



UNIVERSIDAD LATINA

CAMPUS CUERNAVACA

CON INCORPORACIÓN A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

CLAVE 8344-25

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ORIENTACIÓN PARA LA PREVENCIÓN
DE LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ A PARTIR DE UNA REVISIÓN
SISTEMÁTICA**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

JONATHAN NAVA GRANADOS

ASESOR DE TESIS:

DR. JONATAN FERRER ARAGÓN

COMITÉ RECEPTORIAL:

MTRO. AMADOR OCAMPO FLORES

MTRA. MARTHA LAURA RAMÍREZ JAIME

CUERNAVACA, MORELO

JULIO 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD LATINA

CAMPUS CUERNAVACA

CON INCORPORACIÓN A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

CLAVE 8344-25

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ORIENTACIÓN PARA LA PREVENCIÓN
DE LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ A PARTIR DE UNA REVISIÓN
SISTEMÁTICA**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

JONATHAN NAVA GRANADOS

ASESOR DE TESIS:

DR. JONATAN FERRER ARAGÓN

COMITÉ RECEPTORIAL:

MTRO. AMADOR OCAMPO FLORES

MTRA. MARTHA LAURA RAMÍREZ JAIME

CUERNAVACA, MORELOS.

JULIO, 2022

I. Dedicatoria

Quiero darle una dedicatoria especial a: mi madre Arsenia, mi padre Abelardo, mi hermana Karen y mi hermano Christopher. Por estar especialmente en los momentos complicados y de alegría. Por los consejos brindados, por escucharme, por nunca dejarme solo, sin importar que los momentos fueran complicados les agradezco por guiarme en el camino cuando me quise desviar y ahora gracias a ustedes soy la persona que siempre quise. También agradezco a mis abuelitos maternos y paternos por inculcarme valores.

A ese hermoso ser que aguardaba en la puerta de la casa mi llegada de la escuela y del trabajo, así como de cada integrante de la familia, sin importar la hora, si había tenido un día desagradable, siempre estuvo ahí para sacarme una sonrisa dándome la mano y por salvaguardar la seguridad de la familia, gracias Camila. Hiciste una gran labor al capacitar a capitán quien ahora cuida de la casa y familia.

Pido disculpas por no mencionar a todas las personas que han sido parte de mi vida y en mi camino como amigos, compañeros, etc. Esta investigación es dedicada a todos, porque cada uno ha aportado algo significativo en mi vida.

II. Agradecimientos

Quiero plasmar mis más profundos agradecimientos a todas esas personas por acompañarme, ser guías en este camino lleno de altas y bajas de la vida.

De manera atenta a mi asesor Dr. Jonatan Ferrer Aragón por ser mi guía en la elaboración de esta investigación, especialmente por todo lo que enseñado en el transcurso de la carrera universitaria brindándome sus conocimientos.

Agradezco a la Universidad Latina, por darme la bienvenida en un momento difícil en donde pensaba que me quedaría sin estudiar, agradezco por todas las experiencias, conocimientos brindados para ser un mejor profesionalista, pero en especial ser una mejor persona.

También agradezco a los docentes que me impartieron clases, no solo en la universidad sino en toda mi vida escolar, por su perseverancia, sus conocimientos, dedicación y su exigencia para siempre mejorar en todo lo que hago.

Para finalizar me permito agradecer a Esc. Prim. Fed. Matutina Cuauhnáhuac por permitirme realizar mis prácticas profesionales y a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SAT), por permitirme realizar mi servicio social.

III. Índice

I. Dedicatoria.....	I
II. Agradecimientos	II
III. Índice.....	III
Resumen.....	V
Introducción.....	VI
Capítulo I: Antecedentes de la investigación	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Planteamiento del problema.	4
1.3 Preguntas específicas.....	4
1.4 Objetivos	4
1.4.1 General.....	4
1.4.2 Específicos	5
1.5Justificación	5
1.6 Alcances y limitaciones de la investigación	5
Capítulo II: Marco Teórico	7
2.1 Vejez.....	7
2.1.1 Antecedentes	7
2.1.2 Definición	11
2.1.3 Tipos de envejecimiento	12
2.1.4 Cambios físicos en el envejecimiento	14
2.1.5 Cambios cognitivos y emocionales en el envejecimiento.....	16
2.2 Depresión	19
2.2.1 Antecedentes	19

2.2.2 Definición	20
2.2.3 Técnicas e instrumentos	22
2.2.4 Criterios diagnósticos y tipos de depresión	24
Capítulo III: Método.....	33
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	33
3.2 Muestra de la investigación	33
3.3Técnicas e instrumentos.....	34
3.4 Procedimiento de la investigación	35
Capítulo IV: Análisis de Resultados	37
4.1 Información de los documentos para análisis.....	37
Capítulo V: Discusión y Conclusión	42
5.1 Discusión	42
5.2 Conclusión.....	43
Propuesta.....	44
Referencias bibliográficas	49

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue determinar los factores que están mayormente asociados con la depresión en el adulto mayor, para después diseñar un programa de orientación en el adulto mayor para la prevención de la depresión en la vejez.

La metodología utilizada fue documental, consistió en una revisión sistemática de artículos publicados en revistas científicas. Se utilizaron los motores de búsqueda como: Redalyc, Scielo, Dialnet y Repositorios institucionales. Se encontraron 140 artículos de los cuales 127 fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión que fueron: el artículo debía tener relación con el tema, el idioma de publicación tenía que ser español y tener un periodo de tiempo de publicación menor a 10 años aproximadamente. Al final fueron seleccionados 13 artículos para el presente trabajo.

Posterior al análisis de los documentos, se puede observar que los principales factores predisponentes a la depresión en la etapa de la vejez son: baja escolaridad, no contar con trabajo y no tener pareja.

Palabras clave: depresión, adulto mayor, programa de orientación, pareja, escolaridad, trabajo.

Introducción

En el presente trabajo se comienza con una breve descripción de los antecedentes históricos de la investigación de la depresión en adultos mayores y la vejez. Así mismo, se indica el planteamiento del problema destacando los factores desencadenantes de la depresión en los adultos mayores. También, se delimita el objetivo general de la investigación el cual es determinar los factores que están mayormente asociados con la depresión en los adultos mayores. Seguidamente se especifican los objetivos específicos, así como la justificación, alcances y limitaciones de la investigación.

Posteriormente, en el segundo capítulo se presenta la estructura temática del marco teórico de la presente investigación que está compuesto por dos ejes. El primero, la vejez cuyos temas son: antecedentes de la investigación, tipos de envejecimiento, cambios físicos en el envejecimiento, cambios cognitivos y emocionales del envejecimiento. Y el segundo, la depresión los temas a desarrollar son: antecedentes históricos, definición, técnicas e instrumentos, tipos de depresión y criterios diagnósticos.

El tercer capítulo se detalla la metodología utilizada, en el cual se puede observar la descripción del tipo de investigación, muestra y cómo fue el proceso de investigación.

Por último, se presenta el análisis de los datos y le diseño de la propuesta del programa para la prevención de la depresión en adultos mayores.

Capítulo I: Antecedentes de la investigación

1.1 Antecedentes

La depresión es una de las enfermedades más comunes que se caracteriza por alteraciones en el estado de ánimo, presentando tristeza anhedonia, alteraciones en el apetito, el sueño y la capacidad cognitiva. De acuerdo con datos reportados por la Secretaría de Salud, señaló en el 2011, que la incidencia de la depresión en el adulto mayor va del 7 al 36% en valoración de consulta externa y se incrementa 40% en el egreso del paciente hospitalizado. Sin embargo, recientemente se ha determinado una prevalencia de depresión en adultos mayores mexicanos del 74.3%” (Agis Juárez et al, 2020).

De acuerdo con, el comportamiento demográfico en México se muestra que el número de adultos mayores está en aumento ya que en 2006 había 688 millones de adultos y se estima para el 2050 una población de 2 mil millones de adultos mayores (Villafuerte Reinante et al, 2017). Cabe destacar que, en el año 2020 México contaba con una cifra de 923,131 habitantes con el 11.0% de adultos mayores y se espera que para el año 2030 cuente con 14.3% alcanzando un volumen de 1,302,346 adultos mayores (IIEG, 2020).

La depresión es causada por múltiples factores, tales como pobreza, abuso de sustancias, muerte de familiares, ingreso económico, aislamiento. Asimismo, las mujeres cuentan con mayor probabilidad que los hombres de padecer depresión. A continuación, se realiza un esbozo de investigaciones que han tenido relevancia e impacto en la problemática que se está abordando.

Uno de los estudios con relación al tema es el de Giancorman et al. (2011) En éste se tuvo como objetivo determinar si el nivel educativo influye en la presencia de síntomas depresivos en 30 adultos mayores de 65 a 76 años. La depresión fue evaluada a través de la versión reducida de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Los resultados obtenidos no comprobaron la relación entre las variables,

porque no se encontraron asociación en la escolaridad con los síntomas de depresión.

Castellano Fuentes (2014) estudió el papel que juegan las redes sociales en las personas mayores y su relación con su estado emocional y sus actitudes hacia el envejecimiento. El estudio se realizó en una muestra de 117 adultos mayores, fueron evaluados con el APGAR familiar, el cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK, la escala Duke de apoyo social y estrés (DUSOCS), la escala de Depresión Geriátrica (versión corta), el cuestionario Atributos Negativos y Potencial Positivo de la vejez (AN-PP), el cuestionario de Actitudes hacia el Envejecimiento, la Escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento y el Cuestionario de Conductas Discriminatorias hacia la Vejez y el Envejecimiento. A partir del análisis de frecuencias, se encontró que las variables que guardan relación con el estado anímico son el apoyo social y actitudes, las cuales tienen una relación positiva para no desarrollar enfermedades emocionales, específicamente aquellas que se relacionan con actitudes positivas hacia la vejez aceptando su etapa en el ciclo vital.

