercano, en este caso 27 puntos que debe interpretarse como una puntuación normal sobre 30 puntos (Crum, Anthony, Bassett y Folstein, 1993; López y Martí, 2011).

La calificación se realiza sumando de punto de corte: 24-30 puntos normal grado de deterioro cognoscitivo: 19-23 = leve; 14 – 18 = moderado; menor a 14 = grave. La puntuación se calcula con la suma de las puntuaciones de cada pregunta o apartado:

Orientación temporal (5 puntos): esta sección se compone de cinco preguntas sobre el año, la época del año, el mes, el día de la semana y en que nos encontramos en este momento, por cada respuesta correcta otorgará 1 punto

Espacial (5 puntos): cinco preguntas pero esta vez referente a coordenadas espaciales, como: el país, la ciudad, el pueblo o la parte de la ciudad, y el piso del edificio en el que nos encontramos

Fijación - recuerdo inmediato (3 puntos): la capacidad de repetir en un segundo las palabras, por cada palabra que el paciente repita correctamente le otorgará 1 punto, no importa el orden de las palabras evocadas

Atención y cálculo (5 puntos): debe realizar mentalmente hasta 5 sustracciones consecutivas de 7 partiendo de 100 en un contexto concreto (monedas). – por cada respuesta correcta el paciente obtendrá 1 punto, hasta un máximo de 5 puntos. la respuesta se considerará correcta cuando sea exactamente 3 cifras inferior a la contestación anterior, sin importar si ésta fue o no correcta. No debe repetir la cifra que dé el paciente ni corregirlo en caso de no realizar la resta correctamente. si el paciente no es capaz, puede pedir al paciente que deletree la palabra mundo de atrás hacia delante. por cada letra correcta recibe 1 punto.

Memoria (3 puntos): se trata de evaluar la retención a corto plazo del paciente, pedir al paciente que repita los objetos aprendidos en la tarea de “fijación”. por cada repetición correcta se da 1 punto.

Lenguaje y construcción (2 puntos): con esta prueba se pretende evaluar la capacidad del paciente de identificar y nombrar dos objetos comunes; mostrar unas llaves y un reloj, el paciente debe nombrarlos, se otorga 1 punto por cada respuesta correcta.

Repetición (1 punto): esta sección valora la capacidad del paciente para repetir con exactitud una frase de cierta complejidad articulatorio. la emisión del estímulo debe ser de forma clara y audible en todos sus detalles puntuará 1 punto si el paciente es capaz de repetir la frase entera correctamente y 0 si la repetición no es exacta.

Comprensión (3 puntos): evalúa la capacidad del paciente para atender, comprender y ejecutar una tarea compleja en tres pasos. indicar al paciente una orden simple en tres pasos: por ejemplo: toma un papel con su mano izquierda, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo. Puntuará con 1 punto cada fase completada correctamente.

Lectura (1 punto): evalúa la capacidad del paciente de leer y comprender una frase sencilla, escriba legiblemente en un papel “cierre los ojos” u otra orden pídale que lo lea en voz baja y ejecute la acción. Solo puntuará la respuesta si el paciente cierra los ojos, si existiera un problema de visión o de analfabetismo que impidiera al paciente leer la orden, se puntuará la tarea con 0 y se anotaría el motivo de esta puntuación.

Escritura (1 punto): Se evalúa la capacidad del paciente de escribir una frase coherente. darle una hoja en blanco y un lápiz. El paciente escribe una oración con sujeto y predicado. la oración debe tener un sentido. Se valorará con 1 punto si la frase escrita sea comprensible y tenga sujeto, verbo y predicado.

Dibujo (1 punto): esta tarea de copia de dos pentágonos entrelazados, evalúa la capacidad visuoespacial del paciente. en la hoja de test verá 2 pentágonos intersectados pida al paciente que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos, los lados y la intersección no se toman en cuenta temblor, líneas dispares o no rectas.

La evaluación del estado afectivo se llevó a cabo con **la Escala de Depresión Geriátrica Reducida de Yesavage (DGDS-15, 1986)** (anexo 2), la escala que fue validada en personas mayores en México, muestra una confiabilidad tipo consistencia interna aceptable como instrumento de tamizaje para detectar depresión en la población adulta mayor, el coeficiente de confiabilidad de la escala es de 0.82. La gran variación de resultados en este tipo de pruebas, se debe a que muchos de los estudios en los que se aplica la escala de Yesavage (en su versión original de 30 ítems o en su forma abreviada), están encaminados a muestras poblacionales de servicios del primer nivel de atención, son pequeñas o incluyen pacientes ambulatorios (Candia, Torres, Carreón, Mendoza y Reyna, 2016).

Esta escala es considerada el único auto informe específicamente construido para personas adultas mayores. Se centra en aspectos cognitivos conductuales relacionados a depresión. Consta de 15 preguntas. De estas 10 están planteadas en sentido negativo y 5 en sentido positivo (Candia, Torres, Carreón, Mendoza y Reyna, 2016). Si la aplicación de la escala orienta a la existencia de un posible trastorno depresivo, tendrá que realizarse un examen en profundidad para confirmar o descartar la presencia del mismo. La puntuación total se calcula con la suma de las puntuaciones en cada una de las preguntas. Una respuesta afirmativa en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15 obtienen 1 punto. Una respuesta negativa en el resto, en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13 se califica también con 1 punto. Se clasifica el puntaje según la sumatoria de; 0 a 5 normal, 6 a 9 depresión leve y más de 10 depresión establecida.

La evaluación del autocuidado se llevó a cabo mediante **la Escala de Capacidad de Autocuidado (Díaz, Jordán, Vera, Ruiz y Olalde, 2004)** (anexo 2) este instrumento fue elaborado y validado en México. Con una alfa de Cronbach de 0.708 (Loredo, Gallegos, Xequé, Palomé y Juárez, 2016).

Está constituida por 25 ítems que evalúan los requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y de desviación de salud.

Se da un valor de tres puntos a las respuestas señaladas como siempre, dos puntos a frecuentemente, un punto para algunas veces y cero cuando responde nunca. Se clasifica el

puntaje según la sumatoria en: Muy buena (57- 75), buena (38-56), Regular (19- 37 y mala (0-18). Con puntuación máxima de 75 puntos.

Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM, Mendoza-Núñez Y Martínez-Maldonado, 2009). Las redes de apoyo social fueron evaluadas mediante la administración de la ERASAM (anexo 2), que fue validada en personas mayores en México, con una confiabilidad de alfa de Cronbach global de 0.935, con una confiabilidad interevalador con un valor de kappa de 0.94; e incluye la frecuencia de contacto, el tipo de apoyo recibido (material, emocional instrumental e informativo) y la satisfacción en él, (Mendoza-Núñez y Martínez-Maldonado, 2009). Este cuestionario evalúa tres redes de apoyo social:

a) Familiar: esposo o esposa, hermanos, hermanas, primos, primas, sobrinos, sobrinas, hijos, hijas y nietos

b) Extrafamiliares: amigos y compañeros, grupos comunitario.

c) Instituciones: instituciones de atención de la salud de atención social.

Incluye 18 preguntas evaluando el contacto social, los apoyos recibidos y la satisfacción con las redes de apoyo social.

Se calificó de la siguiente manera; Pregunta 1. Frecuencia de contacto social y comunitario. El puntaje máximo es 3 =100; 2= 66; 1= 33 y 0 = 0.

Pregunta 2. Tipos de apoyo que recibe. Si recibe los 4 tipos de apoyo se califica como: 4 = 100; 3= 75; 2= 50; 1=25 y 0 =0.

Pregunta 3. Satisfacción de apoyo recibido; el puntaje máximo de 12 corresponde al 100; 11= 92; 10 = 83; 9 = 75; 8 = 67; 7 = 58; 6 = 50; 5 = 42; 4= 33; 3 = 25; 2 = 17; 1 = 8; 0 = 0.

En la dimensión de apoyo social familiar: El puntaje crudo máximo es de 57, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado.

Apoyo social extra familiar: el puntaje máximo es de 38, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado. Magnitud de contactos sociales y comunitarios: El puntaje crudo máximo es de 18, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones.

Magnitud de apoyos sociales recibidos: el puntaje crudo máximo es de 24, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Grado de satisfacción: el puntaje crudo máximo es de 72, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones.

Apoyo social global: el puntaje máximo es de 114, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones.

Procedimiento

Se contactó a con los directivos de un Centro Comunitario al sur de la CDMX para promover la impartición de un taller de autocuidado, la promoción se llevó a cabo mediante carteles colocados dentro de la institución, también se dio aviso en los anuncios parroquiales. El taller llevó el nombre; “Cuidarse es el arte de envejecer”, dirigido a adultos mayores (cartas descriptivas en el anexo 3). Asistieron un total de 8 adultos, constó de un total de 7 sesiones presenciales con una duración aproximada de 90 minutos. La intervención estuvo instrumentada por 4 facilitadores, dos de ellos estuvieron a cargo tanto de la coordinación de las actividades como del entrenamiento de las técnicas con los participantes, los otros dos se encargaron del registro de datos y tareas por sesión. En la tabla 2 se muestran los objetivos específicos del taller.

Tabla 2

Objetivos específicos del taller

No. de sesión	Objetivos específicos
1	Los participantes identificarán el concepto de autocuidado y sus beneficios a la salud física y mental.
2	Los participantes conocerán e identificarán las prácticas de autocuidado adecuados para fomentar un estilo de vida saludable.
3	Los participantes distinguirán entre el envejecimiento normal, saludable y patológico, realizarán hábitos que les permitirá establecer metas para mejorar o fortalecer un estilo de vida saludable.
4	Los participantes conocerán la importancia del apoyo social y estrategias de comunicación asertiva, habilidades sociales con el fin de realizar una de las técnicas para resolver un problema.
5	Los participantes identificarán el impacto de las emociones en la salud y los principales cambios afectivos durante el envejecimiento.
6	Los participantes aplicarán técnicas de solución de problemas, regulación emocional para afrontar el temor a la muerte.
7	Los participantes catalogarán los aprendizajes obtenidos durante del taller e identificaran los principales cambios observados en su autocuidado.

Se realizaron las evaluaciones de pretest en la primera y segunda sesión y posttest en la penúltima y última sesión así como la evaluación de apoyo social percibido, para la obtención de la línea base respecto a la sintomatología depresiva y deterioro cognitivo, así como sobre las prácticas de autocuidado.

El taller retoma aspectos universales de autocuidado, como; adherencia al tratamiento, tiempo de ocio, psicoeducación sobre envejecimiento normal, saludable y patológico, principales cambios sociales y emocionales durante el envejecimiento, estrategias de comunicación asertiva,

gimnasia cognitiva y técnicas definidas para estimular al individuo a cambios conductuales en beneficio de su salud física o mental, aceptación a la vejez y autoestima.

Características de los participantes

Fueron 7 mujeres adultas mayores y 1 hombre, con un rango de edad que va de 63 a 85 años con un promedio de 74.7, un promedio de escolaridad de 8.5 años, tomando en cuenta esto último es importante mencionar que se encontraban 2 adultos mayores con analfabetismo criterios que no se tomó como exclusión del taller por lo que en el Mini Examen Mental de Folstein se tuvo que realizar una corrección correspondiente ya que no realizaron las pruebas de: nominación, lectura y escritura.

En el consentimiento informado (anexo 1) se les informa sobre la importancia de considerar la asistencia al taller, pidiéndoles no más de 3 faltas sin justificar ya que es importante para el análisis de los avances dentro del grupo, las asistencias se pueden observar en la figura 2.

Figura 2 *Asistencia al taller*

	1	2	3	4	5	6	7
A	■	■	■	■	*	■	■
B	■	■		■	■	■	■
C	■	■	■	■	■	■	■
D	■	■	■	■	*	■	■
E	■	■	■	■	■	■	■
F	■	■	■	■	■	■	■
G	■	■	■	■	*	■	*
H	■	■	■	■	■	■	■

Nota: Los recuadros vacíos representan falta sin justificación, los recuadros con () representan falta con justificación y los recuadros en color verde son la asistencia al taller.*

Resultados

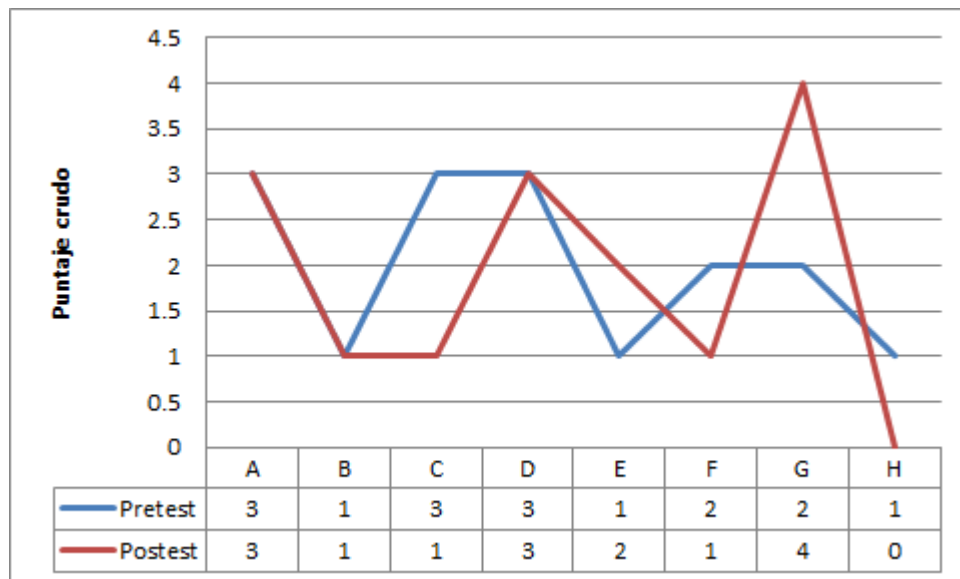
A continuación se describen los resultados con base en los puntajes obtenidos en los instrumentos y en el discurso de los participantes, posteriormente se muestra el análisis estadístico para muestras no paramétricas, en primer lugar el análisis de Wilcoxon para obtener la diferencia entre las evaluaciones pre y post, en segundo lugar la correlación Spearman para las relaciones entre las variables.

En la Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM) (Mendoza-Núñez y Martínez-Maldonado, 2009) sólo se aplicó una vez, con el objetivo de posteriormente analizar las correlaciones que se observan de manera más puntual en el análisis estadístico. Los resultados se reportan de manera grupal, de esta forma se puede apreciar el avance de los adultos mayores que participaron en el taller.

En la figura 3 se representan los puntajes obtenidos antes y después del taller en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GSD versión reducida), donde se consideran las puntuaciones de; 0 a 5 normal, 6 a 9 depresión leve y más de 10 depresión establecida.

Figura 3

Puntajes para depresión



Los puntajes en los 8 casos fueron menores a 5 indicando una normalidad en aspectos cognitivos-conductuales relacionados con un estado afectivo depresivo, es decir una negativa a presentar indicadores tales como aislamiento, interrupción de actividades o proyectos, bajo

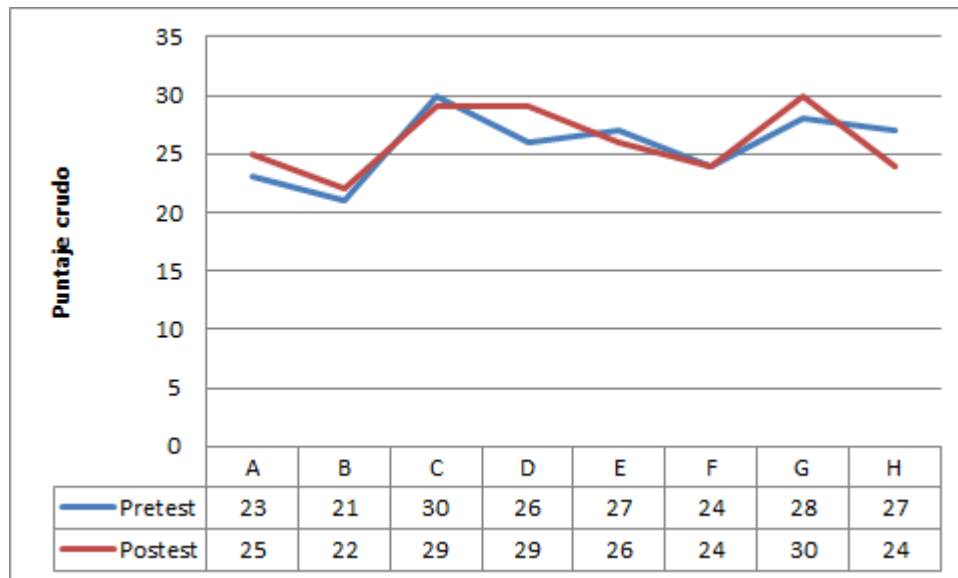
ánimo, entre otros, por lo tanto una reducción de síntomas depresivos. La figura 3 nos muestra una reducción en 3 de los casos (C, F, H) en el caso C refiere una disminución en su estado de ánimo bajo, en especial al sentimiento de tristeza, 3 de ellos se mantienen estables (A, B, D) y por otra parte 2 casos presenta una puntuación mayor (E y G). Durante el taller se reporta una motivación para iniciar proyectos que dejaron inconclusos, entre los cuales se retomó clases para tejer, retomar la actividad física, y en especial un acompañamiento entre los mismos participantes.

En el transcurso del taller los participantes hicieron referencia a sentimientos de tristeza en relación con el abandono de sus hijos, la dificultad para comunicarse con sus familiares. A lo largo del proceso refieren un objetivo principal “Mis hijos, poner un limite”(sic) refiriéndose a los abusos en cuanto a la vivienda, ya que muchos siguen siendo jefes de familia por lo que ellos cubren con su pensión o trabajo gastos del hogar y no reciben ayuda económica por parte de sus hijos. Reportan los participantes del taller que no les interesan a sus hijos su bienestar sino lo que económicamente pueden aportar.

En la figura 4, se representan los puntajes para determinar el deterioro cognitivo, obtenido en el Examen Mini Mental de Folstein considera como punto de corte de 24 a 30 como normal, 19 a 23 deterioro cognitivo leve, de 14 a 18 deterioro cognitivo moderado y menor a 14 deterioro cognitivo grave considerando que las puntuaciones cambian dependiendo el nivel educativo.

Figura 4

Puntaje para deterioro cognitivo.



El aumento en los puntajes indican normalidad, lo se representa en el grado del estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium, es decir que se presenta capacidad para realizar tareas como; orientación temporal y espacial, capacidad de fijación, atención y cálculo, memoria. nominación, repetición y comprensión, lectura, escritura y dibujo. Se presentan 2 casos de analfabetismo (B y H) en los cuales se realizó una corrección correspondiente, ya que no hicieron las pruebas de: nominación, lectura y escritura, optará como máximo a una puntuación de 27 puntos, si obtiene 24 puntos; se realizó la corrección correspondiente: $24 \times 30/27 = 26.67$, y después por redondeo obtenemos el número entero (Crum, Anthony, Bassett y Folstein, 1993, López, y Martí, 2011). En 7 de los casos indican un rendimiento cognitivo normal, sin embargo el caso A en el pretest se presenta un deterioro leve al igual que el caso B. Se muestra un aumento en 4 casos (A, B, D, G), una disminución en 3 casos (C, E, H) y se mantuvo 1 caso (F).

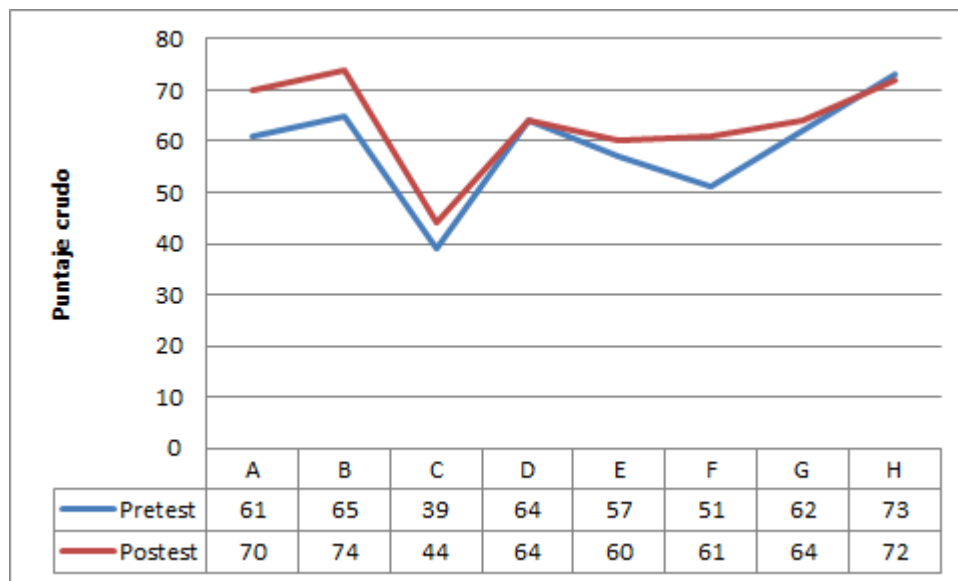
En el transcurso del taller se observó una especial preocupación de los participantes por su memoria en el caso A menciona haber sufrido un derrame cerebral hace unos 4 años aproximadamente a lo que se puede deber que su rendimiento inicial fuera bajo, sin embargo se nota una mejoría en la puntuación de la evaluación posttest que se puede deber a que reporta haber realizado ejercicios similares a los vistos en el taller tales como, laberintos, leer, realizar sopas de

letras, hablar más con sus familiares entre otras. En el caso G refiere como meta a futuro realizar ejercicios de memoria “Mi meta es realizar crucigramas, sopa de letras, y otros juegos que me ayuden a agilizar la mente”(sic). Se retomaron ejercicios de gimnasia cognitiva en dos sesiones del taller por lo que en su mayoría se comprometieron a buscar ejercicios para mejorar o mantener su agilidad mental ya sea con juegos de destreza, crucigramas, o salir a caminar a dibujar.

En la figura 5 se representan los puntajes obtenidos en la Escala de Capacidad de Autocuidado. Los puntajes se consideran a partir de 57- 75 como muy buena, buena 38-56, regular 19- 37 y mala 0- 18.

Figura 5

Puntaje para autocuidado



Podemos observar en la evaluación pretest existen 6 (A, B, D, E, G, H) casos con muy buena capacidad de autocuidado y 2 (C y F) con buena capacidad para la evaluación post hay un aumento en las puntuaciones, lo que indica realizan actividades en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar, actividades como la exploración física y la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana, prevenir las condiciones necesarias para el desarrollo, mantener un estado de salud ante enfermedades. Se muestra en la evaluación

postest 7 casos (A, B, D, E, F, G, H) con muy buena capacidad de autocuidado, en el caso C paso de considerar buena capacidad a muy buena, y un caso con buena capacidad que se mantuvo estable (D).

Siguiendo el objetivo del taller, se fomentaron prácticas de autocuidado, mediante actividades como planes de acción, psicoeducación sobre la salud mental y física, en la interacción de las emociones, estrategias de comunicación asertiva, autoestima, autoconcepto y gimnasia cognitiva. Los participantes expresan una mejora en cuanto al mantenimiento de la salud retomaron actividades físicas como caminar, practicar natación, se encontraban en disposición de mantener y retomar sus relaciones con las personas cercanas emocionalmente como nietos e hijos y considerar la influencia de las emociones en su salud física y mental, reportan; “Antes yo no podía leer por un problema de cataratas me opere pero no retome la lectura, ahora es un objetivo, leer por lo menos un rato al día, era algo que me gustaba mucho y deje de hacer”(sic). “También debo de controlar mis emociones, que deje surgir la alegría” (sic). “Me animaron a reflexionar el cuidado de nuestra persona, viviendo en armonía con quienes rodean” (sic).

Al finalizar el taller se acercaron a preguntar por la posibilidad de continuar en un proceso terapéutico en un espacio individual lo que también se considera como parte de la práctica de autocuidado, adherencia al tratamiento y la búsqueda de las fuentes de información en beneficio de su salud mental, refiriendo que aún hay mucho que ellos creen que necesitan mejorar en su estado de salud emocional por lo que se les proporciona la información del Centro Comunitario de Atención Psicológica más cercano así como la Atención Psicológica a Distancia de la UNAM y se les anima a solicitar una cita.

En la tabla 3 a se observan los puntajes de todos los índices de la Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM). Las figuras 6, 7, 8 muestran los puntajes en los índices, se separaron para tener una mayor visibilidad de las diferencias entre los mismos participantes. Es importante recordad que solo se hizo una evaluación del apoyo social por lo que aquí se enfoca en la percepción de las redes de apoyo, su contacto, satisfacción y los recursos que perciben recibir.

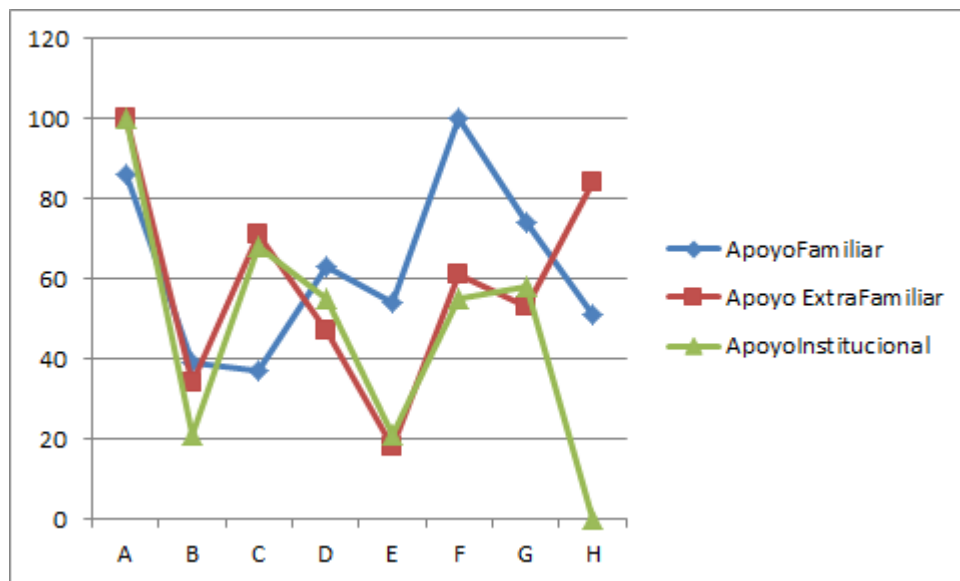
Tabla 3

Puntajes en la Escala de redes de Apoyo Social para Adultos Mayores

	A	B	C	D	E	F	G	H
Apoyo Familiar	86	39	37	65	54	100	74	51
Apoyo Extra familiar	100	34	71	47	18	61	53	84
Apoyo Institucional	100	21	68	55	21	55	58	0
Satisfacción	92	28	54	53	32	75	71	45
Contacto	100	67	39	61	58	100	94	67
Apoyo global	93	34	54	57	37	80	64	54
Apoyo recibido	92	29	63	57	38	79	63	67

Figura 6

Puntaje para apoyo familiar, extra familiar e institucional



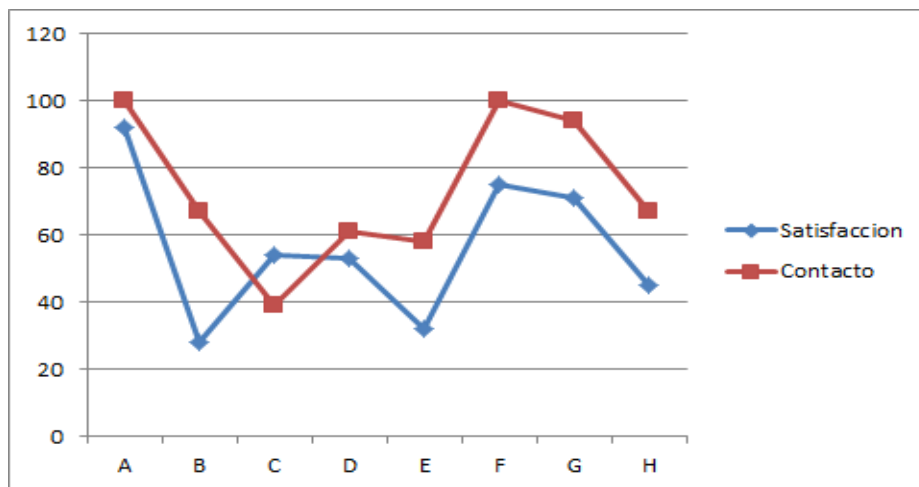
En cuanto la percepción de apoyo social en el área familiar tenemos los casos B, C y H con los puntajes bajos esto se traduce en poco contacto con los familiares, los casos A, D, F, y G

presentan puntajes arriba de 60 por lo que el contacto con hijos y pareja es frecuente. Para apoyo extra familiar, los casos B, D, E y G se muestran por debajo del puntaje 60 puede identificarse como poco contacto con amigos, compañeros y comunidad, los casos A, C, F y H muestran puntajes más elevados por lo que el contacto es más frecuente. En apoyo institucional, se muestra el caso A y C es mayor el apoyo ya que se encuentran arriba de 60 y B, D, E, F, G y H por debajo es decir que la frecuencia del apoyo es menor.

En cuanto a la figura 7 muestra la satisfacción de las redes de apoyo y la frecuencia del contacto. En los casos A, B, D, F, G y H tienen una frecuencia del contacto elevada con respecto a los apoyos que reciben ya sea de pareja, hijos, primos, sobrinos, nietos, amigo, o instituciones, en los casos de C y E el contacto es menor frecuente. Una gran observación en este grupo es en el caso de la satisfacción del apoyo, en los casos de A, F, G ya satisfacción en arriba de 60 pero en los casos de B, C, D, E, y H la satisfacción es menor.

Figura 7

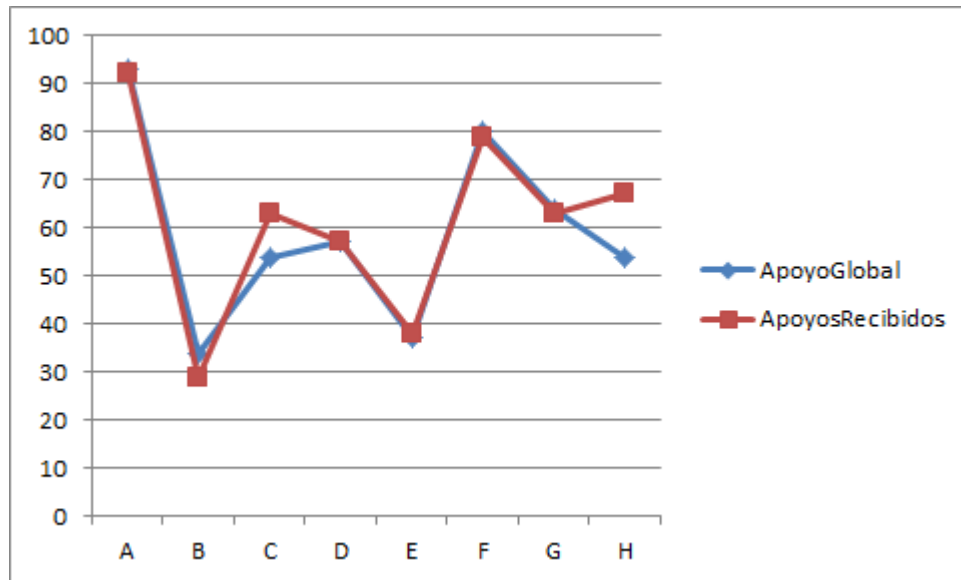
Puntajes satisfacción y contacto



En cuanto a la figura 8 muestra el apoyo global y los apoyos recibidos. En los casos A, C, F, G y H tienen puntajes arriba de 60 tanto en apoyo global como recibido (material, emocional instrumental e informativo) es decir que estos casos perciben un mayor apoyo en general. Mientras los casos B, D y E tienen puntajes debajo de 60 perciben un menor apoyo.

Figura 8

Puntajes apoyo global y apoyos recibidos.



Por último, podemos destacar dos casos B y E que perciben menor apoyo por parte de los familiares y así mismo de las instituciones no se encuentra satisfechos y son quienes referían malestar en cuanto a sus redes de apoyo cercanas en especial de los hijos mencionaban “No me dejan salir a la calle porque dicen que me va a pasar algo” “A cada rato me llaman por dicen que me voy a caer” (sic). Esto nos puede hacer referencia a la discriminación o estigmatización del adulto mayor como una persona discapacitada lo que impacta directamente en el adulto mayor y los familiares quienes no saben cómo tratar a su familiar.

Análisis estadístico

Para el análisis de las diferencias en el taller se utilizó el paquete estadístico SPSS 21 con el fin de realizar la prueba estadística de Wilcoxon (1945) para muestras no paramétricas, el cual consistió en restar de cada dato el valor de la mediana que se considera en la hipótesis. Se calcula los rangos de las diferencias sin tomar en cuenta el signo de las mismas (o sea en valor absoluto).

En el caso de haber empate se asigna un rango promedio a todas las diferencias empatadas es decir; se les asigna el rango. El estadístico de Wilcoxon será la suma de los rangos correspondientes a las diferencias positivas. Cuando el “p-value” es menor que .05, se rechaza la hipótesis, en caso de que resulte mayor a .05 se acepta la hipótesis.

Posterior mente para el análisis de las correlaciones se utilizó el procedimiento de *rho* de Spearman (1994) para obtener los coeficientes de relación, se aplica después de transformar las puntuaciones originales en rangos. Toma valores entre -1 y 1, y se interpreta 1 indica relación lineal perfecta positiva; un valor de -1 indica relación lineal perfecta negativa; un valor de 0 indica relación lineal nula, se toma en cuenta la significancia menor que .05 o .01, acepta la hipótesis, en caso de que sea mayor se rechaza.