Por otro lado, Sánchez Padilla et al. (2014) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar si la depresión se asocia con el funcionamiento físico en una muestra de 190 adultos (131 mujeres y 59 hombres) con edad de 76 años en promedio, siendo evaluados con la escala geriátrica de evaluación funcional (EGEF), el cuestionario de calidad de vida psíquica general, el cuestionario de calidad de vida actual, el cuestionario de padecimientos y alteraciones de la salud y el cuestionario de alteraciones de la vida afectiva. El resultado fue una relación sin relevancia en las variables de la esfera física y de la esfera psíquica, obtuvo una mayor concordancia en el aspecto psíquico con la depresión a pesar de las enfermedades. Se afirma la necesidad de elaboración de programas que aborden la vida psico-afectiva en las personas adultas mayores.

De igual manera, Acosta Quiroz et al. (2017) analizaron el efecto de la soledad, edad, presencia o no de enfermedades, presencia o no de pareja y vivir solo o con otros como predictores de depresión y calidad de vida en adultos mayores. El tipo

de estudio fue transversal, en una muestra de 489 adultos mayores entre 60 y 97 años. Se utilizó los siguientes instrumentos: Escala ESTE, Escala de Depresión Geriátrica (EDG-15) y WHOQOL-OLD, y los datos se trataron mediante una regresión lineal. Se concluyó que las variables que tuvieron mayor incidencia en los participantes masculinos para una percepción negativa hacia esta etapa fueron la agitación, actitudes hacia el envejecimiento y soledad, principalmente incidieron en los síntomas de depresión

Posteriormente, Flores-Herrera et al. (2018) realizaron un estudio para evaluar el nivel de calidad de vida percibida por los adultos mayores desde su contexto familiar. El estudio fue de tipo descriptivo y transversal, con una muestra de 99 adultos mayores, el instrumento utilizado fue la escala de vida WHOQOL-BREF. Los investigadores encontraron que el 45.5% tuvo una percepción negativa de la calidad de vida, un 44.4% fue aceptable y solo un 10.1% percibieron una alta calidad de vida, por lo que casi la mitad de los adultos mayores resultó con una calidad de vida deficiente.

A su vez Buenaño Barrionuevo (2019) realizó un análisis con el objetivo de determinar la prevalencia de deterioro cognitivo, depresión, ansiedad y su relación con las enfermedades crónicas, de los adultos mayores del Centro de Apoyo de IESS de la ciudad de Cuenca. El tipo de estudio fue de corte transversal y participaron 398 adultos mayores. Los instrumentos utilizados fueron el Formulario Alteraciones biopsicosociales y enfermedades crónicas en los adultos mayores, el índice de Katz, MMSE, la escala de depresión geriátrica de Yesavage y la Escala sintomática de Estrés. Se encontró una baja asociación de la osteoartritis con un 78.9% de prevalencia y la depresión y deterioro cognitivo, obtuvieron un 3.5%, posiblemente por la disfuncionalidad de la autonomía del adulto mayor.

En cambio, Lozano Keymolen y Robles Linares (2020) realizaron un estudio para estimar los efectos de síntomas depresivos no diagnosticados y la diabetes mellitus en la mortalidad general de hombres y mujeres adultos mayores. La investigación fue de tipo cuantitativo, contando una muestra de personas de 60 y

más años. Para ello, aplicaron la Escala de Depresión de Estudios Epidemiológico (CES-D) y se corroboró la diabetes mediante un autorreporte. Se llegó a la conclusión que la depresión es un riesgo alarmante de mortalidad para los adultos, e incluso la depresión puede provocar diabetes mellitus tipo 2, por lo que es importante reducir los niveles de diabetes ya que pronto será un problema grande.

1.2 Planteamiento del problema.

De los estudios antes expuestos, no existe concordancia en los estudios sobre los factores predisponentes de la depresión porque éstos se encuentran relacionados con aspectos físicos cognitivos, enfermedades médicas, etc. Hasta el momento no existe una respuesta única del origina de la depresión.

Con referencia a lo antes mencionado, se plantean las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los factores que están mayormente asociados con la depresión en los adultos mayores, a partir de la revisión de los estudios publicados en los últimos diez años? y a partir de ello, ¿Es posible prevenir la depresión en el envejecimiento?

1.3 Preguntas específicas

- ¿Cuáles son los factores que están mayormente asociados con la depresión?
- ¿El deterioro cognitivo está asociado con la depresión?
- ¿Qué enfermedades físicas están asociadas con la depresión?

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Determinar los factores que están mayormente asociados con la depresión en los adultos mayores a partir de una revisión sistemática.

Diseñar un programa de orientación en adultos mayores para la prevención de la depresión en la vejez.

1.4.2 Específicos

- Identificar los factores que están relacionados con la depresión.
- Identificar si el deterioro cognitivo está asociado con la depresión.
- Identificar si las enfermedades físicas están asociadas con la depresión.

1.5 Justificación

Las personas en la vejez son vulnerables a padecer depresión, esto sucede porque en esa etapa suceden demasiados cambios en todas sus esferas de la vida como lo son la laboral, emocional, social, económica, etc.

La depresión se caracteriza por cambios en la energía, tristeza, en el apetito de las personas, la energía y suelen presentar baja voluntad para realizar actividades.

La finalidad de este proyecto es dar a conocer los factores que provocan la depresión en el envejecimiento y poder prevenir la depresión en adultos mayores, por eso el objetivo principal de esta investigación es diseñar un programa de orientación en adultos mayores para la prevención de la depresión en el envejecimiento.

A través de la presente investigación se pretende que la sociedad y las instituciones den la importancia debida al tema debido a la alta prevalencia que hay actualmente de la depresión en adultos mayores y porque el índice poblacional de los anteriormente mencionados se encuentra en aumento.

1.6 Alcances y limitaciones de la investigación

Alcances de la investigación

- Realizar un plan de orientación para la prevención de la depresión en el envejecimiento.
- Identificar los factores relacionados con la depresión.

Limitaciones de la investigación.

- Falta de acceso fácil a la muestra.
- No poder hacer aplicación.

Capítulo II: Marco Teórico

2.1 Vejez

A continuación, se expondrá un breve esbozo de la investigación a lo largo de la historia de la vejez.

2.1.1 Antecedentes

Las culturas primitivas no dejaron información escrita, sin embargo, se tiene la creencia que las culturas ágrafas tenían un gran aprecio al adulto mayor por su sabiduría, se les consideraban intermediarios con el más allá, por ello los brujos y chamanes eran ancianos (Trejo Maturana, 2001).

Posteriormente, Platón en su libro la República tomó la postura de respeto al adulto, elogiando a la vejez, mencionando que las personas en esta etapa alcanzan la prudencia, discreción, juicio y sagacidad. Hizo referencia que las vivencias del final de la vida están determinadas por la manera de vivir durante la juventud y la adultez (Vélez, 2008).

Por otro lado, Aristóteles en su libro la retórica describió la vejez como debilidad, mencionando que la senectud es la última etapa de la vida, llegando a ser lo mismo que ruina y deterioro. Menciona que es la etapa de compasión social, debilidad siendo personas egoístas, cínicas y desconfiadas (Vélez, 2008).

Durante el imperio romano (VIII a.C.-476 d.C.), se le brindó atención al anciano en temas relacionados a la medicina, política, y social, un ejemplo de esto es la elaboración de la Tabla de Ulpino, con el objetivo de realizar leyes de las rentas vitalicias, estadística de la esperanza de vida y pensiones alimenticias. Regularizaron la ley de *pater familias*, encargada de ceder los derechos a la familia paterna de un integrante de la familia, depositando un papel secundario a la familia materna. Los privilegios a los adultos mayores comenzaron a reducir tras la lucha por el poder de Augusto, comenzó una nueva época reforzando la economía y las artes, posteriormente comenzó la época del cristianismo quien se centraba en los

jóvenes ya que estaban en busca de experimentar algo nuevo y podrían revelarse a los adultos mayores (Trejo Maturana, 2001).

Según Martínez Ortega et al. (2002) en la edad media la vejez era sinónimo de decadencia ya que en ese periodo era valorada la juventud. La vejez comenzaba en el momento que las fuerzas de las personas fueran disminuyendo, se tenía la creencia que la misma comenzaba a partir de los 50 años, el deterioro físico se daba de manera prematura por las condiciones de vida. En la sociedad predominaban los jóvenes sobre los adultos debido al índice de mortalidad a temprana edad, siendo mínimo el índice de la población que llegaba a la vejez, los adultos que solían llegar a esta etapa de la vida eran políticos, obispos y monjes, por el estilo de vida y privilegios de los antes mencionados. Esto cambio durante el crecimiento de la burguesía y comercio aportando mayores oportunidades a los adultos para poderse retirar con más comodidades y éxitos.

Más tarde, en el modernismo el cual surgió a finales del siglo XIX a principios del siglo XX se formaron republicas, como resultado del poder, también se encontró la aparición de un grupo terciario llamado burócratas por separado de los primarios y secundarios. Un acontecimiento importante es la implementación de la jubilación con el propósito de recompensar a trabajadores mayores de 50 años, los primeros en obtener este beneficio fueron militares, funcionarios públicos, mineros y empleados que desempeñaban actividades de alto riesgo en Francia, siendo una forma también de mantener a los adultos como consumidores (Trejo Maturana, 2001).

Las primeras investigaciones científicas de la vejez se realizaron a finales del siglo XVIII e inicios del XIX, con una orientación médico-geriátrica y solo se tomaba en cuenta el deterioro biológico de las personas (Vélez, 2008).

Acto seguido en 1928 en la Universidad de Stanford (California), Miller fundó el instituto de investigación para problemas psicológicos en el envejecimiento. Durante la década de 1930-1940 en Europa se realizaron trabajos relacionados a aspectos médicos y en Norteamérica se dedicaron a realizar estudios del problema en la

psicogerontología de ese periodo el cual era la disminución de la capacidad intelectual en el incremento de la edad (Rodríguez Domínguez, 1989).

No obstante, en año 1808 Caros fue la primera persona en realizar una descripción psicológica en el desarrollo humano, posteriormente, a principios de la década de los 60 teniendo difusión en todo el ámbito científico se realizaron estudios expresando que el desarrollo debe extenderse a todo el ciclo vital ya que en la vejez ocurren acontecimientos importantes (Villanueva Claro, 2009).