Depresión

Se presenta el análisis Wilcoxon del pretest y posttest de la Escala de Depresión Geriátrica Reducida de Yesavage con un valor de ($z = -.276, p < .78$) indicando que no existe una diferencia en los síntomas depresivos, permaneciendo sin diferencia significativa a lo largo del taller.

Demencia

Se presenta el análisis Wilcoxon del pretets y postets del Mini Examen Mental de Folstein (MMSE) con un valor de ($z = -.59, p < .55$) indicando que no existe una mejoría en el deterioro cognitivo a lo largo del taller.

Autocuidado

Se muestra el análisis de Wilcoxon del pretest y posttest en la prueba de Capacidad de Autocuidado con un valor de ($z = -2,20, p < .02$) indica una diferencia significativa en las prácticas de autocuidado universales, de desarrollo y desviación de la salud, esto se refleja en conductas tales como mantener una adecuada dieta que cubra las necesidades de cada quien, realizar ejercicios físicos y descanso, interacción social con las personas cercanas, con pares y un papel más activo en la comunidad con estrategias de comunicación asertiva, prevención de riesgos al identificar sus limitas en sus capacidades e interacción de la actividad humana, prevenir la aparición de condiciones adversas como mantener la agilidad mental mediante gimnasia

cognitiva o mitigar los efectos de dichas situaciones con la adherencia al tratamiento médico, y psicológico todo esto a partir de las estrategias y practicas mostradas en el taller.

Para el análisis de las correlaciones se utilizó el paquete estadístico SPSS 21, el procedimiento de *rho* de Spearman (1994) para obtener los coeficientes de relación.

En la tabla 4 se presenta el análisis *rho* de Spearman entre el pretest y postest de las variables del autocuidado y deterioro cognitivo así como depresión con la finalidad de encontrar la relación entre estas variables.

Tabla 4

Correlaciones de las variables pretest y postest Depresión, Demencia y Autocuidado

		Depresión Pretest	Depresión Postest	Demencia Pretest	Demencia Postest
Pretest	r_s	-.441	-. 098	-.323	-.325
Autocuidado	<i>Sig.</i>	.274	.817	.435	.432
Postest	r_s	-.349	-.117	-.627	-.564
Autocuidado	<i>Sig.</i>	.397	.782	.096	.146

*Sig < .05 **Sig < .01

Se presentan correlaciones negativas, es decir, inversa, por lo que en los participantes del taller a mayor nivel de autocuidado disminuyen los síntomas depresivos, el deterioro cognitivo y viceversa, sin embargo se tiene que tomar en cuenta la significancia. Al analizar la significancia, vemos que van de 0.096 a 0.817 siendo mayor a 0.05 lo que indica que la correlación no es significativa por lo que no se cumple con la hipótesis.

En la tabla 5 se muestra en análisis Spearman entre las variables de autocuidado pretest y postest y apoyo social con la finalidad de encontrar una relación.

Tabla 5

Correlación de las variables de apoyo social y el pretest y postest de autocuidado

		Apoyo Familiar	Apoyo Extra familiar	Apoyo Institucional	Apoyo Global	Satisfacción del apoyo	Contacto	Apoyo Recibido
Pretest	r_s	-.167	-.071	-.578	-.275	-.476	.133	-.240
Autocuidado	<i>Sig.</i>	.693	.867	.133	.509	.233	.754	.568
Postest	r_s	-.012	-.132	-.345	-.084	-.240	.448	-.018
Autocuidado	<i>Sig.</i>	.978	.756	.402	.843	.568	.568	.966

*Sig<.05 **Sig < .01

Se presentan correlaciones negativas en apoyo familiar, extra familiar, institucional, global, satisfacción del apoyo y apoyo percibido, es decir, inversa, por lo que en los participantes del taller a mayor nivel de autocuidado menor percepción de apoyo por parte de pareja, hijos, amigos, comunidad, e instituciones y también en menor la satisfacción con los apoyos emocional, instrumental, información y material, sin embargo se muestra una correlación positiva en el contacto es decir, que a mayor autocuidado existe más contacto con las personas, y viceversa, pero se tiene que tomar en cuenta la significación. Al analizar la significación, vemos que van de .133 a .978 siendo mayor a 0.05 y a 0.01 indica que la correlación no es significativa esto se reduce en que los participantes del taller no cumplen con la relación entre el autocuidado y el apoyo social.

Considerando que los resultados cuantitativos no arrojaron significancias estadísticas a excepción del análisis del autocuidado, es de relevancia abordar los resultados cualitativos obtenidos mediante las observaciones y reportes de los mismos participantes.

A continuación en la tabla 6 se presentarán algunos resultados que los participantes reportaron de manera verbal con base en algunas actividades propuestas para desarrollar el autocuidado, a partir de las cuales se pudieran describir de manera que promoviera una aproximación distinta a si mismos.

Tabla 6

Resultados cualitativos

Actividad	Objetivo	Sin autocuidado	Con autocuidado
Como me siento, como soy	Identificarán los cambios que han notados en ellos a lo largo del tiempo así como cuáles son los cambios físicos y psicologicos en un envejecimiento normal. Además de que manera se prodrian beneficiar mediante el autocuidado.	<p>“Mi cabello se ve canoso, mi piel arrugada y es mucho más morena y veo una persona algo triste” (sic).</p> <p>“Me veo arrugada, soy mucho más delgada de lo que creía” (sic).</p> <p>“Me veo bien me gusta tener el pelo blanco” (sic).</p> <p>“Veo a una persona sonriente pero que tiene problemas” (sic).</p> <p>“Creo que si me gusta pero a veces no me gusta sentirme triste” (sic).</p>	<p>“Es difícil pero tengo que aceptarme como soy” (sic).</p> <p>“Puedo cuidarme más para verme bien, tengo que ir a mis consultas y ser feliz” (sic).</p> <p>“Todos los problemas tienen solución”(sic)</p> <p>“Esta en mi hacer lo posible para sentirme mejor”(sic).</p>
Práctica de autocuidado	Identificarán las diferentes prácticas que mejorarán sus estilos de vida y se realizará un plan de acción tomando en cuenta las necesidades de cada uno.	<p>“Mi hija no me apoya y solo discutimos por dinero”(sic).</p> <p>“Mis nietos no me obedecen se la pasan en el celular”(sic).</p>	<p>“Poner un alto a mi familia”(sic).</p> <p>“Hablaré más con mi familia”(sic).</p> <p>“Ir a nadar”(sic).</p>

		“Antes hacia ejercicio pero desde mi accidente ya no”(sic)	“Salir a caminar todos los días”(sic).
		“Me gustaba mucho leer pero lo deje de hacer por que me operaron”(sic).	“Asistire a mis consultas a tiempo”(sic)
		“Mis hijos me dicen que no puedo salir por que me voy a caer por eso no salgo a la calle”(sic)	“Voy a leer otra vez”(sic). “Me inscribi a clases de costura”(sic).
Corazones	Realizaran una carta, en la cual explicaran lo que aprendieron del taller y un mensaje de agradecimiento a sus compañeros por las experiencias que compartieron.	“Quiero saber como comunicarme con mis nietos y que dejen el celular”(sic). “Aceptar que soy adulto mayor”(sic) “Tengo mala memoria se me olvidan cosas sencillas como donde deje unas llaves”(sic). “Aprender a ser tolerante y paciente”(sic).	“Debo de controlar mis emociones, que deje surgir más la alegría”(sic). “Nos animaron a reflexionar, el cuidado de nuestra persona, viviendo en armonía con quienes nos rodean”(sic). “Fue como hacer una pausa en el dia dia y mirar en el interior de mi misma y detectar, sintiendo en mi salud física y espiritual, y mejorar la comunicación con mi familia”(sic).

Al finalizar el taller se encontraron muy interesados en continuar participando en talleres similares, incluso pensaron en la posibilidad de crear un grupo de ayuda mutua. También solicitaron información sobre la atención psicológica individual asegurando “Aun tengo mucho que trabajar y me interesa ir al psicólogo porque esto pasando por una situación familiar muy complicada” (sic). por lo que se les entregó un tríptico informativo con los contactos de los centros de atención psicológica más cercanos y el contacto de la atención psicológica a distancia de la UNAM.

Discusión y conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la impartición del taller reflexivo-vivencial “Cuidarse es el arte de envejecer” y las hipótesis de trabajo establecidas, es posible señalar que no existe relación entre el autocuidado con la depresión, deterioro cognitivo y apoyo social en la comunidad de adultos mayores con la que se trabajó. Por otro lado, a pesar de los resultados estadísticos no mencionan una significancia entre la salud mental y autocuidado, desde un inicio un elemento importante a considerar es que este grupo no obtuvo altas puntuaciones en depresión, ni en deterioro cognitivo; éstos se encontraban en niveles considerados normales por lo que el impacto del autocuidado en esta área puede que no se reflejara de manera tan evidente, sin embargo no olvidemos los resultados a través de las observaciones al grupo y lo que reportaron los mismos participantes a lo largo del proceso y que nos indican otro tipo de cambio que se ve reflejado en la búsqueda de salud y apoyo por parte de estos adultos mayores al llegar al taller de manera voluntaria y asistir puntuales a las sesiones, participar en las actividades lo que los motivó a generar cambios en su cotidianidad lo cual es importante para romper con factores de riesgo como sedentarismo, problemas físicos, aislamiento, sentimientos de frustración, tristeza, entre otros y motivar una vida más activa encaminada al envejecimiento saludable realizando actividades placenteras como visitar a sus amistades, retomar actividades físicas, o recreativas como la lectura, caminar, hablar con familiares, buscar grupos de apoyo dentro de la comunidad, iniciar un proceso terapéutico etc. estos cambios se relacionan con la activación conductual, es decir, permiten tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables y actuar ante factores riesgo que obstaculicen el cuidado de la salud. Esta voluntad, facultad que moviliza en la persona al cambio permite una reestructuración emocional y mental que lo llevan a replantearse hábitos, costumbres y creencias. Tobón (2003) y Zea (2009) mencionan que el autocuidado se relaciona con el convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación en favor o en contra, ante una situación determinada según los valores, los principios y la motivación. Según Villamil y Nevado (2005) las prácticas del cuidado de sí mismo permiten las adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y promueve la salud en el adulto mayor.

También hay que considerar que la necesidad de promover prácticas de autocuidado radica en que, dado que cada vez viviremos más años, necesitamos emprender una serie de acciones sistemáticas para mantener y prolongar nuestra salud física y mental por lo que el reflejo

de los resultados en salud mental se puede deber a que el autocuidado se encuentra estrechamente relacionado con aspectos que redundan en condiciones saludables para el sujeto como la falta de apoyo social y los estereotipos hacia el envejecimiento, es imposible concebir el bienestar propio sin un medio natural, social y cultural que lo propicien. Autores como Calle (2016) retoman la importancia del conocimiento y reconocimiento de sí mismo para poder pensar y ubicarse entre lo que le compete y lo que le atañe, esto es, impactó de modo directo en las emociones, sensaciones, experiencias, sentimientos, necesidades, entre otras; y lo que convoca a la acción o participación, en el bienestar corporal o físico, psíquico y familiar. Siendo una tarea no tan fácil de lograr en 7 sesiones de taller por lo que la prolongación de la práctica en un futuro puede traer resultados más evidentes en la área de salud mental.

El taller se centró en dotar de estrategias y habilidades para la práctica del autocuidado, se compuso de psicoeducación sobre el envejecimiento principalmente para alejar la idea de la relación de enfermedad y vejez, crear un nuevo concepto para los participantes que los motivara a encaminar sus acciones al cambio y principalmente la mejoría de la salud, se tocaron temas como las emociones, envejecimiento normal, saludable, y patológico, las importancia de la comunicación, el miedo a la muerte, el fomento del autoconcepto y autoestima, en segundo lugar se abordaron estrategias para solución de problemas, se realizaron actividades como role playing para las técnicas de comunicación asertiva.

En cuanto al fomento del autocuidado, se lograron cambios reflejando una mejoría en los participantes; en todos los casos se presentó un aumento excepto en el caso D quien permaneció igual en sus puntajes que encajaron dentro de una capacidad de autocuidado buena, este resultado en especial se explica ya que desde el inicio manifestó recursos intelectuales, sin ninguna dificultad, actuando activamente durante la sesiones y teniendo un nivel físico funcional por lo que el fomento de las practicas no acusó un cambio tan evidente en los puntajes, aunque no incremento reporta ciertos avances sobre todo en la comunicación con los familiares cercanos y recuperar actividades como la lectura.

Es importante recordar el envejecimiento es un proceso individual, cada adulto mayor lo vive de manera diferente dependiendo su propio estilo de vida y su historia personal. Los

resultados reflejados en los participantes del taller indican un cambio en la activación conductual, de seguir con la motivación al cambio; los resultados en relación a salud mental serán probablemente evidentes y beneficiosos en este grupo. Es importante tomar en cuenta esta historia personal ya que en el caso A sufrió de un derrame cerebral hace 4 años aproximadamente, lo que pudo impactar en su rendimiento en algunas actividades y evaluaciones como así mismo se contaba con 2 casos con analfabetismo (B,H) para quienes igualmente se tomó en cuenta para la evaluación. El nivel escolar también es otro factor que influye en el proceso y evaluación del taller, ya que algunos temas pueden tornarse complicados al hablar de tecnicismos sin embargo los reportes de los participantes reflejaron un claro entendimiento de los temas.

En cuanto al apoyo social parece que en este grupo actúa de manera negativa, ya que a mayor autocuidado menor apoyo social perciben sin embargo el taller no se enfocó en el apoyo social sino en ser capaces de incidir en quienes nos rodean para fomentar las habilidades necesarias para que lleven a cabo el autocuidado ya sean familiares, instituciones o la misma comunidad. Siendo que no se tomó como un tema central sino se fomentan las prácticas sociales y las consecuencias en beneficio o en contra del apoyo social pudo ser un factor que influyó en la percepción de las redes de apoyo. Uno de los cambios sociales importantes en esta etapa según Lehr (1980) es que se va relajando paulatinamente o se cesa por completo con los contactos sociales, esto se relaciona con la jubilación la que provoca una ruptura de vínculos sociales y por lo tanto influye en el apoyo social. En el caso de C y H son adultos que no contaban con ninguna ayuda del gobierno ni de los familiares ya que ambas vivían solas, sin pareja y sin la visita de sus hijos lo que se reflejó en la evaluación de esta área, en cuanto a los casos de A vivían con pareja e hijos cercanos y B vivían con sus hijos por lo que el apoyo era más cercanos incluso en el caso de B asistían a las sesiones acompañándola, en el resto de los casos, D, E , F y G viven en pareja y con visitas ocasionales de sus hijos. En cuanto a la relación con los hijos reportaban que ellos les impedían realizar actividades debido su edad, cuestión que causó malestar en los integrantes del taller, esto relacionado con los estereotipos que giran alrededor de los adultos mayores, entre ellos los que se presentan más y que fueron mencionadas por los participantes “Es que tú ya estas grande no puedes caminar”, “Tú no hagas nada”, “No puedes salir sola a la calle ya estas grande”, “No vayas a nadar te vas a lastimar” y “¿Porque sales?, tú ya no puedes salir”.

En cuanto al apoyo social no reflejan una relación estadísticamente significativa en relación al autocuidado esto se puede deber al cambio generacional, anteriormente el apoyo era responsabilidad especialmente de los hijos, quienes tendrán que brindar salud y bienestar a sus padres de edad avanzad, sin embargo Tuirán (2002) señala que nos encontramos ante la insuficiencia de seguridad social, con lo cual podría emerger una fuerte tensión para las familias, los integrantes de las generaciones recientes se verán obligados a hacer frente a la atención simultánea de los hijos y de los padres por un periodo incluso aún más prolongado que las generaciones anteriores, esto incluso podría implicar garantizar la subsistencia de menores y ancianos durante edades cercanas a su propio retiro.

El apoyo que percibe este grupo de adultos mayores parece suficiente pero no están tan satisfechos con el, esto se explica a que no tienen la percepción ni la sensación de que se atienden las necesidades. Es por eso que este grupo de adultos mayores desde el inicio no consideraban tener apoyo de parte de su familia, ni de las instituciones debido a la misma ruptura generacional como resultado da este sentir de alejamiento y abandono de sus familiares, siendo la relación con las generaciones más jóvenes su queja principal. Mencionan Aguilar (2014) que el apoyo social tiene dentro del ámbito simbólico o afectivo, tiene un efecto amortiguador emocional y material ante los problemas de salud.

Sin embargo esta percepción de apoyo social aunado a la preocupación, quejas y la variedad de pérdidas que se presentan al adulto mayor, afectan a la autoestima, esto relacionado con el abandono de la vida laboral activa, disminución de las condiciones socio-económicas, pérdida de los seres queridos, etc. relacionados con sentimientos de soledad, abandono por la poca integración a la vida social y familiar, incluso inutilidad, todo esto influye en su estado general de manera negativa (Bernad, 2008).

La vejez puede ser identificada como atendida o no atendida, en la primera hace referencia a la importancia del apoyo de la familia, donde los lazos afectivos son fuertes, se recibe todos los cuidados y atenciones posibles, en la segunda no se percibe un entendimiento por parte de quienes los rodean. Por lo que esto puede explicar la situación que presentan los

participantes ya que mediante los reportes que ellos mismo hacían sus sentimientos iban más dirigidos a que sus familiares no los entendían y que solo les pedían que dejaran de realizar ciertas actividades lo que puede entenderse como una negación a su propia vejez y una desconexión del lazo con sus familiares cercanos, es por esto que no existió una correlación significativa con el autocuidado.

Como conclusión final se entiende el envejecimiento como un proceso de cambios pero no necesariamente estos cambios significan discapacidad sino se refiere a la oportunidad de adaptarse, ese fue el principal tema en el taller, tratar de adaptarse a las condiciones de una manera digna para cada uno de los participantes a través del autocuidado para empezar a cambiar toda la visión que tienen los mismos adultos mayores de sí mismos, empoderarse y creerse capaz de tomar decisiones en su propio beneficio. Creo en la capacidad de los adultos mayores para vivir de la mejor manera la que ellos decidan que les beneficia, que su envejecimiento tenga un significado, un sentido que les permita seguir creciendo de manera personal y gozar de las nuevas experiencias espero que a este grupo de adultos mayores les quedara claro que envejecer no significa esperar morir sino vivir con una razón para existir.

Limitaciones y sugerencias

Algunas de las limitaciones en esta investigación consistieron en la dificultad para responder a los instrumentos dado al nivel de estudios de algunos participantes, ya que siendo una comunidad con un bajo nivel educativo se tuvieron que realizar actividades para poder lograr la comprensión de los ítems, pues en algunos casos había analfabetismo, para lo cual se sugiere adaptar algunas de las actividades se tuvieron que adecuar a sus capacidades. Otro factor importante fue el número de instrumentos aplicados en una sesión a pesar de que se realizó la aplicación de dos instrumentos en dos sesiones, la cantidad fue demasiada para una sesión por lo que pudo afectar en el rendimiento de los adultos mayores lo que podría contemplarse un tiempo extra para la aplicación de los instrumentos y utilizar instrumentos cortos y muy claros dirigidos a esta población.

También la falta de actualización en las pruebas fue una limitación importante, los instrumentos tienen muchos años desde que se elaboraron, y debido el aumento en la esperanza y la calidad de vida propicia que la investigación en la población adulta mayor este cobrando auge, con ello se presenta la necesidad de elaborar nuevos instrumentos dirigido a la población adulta mayor que sean cortos y por supuesto contextualizada a la población mexicana, se sugiere la búsqueda de instrumentos actualizados enfocados a esta población para una evaluación.

Un último elemento importante a considerar en futuros estudios es la integración de los cuidadores primarios o familiares al proceso de envejecimiento, para combatir los estereotipos, juicios y sobre cómo deben tratar a un adulto mayor ya que obstaculizan la interacción y atención por la falta de información, es este el primer paso para un cambio social en la cultura mexicana, la incorporación de los cuidadores puede beneficiarse de una intervención simultanea caminada a las mismas consecuencias en los cuidadores, así como a las atenciones hacia sus padres, abuelos que comienzan esta etapa de envejecimiento y al mismo significado que tiene envejecer ya que es una etapa que la mayoría llegara a conocer.

Referencias

- Aguilar, Y. (2014). Redes de apoyo en la atención del adulto mayor con diabetes en el municipio de Atlautla, Estado de México, (Tesis de maestría), Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Alarcón-Mora C., Hernández-Barrera L., Argüelles-Nava V., & Campos-Uscanga, Y. (2017). Apoyo social y su asociación con el autocuidado de la dieta en personas con diabetes, *Liberabit* 23(1), 111-121 , Recuperado de:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272017000100009
- Alvarado, A. & Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento, *Gerokomos*, 25(2), pp. 57-62 Barcelona España. Recuperado de : <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Amar, J., Abello, R. & Acosta, C. (2003). Psicología desde el Caribe. *Universidad del Norte*, 11 7-121.
- Andrade, J. (2012). Psicología comunitaria y clínica social, acercamientos desde un escenario de complejidad *Revista de psicología gepu* 3(2).
- Araiza, J. (2019). Redes de apoyo familiar en el autocuidado de pacientes geriátricos con diabetes mellitus tipo 2, (Tesis de posgrado), Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Arriaga, R. & Valdés, A. (2009). La población de la tercera edad en México. Políticas de atención, perspectivas y retos. En: Manuel Ribeiro y Sandra Mancinas (Ed.). Textos y contextos del envejecimiento en México: Retos para la familia y el Estado. México 135-147, UANL, Plaza y Valdés. México.
- Bang, C. (2014). Community strategies in mental health promotion: Constructing a conceptual framework for approaching complex psychosocial problems. *Psicoperspectivas*, 13(2) 109-120.
- Barrera, M. & Donolo, D. (2009). Diagnóstico diferencial de envejecimiento patológico. Desempeños en el Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE). *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 45-58. Recuperado de :
- Bernad, A. (2008). El bienestar psicológico de las personas mayores Programa de aprendizaje para la tercera edad, Hergue, Zaragoza , España.
- Bernhardi, M. (2005). Envejecimiento: Cambios bioquímicos y funcionales del Sistema Nervioso Central, *Rev Chil Neuro-Psiquiat* , 43(4) 297-304, Chile.

- Belsky, J. (1996). *Psicología del envejecimiento Teoría, investigación e intervenciones*, Masson S.A., Barcelona, España.
- Bermejo, G. (2010). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores: guía de buenas prácticas*, Médica Panamericana, Madrid, España.
- Borbón, N., Cruz, C. & Castro, A. (2015). Envejecimiento patológico como condicionante de la dependencia funcional en adultos mayores, *Ciencias del ejercicio FOD*, 10 (10), 35 - 63, Nuevo León, México.
- Bordignon, A. (2005) El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto, *Revista Lasallista de Investigación* 2 (2) pp. 50-63 Corporación Universitaria Lasallista Antioquia, Colombia.
- Borawski-Clarck, E. & Krause, N. (1997). Gerontología y salud: perspectivas actuales Funciones del apoyo social en la vejez, José Buendía (ed. lit.).
- Brazo, M. (2000). Sociedad y vejez: la familia y el trabajo, en Gerontología social, Ballesteros.
- Carmona, S. (2011). *Envejecimiento activo. La clave para vivir más y mejor*. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey. México.
- Can, A., Sarabia, B. & Guerrero, J. (2015). Autocuidado en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche RIDE *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, Centro de Estudios e Investigaciones para el Desarrollo Docente A.C. 6 (11), Guadalajara, México.
- Candia C., Torres, M., Carreón, J., Mendoza, L. & Reyna, L. (2016). Confiabilidad de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15) en Personas Adultas Mayores de Chilpancingo, Guerrero. Tlamati Sabiduria, 4º Envuero de Jóvenes Investigadores – CONACYT, 7(2), México.
- Calle, F. (2016). Educación y cuidado de sí. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, 3(2), 238-247.
- Cornachione, Urrutia, A. & Ferragut L. (2005). *Guía para el cuidado de ancianos con problemas*, Editorial Brujas, Argentina.
- Consejo Nacional de la Población (2004). *Envejecimiento de la población de México; reto del Siglo XXI* Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Envejecimiento_de_la_poblacion_de_Mexico_reto_del_Siglo_XXI

- Cañete, S. (2010). Procesamiento auditivo en adultos mayores: Reporte de casos. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 70(1), 57-64. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162010000100010>
- Céspedes, A. (1987). Influencia de los factores socioeconómicos en la pérdida de autonomía de los adultos mayores costarricenses entre los 65 y 80 años, Programa de Investigación sobre el Envejecimiento, San José de Costa Rica.
- Chiang, H., Valdevenito R. & Mercado, A. (2018). Incontinencia urinaria en el adulto mayor *Tema central: Urología* 29 (2). ,117-264 lugar
- Castillo, D. & Fortino, V. (2005). Envejecimiento demográfico en México: Evaluación de los datos censales por edad y sexo, 1970-2000. *Papeles de población*, 11(45), 107-141. Recuperado de : http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140574252005000300006&lng=es&tlng=es.
- Crum, R., Anthony, J., Bassett, S. & Folstein, M. (1993). Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. *Journal of the American Medical Association*, 269(18) 2386-2391.
- Denisse, K. (2015). Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas 113- 129. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Envejecimiento_demografico_en_Mexico
- De Juanas, Limón R. & Navarro E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores, *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria* 22 153-166 Recuperado de: http://www.upo.es/revistas/index.php/pedagogia_social/ ISSN: 1139-1723
- Díaz R., Jordán M., Vera A., Ruiz L. & Olalde E. (2004) Escala de Capacidad de Autocuidado. junio. Celaya: Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, Universidad de Guanajuato.
- Durán D., Orbegoz L., Uribe-Rodriguez A. & Uribe J. (2007). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores, Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia
- Erikson, E. (1988). *Ciclo vital completado*, Paidós Studio, Ciudad de México, México.

- Espinosa, A. (2012). Epidemiología latinoamericana del adulto mayor. Melgar & Penny, Geriátría y gerontología para el médico internista 57 – 67. Grupo Editorial La Hoguera, Bolivia.
- Fassio A. (2007). La institucionalización de los adultos mayores en la Argentina Imaginarios y realidades, *Rev. Arg. de Psiquiat.* , 18 (76) 438 – 446.
- Fernández, R., Álvarez, B., Fernández, S. & Hernández, R. (2005). Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿Realmente funcionan los programas de salud comunitaria? *Aten Primaria.*, 35, 478-483.
- Fericgla, J. (2002). Envejecer una antropología de la ancianidad, Herder, Barcelona, España.
- Fernández P.(2007) El trabajo del psicólogo clínico en el ámbito comunitario. Una experiencia en formación profesional (Reporte de servicio social), Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.
- Fernández S. (2016) El proceso de envejecimiento en México, el contexto socio sanitario y sus implicaciones respecto a los incidentes adversos, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México.
- Flores, A. (2012). Por una cultura del envejecimiento: una investigación en prospectiva, Tesina de pregrado), Universidad Pedagógica Nacional, México.
- Francesc & Altarriba. (1994). Gerontología Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer, Editorial Boixareu Universitaria, Barcelona, España.
- Francés, I. (200). Terapéutica farmacológica en el anciano: Cambios en la administración y efectos de los fármacos. Lasheras, Martínez y Ariño (Ed) Innovaciones terapéuticas 63-72, Eurograf Navarra, Universidad de Navarra, España.
- Garza, L. (1999). Teorías psicológicas del desarrollo, Facultad de Filosofía y letras, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Giraldo O., Toro Y., Macías, M., Valencia A. & Palacio, S. (2010) La Promoción De La Salud Como Estrategia Para El Fomento De Estilos De Vida Saludables, *Revista Hacia la Promoción de la Salud* 15 (1) pp. 128-143 Universidad de Caldas.
- Gómez, M., Salazar M., & Rodríguez, E. (2014). Los talleres vivenciales con enfoque centrado en la persona, un espacio para el aprendizaje de competencias sociales, *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Universidad Intercontinental Distrito Federal, México* 16 (1), 175-190.

- Gómez, M. (2014). La gerontología: una necesidad educativa emergente en México Revista: *visión educativa iunaes 8 (17) 59-70* Recuperado de:
http://iunaes.mx/wpcontent/uploads/2014/05/FINALVISI%C3%92N_EDUCATIVA_17.pdf
- González, C. & Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México, 49(4), 448-458.* Recuperado de:
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342007001000003&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342007001000003&lng=es&tlng=es)
- Gonzales, J. (2010) Teorías del envejecimiento, *Tribuna del Investigador 11, (1-2) 42 – 66*
- Gonzalo, E. & Pasarín, M. (2004). La salud de las personas mayores. *Gaceta Sanitaria, 18(1), 69-80.* Recuperado de:
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112004000400012&lng=es&tlng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112004000400012&lng=es&tlng=es)
- Gutiérrez L. & Kershenobich D,(2015). La Academia Nacional de Medicina, el envejecimiento y la salud de los mexicanos p. 17 a 27, en *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción, UNAM.*
- Guzmán, S., Huenchuan, J. & Montes, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. Instituto para la atención de los adultos mayores en la ciudad de México, México.
- Guerra, O., Arias B., Duharte, J., Carmenatte, T. & González de la Paz, J. (2010). Afecciones digestivas más frecuentes en el adulto mayor, *MEDISAN 14(4)* Santiago de Cuba.
- Guijarro, J. (2000). Cambios fisiológicos en la vejez. Lasheras, Martínez y Ariño (Ed) *Innovaciones terapéuticas* (pp 1- 15), Eurograf Navarra, Universidad de Navarra, España.
- Hernández, A. (2018). Prácticas de autocuidado para la salud integral en el personal de salud de un hospital metropolitano (Tesis de posgrado) Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Hernández, E. (2005) La psicoterapia en la vejez Revista Intercontinental de Psicología y Educación 7 (2) pp. 79-100, Universidad Intercontinental, Distrito Federal, México.
- Hernández, Z. (2005) La psicoterapia en la vejez, *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 7 (2), p. 79-100* Universidad Intercontinental, Distrito Federal, México.

- Hernández M., Murguía, V. & Hernández, M. (2014). Envejecimiento prospectivo y su relación con la discapacidad en México , Consejo Nacional de Población México, D. F. en La situación demográfica de México 2014, México.
- Himes, C. & Erin, B. (2000). The role of Friends in caregiving, *Research on Aging*, 22 (4), Sage Publications Thousand Oaks, California.
- Hoskins I., Kalache, A. & Mende, S. (2005). Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.
- Huenchuan S. & Rodríguez-Piñero, R. (2010). Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Santiago de Chile, Chile.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2015) Situación de las personas adultas mayores en México, El arte de envejecer es el arte de conservar alguna esperanza. André Maurois, novelista y ensayista francés (1885-1967), México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). Perfil sociodemográfico Estados Unidos Mexicanos Censo de Población y Vivienda 2010, México.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2010). Por una cultura del envejecimiento, Mexico.
- Instituto Nacional de Geriátrica (2015) Promoción de la salud en la mujer adulta mayor, Recuperado de: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Promocion-salud-mujer-adulta-mayor.pdf>
- Jung, C. (1931). El declinar de la vida. Jung C. G, La psique y sus problemas actuales 215-237. Poblet, Buenos Aires.
- Junqué, C. & Jurado, M. (2000). Envejecimiento y demencias, Martínez Roca, Barcelona, España.
- Krzemien, D. (2014). Sabiduría, pensamiento postformal y auto-regulación en adultos mayores *Estud. interdiscipl. envelhec.*, 19 (2), 549-567, Porto Alegre.
- Krzemien, D. (2007). Estilos de personalidad y afrontamiento situacional frente al envejecimiento en la mujer. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 139-150. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902007000200004&lng=pt&tlng=es

- Kickbusch L. (1996) El autocuidado en la promoción de la salud p 235- 245 en Organización Panamericana de la salud. Catalogación por la Biblioteca de la OPS Promoción de la salud: una antología. Washington, D.C, EE.UU.
- Krassoievitch M. (1999) Psicoterapia, Geriátrica, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México, México.
- Lamm & Porias. (2007). Cambios fisiológicos durante el envejecimiento del sistema reproductor masculino, *Revista de Endocrinología y Nutrición* 15 (4), México.
- Leiton Z. (2016). El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. *Enfermería universitaria*, 13(3), 139-141 México. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.06.002>
- León, M. (2002). La atención comunitaria en salud mental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(5), 340-342. Recuperado de : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252002000500009&lng=es&tlng=es.
- López, J. & Martí, G. (2011). Mini-Mental State Examination (MMSE) *Rev Esp Med Legal*. 37(3) 122-127, España.
- Loredo, M., Gallegos, R., Xequé, A., Palomé, G. & Juárez, A. (2006). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor *Enferm. univ* 13 (3), 207-216 México.
- Lozano, M., Rubí. M. & Gómez, C. (2009). Estilo de Vida Saludable para el Adulto Mayor: Prácticas de Autocuidado de Alto Impacto, *Desarrollo Científ Enferm.* 17 (8) 351-354 México.
- Luque M. (2015), Psicogerontología comunitaria trabajo con personas adultas mayores en la comunidad aymaras urbanos de pampajasi 534 a 537 , VI Congreso Ibero americano de Psicogerontología “conectando la ciencia con la sabiduría de nuestros viejos pueblos”, La Paz, Bolivia.
- Marín, M. & Garrido, T. (2003). El grupo desde la perspectiva psicosocial. Conceptos Básicos, Pirámide, Madrid, España.
- Martín, A. (2009). Más allá de Piaget: cognición adulta y educación. Teoría De La Educación. *Revista Interuniversitaria*, 11(0) 127-157. Recuperado de: <http://revistas.usal.es/index.php/1130-3743/article/view/2845>
- Martín, L. (2003), Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad *Rev Cubana Salud Pública* 29 (3) Ciudad de La Habana.