Tiempo después, Erikson en 1950 explicó el desarrollo a partir de ocho etapas del desarrollo, diciendo que existen crisis, las cuales son desafíos psicosociales que deben de ser superados y de no ser así supone un estancamiento. En la vejez aparece la crisis de la integridad- desesperanza:

El trazo sintónico de este estadio es el de la integridad. En ella, los modos y los sentidos anteriores son resignificados a la luz de los valores y de las experiencias de ese momento, sean los sanos o los patológicos. La suma de los modos psicosexuales tiene un significado integrado. La palabra que mejor expresa ese momento es integridad, que significa: a) la aceptación de sí, de su historia personal, de su proceso psicosexual y psicosocial; b) la integración emocional de la confianza, de la autonomía y demás fuerzas sintónicas; c) la vivencia del amor universal, como experiencia que resume su vida y su trabajo; d) una convicción de su propio estilo y historia de vida, como contribución significativa a la humanidad; e) una confianza en sí y nosotros, especialmente en las nuevas generaciones, las cuales se sienten tranquilos para presentarse como modelo por la vida vivida y por la muerte que tienen que enfrentar (Bordignon, 2005).

Cuando las personas concluyen de manera favorable esta etapa tienen confianza de las decisiones que toman, aceptación de su vida (éxitos, fracasos, cambios), son personas autónomas conscientes de sus posibilidades y cuentan con seguridad e integridad emocional por todo lo que han producido y el legado que dejan. Pero si no se supera favorablemente se sentirán culpables insatisfechas con lo que han hecho durante sus vidas, produciendo depresión.

Posteriormente, tras un análisis de las etapas del desarrollo Erikson Robert Peck en 1959 propuso tres tareas para el adulto mayor. Las tareas señalan la labor que los adultos mayores deben cumplir, así como los objetivos nuevos se miran adecuados a las modificaciones de las etapas. Las tareas propuestas por Peck son:

a) Trascendencia corporal frente a preocupación por el cuerpo: En esta parte de la vida es probable la aparición de enfermedades, aparte de los cambios físicos y la disminución en su rendimiento, las personas deben de trascender en sus complicaciones físicas (Izquierdo Martínez, 2005). Los individuos deben de ser consciente de sus posibilidades físicas, hacia actividades de alta demanda, por lo que ahora deberán de focalizar ese rendimiento en actividades mentales.

b) Diferenciación del ego frente a preocupación por el trabajo: Posterior a la vida laboral, en cuanto llega la jubilación los adultos mayores deben de valorarse, evaluar su capacidades y posibilidades, para realizar nuevas actividades adaptadas a sus características (Izquierdo Martínez, 2005).

c) Trascendencia del ego frente a preocupación por el ego: En esta parte los intereses no deben de ser superiores a nada, siendo que el miedo a la muerte tiene que desaparecer, sintiendo la persona plenitud (Izquierdo Martínez, 2005). En la constitución de la sabiduría de la persona debe ser consciente de la muerte, pero sobre eso es la capacidad de la persona de valorar todos sus éxitos en la vida y las aportaciones que haya en su legado, en todos sus ámbitos familiares, sociales, etc.

Después se realizó la propuesta referente a las formas vistas desde la sociedad a la vejez, con el objetivo de visualizar las fortalezas y las debilidades de acuerdo con esto es para diferenciar a las personas que ya envejecieron y las que no (González Cordero, 2021).

La percepción que se tiene en la actualidad de la vejez es un periodo de cambios, el estudio es interdisciplinar, ya que se reúnen los conocimientos de la medicina, sociología, psicología, etc. Para un estudio completo de los factores que repercuten (Vélez, 2008).

2.1.2 Definición

De acuerdo con Cardona Arago y Peláez (2012) la definición de vejez es:

Etimológicamente, vejez se deriva del latín *veclus*, *vetulus*, que significa 'persona de mucha edad'. Desde la Antigüedad, la vejez se dividió en dos apreciaciones: una completamente negativa, representada por Aristóteles, quien señalaba que la senectud es sinónimo de deterioro y ruina, y Séneca, quien afirmó que la vejez es una enfermedad incurable. La otra visión es la optimista de Platón y Cicerón, que plantean que la vejez trae consigo el dominio de las pasiones y que el viejo es respetado en tanto mantenga su autoridad y el respeto sobre los suyos.

Por otra parte, la vejez es un concepto subjetivo que tiene distintos puntos de partida dependiendo de la cultura que se aborde. Para conceptualizar la edad de una persona se deben de tomar en cuenta los años de la persona, el deterioro de su organismo, las competencias de una persona en un área y el rol del sujeto en la sociedad (Alvarado García y Salazar Maya, 2014).

En las sociedades actuales la vejez es descrita como la etapa en la cual se presentan disminuciones de las capacidades y la pérdida de un rol social, por su disminución de participación. Sin embargo, es relevante tener presente y resaltar los logros, así como las experiencias del sujeto, ya que son de suma importancia para lograr una mejor calidad de vida y agrado en el desarrollo de su vida (Rodríguez Daza, 2011).

En México se piensa que la vejez comienza a los 60 años, a pesar que en varios países inicie a los 65 años haciendo referencia a las personas que han cumplido sus objetivos familiares, sociales y profesionales. Es el momento en el que las personas comienzan a presentar cambios en el desarrollo social, económico y físico, los nuevos retos es la atención adecuada a este sector de la población. (IIEG, 2020).

Por otro lado, el envejecimiento comienza en el nacimiento y culmina en la muerte. El nacimiento debe de comenzar desde etapas previas al nacimiento, abarcando grupos jóvenes y más avanzados de edades (Montes De Oca-Zavala, 2010). Esto quiere decir que desde instantes previos del nacimiento de un bebé se comienzan a sufrir cambios, por ejemplo, en el momento del nacimiento hay un acontecimiento llamado poda neuronal (muerte de neuronas), el cual representa un cambio significativo, eso quiere decir que desde que comenzamos a crecer se comienza a envejecer.

Es por lo antes mencionado que el envejecimiento se puede describir como la cantidad de cambios en el ser humano que pasan por el tiempo y trasladan al sujeto a un deterioro funcional y a la muerte. El envejecimiento engloba todos los cambios que se realizan en una célula o en un sistema orgánico al pasar el tiempo todo esto aparte de una enfermedad o una intervención externa (Alvarado García y Salazar Maya, 2014).

En cambio, la senectud es “una condición en la cual la declinación de la capacidad funcional física, mental o ambas, se han manifestado mensurable y significativamente” (Allan Goldfarb 1965, citado en Zetina Lozano, 1999, p. 29).

Culminando con la conceptualización de vejez, envejecimiento, y senectud, hay que destacar que frecuentemente se suelen utilizar de la misma manera o se utilizan para referirse a lo mismo. Cabe destacar que, si bien se entiende que la vejez es una etapa conformada por distintos cambios, senectud es un término para referirse a la vejez siendo un sinónimo de ella, por último, el envejecimiento es un proceso gradual que sucede durante todo el ciclo vital.

2.1.3 Tipos de envejecimiento

El envejecimiento es un fenómeno con múltiples factores que influyen siendo un sistema dinámico. El envejecimiento es el resultado de aspectos biogeográficos, económicos, familiares, ambientales y biológicos, algunos aspectos que se deben considerar en el envejecimiento son la carga genética, familia, educación, hábitos y

respuestas de adaptación. De acuerdo con el indicador de salud existen cuatro tipos de envejecimiento que son: envejecimiento ideal, envejecimiento activo, envejecimiento habitual y envejecimiento patológico (Ávila Fematt, 2010).

a) Envejecimiento ideal: las personas pertenecientes a este grupo son individuos sin algún tipo de diagnóstico de enfermedad crónica, manteniendo un estado físico positivo sin consumo de sustancias como alcohol o tabaco, pudiendo realizar sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) sin mayores complicaciones (González y Ham-Chande, 2007).

b) Envejecimiento activo: las personas han sido diagnosticadas con algún tipo de enfermedad crónica sin presentar deterioro cognitivo considerando su estado de salud es considerado bueno, muestran poca dificultad para realizar sus AIVD sin ser dependientes (González y Ham-Chande, 2007).

c) Envejecimiento habitual: las personas que cuentan con un estado de salud aceptable, padeciendo una o más enfermedades, sin embargo, sus factores de riesgo son mínimos. Las enfermedades le pueden provocar dificultades en las actividades instrumentales de la vida diaria, si llegar a depender de otras personas (Ávila Fematt, 2010).

d) Envejecimiento patológico: los individuos pertenecientes cuentan con una mala evaluación en su estado de salud, cuentan con una o más enfermedades crónicas diagnosticadas, tienen deterioro cognitivo, los factores que presentan no hacen diferencia por el estado de salud negativo presentado ya sean hábitos o comportamientos y sus vidas dependen de un tercer sujeto (González y Ham-Chande, 2007).

2.1.4 Cambios físicos en el envejecimiento

En la vejez suceden cambios propios de la edad, algunos de estos suceden en el cerebro, medula espinal, pérdida de peso, disminución de sensibilidad y reflejos, sinapsis y muerte neuronal (García García, 2021).

El cuerpo de las personas mayores con el pasar del tiempo sufre más cambios que otras. Por ejemplo, el cabello comienza a tomar un color gris y blanco, disminución en la vista, el bello corporal comienza a desaparecer, aparecen arrugas en la piel, en esta etapa se pierde nivel de musculo y grasa corporal. Comienzan a aparecer venas en la piel, es frecuente que personas que sufran osteoporosis se les adelgacen los huesos y se les forme una curvatura en la columna vertebral, esta enfermedad lleva por nombre cifosis, este padecimiento es más frecuente en mujeres (Papalia et al, 2012).