- Martínez, E. (2001). Factores condicionantes básicos y acciones de autocuidado de adolescentes para prevención de vih/sida (Tesis de pregrado), Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Nuevo León, México.
- Martínez-Mendoza, J. Martínez-Ordaz, V., Esquivel-Molina, C. & Velasco-Rodríguez, V. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.*; 45(1) 21-28, México.
- Matusevich D. & Triskie F. (2007). Instituciones en psicogeriatría *Rev. Arg. de Psiquiat.* , 18 (76) 431- 446.
- Medellín, M., Rivera M., López Peñaloza, K., Cedeño, G., & Rodríguez-Orozco, A. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud mental*, 35(2), 147-154. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000200008&lng=es&tlng=es.
- Melero, L. (1994). Los límites de la intervención psicológica en la vejez, de García, Pérez, Ancianidad, Familia e Institución 17 – 27, Amarú Ediciones, España.
- Melgar F. (2012) Niveles de atención en geriatría y estratificación de los adultos mayores. Geriatría y gerontología para el médico internista 67-81 Grupo Editorial La Hoguera, Bolivia.
- Mendieta, J. (2018). Envejeciendo juntos; Mejorar la capacidad funcional de la población mayor a través de un programa de envejecimiento saludable intergeneracional (Master en salud pública) Universidad Pública De Navarra, Pamplona, Ecuador.
- Mendoza-Núñez, V. & Martínez-Maldonado, M. (2009). Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM). En: A. L. González-Celis, R. (Coord.) Evaluación en Psicogerontología. México: Editorial Manual Moderno. México.
- Merodio, Z., Rivas, V. & Martínez, A. (2015). Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor, *Horizonte sanitario*, 14 (1), Tabasco, México.
- Mercado, Orrico, Bottero, Reussi & Bado (2012). Unidades de cuidado del adulto mayor. Melgar & Penny, Geriatría y gerontología para el médico internista, 679- 687, Grupo Editorial La Hoguera, Bolivia.

- Montero, M. (1984). La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista Latinoamericana de Psicología* 16 (3) 387-400 Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia.
- Montero, M. & Rodríguez, S. (2013). Indicadores de envejecimiento activo en la población española. Folguera P., Maquieira V., Matilla M.J., Montero P., Vara M.J. (Ed.), *Género y Envejecimiento* 313-333. Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Montero-López M., López-Giménez, M., Acevedo-Cantero P. & Mora-Urda A. (2015). Envejecimiento saludable: perspectiva de género y de ciclo vital, Universidad Autónoma de Madrid, *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* 5, (1) 55-63, España.
- Molina M. (2011) Efectos de la actividad cognitiva en el funcionamiento cognitivo en personas mayores (Tesis de postgrado) Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Motte, C. y Muñoz, J. (2006). Envejecimiento social. En J. Muñoz (Ed.), *Psicología del Envejecimiento*, Pirámide, Madrid.
- Montes de Oca V. (2010). Pensar en la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Revoluciones* 62, Tlaquepaque, Jalisco, México.
- Montes de Oca V. & Mancero S. (2012) redes sociales como determinantes de la salud en Gutiérrez L. & Kershenobich D., *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mugueta & Monreal. (2000). Perfil bioquímico del anciano. Lasheras, Martínez y Ariño (Ed) *Innovaciones terapéuticas* 17- 42, Eurograf Navarra, Universidad de Navarra, España.
- Muñoz, N. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud, *Salud Colectiva*, 5, (3) 391-401 Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina.
- Musitu, G., Herrero, J., Cantera L. & Montenegro M. (2004) *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Ed. UCO. Barcelona. España.
- Naranjo, Y., Concepción, C. & Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem, *Gac Méd Espirit Sancti Spiritus*, 19 (3), Matanzas. Cuba.
- Ocampo, J., Romero N., Saa, H., Herrera J. & Reyes-Ortiz, C. (2001). Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores *Colombia medica* 37 (2), Cali, Colombia.

- Olivera, C. & Bujardón, A. (2010). Estrategia educativa para lograr una sexualidad saludable en el adulto mayor *Educational*, 10(2) 1-22. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v10n2/hmc060210.pdf>
- Organización Panamericana de la salud. (2008). Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS, Washington, Estados Unidos. Recuperado de: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). Envejecimiento. Recuperado de: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
- Organización Mundial de la salud. (2016). mhGAP Guía de intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Envejecimiento y salud. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre El envejecimiento y la salud. Recuperado de: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia, 70 Asamblea mundial de la salud
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Salud mental y los adultos mayores. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Demencia. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Resumen sobre el informe de salud en el mundo, la atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Demencia, recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
- Osorio, O. (2016). Envejecimiento poblacional: discriminación y políticas públicas integrales Iztapalapa *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades* 81 (37) 133-163. Recuperado

- de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/izta/v37n81/2007-9176-izta-37-81-133.pdf>Pancer y Nelson. (1995). Enfoques de la promoción de la salud basados en la comunidad: guía para la movilización comunitaria. Organización Panamericana de la Salud, Promoción de la salud; una antología, (pp. 166- 182), Washington, Estados Unidos
- Palacios, J. & Morales, V. (2011). Memoria en el anciano, Fondo de Publicaciones: Norella Castro Rojas, Bogotá, Colombia.
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2010). Desarrollo humano, Mc Graw Hill, Undécima Edición, Ciudad de México, México.
- Partida, B. & Virgilio. (2005). La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México Papeles de Población, *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 11, (45), 9-27*, Estado de México Toluca, México.
- Pasarín, M. & Díez, E. (2013). Salud comunitaria: una actuación necesaria, *Gac Sanit., 27 (6)* (pp. 477-478), Barcelona, España.
- Pasarín, M., Forcada, C., Montaner, I., De Peray, J. & Gofin, J. (2010). Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública Informe SESPAS . *Gac Sanit., 24 (1) 23-27* Barcelona, España.
- Pancer, S. & Nelson, G. (1995), Enfoques de la promoción de la salud basados en la comunidad: guía para la movilización comunitaria. Organización Panamericana de la Salud, Promoción de la salud; una antología, (pp. 166- 182), Washington, Estados Unidos.
- Pino, J. (2007). La enfermedad de Alzheimer y otras demencias Detección y cuidados en las personas mayores, Salud Publica de los Mayores, Instituto de Salud Pública, Madrid, España.
- Parra-Razo. (2016). Revisión del empleo de las mascotas en el estudio de las personas mayores, Moreno, Pérez-Fuentes, Vázquez, Belén, Martos & Simón, Intervención en contextos clínicos y de la salud (123-128) , ASUNIVEP.
- Peña. (2012). Envejecimiento normal y patológico Gaceta de psiquiatría universitaria *Rev GPU 8 (2) 192-194*, Chile.
- Prieto, G. (2015). Correlación entre Minimental de Folstein y Montreal Cognitive Assessment para detectar deterioro cognitivo en ancianos institucionalizados del centro nacional modelo de atención investigación y capacitación gerontológico “Arturo Mundet”, (Tesis

- para especialidad en medicina), Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Ciudad de México, México.
- Porras, A. (1996). Interacción de neurotransmisores y envejecimiento cerebral estudio de la interacción entre dopamina, ácido glutámico y gaba en el estriado y en la corteza prefrontal de la rata (Tesis doctoral) Departamento de Fisiología Facultad de Medicina Universidad Complutense de Madrid, España.
- Portal, D., Lozano, M., & Esbrit P., (2012), Fisiopatología del envejecimiento óseo, *Revista española de Geriatria y Gerontología*, 7 (3), 91-136, España.
- Ramírez, C. (2004). Evaluación de autocuidado y calidad de vida en ancianos (tesis de pregrado) Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad de México, México.
- Ramírez, V. (2013). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el adulto mayor desde una perspectiva investigativa integradora, *Hallazgos, [S.l.]*, 10, (20). Recuperado de: <http://revistas.usta.edu.co/index.php/hallazgos/article/view/1174>
- Ramos, C. (2002). Salud y calidad de vida en las personas mayores, *Tabanque* 16, 83-104 Universidad de Salamanca, España.
- Ramirez, S. (2004). Evaluación del autocuidado y la calidad de vida en ancianos (Tesis de pregrado) Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.
- Razo-González, A. (2014). La política pública de vejez en México: de la asistencia pública al enfoque de derechos *Rev CONAMED*;19(2), 78-85. Recuperado de: <file:///C:/Dialnet-LaPoliticaPublicaDeVejezEnMexico-4760916.pdf>
- Reyes, L. & Villasana S. (2010) Vejez en edad extrema. Un estudio de etnogerontología social *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 6 (10), pp. 217-249 Universidad Nacional Autónoma de México Distrito Federal, México.
- Ribeiro-Ferreira, M. & Mancinas-Espinoza, S. (2010). Textos y Contextos del Envejecimiento en México. Plaza y Valdés, México.
- Rincón, A. (2008). Caracterización de la tipología familiar del adulto mayor no institucionalizado perteneciente al parque departamental de la tercera edad pdte, (Tesis de pregrado), Facultad de Psicología, Universidad Pontificia Boliviana, Bolivia.
- Robles, Vázquez, Reyes & Orozco. (2006). Miradas sobre la vejez Un enfoque antropológico, El Colegio de la Frontera Norte, Plaza y Valdes Editores, Baja California, México.

- Robles, A., López, J., Morales, K., Palomino, L. & Figueroa Y. (2014). Autocuidado y factores condicionantes presentes en las personas con diabetes tipo 2 de una colonia de hermosillo, sonora, *EPISTEMUS* 17 (8) , 41-49.
- Robledo, L. (2016). Los paralogismos de la vejez. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina* , 4(1), 125-140. Recuperado de ; http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-01322016000100009&lng=es&tlng=es.
- Robles, L. , Vázquez, F., Reyes, L., & Orozco, I. (2006). Miradas sobre la vejez: un enfoque Antropológico, El Colegio de la Frontera Norte/Plaza y Valdés , Tijuana, México.
- Rodríguez, A. (1994) Dimensiones psicosociales de la vejez. En Buendía, J. (com.) *Envejecimiento y psicología de la salud. Siglo XXI, Madrid. España.*
- Rodríguez, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166. Recuperado en 07 de agosto de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es&tlng=es.
- Sada-Ovalle, Rosete, Ledesma & Zenteno. (2004). Aspectos inmunológicos del envejecimiento, *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias* 17 (4), 293-300. Recuperado de: <http://www.eumed.net/rev/cccsc/07/uavg.htm>
- Saíz J. (2001) Manual de psicogeriatría clínica, Masson S. A., Barcelona, España.
- Sánchez, F. (2009). “Bienestar psicológico en adultos mayores, un resultado del envejecimiento activo” (tesis de pregrado) Ciudad de México, México.
- Sánchez, C. (2009). el bienestar psicológico en adultos mayores, un resultado del envejecimiento activo (Tesis de pregrado) Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. México.
- Sánchez & Pérez, 2008, El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor, *Rev Cubana Med Gen Integr* 24 (2), Ciudad de La Habana .
- Sandoval, S. (2018). Psicología del desarrollo humano II compilación, Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán Sinaloa, México.
- Santiesteban, Pérez & García. (2008). Teorías y cambios del envejecimiento, *Correo Científico Médico de Holguín*; 12(5) 17 Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/357240539/Teoria-Del-Envejecimiento>
- Salazar, M. (2006). Psicología y envejecimiento: retos pendientes en costa rica *Revista Costarricense de Psicología*. 25(38), 23-35, Costa Rica.

- Salgado-de Snyder, V. & Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México*, 49 (Su4), 515-521.
- Salech, F., Jara, R. & Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19-29.
- Sarrate, M. (2003). Atención a las personas mayores. Intervención práctica, Editorial Universidad, S.A., Madrid, España.
- Sillas, D. & Jordan, M. (2011) Autocuidado elemento esencial en la práctica de enfermería *Desarrollo Cientif Enferm.19 (2)*. Recuperado de: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>
- Shrivastava, S., Shrivastava, P., & Ramasamy, J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorder*, 12 (1).
- Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R. & Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(2), 342-350. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>
- Tobón, O. (2003). El autocuidado una habilidad para vivir. Hacia la promoción de la salud. 8(8) (pp.41-45).
- Torres-Castro, Mena-Montes. Gonzáles-Ambrosio. Zubieta-Zavala, Torres-Carrillo. & Espinel-Bermúdez. (2018). Escalas de tamizaje cognitivo en habla hispana: una revisión crítica, Sociedad Española de Neurología, Elsevier España, recuperado de: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
- Tuirán, R. (2002). Transición demográfica, trayectorias de vida y desigualdad social en México: lecciones y opciones. *Papeles de población*, 8(31), 25-66. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252002000100003&lng=es&tlng=es.
- Triado, C. & Villar, F. (2007). Psicología de la vejez, Alianza Editorial, Madrid, España.
- Urrutia, N. & Villarraga, C. (2010). Una vejez emocionalmente inteligente: retos y desafíos, Contribuciones a las Ciencias Sociales, recuperado de: www.eumed.net/rev/cccss/07/uavg.htm
- Valenzuela, E., & Odgers, O. (2014). Usos sociales de la religión como recurso ante la violencia: católicos, evangélicos y testigos de Jehová en Tijuana, México. *Culturales*, 2(2), 9-40.

- Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-11912014000200001&lng=es&tlng=es.
- Vázquez, F., Robles L. , Vázquez, F. , Reyes L. & Orozco, I. (2006). Miradas sobre la vejez: un enfoque antropológico, El Colegio de la Frontera Norte/Plaza y Valdés, Tijuana, México
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.
- Villa, C. (2005). La vida en jubilación, Trillas, México.
- Villagómez, M. (2013). No es pecado envejecer; Pobreza y desigualdad social del adulto mayor, MAPorrúa, Universidad Autónoma de Yucatán, México.
- Villar, T. (2010). Desarrollo de la inteligencia emocional, una oportunidad de crecimiento personal. (Tesis de maestría). México: Universidad Vasco de Quiroga.
- Wong, L., Rodríguez, I., Domínguez, M. & González, I. (2010). La sexualidad en la tercera edad. Factores fisiológicos y sociales, *Rev. Med. Electrón.* 32 (3), recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000300011
- Wong, R., Espinoza, M., & Palloni, A. (2007). Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Salud Pública de México*, 49 (4).
Recuperado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342007001000002&lng=es&tlng=es.
- World Health Organization. (2001). Innovative care for chronic conditions. Report of meeting, Geneva, Switzerland. Recuperado de : <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO-MNC-CCH-01.01.pdf>
- Zapata, H. (2001). Adulto mayor: Participación e identidad, *Revista de Psicología* 10 (1) 189-197
Universidad de Chile Santiago, Chile
- Zea, M. (2009). La experiencia del Aula Universitaria de Mayores: enseñanza-aprendizaje de cuidado y autocuidado. *REV* 27(2) 244-252, Medellín, Colombia. Recuperado de: http://132.248.9.1:8991/F/GJDV95C3KHEQ2C2MTM4V3BPL685TPVK63V7P7CK5A25H6B5TNL30590?func=service&doc_library=IRS01&doc_number=000088025&line_number=0001&func_code=WEB-SHORT&service_type=MEDIA

Zinberg, N. E. & Kaufman, I. (1987). Psicología normal de la vejez. Paidós, Argentina.

Zaragoza, F. & Del Barrio. (2000). Tratamiento de osteoporosis. Lasheras, Martínez y Ariño (ed) Innovaciones terapéuticas (237- 256), Eurograf Navarra, Universidad de Navarra, España.

A N E X O S

Anexo 1

CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA “LOS VOLCANES” Consentimiento informado

Yo: _____

He leído y acepto colaborar brindando la información necesaria para la investigación, apoyar y hacerme responsable de mi tratamiento, tanto en el taller como en casa, participando activamente en aquellas actividades que a juicio del psicólogo (a) se juzguen como convenientes.

Comprendo que el servicio puede ser suspendido:

- a) Por decisión propia, con el compromiso de avisar previamente al psicólogo (a) que lo atiende.
- b) Cuando por mi parte se acumulen de 3 faltas sin previo aviso o justificación

Estoy enterado y acepto la propuesta de taller que el psicólogo (a) ha planteado y reconozco la importancia de mi compromiso para que éste se lleve a cabo sin interrupciones. También entiendo y acepto que en esta búsqueda acudo por voluntad.

De igual manera he sido informado (a) y estoy de acuerdo en que debo permanecer en las instalaciones durante todo el tiempo de la sesión.

Asimismo doy mi consentimiento para que la información obtenida producto de la evaluación y/o tratamiento sea utilizada para fines meramente académicos

SI () NO ()

De puño y letra en las líneas que sigues se escribirá: **“Acepto que estoy enterado de la información y que he leído el documento estando de acuerdo con el mismo”**

Nombre completo y firma:

Programa y Nombre del Psicólogo: Psi. Diana Ivonne Rangel Espíndola / Servicio social.