En la vejez aparece deterioro en los órganos sensoriales. Los ojos se hace menos trasparente el cristalino y la pupila se encoge y los nervios ópticos se vuelven menos eficientes en la transmisión de impulsos nerviosos. Estas afectaciones perjudican al adulto en su vida cotidiana, por ejemplo, leer, conducir de noche, dificultad para la adaptación a lugares poco iluminados. Como en la visión la audición también sufre un deterioro, sin ser tan evidente como la vista, ya que este se debe más a factores ambientales, en la vejez los tímpanos se hacen menos elásticos desencadenando menor sensibilidad a los ruidos, por ejemplo, las personas que están expuestas a fuertes ruidos (Feldman, 2007).

Los cambios físicos en la vejez son resultado de los años, pero también hay investigaciones que demuestran el cambio fisiológico se da por conductas de un estilo de vida. A continuación, se mencionarán distintos cambios en varios sistemas del cuerpo:

- Sistema Nervioso Autónomo: aparecen alteraciones en la presión sanguínea, ritmo cardíaco, sueño y algunas funciones corporales (Pérez Pérez, 2012).

- Sistema endocrino: modificación en la reacción en los órganos durante situaciones que implican estrés por ejemplo viéndose implicado el páncreas, hígado, etc (Pérez Pérez, 2012).
- Sistema muscular y óseo: menor tejido muscular y los huesos se hacen más débiles y porosos (Pérez Pérez, 2012).
- El cerebro en la vejez: el envejecimiento es un proceso que no se puede detener, produciéndose de manera heterogénea en los seres vivos. Con el pasar del tiempo las células padecen deterioro en el funcionamiento que puede llevarlas a la muerte (Torrades Oliva, 2004).

La vejez comienza a los 60 años, sin embargo, los cambios no siempre aparecen de manera precisa en un tiempo determinado, tomando en cuenta que no todos los órganos envejecen de la misma manera, por ello, no se puede hablar de un deterioro en el Sistema Nervioso Central (SNC) uniforme que se da de manera cronológica. Pudiéndose dar de manera prematura por problemas en el sistema endocrino, vasculares etc. Es un error pensar que el deterioro en el cerebro reflejado en los procesos cognitivos es normal, por ejemplo, la pérdida de memoria debe ser considerada como la posible presencia de una enfermedad (Torrades Oliva, 2004).

Anteriormente, se decía que la muerte neuronal se daba de manera generalizada, sin embargo, en investigaciones recientes se encuentra que la pérdida neuronal se centra en la corteza prefrontal y no todo el deterioro apunta a la morfología natural, se ha comprobado que existe aumento de ramificaciones detríticas de acuerdo con la edad, hay modificaciones en la segregación de proteínas y genes en la sinapsis, por ejemplo los canales de calcio y receptores de GABA, al producirse un desbalance excitatorio en la comunicación neuronal (Salech et al, 2012).

Contemplando lo antes mencionado, El peso regular del cerebro humano es de aproximadamente 1.500g, con un volumen de 1.350 cm³ cuenta con un aproximado de 20 billones de neuronas y representa el 2% de la masa corporal (Rosales-Reinoso et al, 2018), los hemisferios disminuyen un 0.23%, de igual manera los

lóbulos temporales, hipocampo y amígdala, en cambio, los lóbulos frontales sufren una disminución del 0.55% de volumen por año, las zonas del cerebro que se ven comprometidas por la pérdida neuronal es la corteza prefrontal, el hipocampo y a menor medida los núcleos basales, acompañándose de un déficit en la sinapsis, disminución en las conexiones sinápticas y una menor producción de vaina de mielina, las neuronas que se ven afectadas de primer impacto son la piramidales (Guerra y Robles, 1995).

Los hombres pierden alrededor del 22% y las mujeres el 20% en promedio del volumen cerebral, los hombres son más propensos a perder tejido cerebral de los lóbulos frontales y temporales, las mujeres del hipocampo y el área septal (Tirro, 2016).

Los sistemas de neurotransmisores que se ven afectados son serotoninérgicos, dopaminérgicos y noradrenérgicos, otros neurotransmisores como el glutamato (principal neurotransmisor excitatorio) relacionado con el aprendizaje. Las alteraciones de la serotonina y la noradrenalina influyen en las alteraciones del sueño, el déficit de noradrenérgica refleja alteraciones en la memoria. En el envejecimiento cerebral ideal los cambios cognitivos no son incapacitantes (Tirro, 2016).

2.1.5 Cambios cognitivos y emocionales en el envejecimiento

Las funciones cognitivas cuando llega la vejez, algunos de ellos pueden tener repercusiones en el estilo de vida, actividades, toma de decisiones, etc. Se debe considerar que no todas las funciones cognitivas presentan un declive uniforme y no tienen un tiempo de manifestación establecido en las personas (González et al. 2013)

a) Memoria

La memoria es amplia ya que participan distintas estructuras del sistema nervioso y es complicado señalar la pérdida de memoria acorde a una edad o

cuando se trata de una patología, esto cuando no es muy marcado en demasía. La memoria semántica no sufre transiciones por la edad, la memoria de trabajo requiere de un gran esfuerzo, la memoria a corto plazo no presenta alteraciones siempre y cuando no haya un cúmulo de estímulos auditivos que interfieran con la información, la memoria a largo plazo se divide en memoria procedimental la cual no presenta daños y en memoria declarativa seccionándose en episódica viéndose alterada con la edad y semántica conservándose sin problemas (Serna de Pedro, 2003).

b) Lenguaje

La comunicación del anciano no se ve muy afectada cuando se trata de emitir un mensaje en base a conocimiento general, sin embargo, cuando se trata de memorizar conceptos, nombres y desarrollar un discurso largo y complejo se comienzan a observar carencias. Por ello, el discurso suele ser extenso y repetitivo, se debe tomar en cuenta que algunos errores pueden venir de errores en la audición y visión (Serna de Pedro, 2003).

c) Razonamiento

Los adultos mayores no presentan dificultades mayores cuando realizan actividades cotidianas, sin embargo, cuando deben realizar un análisis organizado presentan dificultades, esto pasa con más frecuencia con sujetos con bajo nivel educativo (Serna de Pedro, 2003).

d) Atención

Es una capacidad neuropsicológica que permite enfocar un sistema sobre un estímulo relevante (Funmayor y Villasmil, 2008). Los adultos mayores presentan un déficit o declive en la atención sostenida y selectiva, esto puede deberse a la dificultad en la discriminación de estímulos, es importante entender que el nivel de atención, así como también poner atención en las quejas del adulto mayor que

muchas veces estas se ignoran y pudiendo pasar por alto problemas (Sánchez Gil y Pérez Martínez, 2008).

e) Cambios emocionales

Las emociones son alteraciones que ocurren en el cuerpo de los seres humanos, en el cerebro para ser precisó, estas son producidas al tener contacto con un estímulo, llevan por nombre: ira, felicidad, amor, sorpresa y disgusto.

El humano no solo es una máquina de información, sino que es aún más complejo porque lo acompañan emociones sentimientos y afectos. En la senectud las personas experimentan una serie de cambios en sus vidas como la pérdida de familiares, jubilación, enfermedades, entre otros acontecimientos. A pesar de que la primera reacción afectiva es negativa ya que esta etapa no es un factor para la diferencia en frecuencia de emociones positivas y negativas, considerándose así que la edad no es variable predominante, se deben considerar otras variables (Fernández-Ballesteros, 2014).

Los adultos mayores experimentan las mismas emociones que todas las personas, la discrepancia que ocurre en estos individuos se centra en la intensidad que viven las emociones. Las emociones que se miran alteradas es el estrés que este funge como un mecanismo de adaptación en el viejo por el gran número de acontecimientos que suceden en esta etapa (García Rodríguez, 2012), Considerándose que las personas jóvenes tiene mayor probabilidad de digerir una emoción provocada en algún sitio ya que es muy probable que tengan más actividades en las cuales se puedan ocupar y focalizar su atención, considerando que cuentan con un círculo social con él puede expresar sus emociones con mayor comodidad.

Existe la probabilidad que las emociones en las personas durante la etapa de la vejez no se identifiquen sus expresiones faciales y movimientos ante acontecimientos emocionales, como consecuencia de la pérdida y disminución en la masa muscular (Márquez-González, 2004)

2.2 Depresión

En seguida se muestra la información adquirida de una vasta investigación de los antecedentes históricos que se han realizado de la depresión.

2.2.1 Antecedentes

A continuación, se muestra una investigación de los antecedentes de la depresión de acuerdo con la literatura

Los primeros aportes sobre la depresión se dieron por Hipócrates en el siglo V a.C. cuando halo de la melancolía, describiendo la enfermedad desde 4 humores en el cuerpo humano (sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema) es estado patológico de la melancolía se produce por una alteración en la bilis negra (Aguirre Baztán, 2008).

Posteriormente, en el círculo religioso se comienza a utilizar el concepto de Acedia para hacer moción de la tristeza, apatía, angustia y dejadez. Este concepto fue acuñado por el monje Juan Casiano ente los años 419- 429 (Aguirre Baztán, 2008). En la la Edad Media se contaba con la creencia de que la depresión era consecuencia de posesiones diabólicas, Martin Lutero redacto “toda pesadez de la mente y la melancolía vienen provienen del diablo” (Zarragoitía Alonso, 2011), en la época existían dos diagnósticos para la acedia, el primero hace referencia a un estado melancólico descrito como alguien libre de culpa y tristeza, el tratamiento era tomado como enfermedad, el segundo se considera diabólico (pecado), el cual se trataba con oraciones y confesiones (Aguirre Baztán, 2008)

El concepto depresión apareció por primera vez en la lengua inglesa durante el año de 1725 por Richard Blackmore quien habló de estar deprimido en una intensa melancolía y tristeza, depresión proviene del latín de y premere (apretar y oprimir) (Korman y Sarudiansky, 2011).

Robert Whytt vínculo la melancolía e hipocondría con la depresión mental en 1725. Posteriormente en el año 1808 la palabra depresión se utilizaba con

frecuencia al igual que melancolía en la literatura, para lo que Wilhem Griesinger realizó el concepto estados de depresión mental para sustituir a la depresión. Siendo aceptada como enfermedad en el siglo XVI (Zarragoitía Alonso, 2011).

Finalmente, el trastorno maniaco- depresivo fue reconocido en el DSM en 1952, posteriormente en el DSM-III fue incluido el trastorno depresivo persistente y el trastorno depresivo mayor (Zarragoitía Alonso, 2011).

2.2.2 Definición

De acuerdo con (Montesó Curto, 2016). La depresión no se puede considerar de la misma forma en todos los sujetos, porque no en todas las personas se presentan las mismas manifestaciones, en algunas no llegan a ser muy evidentes los síntomas por otra parte, hay personas con síntomas más severos los cuales perjudican a las personas para relacionarse y realizar actividades, siendo menos complicada su detección.

De acuerdo con la teoría cognitiva de Beck en 1976 la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto.

Esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La cognición se refiere al contenido, procer y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales. El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente; para los terapeutas cognitivos la interpretación que haga el sujeto sobre un hecho (contenido cognitivo) tendrá una influencia importante en lo que siente.

Los esquemas son creencias centrales que se constituyen en los principios directrices que sirven para procesar la información procedente del medio. Aunque no se especifica claramente el origen de los esquemas erróneos,

parece sugerirse que podrían ser el resultado del aprendizaje a través de la exposición a acontecimientos y situaciones anteriores (Vázquez et al, 2000).

Esto quiere decir que la depresión es el resultado de una interpretación equivocada de un estímulo, En esta interpretación interviene los conocimientos previos del estímulo, así mismo una mala experiencia en el futuro puede provocar una reacción errónea teniendo una percepción amenazante, que se produjo en el pasado.

Posteriormente Abramson, Metalsky y Alloy en 1989 menciona que la depresión por desesperanza consiste en:

De acuerdo con, la TD, las personas que poseen estilos inferenciales negativos (es decir, la vulnerabilidad) poseen mayor riesgo que las personas que no exhiben dichos estilos para desarrollar síntomas depresivos, especialmente los síntomas del hipotetizado subtipo de depresión por desesperanza, cuando experimentan sucesos vitales negativos (es decir, el estrés). La vulnerabilidad cognitiva está constituida por tres patrones inferenciales desadaptativos: 1) tendencia a inferir que los factores estables (probabilidad de persistir durante el tiempo) y globales (probabilidad de afectar a muchas áreas de la vida) causan los sucesos negativos. 2) tendencia a inferir que los sucesos negativos presentes conducirán a eventos negativos futuros; y 3) tendencia a inferir características negativas sobre sí mismo/a cuando ocurren sucesos negativos. Se asume que la vulnerabilidad cognitiva es una causa que contribuye a la depresión, incrementando la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos en presencia, pero no en ausencia, de sucesos vitales negativos; pero tal vulnerabilidad no es ni necesaria ni suficiente para la ocurrencia de los síntomas depresivos (Abramson et al, 1997).

Lo antes mencionado se refiere a que la depresión por desesperanza sucede ante eventos estresantes (adversos a lo esperado), las personas con estilos inferenciales son aquellas que cuentan con mayor riesgo de padecer depresión,

frecuentemente estos individuos suelen pensar lo que va a pasar durante sucesos, la mayoría de las veces son pensamientos de carácter negativo, así mismo, pensamientos desfavorables hacia su persona.

Sanchis Cordellat y García del Cid (2007) definió la depresión como una variación en el estado de ánimo que gira entorno a tristeza, anhedonia y pérdida de interés en actividades impidiendo que las personas disfruten de su vida, la depresión puede ser provocada por experiencias previas en la cual no ocurrió el autocontrol esperado a condiciones distintas. Se debe agregar que también se presentan daños, modificaciones en las relaciones con las personas su círculo social y realizar conductas autodestructivas.

A su vez, Tamayo et al. (2011) considera que el trastorno depresivo mayor es una enfermedad del estado de ánimo con un gran índice de morbilidad, provocando un déficit en las actividades, algunos síntomas presentados son insomnio, cansancio y dolores, baja esperanza de vida y es un motivo de gran importancia en los suicidios.

Según Carranza Esteban (2012) la depresión es una alteración en el pensamiento en el cual la persona cuenta con una autoestima bajo, tristeza y una disminución en sus actividades (Carranza Esteban, 2012).

2.2.3 Técnicas e instrumentos

En el presente apartado se describirán los siguientes instrumentos: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Escala de Depresión del Centro de Estudios epidemiológicos e Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), las cuales se pueden aplicar para descartar síntomas depresivos al entrar al programa.

a) Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Es una escala que se utiliza con el objetivo de detectar posibles síntomas depresivos en personas adultas. Es utilizada como un instrumento de escrutinio, la escala original la realizó Brink y Yesavage en 1982 con un total de 30 preguntas,

con un tipo de respuesta dicotómico (si-no) (Hoyl et al, 2000). Respecto a la calificación, la puntuación se obtiene a partir de la suma de puntos colocando un punto por ítem, la respuesta afirmativa en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 28 y 36 indican depresión, la respuesta negativa en los reactivos 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30 refiere depresión. A partir de ello, una puntuación de 0-10 puntos refiere que no hay depresión y mayor de 10 pts. indica depresión (Arias Gallegos et al, 2019). La escala posee una confiabilidad del 0.80 a 0.95 valores alfa (Aguilar-Navarro et al, 2007), posteriormente Sheikh y Yesavage en 1986 realizaron una versión reducida que consta de 15 preguntas, a partir de 5 puntos se considera depresión en su calificación (Hoyl et al, 2000), contando con una consistencia interna de 0.78 y una confiabilidad de constructo de 0.78 (Gómez-Angulo y Campo-Arias, 2011). En el año 1999, Hoyl et al. realizaron una versión reducida de 5 preguntas para la población de Norteamérica, ya que la de 15 preguntas resultaba extensa en su aplicación en ambulatorio (Hoyl et al, 2000), sin embargo, tiene una confiabilidad de constructo de 0.83 y consistencia interna de 0.73 (Gómez-Angulo y Campo-Arias, 2011).

b) Escala de Depresión del Centro de Estudios epidemiológicos

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) fue creada por Radloff en 1997. Es una prueba de tamizaje para la detección de síntomas depresivos, consta de 20 ítems, en su aplicación no se requiere personal especializado, ya que es auto aplicable. Los resultados arrojados son de acuerdo con los síntomas presentados la última semana (González-Forteza et al, 2012) La escala cuenta con una confiabilidad con un alpha de Crombach de 0.85 (Gemp Fuentealba et al, 2004).

c) Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

La primera versión fue hecha por Aron T. Beck en el año 1962 que consta de 21 ítems (Beltrán et al, 2012). Posteriormente en 1996 Beck, Steer y Brown, realizaron la segunda versión (BDI-II) adaptándolo a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés),

manteniendo el formato de 21 reactivos tipo Likert (Moral de la Rubia, 2013). La escala evalúa 2 dimensiones las cuales son: Síntomas cognitivos – emocionales conformados por los ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 17 y los síntomas motivacionales conformados por los reactivos, la puntuación mínima es de 0 y la máxima de 63 puntos, un rango de 0-13 indica depresión mínima, 14-19 leve, 20-28 moderada y 29-63 grave. Cuenta con una consistencia interna de 0.9 (Estrada Aranda et al, 2015).

2.2.4 Criterios diagnósticos y tipos de depresión

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) realiza una clasificación de las patologías, la depresión la clasifica en 5 tipos los cuales son:

- Trastorno depresivo mayor.
- Trastorno depresivo persistente (distimia).
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Otro trastorno depresivo especificado.
- Otro trastorno depresivo no especificado.

A continuación, se muestran los criterios diagnósticos de cada tipo de depresión:

Tabla 1

Trastorno de depresión mayor (DSM-5)

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Tabla 2

Trastorno depresivo persistente (distimia) (DSM-5)

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poca apetito o sobrealimentación.

2. Insomnio o hipersomnia.

3. Poca energía o fatiga.

4. Baja autoestima.

5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.

6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Tabla 3

Trastorno disfórico premenstrual (DSM-5)

A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.

B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:

1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor; de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).

2. Irritabilidad intensa, o enfado o aumento de los conflictos interpersonales.

3. Estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.

4. Ansiedad, tensión, y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B.

1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).

2. Dificultad subjetiva de concentración.

3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.

4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.

5. Hipersomnias o insomnio.

6. Sensación de estar agobiada o sin control.

7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor

articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso.

D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).

E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).

F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos. (Nota: El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta c o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).

G. Los síntomas no se pueden distribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej. Hipertiroidismo).

Tabla 4

Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento (DSM-5)

A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que pre- domina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por to- das o casi todas las actividades.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente pueden incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Tabla 5

Trastorno depresivo debido a otra afección médica (DSM-5)

A. Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Tabla 6

Otro trastorno depresivo especificado (DSM-5)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico. Esto se hace registrando “otro trastorno depresivo especificado” y a continuación el motivo específico (p. ej., “episodio depresivo de corta duración”).

Algunos ejemplos de presentaciones que se puede especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. Depresión breve recurrente: Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.

2. Episodio depresivo de corta duración (4–13 días): Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados

a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una de- presión breve recurrente.

3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes: Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para depresión breve recurrente.

Tabla 7

Otro trastorno depresivo no especificado (DSM-5)

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

Especificadores para trastornos depresivos

1. Se siente nervioso o tenso.

2. Se siente inhabitualmente inquieto.

3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.

4. Miedo a que pueda suceder algo terrible.

5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Dos síntomas.

Moderado: Tres síntomas.

Moderado-grave: Cuatro o cinco síntomas.

Grave: Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora.

Capítulo III: Método

En el presente capítulo se muestra la metodología utilizada en la investigación, en la cual se basó para la recolección de la información, que ayudó a realizar el programa para la prevención de la depresión.