Lugar y fecha:



Anexo 2. Instrumentos
ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (GDS VERSIÓN
REDUCIDA)
FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



	SI	NO
1 ¿Esta satisfecho/a con su vida?		
2 ¿Ha renunciado a muchas actividades)		
3 ¿Siente que su vida esta vacía?		
4 ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?		
5 ¿Tiene a menudo buen ánimo?		
6 ¿Teme que algo malo le pase?		
7 ¿Se siente feliz muchas veces?		
8 ¿Se siente a menudo abandonado/a?		
9 ¿Prefiere quedarse en casa a salir?		
10¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
11 ¿Piensa que es maravilloso vivir?		
12 ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?		
13 ¿Se siente lleno/a de energía?		
14 ¿Siente que su situación es desesperada?		
15 ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		

PUNTUACION TOTAL _____



**EXAMEN MINI MENTAL DE FOLSTEIN
FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



(NO SABE LEER NI ESCRIBIR _____ AÑOS DE ESCOLARIZACIÓN: _____ PUNTOS

ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO.

¿QUÉ DÍA DE LA SEMANA ES HOY?

¿CUÁL ES EL AÑO?

¿CUAL ES EL MES?

¿CUAL ES EL DÍA?

¿CUAL ES LA ESTACIÓN DEL AÑO? (MÁXIMO 5 PUNTOS) 0 – 5

"DÍGAME EL NOMBRE DEL HOSPITAL,

¿EN QUE PISO ESTAMOS?

¿EN QUE CIUDAD ESTAMOS?

¿EN QUE ESTADO VIVIMOS?

¿EN QUE PAÍS ESTAMOS? (MÁXIMO 5 PUNTOS.) 0 - 5

FIJACIÓN

"REPITA ESTAS PALABRAS: CABALLO, PESO, MANZANA". (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA PALABRA SEA CORRECTA. (MÁXIMO 3 PUNTOS.) 0 - 3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO "SI TIENE 100 PESOS Y ME LOS DA DE SIETE EN SIETE, ¿CUÁNTOS LE QUEDAN?"

(ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA DIFERENCIA SEA CORRECTA AUNQUE LA ANTERIOR FUERA INCORRECTA. (MÁXIMO 5 PUNTOS.) 0 – 5

MEMORIA.

"¿RECUERDA USTED LAS TRES PALABRAS QUE LE DIJE ANTES? DÍGALAS" (MÁXIMO 3 PUNTOS). 0 – 3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN.

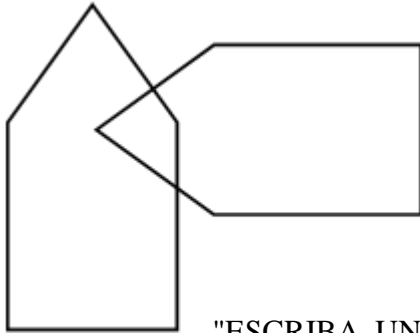
"¿QUÉ ES ESTO?" (MOSTRAR UN RELOJ)

"¿Y ESTO?" (MOSTRAR UN BOLÍGRAFO). (MÁXIMO 2 PUNTOS.) 0 – 2

"REPITA LA SIGUIENTE FRASE: NI SI, NI NO, NI PERO". (1 PUNTO). 0 – 1

"TOME EL PAPEL CON LA MANO IZQUIERDA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO EN EL SUELO" (ANOTE UN PUNTO POR CADA ORDEN BIEN EJECUTADA). (MÁXIMO 3 PUNTOS). 0 – 3

"LEA ESTO Y HAGA LO QUE DICE:" **“CIERRE LOS OJOS”** (1 PUNTO). 0 – 1



"COPIE ESTE DIBUJO" (1 PUNTO). 0 – 1 (CADA PENTÁGONO DEBE TENER 5 LADOS Y 5 VÉRTICES Y LA INTERSECCIÓN FORMA UN DIAMANTE)

"ESCRIBA UNA FRASE COMO SI ESTUVIERA CONTANDO ALGO EN UNA CARTA" (1 PUNTO). 0 - 1

NOTA: TANTO LA FRASE COMO LOS PENTÁGONOS CONVIENE TENERLOS EN TAMAÑO SUFICIENTE PARA PODER SER LEÍDOS CON FACILIDAD. EL PACIENTE DEBERÁ UTILIZAR ANTEOJOS SI LOS NECESITA HABITUALMENTE.

TOTAL_____



**ESCALA DE CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO (DÍAZ Y
COALS.)
FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



Pregunta	Siempre (3)	Frecuentemente (2)	A veces (1)	Nunca (0)
1. Soy capaz de buscar información necesaria para el cuidado de mi salud.				
2. Como alimentos nutritivos de acuerdo con mis requerimientos				
3. Hago ejercicio físico (aerobics, caminata, natación, etc.)				
4. Soy capaz de valorar (signos y síntomas) mi estado de salud.				
5. Soy capaz de dedicar tiempo para el cuidado de mi persona.				
6. Puedo orinar sin ayuda				
7. Puedo evacuar sin ayuda.				
8. Cuando me siento cansado durante el día descanso				
9. Duermo lo suficiente para sentirme descansado.				
10. Evito consumir tabaco alcohol o drogas.				
11. Tomo agua suficiente de acuerdo con mis necesidades.				
12. Tengo facilidad de comunicarme con las personas.				
13. Tengo a quien recurrir en caso necesarios.				
14. Soy capaz de realizar actividades ocupacionales y recreativas.				
15. Convivo con grupos de amigos, compañeros o familiares.				
16. Soy capaz de movilizarme por mi mismo.				
17. Evito comer alimentos que me hacen daño.				
18. Tengo la energía suficiente para cuidarme.				
19. Soy capaz de realizar los cuidados				

higiénicos (baño, cambio de ropa, lavado de dientes, cuidados de piel y pies) para mantenerme limpio.				
20. Puedo hacer lo necesario para mantener limpio mi entorno (habitación, casa).				
21. Soy capaz de tomar medidas para mantener la seguridad de mi familia.				
22. Puedo realizar acciones necesarias para mantener mi peso ideal.				
23. Soy capaz de cumplir mi régimen terapéutico.				
24. Soy capaz de identificar en mi persona el efecto del tratamiento.				
25. Puedo hacer procedimientos requeridos para el control de mi enfermedad.				
Total				

**DE REDES DE APOYO SOCIAL PARA ADULTOS
MAYORES (ERASM)
FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Fecha de evaluación: _____ Estado civil: Casado/a _____ Soltero/a _____ Viudo/a _____

Marque con una cruz (X) la respuesta en el espacio que corresponda.

	SI	NO
¿Tiene pareja?		
¿Tiene hijos(as)?		
¿Tiene “parientes”: sobrinos (as), hermanos (as), primos(as), etc.?		
¿Tiene amigos(as)?		
¿Pertenece a algún grupo de apoyo comunitario?*		
¿Cuenta usted con seguridad social o apoyo institucional?***		

*¿Cuál(es)? _____

**¿Cuál(es)? _____

Continuar con los siguientes apartados de acuerdo con las preguntas anteriores.

I. RED INFORMAL FAMILIAR

Marque con una cruz (X)

Pareja

1. ¿Con qué frecuencia ve a su pareja?	No la veo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Con qué frecuencia habla usted con pareja?	No le hablo (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
3. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su pareja?	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
4. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que le proporciona su pareja?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3

Hijos (as) ¿Cuántos hijos tiene? () *Anote el número*

¹ **Apoyo emocional:** Afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha.

² **Apoyo instrumental:** Cuidado, transporte, labores del hogar.

³ **Apoyo material:** Dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios.

⁴ **Apoyo informativo:** Orientación, Información, Intercambio de experiencias.

1. ¿Con qué frecuencia ve a sus hijos(as)?	No los(as) veo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Con qué frecuencia habla usted con sus hijos (as)?	No les hablo (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
3. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos(as)? Marque con una cruz (X)	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
4. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que le proporcionan sus hijos(as)? Marque con una cruz (X)	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3

Familiares próximos ¿Cuántos tiene? () Anote el número

1. ¿Con qué frecuencia ve a sus familiares o parientes? Marque con una cruz (X)	No los(as) veo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Con qué frecuencia habla con sus familiares o parientes? Marque con una cruz (X)	No les hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
3. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas? Marque con una cruz (X)	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
4. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que le proporcionan sus familiares o parientes? Marque con una cruz (X)	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3

I. RED INFORMA EXTRAFAMILIAR

Amigos (as) ¿Cuántos tiene? () Anote el número

1. ¿Con qué frecuencia ve a sus amigos(as)? Marque con una cruz (X)	No los(as) veo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Con qué frecuencia habla con sus amigos(as)? Marque con una cruz (X)	No les hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)

2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas? Marque con una cruz (X)	Apoyo Emocional ¹ (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que le proporcionan sus amigos(as)? Marque con una cruz (X)	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3

Apoyo comunitario

1. ¿Con qué frecuencia acude usted al grupo comunitario? Marque con una cruz (X)	No acudo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona este(os) grupo(s)? Marque con una cruz (X)	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que le proporciona el grupo con el que acude? Marque con una cruz (X)	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3

II. RED FORMAL INSTITUCIONAL Marque con una cruz (X)

1. ¿Con que frecuencia recibe este apoyo?	No recibo apoyo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo(s) le proporciona la institución?	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental (1)	Apoyo Materia ³ (1)	Apoyo Informativo (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que recibe?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3

Cuadro I. Apoyo social familiar (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)
1	2	16	28	31	54	46	81
2	4	17	30	32	56	47	83
3	5	18	32	33	58	48	84
4	7	19	33	34	60	49	86
5	9	20	35	35	61	50	88
6	11	21	37	36	63	51	89
7	12	22	39	37	65	52	91
8	14	23	40	38	66	53	93
9	16	24	42	39	68	54	95
10	18	25	44	40	70	55	96
11	19	26	46	41	72	56	98
12	21	27	47	42	74	57	100
13	23	28	49	43	75		
14	25	29	51	44	77		
15	26	30	53	45	79		

Cuadro II. Apoyo social extrafamiliar (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)
1	3	11	29	21	55	31	82
2	5	12	32	22	58	32	84
3	8	13	34	23	61	33	87
4	11	14	37	24	63	34	89
5	13	15	39	25	66	35	92
6	16	16	42	26	68	36	95
7	18	17	45	27	71	37	97
8	21	18	47	28	73	38	100
9	24	19	50	29	76		
10	26	20	53	30	79		

Cuadro III. Apoyo social institucional (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)
1	5	6	32	11	58	16	84
2	11	7	37	12	63	17	89
3	16	8	42	13	68	18	95
4	21	9	47	14	74	19	100
5	26	10	53	15	79		

Cuadro IV. Magnitud de contactos sociales y comunitarios (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	6	7	39	13	72
2	11	8	44	14	78
3	17	9	50	15	83
4	22	10	56	16	89
5	28	11	61	17	94
6	33	12	67	18	100

Cuadro V. Magnitud de apoyos sociales recibidos (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	4	7	29	13	54	19	79
2	8	8	33	14	58	20	83
3	13	9	38	15	63	21	88
4	17	10	42	16	67	22	92
5	21	11	46	17	71	23	96
6	25	12	50	18	75	24	100

Cuadro VI. Grado de satisfacción (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	1	16	22	31	43	46	64	61	85
2	3	17	24	32	44	47	65	62	86
3	4	18	25	33	46	48	67	63	88
4	6	19	26	34	47	49	68	64	89
5	7	20	28	35	49	50	69	65	90
6	8	21	29	36	50	51	71	66	92
7	10	22	31	37	51	52	72	67	93
8	11	23	32	38	53	53	74	68	94
9	13	24	33	39	54	54	75	69	96
10	14	25	35	40	56	55	76	70	97
11	15	26	36	41	57	56	78	71	99
12	17	27	38	42	58	57	79	72	100
13	18	28	39	43	60	58	81		
14	19	29	40	44	61	59	82		
15	21	30	42	45	63	60	83		

Cuadro VII. Apoyo social global (Puntaje crudo y ponderado).

PC	PP (%)	PC	PP %	PC	PP %	PC	PP %	PC	PP (%)	PC	PP (%)	PC	PP (%)	PC	PP (%)
1	1	16	14	31	27	46	40	61	54	76	67	91	80	106	93
2	2	17	15	32	28	47	41	62	54	77	68	92	81	107	94
3	3	18	16	33	29	48	42	63	55	78	68	93	82	108	95
4	4	19	17	34	30	49	43	64	56	79	69	94	82	109	96
5	4	20	18	35	31	50	44	65	57	80	70	95	83	110	96
6	5	21	18	36	32	51	45	66	58	81	71	96	84	111	97
7	6	22	19	37	32	52	46	67	59	82	72	97	85	112	98
8	7	23	20	38	33	53	46	68	60	83	73	98	86	113	99
9	8	24	21	39	34	54	47	69	61	84	74	99	87	114	100
10	9	25	22	40	35	55	48	70	61	85	75	100	88		
11	10	26	23	41	36	56	49	71	62	86	75	101	89		
12	11	27	24	42	37	57	50	72	63	87	76	102	89		
13	11	28	25	43	38	58	51	73	64	88	77	103	90		
14	12	29	25	44	39	59	52	74	65	89	78	104	91		
15	13	30	26	45	39	60	53	75	66	90	79	105	92		

PC= puntaje crudo
PP= puntaje ponderado



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
ESCALA DE REDES DE APOYO SOCIAL PARA ADULTOS MAYORES
FORMATO PARA CALIFICACIÓN

Folio: _____

Nombre: _____

FAMILIAR			EXTRAFAMILIAR			INSTITUCIONAL			TOTAL	
Contacto social	Puntaje Crudo		Contacto social	Puntaje Crudo		Contacto social	Puntaje Crudo		Puntaje Contacto social	
Cónyuge			Amigo(s)			Institución				
Hijos			Apoyo comunitario							
Familiares										
Suma			Suma							
Apoyos recibidos	Puntaje Crudo		Apoyos recibidos	Puntaje Crudo		Apoyos recibidos	Puntaje Crudo		Puntaje Apoyos recibidos	
Cónyuge			Amigo(s)			Institución				
Hijos			Apoyo comunitario							
Familiares										
Suma			Suma							
Satisfacción de apoyos recibidos	Puntaje Crudo		Satisfacción de apoyos recibidos	Puntaje Crudo		Satisfacción de apoyos recibidos	Puntaje Crudo		Puntaje Satisfacción de apoyos recibidos	
Cónyuge			Amigo(s)			Institución				
Hijos			Apoyo comunitario							
Familiares										
Suma			Suma							
Total apoyo familiar	Crudo	Ponderado	Total apoyo extrafamiliar	Crudo	Ponderado	Total apoyo social institucional	Crudo	Ponderado		
Puntaje Global										

Para obtener los puntajes ponderados ver los cuadros correspondientes.

*Fuente: Este instrumento fue desarrollado y validado por la Unidad de Investigación en Gerontología.

Anexo 3
Cartas descriptivas
Sesión 1. Autocuidado en la vejez

Objetivo: Los participantes identificarán la definición de autocuidado y tres beneficios que les puede traer a su vida diaria.

Actividad	Objetivo	Desarrollo	Material	Tiempo Parcial	Tiempo	Técnica didáctica
Presentación	Dar la bienvenida al taller, presentar el objetivo y las reglas de convivencia	<p>La facilitadora les dará la bienvenida al taller, expondrá el objetivo, las reglas de convivencia y el consentimiento informado que deberá firmar cada uno de los participantes.</p> <p>Posteriormente se colocará un gafete con su nombre y se presentaran ante el grupo. Se les anima a expresar lo que esperan del taller, los temas que les interesa conocer y se anotaran en el pizarrón.</p>	Consentimiento informado y Gafetes	10 min	15 min.	Expositiva
Autocuidado con lluvia de ideas.	Los participantes definirán autocuidado y mencionan 3 beneficios que les puede traer a su vida cotidiana.	<p>La facilitadora explicará en qué consiste un autocuidado y porque puede ser tan importante en la etapa de edad adulta así como los beneficios que tiene.</p> <p>Se les pide que mencionen en una lluvia de ideas las actividades que fomentan el autocuidado.</p>	N/A	15min.	25 min	Lluvia de ideas

		Posteriormente se les pedirá a los participantes identifiquen cada quien 3 beneficios del autocuidado.				
Yo me cuido	Identificarán actividades que permitan mantener un autocuidado y se comprometan a realizar una de las actividades de autocuidado que ellos mencionaron.	<p>Se les motiva a que verbalicen que hacen para cuidar su cuerpo y que pueden hacer para cuidarse.</p> <p>La facilitador anotará las respuestas en el pizarron. Se les solicita que mencionen su actividad de autocuidado y que se comprometan a realizar una práctica de cuidado para ellos mismos a mimarse con alguna actividad de las mencionadas anteriormente.</p> <p>La facilitadora revisará que esta meta sea realizable.</p>	Plumón Pizarrón	15 min	15 min.	
Cierre	Se realiza un resumen de lo expuesto durante la sesión.	El facilitador anima a los participantes a expresar con sus propias palabras, lo que significa autocuidado y para que les puede servir.	N/A	10min	10 min.	Expositiva

Sesión 2. Salud física y salud mental

Objetivo específico: Los participantes conocerán e identificarán las prácticas saludables adecuados para fomentar un cuidado de sí mismos, realizarán actividades para mantenerlas prácticas saludables.