3.1 Tipo y diseño de investigación

La presente investigación pertenece al enfoque cualitativo el cual se refiere a “un estudio inductivo que analiza y describe las características o cualidades que distinguen, personas, cosas, conocimientos, teorías, ideas, etc.” (García, 2017). En tanto que, el diseño de estudio es teoría fundamentada la cual es una recopilación de información para ampliar una teoría con un informe significativo (García, 2017). En este sentido, se pretende realizar una búsqueda documental sobre cuáles son los factores determinantes de la depresión en la vejez, a través de una revisión sistemática siendo la recolección y realización de un resumen de la información. Las muestras de las revisiones sistemáticas no son personas, sino estudios previamente realizados. Esta debe estar relacionada con el objetivo principal de la investigación (Aguilera Eguía, 2014).

Por lo tanto, la técnica es la recopilación de datos de artículos de revistas científicas, para la obtención de conceptos, conocimientos y teorías que ayudaran a realizar una propuesta de programa de orientación para la prevención de la depresión en los adultos mayores.

3.2 Muestra de la investigación

En la elaboración de este trabajo se realizó una búsqueda de información en artículos de revistas científicas en Scielo, Redalyc, Dialnet y Repositorios en el periodo 2011-2021, se analizaron 13 artículos de 140 recolectados en la investigación. Se incluyeron artículos por la relevancia de la información relacionada al tema tomándose en cuenta autores, fecha, revista y título, publicaciones en el idioma español.

Criterios de inclusión:

Artículos de revistas científicas obtenidas en los buscadores de Scielo, Dialnet, Redalyc y de repositorios.

Cumplir con un periodo de 10 años de publicación en los artículos científicos, relación con el tema y el idioma de publicación el cual es español.

3.3 Técnicas e instrumentos

Las fuentes de buscadores de revistas científicas cuentan con las características de: facilidad de acceso, ventajas de almacenamiento, actualización inmediata, ampliación de difusión, abaratamiento de costes, diversidad de formato, posibilidad de consulta, independencia de los documentos, multiplicidad de recursos informáticos, Servicios de difusión y fomento de cooperación (Martín González y Merlo Vega, 2003).

Las fuentes electrónicas de buscadores de artículos científicos son:

Redalyc: Es una red Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, fue creada en el año 2003 como proyecto de la Universidad del Estado de México, en el año 2006 se abrió a todas las áreas de conocimientos.

Scielo: (Scientific Electronic Library Online) es una base de datos diseñada para la publicación de artículos de revistas científicas, con el objetivo de difundir de forma gratuita ciencia generada en España, Latinoamérica y Portugal, los artículos cumplen con criterios de calidad para su publicación.

Dialnet: Es una página Online creada por la Universidad de la Rioja, para una mejor notoriedad de la literatura científica hispana, su contenido está relacionado a las áreas Jurídicas, Sociales y Ciencias Humanas.

Repositorios: Son sistemas web con el objetivo de resguardar y organizar información de carácter científico y para el uso abierto (Duperet Cabrera et al, 2015).

3.4 Procedimiento de la investigación

La recolección de documentos se comenzó el día 23 de agosto al 25 de agosto, para la recopilación de información de este trabajo se consultaron artículos de revistas con relación al tema. Para la indagación de artículos se utilizaron los buscadores Redalyc, Scielo, Dialnet y Repositorios, para una investigación precisa y efectiva. Los artículos seleccionados incluyen las variables depresión y vejez.

Posteriormente se recolectaron 140 artículos científicos, tras una evaluación de acuerdo con los criterios de inclusión 35 artículos fueron excluidos por no cumplir con el periodo de tiempo en su publicación estipulado. Posterior a su revisión de 105 artículos en su lectura del título, objetivos y resumen 92 fueron eliminados del estudio tras no cumplir con los objetivos esperados. Las palabras clave para la búsqueda de los artículos de carácter científico fueron, depresión, factores de la depresión, vejez, adultos mayores con depresión, depresión en la senectud, factores de la depresión en la vejez y depresión en el viejo. En la figura 1 se detalló el proceso descrito.

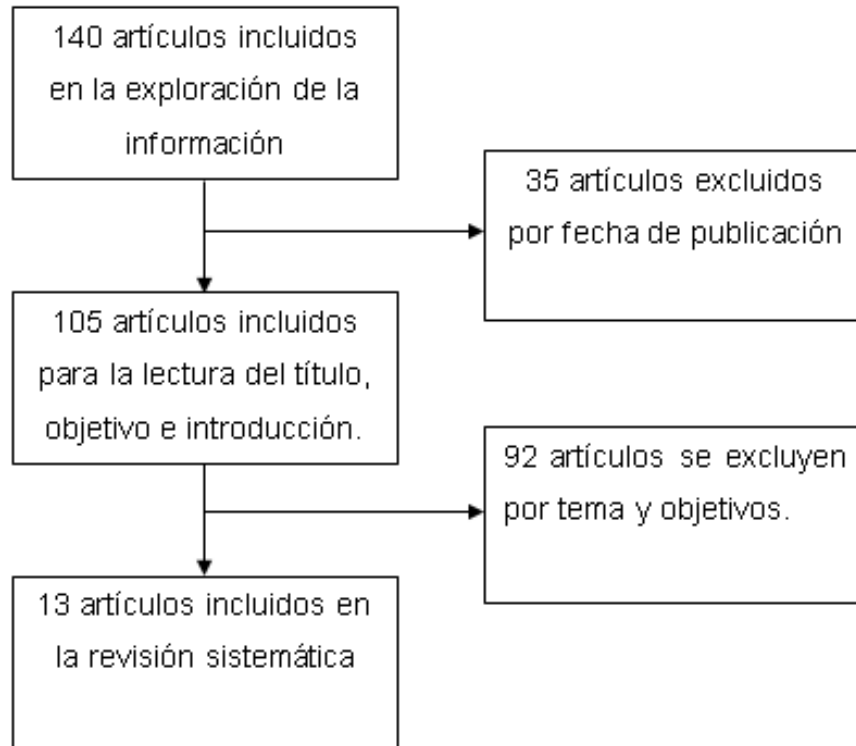


Figura 1. Diagrama PRISMA de la recopilación de artículos científicos.

Capítulo IV: Análisis de Resultados

A continuación, se realizará el análisis de documentos que contienen información sobre los factores de riesgo que influyen en el padecimiento de la depresión en adultos mayores. El análisis se realizó fundamentado en el análisis de documentos de revistas científicas de los últimos 10 años.

4.1 Información de los documentos para análisis

A continuación, se muestran los artículos científicos analizados en su contenido (tabla 2)

Tabla 8

Fuentes para el análisis de contenido

Autor	Año	Participantes	Objetivo	Resultados
Paredes- Arturo y Aguirre- Acevedo.	2016	219 adultos mayores	Determinar la relación entre sintomatología depresiva y factores asociados en población adulto mayor	La prevalencia de síntomas depresivos fue del 38.4%. Se encontró que los síntomas depresivos estaban relacionados con los factores: escolaridad (secundaria), no percibir ingresos, mala percepción de la salud y estado civil (viudo)
Vázquez-Cruz et al.	2016	366 pacientes	Determinar los factores de riesgo para depresión en	Se detectó depresión en el 39.1% de la muestra, con un predominio de la depresión leve en un

			los pacientes geriátricos en una unidad de primer nivel de atención	30.9%, viéndose relacionados factores como nivel socioeconómico bajo (32.8%), forma de habitar (32.5%), comorbilidades (48.6%) y estado civil sin pareja (19.7%)
Matutti-Rosas y Tipismana-Neyra	2016	79 adultos mayores	Describir, analizar la prevalencia y los factores de riesgo asociados en consulta ambulatoria de psiquiatría de un hospital, y en un grupo de adultos mayores no asegurados	No se encontró relación significativa de la edad con la depresión. Se encontró un vínculo con enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial y artrosis en personas de 60 a 75 años y una mayor probabilidad de padecer depresión en el sexo femenino
Prieto-Miranda et al.	2016	164 adultos mayores	Determinar la frecuencia de inicio tardío en el adulto mayor hospitalizado en un hospital de segundo nivel	La frecuencia de la depresión de inicio tardío fue del 55% en pacientes con las siguientes características: sexo femenino, en comorbilidades como la diabetes mellitus y en personas con dependencia moderada
Pérez-Díaz et al.	2016	284 sujetos	Identificar la relación entre las variables de salud y psicológicas (percepción de estrés y apoyo social) y	Se encontró que el 21.2% de las personas tenían depresión de ambos países brindándole importancia al estrés en la salud y familiar (falta apoyo emocional)

la presencia se síntomas depresivos				
Martina et al.	2017	11,411 adultos mayores	Estimar la prevalencia y los factores asociados a la depresión en la población adulta mayor	Se obtuvo en un 14.3% de la muestra, siendo que las variables que se encuentran relacionadas con la depresión son: sexo femenino, tener alguna discapacidad, vivir sin pareja y tener 75 años o más
Pacheco-Halas y Alfaro-Urquiola	2018	240 adultos mayores	Determinar la relación existente entre el apoyo social percibido y depresión en personas adultas mayores	El 39.58% percibe un apoyo social alto, un 21.67% bajo. Se encontró una prevalencia del 10% para depresión leve y 30% para depresión intensa. La depresión tiene relación con el apoyo social percibido de amigos, familia y otras personas importantes
De los Santos y Carmona-Valdés.	2018	5,275 personas	Determinar la prevalencia de depresión en mujeres y hombres mayores de 60 y hasta 103 años.	Los factores de riesgo para la depresión en adultos mayores son los económicos (no contar con recursos para sus necesidades), Disminución de actividades sociales y la viudez con mayor impacto en los varones.
Soria-Trujano et al.	2018	300 personas adultas mayores	Medir la sintomatología depresiva en adultos mayores, analizando las	En los adultos mayores no activos se presentaron posibles síntomas de depresión, por otro lado, en

			posibles diferencias entre sexos y actividad/inactividad laboral.	los adultos activos se presentó depresión establecida en el sexo masculino.
Molés-Julio et al.	2019	400 personas mayores	Determinar la prevalencia de la depresión y factores asociados en personas mayores.	Se presenta una mayor tendencia en el sexo femenino a padecer depresión con un 40.1%, un 26% en las personas que viven solas y un 57% en personas pre-frágiles
Laines-Félix et al	2020	139 adultos mayores	Determinar la prevalencia y los factores asociados a depresión en empacadores voluntarios en tiendas de autoservicio	En la población analizada el 43% no presentaron depresión, 23% presentaron depresión ligera, el 20% moderada, 14% severa. El 38% de la población del sexo femenino presentaron depresión, en los hombres fue un 19%. Se encontró relación significativa de la depresión con la baja escolaridad (primaria o menor)
Ponce-Torres et al.	2020	142 adultos mayores	Evaluar los factores asociados a la sintomatología depresiva en adultos mayores	Se encontró sintomatología de depresión en cinco de cada diez personas, siendo mayor la prevalencia en sujetos que no trabajan y sin concluir su escolaridad.

Salinas.	2020	80 personas mayores de 65 años.	Identificar el riesgo de depresión y los factores psicosociales predisponentes en adultos mayores de ámbitos rurales y urbanos.	En la población rural se obtuvo un promedio de 2.28 (DE=2.06), a diferencia de la urbana donde se refleja un 4.53 (DE=2.76) demostrando la presencia de depresión leve y moderada, marcando una diferencia notable en las dos muestras. Los factores son distintos en cada muestra, en la población rural tiene relevancia la espiritualidad, duelos y nivel bajo socioeconómico y la probabilidad de padecer depresión es del 76%; en la urbana un bajo propósito de vida con duelos recientes marcan un 77% de predisposición.
----------	------	---------------------------------	---	--

Capítulo V: Discusión y Conclusión

5.1 Discusión

La presente revisión sistemática se realizó a partir de una recopilación de documentos para obtener y tener conocimiento de los principales factores de riesgo que influyen en el padecimiento de la depresión, para realizar la propuesta de un programa en la prevención de la depresión en la vejez.

Referente al factor de la baja escolaridad, en tres de las investigaciones incluidas en el trabajo se encontraron relacionados con la depresión. En la investigación de Ponce-Torres (2020) encontrando que los síntomas depresivos se detectaron en personas que no habían concluido sus estudios, así como Paredes-Arturo y Aguirre-Acevedo (2016) ubicaron una estrecha relación de la depresión con el nivel educativo de secundaria. De manera similar, Laínez-Félix et al. (2020) concordaron relación con la baja escolaridad y la depresión. Por el contrario, Giancorman et al. (2011) hallaron que el nivel educativo influye en la presencia de síntomas de depresivos, no descubrieron asociación en la escolaridad con los síntomas de depresión. El nivel académico de un individuo es de suma importancia, en la tercera edad para su salud, ya que es en la etapa académica donde se obtienen importantes conocimientos que serán fundamentales en la vida de una persona, obteniendo experiencias y principalmente aporta conocimientos al sujeto, en la vida cotidiana de los adultos se llevan a cabo planificaciones, estrategias etc. Aprendidas en la etapa escolar para la resolución de problemas, cuando se carece de ellas puede provocar alteraciones emocionales en el adulto mayor y creando conflictos que pueden provocar depresión.

De acuerdo con el hecho de vivir sin pareja, Paredes-Arturo y Aguirre Acevedo (2016) encontraron relación con las personas de que pertenecen al estado civil viudo. De manera similar, De los Santos y Carmona-Valdés (2018) obtuvieron un nexo importante con las personas viudas, pero con mayor relevancia en los hombres viudos, sin embargo, Vázquez cruz et al. (2016) y Martina at al. (2017) remarcan la relación, pero en las personas sin pareja englobando a las personas solteras, viudas

y divorciadas en una sola variable. El vivir sin pareja perjudica en las emociones ya que se pueden llegar a sentirse solas las personas, al no tener una persona con la cual interactuar y primordialmente mantener un vínculo. Al parecer, los cambios en la vida como la jubilación, pérdida de familiares, los hijos ya no viven en la misma casa (reducción del círculo social), es importante que mantengan relación con personas, grupos de personas con las cuales puedan crear vínculos emocionales.

Respecto a la situación factor laboral no trabajar, Ponce-Torres et al. (2020) encontraron un vínculo de las personas que no trabajan con los síntomas depresivos, a diferencia de Soria-Trujano et al. (2018) quienes mencionan que las personas no activas padecen síntomas depresivos. Por su parte Paredes-Arturo y Aguirre-Acevedo (2016) y De los Santos y Carmona-Valdés se refieren a un vínculo de la depresión con factores económicos ya que, al no percibir ingresos, no cuentan con recursos para cubrir sus necesidades. La vida laboral es indispensable para las personas mayores ya que toda su vida se la han pasado trabajando, de tal modo que la jubilación forma parte de un cambio radical en su vida, puesto que si no existe una preparación psicológica para llevarla a cabo pueden pensar que ya no son funcionales provocándoles depresión. Por lo tanto, en esta etapa se les debe de orientar, hacer saber que todavía son personas productivas y capacitarlos, así como integrarlos a grupos de trabajo siempre este se encuentre dentro de sus posibilidades para llevarlas a cabo

5.2 Conclusión

De acuerdo con la revisión documental las variables encontradas con mayor relación con la depresión son: baja escolaridad, sexo femenino, vivir sin pareja y no trabajar. En cuanto a los factores encontrados que no cuentan con un nexo importante son: mala percepción de salud, forma de habitar, enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, artrosis, dependencia moderada, estrés en la salud y familia (falta de apoyo emocional), tener discapacidad, tener 75 años o más, apoyo social percibido, personas que viven solas, pre-frágiles, espirituales, duelos y bajo nivel económico. Es recomendable realizar más estudios en población

mexicana considerando que muchos estudios son del extranjero, para la corroboración de estos factores.

No se encontró relación significativa del deterioro cognitivo con la depresión. Las mujeres cuentan con mayor probabilidad que los hombres ya que los factores anteriormente mencionados tienen un mayor impacto en ellas, de la misma manera se le atribuye gran importancia a las alteraciones hormonales que pueden aparecer en ese periodo.

Los factores anteriormente mencionados fueron los obtenidos de la muestra utilizada, sin embargo, no se puede generalizar o establecer que esos son los únicos factores predisponentes a la depresión, como se ha mencionado anteriormente en la etapa de la vejez las personas atraviesan muchos cambios en su vida, las cuales tienen repercusiones relevantes en sus emociones.

En base a lo anteriormente mencionado, se realizó la propuesta de un programa para la prevención de la depresión, desde una perspectiva cognitivo conductual, permitiendo que los adultos mayores realicen actividades a partir de conocimientos previos, para así poderlos reforzar y aprender nuevas actividades. Esto ayudará a que las personas se den cuenta de que aún son funcionales y productivas, adaptando sus necesidades a sus posibilidades.

La investigación contó con ciertas limitaciones las cuales fueron la falta de acceso a la muestra (artículos científicos), ya que muchas de las publicaciones más recientes cuentan con un costo monetario y la otra limitante fue no poder realizar la aplicación del programa por temporada de pandemia (Covid-19). Los alcances de la antes mencionada es que mediante la presente propuesta del programa se podrá prevenir la depresión en la senectud.

Propuesta

El presente programa está diseñado para un mínimo de 15 y un máximo de 20 personas. El programa tiene una duración aproximada de 45 horas divididas en 15

sesiones de tres horas cada una, llevando a cabo dos actividades por sesión. Las actividades pueden ser flexibles de acuerdo con las sesiones.

El presente está dirigido a personas de 60 años en adelante (adultos mayores), enfocándose principalmente en los aspectos de la baja escolaridad, no tener pareja y no contar trabajo.

Todas las actividades que se realicen fuera del establecimiento se contarán con la supervisión y acompañamiento del responsable del programa, si es necesario que un familiar de los participantes desea acompañarlos lo podrá realizar, todos los materiales que se requieran para llevar a cabo las técnicas serán proporcionados a los integrantes.

Los materiales que se utilizaran para llevar a cabo las actividades son: globos, libros, ajedrez crucigramas, juego de dominó, rompecabezas, juego de baraja, agujas, hilos, tela para bordar, pinturas, pinceles, hilo de cáñamo, anillos, PET (Tereftalo de Polietileno), tijeras, bocinas, lápices, hojas, películas, pantalla, pelotas, conos deportivos, aros, palos para hacer ejercicio y pegamento.

A continuación, se muestra la elaboración del programa (tabla 3) para la prevención en adultos mayores.

Tabla 9

Programa de prevención para la depresión

Objetivo general	Objetivos específicos	Actividades
Prevenir depresión en adultos mayores	la Presentación en	-Se utilizará un globo, (lo pasarán entre los participantes y al que le toque se presentará dando sus datos generales). -Explicar el objetivo del programa.

Adquisición y ejercitación de conocimientos.

-Leer una lectura y al finalizar de deberán de compartir lo que entendieron.

-Jugar ajedrez.

-Resolver crucigramas.

-Resolver sopas de letras.

-Ver una película, posteriormente deberán dar su punto de vista de la misma.

-Jugar domino.

-Completar la frase (una persona leerá una oración incompleta y los participantes deberán completar el resto).

-Rompecabezas.

-Se pondrá en una fila los meses del año y en otra actividad festiva, posteriormente los participantes tentarán que relacionarlo con su similar.

-Juego baraja.

Llevar a cabo actividades de trabajos para el desarrollo de habilidades.

-Bordar.

-Un participante pensará una actividad que llevará a cabo el resto del grupo.

-Pintar imágenes con pinceles y pinturas.

-Realizar actividades de bisutería.

-Manualidades con material reciclado.

-Realizar actividades básicas del hogar.

-Comercializar entre ellos.

-Hacer compras personales.

Crear y mantener
vínculos afectivos con
personas

-Caminata en el parque.

-Los integrantes hablarán de sus experiencias de acuerdo a temas seleccionados.

-Visitar museos y lugares culturales.

-Zumba.

-Secuencia de conceptos. (una persona dirá una palabra y la siguiente persona mencionará otra con la letra que terminó la antes mencionada).

-Los participantes realizarán una lluvia de ideas, experiencias y conocimientos, posteriormente se formarán canciones.

-Adivina la palabra (un sujeto deberá describir un objeto y el resto del grupo deberá adivinar la palabra),

-Ejercicio físico en equipo.