Dinamica	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo parcial	Tiempo	Técnica didáctica
Refranes	Integración de los participantes, resumen de la sesión anterior.	Se utilizarán tarjetas en las que previamente se han escrito fragmentos populares; es decir, que cada refrán se escribe en dos tarjetas, el comienzo en una de ellas y su complemento en otra. Desarrollando una combinación con la presentación por parejas. Se reparten las tarjetas entre los asistentes y se les pide que busquen a la persona que tiene la otra parte del refrán; de esta manera, se van formando las parejas que tendrán que llegar a una definición de lo que significa autocuidado y envejecer.	Tarjetas con refranes	25 min.	25 min.	
Lluvia de ideas	Conocerán lo que es el envejecimiento normal, así como distinguirá de un envejecimiento patológico.	Se anota en un pizarrón las palabras. Se les pide a los participantes mencionen las primeras palabras que les vienen a la mente cuando escuchan envejecimiento. Posteriormente se analizaran las palabras escritas se tomaran .	Pizarrón Plumones	. 15 min.	25 min	

		Se les expondrá un cuadro con las diferencias entre los tipos de envejecimiento.				
Como me siento, como soy	Identificarán los cambios que han notados en ellos a lo largo del tiempo así como cuáles son los cambios físicos y psicológicos en un envejecimiento normal. . Además de que manera se podrían beneficiar mediante el autocuidado.	Cada uno de los participantes expondrá los principales cambios que a notado en ellos mismos relacionados al envejecimiento. Se introduce el tema hablando sobre los cambios físicos y psicológicos en el envejecimiento. Se les pide con anterioridad una foto actual de ellos de cuerpo completo, a continuación se les anima a que realicen una descripción primero físico de como se ven y posteriormente de cómo se sienten. se les hace unas preguntas ¿Como te ves? ¿Cómo te sientes? ¿Que parte de tu cuerpo te gusta más? ¿Cambiarías algo? ¿Te gustaría mirarte al espejo?	Una fotografía de ellos en papel o celular	20 min.	30 min.	
Cierre	Los participantes realizarán un resumen de lo explicado por la facilitadora y harán una reflexión relacionada con la salud mental y física.	La facilitadora solicitará de manera voluntaria que hagan un resumen de la sesión así como su reflexión con respecto a su propia salud.	N/A	10 min.	10 min.	Expositiva.

Refranes:

Agua que no has de beber, déjala correr.

Al nopal sólo se le arriman cuando tiene tunas.

A ver a un velorio y a divertirse a un fandango

Botellita de jerez, todo lo que me digas será al revés

Cuesta más caro el caldo que las albóndigas

Chocolate que no tiñe, claro está

Dando y dando, pajarito volando

Echarle mucha crema a sus tacos

Crea fama y échate a dormir

Al buen entendedor, pocas palabras

Más sabe el diablo por viejo que por diablo

El que a buen árbol se arrima buena sombra le acobija

Sesión 3. Envejecimiento saludable

Objetivo específico: Los participantes identificarán y realizarán hábitos saludables que les permitirá establecer metas para mejorar o fortalecer un estilo de vida saludable y distinguir el envejecimiento normal del patológico.

Dinámica	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo parcial	Tiempo	Técnica didáctica
Bienvenida	Los participantes realizaran un breve resumen de la sesión anterior.	La facilitadora les solicitara de manera voluntaria exponer lo más importante de la sesión anterior.	N/A	10 min.	10 min	Expositiva
¿Qué es envejecer?	Los participantes conocerán los principales cambios cognoscitivos durante el envejecimiento e identificaran practicas para fomentar la gimnasia cognitiva	Los facilitadores les explicarán la importancia de las funciones cognoscitivas y los cambios que sufren durante el envejecimiento y les pedirá a los participantes indicar las actividades que pueden ayudarles a mejorar la memoria, serán anotadas en el pizarrón.	Plumón Pizarrón	10 min	15 min	Lluvia de ideas
Ordena las palabras	Identificarán la importancia de realizar y mantener actividades que favorezcan su salud mental.	Ordena las palabras. Se les entregará una seria de hojas pero se les pide que pasen a la actividad nombrada Ordena las palabras	Hoja de ordena las palabras	15min.	20 min	

		<p>Se les pide que realicen la actividad que consiste En convertir las palabras desordenadas en frases, se les dará 10 min.</p> <p>Posteriormente se revisaran en grupo donde cada quien deberá ordenar una frase.</p>				
Descubre el objeto	Memoria de trabajo.	<p>La facilitadora les solicita pasar a la actividad nombrada Descubre el objeto que consistirá en mostrarles las descripciones de varios objetos pero ellos deberán nombrar de qué objeto se trata.</p> <p>Así mismo los facilitadores cambiara su vestuario y ellos tendrán que identificar cuales son los objetos que antes no estaban ahí.</p>	<p>Hoja de Descubre los objetos Lápices</p>	15 min	20 min.	
Dibuja	Lectoescritura y visoconstrucción.	<p>La facilitadora les solicita ir a la hoja nombrada como Dibuja los objetos donde e les pedirá que dibujen la figura que se les muestra a la derecha, este puede ser una manzana y un reloj.</p> <p>Se les explicará la importancia de la práctica y actividades donde se</p>	<p>hojas lápices Dibuja los objetos</p>	15min.	10 min.	

		coordina mente y mano.				
Practica de autocuidado	Identificarán las diferentes prácticas que mejorarán sus estilos de vida y se realizará un plan de acción tomando en cuenta las necesidades de cada uno.	<p>La facilitadora expondrá los diferentes hábitos que mejoran la salud.</p> <p>Posteriormente se le pide mencionen un hábito que les beneficiara y que estarían dispuestos a hacer.</p> <p>Se les entregará una hoja de plan de acción donde escribirán cada rubro:</p> <p>Meta u objetivo ¿Qué necesito, materiales, ayuda, etc.? ¿Donde? ¿Cuándo? Posibles obstáculos Alternativas a los obstáculos.</p> <p>Y se les pide terminan las actividades de gimnasia cognitiva como el laberinto, actividades diarias, y encuentra al panda</p>	Hoja con plan de acción	15min	15 min.	
Cierre	Realizaran un resumen de la sesión, resaltando las practicas para mejorar la memoria y la agilidad cognitiva	Se le solicita a los participantes de manera voluntarias expresen verbalmente la manera en que pueden mejorar su memoria y agilidad cognitiva, además de las practicas mostradas en la sesión.	N/A	10 min.	10 min.	Expositiva

		También se les dará retroalimentación sobre los principales cambios cognoscitivos				
--	--	---	--	--	--	--

Descubre los objetos.

Lugar donde van los niños a estudiar: Escuela

Contenedor de agua en las casas: Tinaco

Ir a observar una historia dramatizada en una sala: Cine

Pan dulce que simboliza unos huesos y que se come en día de muertos: Pan de muerto

Prenda de vestir larga que se ata a la cintura y se usan en casa: Bata

Pieza blanca y dura que tenemos en la boca y sirve para morder: Dientes

Lugar llena de agua donde se practica un deporte: Alberca

Postre mexicano frito y bañado en azúcar y canela o con dulce de piloncillo se prepara en especial en época de navidad: Buñuelos

Flor de predominante color naranja, utilizada para guiar las almas de los muertos: Cempasúchil

Hijo de mi tío: Primo

Transporte con trenes que van por debajo de la tierra: Metro

Pescado comestible con carne rosada y anaranjada que remonta los ríos para poner sus huevos: Salmon

Descubre los objetos.

Lugar donde van los niños a estudiar: Escuela

Contenedor de agua en las casas: Tinaco

Ir a observar una historia dramatizada en una sala: Cine

Pan dulce que simboliza unos huesos y que se come en día de muertos: Pan de muerto

Prenda de vestir larga que se ata a la cintura y se usan en casa: Bata

Pieza blanca y dura que tenemos en la boca y sirve para morder: Dientes

Lugar llena de agua donde se practica un deporte: Alberca

Postre mexicano frito y bañado en azúcar y canela o con dulce de piloncillo se prepara en especial en época de navidad: Buñuelos

Flor de predominante color naranja, utilizada para guiar las almas de los muertos: Cempasúchil

Hijo de mi tío: Primo

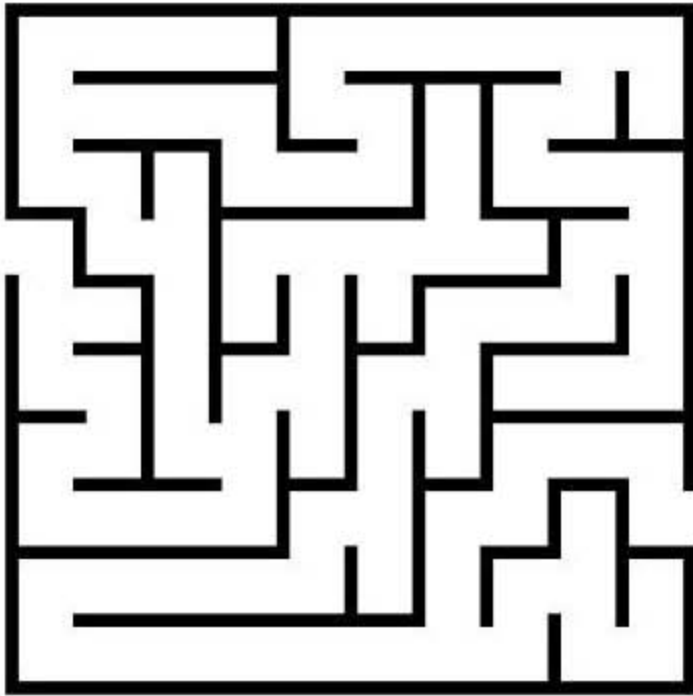
Transporte con trenes que van por debajo de la tierra: Metro

Pescado comestible con carne rosada y anaranjada que remonta los ríos para poner sus huevos: Salmon

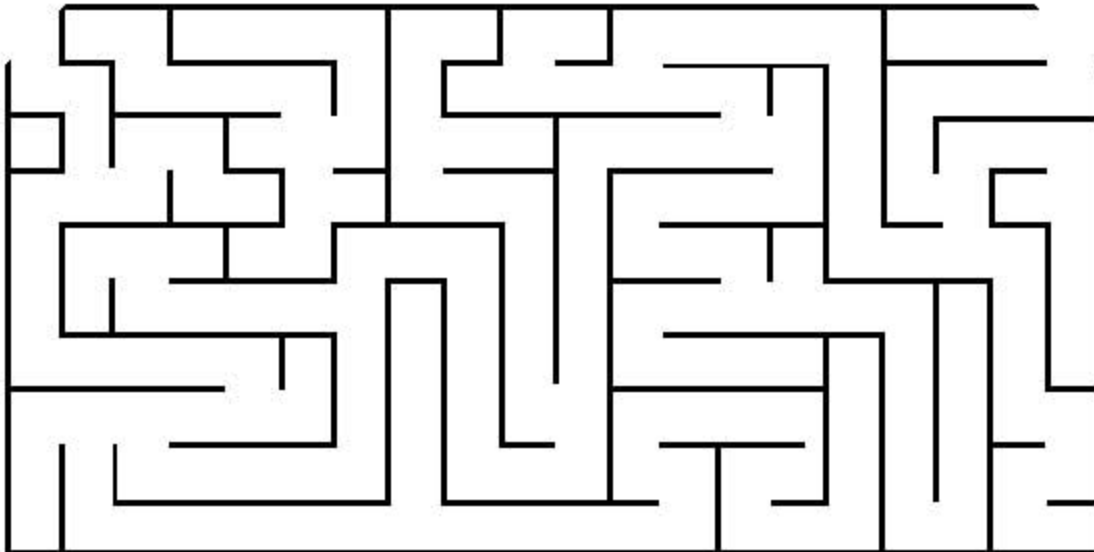
Nombre: _____

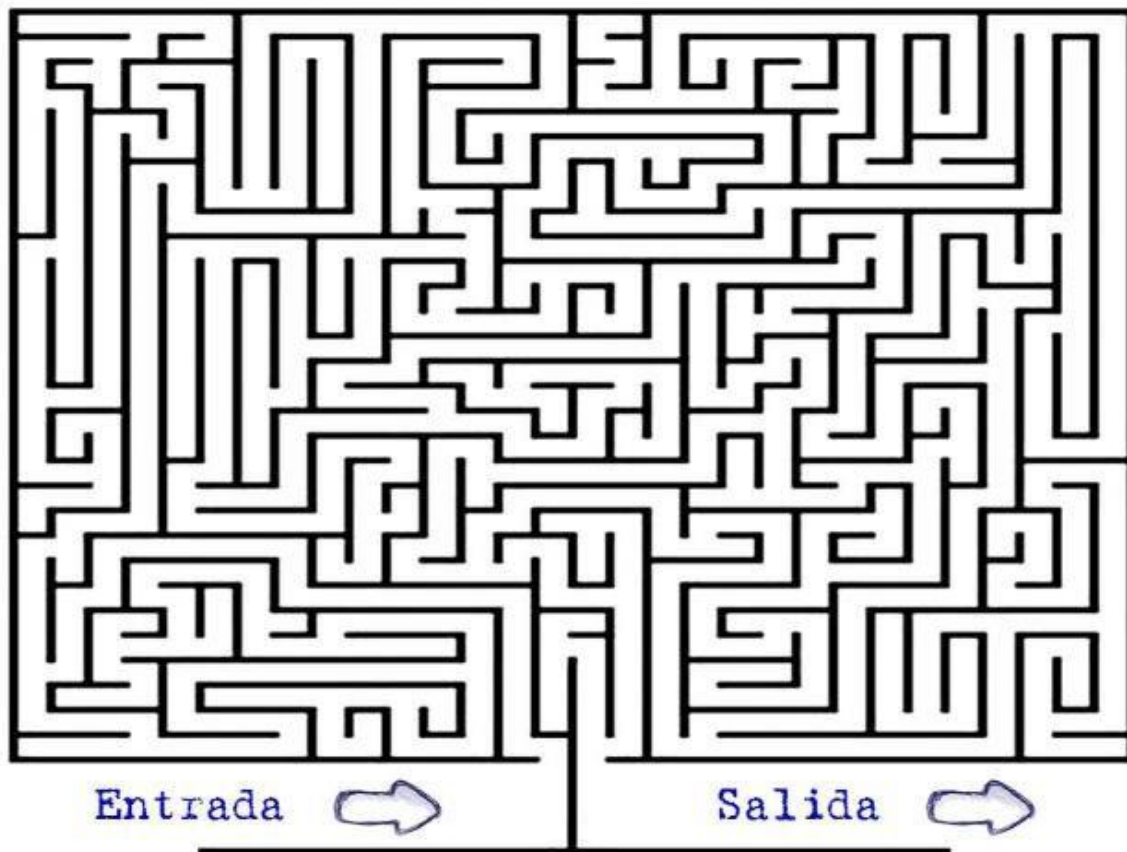
Laberintos.

Instrucciones: Realiza los siguientes laberintos, el nivel de complejidad va aumentando con cada laberinto y además al final de la hoja hay varias instrucciones que debes de realizar por lo menos una actividad cada día.



www.epriego.com





Actividades diarias.

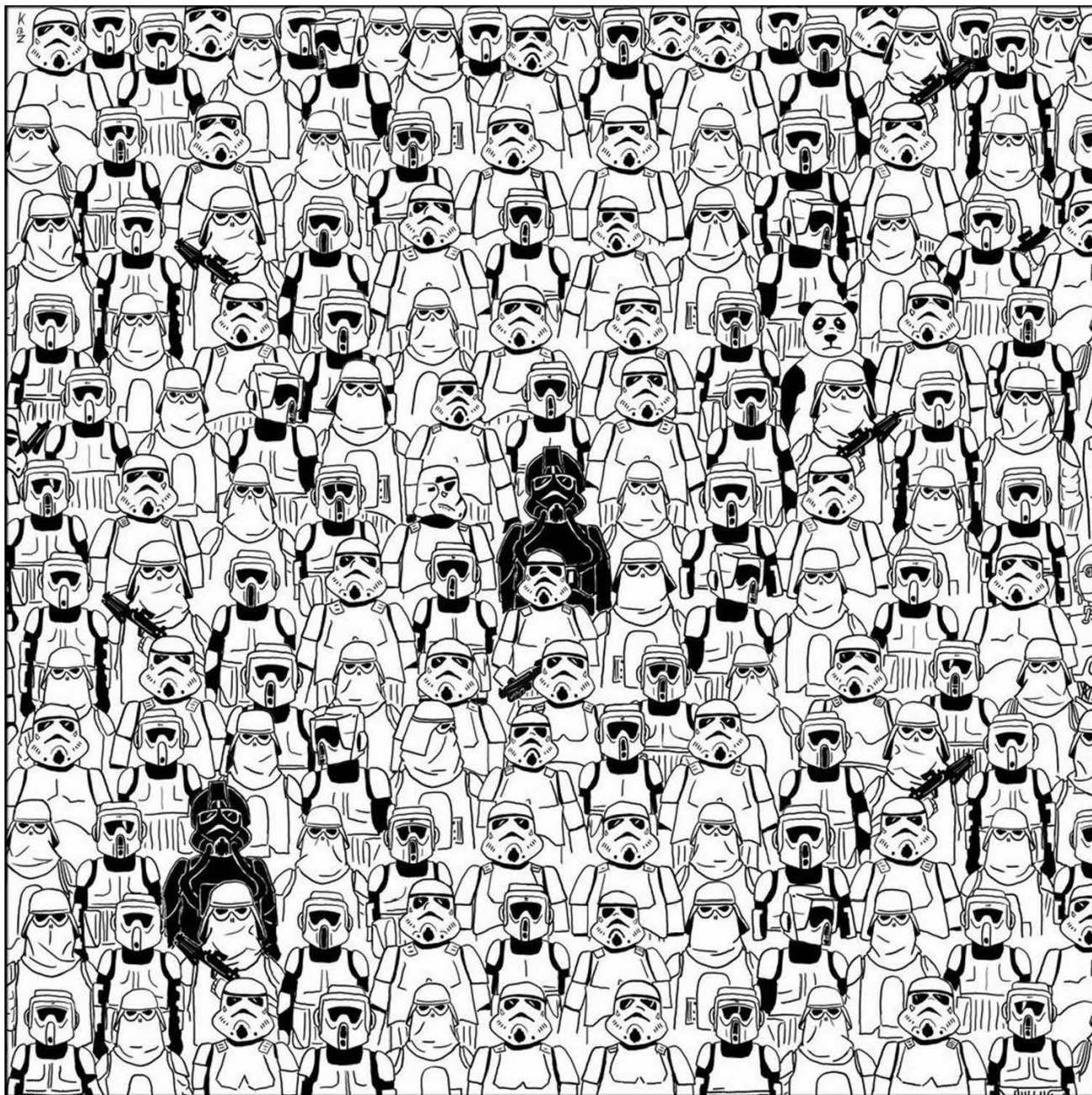
A continuación vienen una serie de actividades que deberá realizar, una actividad por día, pon una cruz dentro del paréntesis (X) si realizas la actividad.

1. Lavarse los dientes con la mano no predominante o la que utilice menos. ()
2. Leer o cantar en voz alta. ()
3. Salir a caminar ()
4. Estás participando en una carrera y adelantas al segundo, ¿en qué lugar estás? ()

-
5. Deletrea palabras al revés, todas las que puedas. ()
 6. Resuelve el siguiente acertijo: María tiene un hermano llamado Juan. Juan tiene tantos hermanos como hermanas. María tiene el doble de hermanos que de hermanas. ¿Cuántos hermanos y hermanas hay en la familia? ()

-
7. Este ejercicio tienes que hacerlo mentalmente rápidamente sin usar papel, lápiz ni calculadora, sé honesto y juega limpio. Tienes 1000, súmale 40, súmale 1000 más, agrégale 30 y nuevamente 1000, Súmale 20, Súmale 1000 y añádele 10. ¿Cuál es el total? () _____
¿Pensaste que son? ¿5000? Pues NO, son 4100, si no lo crees busca tu calculadora y verifica.

Encuentra a un panda.



Plan de acción.

Instrucciones: tomando en cuenta lo que conoce de autocuidado, plante una meta o un objetivo que le permita mejorar o mantener su autocuidado y conteste la siguiente tabla.

Mi meta u objetivo es:	¿Qué necesito, materiales, ayuda, etc.?	¿Dónde?	¿Cuándo?	Posibles obstáculos	Alternativas a los obstáculos	¿Qué fue lo que hice?

Ordena la frase.

Instrucciones: Ordena de manera correcta las siguientes frases.

1. un roto he vaso

Frase:

2. un beso darte quiero

Frase:

3. yo cocino sal sin

Frase:

4. nudo desata te el

Frase:

5. sombrero paja ponte el de

Frase:

6. tienes los color ojos miel

Frase:

7. he todo gastado maquillaje el

Frase:

8. sin barrer casa la dejamos

Frase:

9. me larga apetece una dormir siesta

Frase:

10. el está nubes de repleto cielo

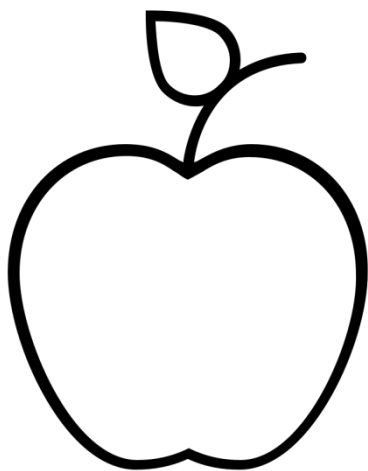
Frase:

11. en tomamos fresca leche pueblo el

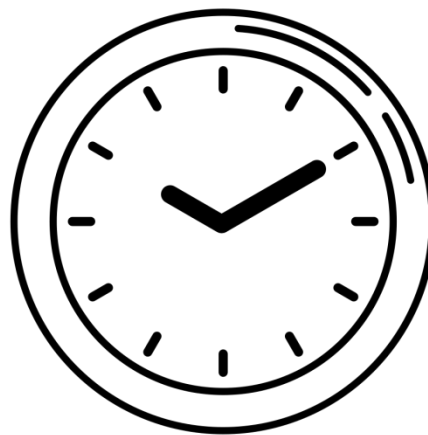
Frase:

12. muchos televisores estropeados

Frase:



WWW.ULTRACOLORINGPAGES.COM



WWW.ULTRACOLORINGPAGES.COM

Sesión 4. Habilidades sociales

Objetivo específico: Los participantes conocerán la importancia del apoyo social y estrategias de comunicación asertiva, habilidades sociales con el fin de realizar una de las técnicas para resolver una problema.

Dinámicas	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo Parcial	Tiempo	Técnica didáctica
Resumen de sesión	Los participantes realizarán un resumen recordando los temas que se tocaron la sesión pasada.	La facilitadora les pedirá a los participantes realicen un resumen de la sesión anterior y mencionen alguna reflexión que surgió al respecto.	N/A	10 min	10 min	Expositiva
Mi meta	Identificarán las diferentes prácticas que mejorarán sus estilos de vida y se realizará un plan de acción tomando en cuenta las necesidades de cada uno.	La facilitadora expondrá los diferentes hábitos que mejoran la salud. Posteriormente se le pide mencionen un hábito que les beneficiara y que estarían dispuestos a hacer. Se les entregará una hoja donde escribirán cada rubro: Meta u objetivo ¿Qué necesito, materiales, ayuda, etc.? ¿Dónde? ¿Cuándo? Posibles obstáculos Alternativas a los obstáculos.	N/A	15 min	20min	
¿Qué es comunicación	Asertividad.	Se les enseñaran las técnicas de disco rayado	N/A	15 min	20 min.	Expositiva

asertiva?		banco de nube para fomentar la asertividad posteriormente se realizará un role playing donde ejemplifican con una situación cotidiana las técnicas de asertividad				
Los planetas	Solución de problemas.	Se les explica la importancia y los puntos clave en la solución de conflictos después se les pide dividir en dos al grupo y cada grupo en un planeta pero tienen que hacer lo posible con quedarse con el territorio ya que todos los habitantes no caben. Al finalizar se les da retroalimentación y se le se pide expliquen su experiencia y las conclusiones que se llevan.	N/A	15 min	20 min	Role playing
Pensamiento positivo	Reconocer los recursos con los que cuentan para enfrentar las distintas problemáticas.	La facilitadora explicará con un ejemplo que den los participantes en que consiste el pensamiento positivo. Se les hablara sobre las limitaciones y recursos y se les entregará un cuadro de pensamiento mariposa donde tendrán que escoger alguna situación complicada en sus vidas y ver el lado positivo incluyendo sus recursos	Cuadro de pensamiento mariposa	10 min.	10 min	
Cierre	Identificaran las principales estrategias de la comunicación	Se les pide a los participantes den un resumen de cada estrategia de comunicación asertiva y en que momentos los pueden utilizar.	N/A	10 min.	15 min.	Expositiva

	asertiva y mencionaran en que escenarios podrían utilizarlos	La facilitadora dara retroalimentación y verificara que las situaciones puedan ser realistas para utilizar las técnicas.				
--	--	--	--	--	--	--

Pensamiento mariposa

Instrucción: Escogerán alguna problemática personal la describirán brevemente en el espacio de evento, posteriormente en pensamiento oruga escribirán todos los pensamientos negativos que tenga con respecto al evento, en el pensamiento mariposa tendrá que escribir todos los pensamiento o alternativas de solución. Por último en interesante las consecuencias del pensamiento mariposa.

Evento	Pensamiento oruga	Pensamiento mariposa	Interesante

Sesión 5. Emociones durante la vejez

Objetivo específico: Los participantes identificarán el impacto en la salud y los principales cambios emocionales durante el envejecimiento.

Dinámica	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo parcial	Tiempo	Técnica didáctica
Resumen y tarea	Realizarán un resumen de las estrategias mostradas en la sesión anterior y la importancia de la comunicación así como su relación con las emociones	Se les pide a los participantes que recuerden las estrategias mostradas en la sesión pasada y de que manera les puede servir. La facilitadora dará retroalimentación y explicará la relación que tienen las emociones en la interacción con los demás.	N/A	10min.	10 min	
Matea	Identificar las emociones básicas, así como su expresión corporal	La facilitadora solicita mediante lluvia de ideas que los participantes mencionen aquellas emociones presentes más frecuentemente en su vida. Pasado el tiempo se les explica la relación de las emociones y sus principales cambios en la vejez	N/A	15 min.	20 min.	
Estudio de caso.	Identificar emociones, empatía y solución de problemas	La facilitadora les pedirá a los participantes que pongan atención a la siguiente historia. Al terminar de leer el caso de Rosa se le asigna un rol de padre, madre, novio de Rosa, Rosa y él bebe a cinco de los	Caso de Rosa	20min.	30min.	

		<p>participantes se les pide que se pongan en los zapatos del personaje e imaginen que sintieron.</p> <p>Posteriormente se les a cada participante que den una solución al caso, los seleccionados deberán quedarse en el papel del personaje asignado.</p> <p>Por último la facilitadora retroalimentara los comentarios validando las emociones y nombrando cada una.</p>				
Árbol de las virtudes	<p>Identificar y reafirmar las virtudes propias, estimular la acción de autoevaluar los aspectos positivos.</p> <p>Promover la autoestima y confianza.</p>	<p>Se les entregará a los miembros del grupo una hoja grande un árbol con raíces, ramas, hojas y sus frutos, cada uno de estos elementos están relacionados y deberán representando lo siguiente:</p> <p>En las raíces deberán escribir las cualidades positivas que creen poseer, en las ramas deberán especificar las acciones que suelen poner en práctica en relación a las cualidades, y por último los frutos representarán el resultado positivo que creen conseguir.</p> <p>Un ejemplo podría ser: escucho a las personas (raíz), suelo llamar o visitar a mis amigos y amigas para hablar (rama), mis amigos y amigas están de</p>	<p>Hoja Lápices</p>	<p>20min.</p>	<p>25 min</p>	

		<p>mejor ánimo cuando terminamos de hablar (fruto).</p> <p>Se les pide compartir cómo les fue con la actividad del árbol que notaron y relacionarla con el cierre del taller.</p> <p>Se les hace una retroalimentación de lo observado y se les anima a seguir con las prácticas de autocuidado.</p>				
Regulación emocional	Los participantes practicarán una técnica de respiración profunda para el logro de la regulación emocional	<p>La facilitadora explica la importancia de las emociones y la técnica de relajación mediante respiración.</p> <p>Primero les pide recargarse sobre su asiento con la planta de los pies sobre el suelo y las manos extendidas sobre las rodillas, cerrar los ojos y a la cuenta de 3 en 3 segundos deberán inhalar y mantener durante 3 segundos posteriormente exhalar en 3 segundos, repitiendo este ejercicio 3 veces</p>	N/A	5 min.	10 min.	
Cierre	Resumen de sesión resaltando las principales emociones y la importancia de las técnicas de relajación.	Se les solicita a 3 participantes realizar un resumen donde mencionen las emociones básicas así como la importancia de expresar lo que sentimos.	N/A	10 min.	5 min.	Expositiva

		Se retroalimentara				
--	--	--------------------	--	--	--	--

Estudio de caso

Rosa es una chica de 20 años que vive en casa de sus padres. Ha dejado los estudios y no encuentra trabajo. Su padre, le dice que para estar en casa hay que estudiar o trabajar, que no se puede estar sin hacer nada. Rosa, últimamente, no pasa mucho tiempo en casa y llega muy tarde por la noche y cuando lo hace se mete en su carro y no ve a nadie. Su madre ha intentado hablar con ella y después de mucho insistir, Rosa le ha dicho que lo está pasando muy mal, que no sabe qué hacer, ya que parece ser que se ha quedado embarazada y su novio no quiere saber nada y le dice que no pueden seguir juntos, que lo mejor es que ella de en adopción al bebé, por lo cual Rosa no sabe que hacer le confiesa todo a su mamá ella le dice que es muy joven, que lo mejor es que enfrente su responsabilidad y se quede con el niño.

Árbol de las virtudes

Instrucción:

En el siguiente árbol, tendrá que escribir en las raíces las cualidades positivas que creen poseer, a lo largo de las ramas deberán especificar las acciones que suelen poner en práctica en relación a las cualidades, y por último los frutos representarán el resultado que creen conseguir.

Sesión 6. Autoestima y miedo a la muerte.

Objetivo específico: Los participantes aplicaran técnicas de solución de problemas, regulación emocional para afrontar el temor a la muerte.

inámica	Objetivo	Desarrollo	Material	Tiempo parcial	Tiempo	Técnica didáctica
Resumen de la sesión	Se les pide dar una breve explicación de las emociones y como se expresan en nuestro cuerpo.	Se le solicita a los participantes que de manera voluntaria hablan de los que se vio en la sesión pasada. Se les pide mencionen las emociones y como se expresan en el cuerpo asi mismo los principales cambios que han observado.	N/A	10min	15 min.	Expositiva
Lluvia de ideas	Identificar los principales emociones y el significado de morir.		N/A		30 min.	
Corazones	Realizaran una carta, en la cual explicaran lo que aprendieron del taller y un mensaje de agradecimiento a sus compañeros por las experiencias que compartieron.	Se les da una hoja en forma corazón con el nombre de alguno de los participantes o facilitadores. Se les indica que tendrán que escribir un mensaje para esa persona, ya sea deseándole algo, agradeciendo o dar algun consejo positivo asi como expresaran que fue lo que aprendieron del taller. Posteriormente se lo entregaran a la persona que le escribieron y en grupo se	Hojas en forma de corazón con el nombre de uno de los compañeros o facilitadores	20 min	35 min.	

		leerán esos mensajes.				
Cierre	Retroalimentar las diferentes opiniones y dar un breve resumen de los temas.	La facilitadora le pide a los participantes que cada uno menciones lo que aprendió. Se le da retroalimentación a cada uno y se les recuerda que la siguiente sesión es la última	N/A		10min.	

Sesión 7. Cierre

Objetivo específico; Los participantes catalogarán los aprendizajes obtenidos durante del taller e identificaran los principales cambios observados en su autocuidado.

Dinámica	Objetivo	Desarrollo	Material	Tiempo parcial	Tiempo	Técnica didáctica
Resumen	Los participantes identificaran los principales cambios en su autocuidado recordado los temas del taller.	La facilitadora le pide a cada participante que exprese los principales cambios en su autocuidado y cuales han sido las estrategias que le han ayudado desde que inicio el taller. Se retroalimentara a cada participante.	N/A	15 min	20 min.	Expositiva
Carta	Relaizaran una carta al taller recordando que fue lo que aprendieron, en que se puede mejorar y como lea ha funcionado en su vida cotidiana.	La facilitadores entregara una carta en blanco donde se le indica a cada participante pensar en el taller, en que aprendieron, que se puede mejorar, que han utilizado y como le ha ayudado. Se les da 10min para que escriban posteriormente se les pide que le han al grupo su carta y expresen que es lo que se llevan del taller.	N/A	15 min.	20 min.	
Cierre	Se les da la despedida del taller reconociendo sus logros como grupo y fomentando el autocuidado fuera del taller.	La facilitadora les expresa los cambios observados durante el taller, se les da retroalimentación de forma grupal y se les agradece su participación.	N/A	10 min.	15 min.	Expositiva