-Baile.

Referencias bibliográficas

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B. y Metalsky, G. I. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: Aportaciones recientes. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 2(3), 211-222.
- Acosta Quiroz, C. O., Tánori Quintana, J., García Flores, R., Echeverría Castro, S. B., Vales García, J. J. y Rubio Rubio, L. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 27(2), 179-188.
- Agis Juárez, R. A., López Romero, D., Bermúdez Morales, V. H., Maya Pérez, E. y Guzmán Olea, E. (2020). Frecuencia de sintomatología depresiva y tratamiento en adultos mayores con acceso a servicios de salud. *Horizonte sanitario*, 19(3), 365-373.
- Aguilar-Navarro, A. G., Fuentes-Cantú, A., Ávila-Fuentes, A. y García-mayo, E. J. (2007). Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Salud Pública de México*, 49(4), 256-262.
- Aguilera Eguía, R. (2014). ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis?. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21(6), 359-360.
- Aguirre Baztlán, Á. (2008). Anthropology of depression. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 8(3), 563-601.
- Alvarado García, A. M. y Salazar Maya, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- American Psychiatric Association. (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5th ed). Washington, DC London, England.
- Arias Gallardo, W. L., Muños del Carpio Toia, A. y Rivera, R. (2019). Análisis psicométrico de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en adultos

- mayores de la Macroregión Sur del Perú. *Revista Enfermería Herediana*, 12, 11-19.
- Ávila Fematt, F. M. (2010). Definición y objetivos de la geriatría. *El residente*, 5(2), 49-59.
- Beltrán, M. D. C., Freyre, M.A. y Hernández-Guzmán, L. (2012). El inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30(1), 5-13.
- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63.
- Buenaño Barrionuevo A. L. (2019). Deterioro cognitivo, depresión y estrés asociados con enfermedades crónicas en adultos mayores, Cuenca 2014. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 37(2), 13-20.
- Cardona Aragon, D. y Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*, 28(2), 335-348.
- Carranza Esteban, R. F. (2012). Depresión y características demográficas asociados en estudiantes y líderes universitarios de Lima metropolitana. *Apuntes universitarios*, 2(2), 79-90.
- Castellano Fuentes, C. L. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejes y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 365-377.
- De los Santos, P. V. y Carmona Valdés, S. E. (2018). Prevalencia de la depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 95-119.

- Duperet Cabrera, E., Pérez Martínez, D. G., Cedeño Rodríguez, M.Y., Ramírez Mustelier, A. y Montoya Acosta, L. A. (2015). Importancia de los repositorios para preservar la información. *Medisan*, 19(10), 1283-1290.
- Estrada Aranda, B. D., Delgado Álvarez, C., Landero Hernández, R. y González Ramírez, M. T. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universidad Psychologica*, 14(1), 15-26.
- Feldman, R. S. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida* (4 ed.). Pretinence Hall.
- Fernández- Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros multidisciplinares*.
- Flores-Herrera, B. I., Castillo-Muraira, Y., Ponce- Martínez D., Miranda-Posadas, C., Peralta-Cerda, E. G. y Durán-Badillo, T. (2018). Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(2), 83-8.
- Funmayor, G. y Villasmil, Y. (2008). La percepción, la atención y la memoria como procesos cognitivos utilizados para la comprensión textual. *Revista de artes y humanidades UNICA*, 9(22), 187-202.
- García García, C. M. (2021). Neurociencias, vejez y sexualidad. *Revista Académica CUNZAC*, 4(2), 17-22.
- García Rodríguez, B. (2012). *Los motivos y las emociones en la vejez*. UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- García, M.R. (2017). *Como investigar en ciencias sociales*. México Ed. Trillas.

- Gempp Fuentealba, R., Avendaño Bravo, C. y Muñoz Urrutia, C. (2004). Normas y puntos de corte para la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) en la población. *Terapia Psicológica*, 22(2), 145-156.
- Giancorman, C., Fuentes, D., Guzmán, L. y Montiel, T. (2011). Depresión y escolaridad en adultos mayores. *Temas actuales en investigación educativa*, 2(2), 1-11.
- Gómez-Angulo, C. y Campo- Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para la Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura funcional. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735-743.
- González Cordero, F. J. (2021). *Masculinidades y vejez. Cuerpos, trabajos y curso de vida en Axotlán, Edo. Mex.* [Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de México]. TESIUNAM.
- González, C. A. y Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud pública de México*, 49, 448-458.
- González, M., Facal, D. y Yaguas, J. (2013). Funcionamiento cognitivo en personas mayores e influencia de variables socioeducativas: resultado del Estudio ELES. *Escritorio de psicología*, 6(3), 34-42.
- González-Forteza, C., Wagner Echeagaray, F. A. y Jiménez Tapia, A. (2012). Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. *Salud Mental*, 35(1), 13-20.
- Guerra, M. y Robles, Y. (1995). Sistema nervioso central y envejecimiento. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 58(3), 170-179.
- Hoyl, T., Valenzuela, E. y Marín, P. P. (2000). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la

versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista médica de Chile*, 128(11), 1199-1204.

Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco. (26 de agosto, 2020). *Día del Adulto Mayor 2020. IIEG*. <https://iieg.gob.mx/ns/wp-content/uploads/2020/08/D%C3%ADaAdultoMayor2020.pdf>.

Izquierdo Martínez, A. (2005). Psicología del desarrollo de la edad adulta: Teorías y contextos. *Revista Complutense de Educación*, 16(2), 601-619.

Korman, G. P. y Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 119-145.

Lainez- Félix, G. A., González Javier, F. D. P. y Magaña Pérez, R. (2020). Factores asociados a la depresión en personas adultas mayores de área urbana de Tabasco. *Multidisciplinary Health Research*, 5(1).

Lozano Keymolen, D. y Gaxiola Robles Linares, S. C. (2020). Efectos de la depresión y la diabetes en el riesgo de mortalidad de adultos mayores mexicanos. *Horizonte sanitario*, 19(2), 241-253.

Márquez-González, M., Izal, M., Montorio, I., & Pérez, G. (2004). Emoción en la vejez: una revisión de la influencia de los factores emocionales sobre la calidad de vida de las personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39(3), 44-51.

Martín González, J. C. y Merlo Vega, J. A. (2003). Las revistas electrónicas: características, fuentes de información y medios de acceso. *Anales de Documentos*, 6, 155-186.

Martina, M., Ara, M. A., Gutiérrez, C., Nolberto, V. y Piscocoya, J. (2017). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 393-397.

- Martínez Ortega, M. P., Polo Luque, M. L. y Carrasco Fernández, B. (2002). Visión histórica de concepto de vejez desde la edad media. *Cultura de los Cuidados*, (11), 40-46.
- Matutti-Rosas, M. y Tipismana- Neyra, O. (2016). Prevalencia de la depresión mayor atendidos ambulatoriamente en un hospital de Lima Metropolitana. *Interacciones*, 2(2), 171-187.
- Molés Julio, M. P., Esteve Clavero, A., Lucas Miralles, M. V. y Folch Ayora, A. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería Global*, 18(55), 58-82.
- Montes de Oca-Zavala, V. (2010). Pensar en la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades*, 52(33), 3669-3487.
- Montesó Curto, M. P. (2016). *La depresión en las mujeres*. Publicacions Universitat Rovira i Virgili.
- Moral de la Rubia, J. (2013). Validación de un formato simplificado del inventario de Depresión de Beck. *Psicología Iberoamericana*, 21(1), 42-52.
- Pachecos Halas, M. N. y Alfaro Urquiola, A. L. (2018). Influencia del apoyo social percibido, factores sociodemográficos y socioeconómicos sobre la depresión de personas adultas mayores del área urbana de la ciudad de La Paz. *Fides et Ratio- Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 15(15), 15-28.
- Papalia, D. E., Feldman, R. D., Martorell, G., Berber Morán, E. y Vázquez Herrera, M. (2012). *Desarrollo humano* (12a ed.). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.

- Paredes-Arturo, Y. V. y Aguirre-Acevedo, D. C. (2016). Síntomas depresivos y factores asociados en población adulto mayor. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 17(3), 26-38.
- Pérez Díaz, R., Martín Carbonell, C. M. y Riquelme Marín, C. A. (2016). Depresión y factores psicosociales en personas mayores cubanas y españolas. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 13(3).
- Pérez Pérez, N. (2012). *Psicología del desarrollo humano: del nacimiento a la vejez*. Editorial Club Universitario.
- Ponce-Torres, C., Viteri-Condori, L., Ramos-Martínez, P., Nieto-Gutiérrez, W. y Cueva-Velazco, J. (2020). Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva en adultos mayores del centro de salud "Micaela Bastidas" Lima-Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(2), 233-239.
- Prieto-Miranda, S. E., Villanueva-Muñoz, E. Y., Arias-Ponce, N. y Jiménez-Bernardino, C. A. (2016). Depresión de inicio tardío en el adulto mayor hospitalizado en un hospital de segundo nivel. *Medicina Interna de México*, 32(4), 388-395.
- Rodríguez Daza, K. D. (2011). *Vejez y Envejecimiento*. Universidad del Rosario.
- Rodríguez Domínguez, S. (1989). *La vejez: historia y actualidad*. Universidad de Salamanca.
- Rosales-Reynoso, M. A., Juárez-Vázquez, C. L. y Barros-Núñez, P. (2018). Evolución y genoma del cerebro humano. *Neurología*, 33(4), 254-265.
- Salech, M. F., Jara, L. R. y Michea, A. L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19-29.

- Salinas, A. V. (2020). Depresión en adultos mayores: prevalencia y factores de riesgo psicosocial en entornos rurales y urbanos la la provincia de Misiones, Argentina. *Apuntes Universitarios*, 10(4), 40-54.
- Sánchez Gil, I. Y. y Pérez Martínez, V. T. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Revista cubana de medicina general integral*, 24(2), 00.
- Sánchez Padilla, L. M., González Pérez, U., Alerm González, A. y Bacallao Gallesty, J. (2014). Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13(2), 337-349.
- Sanchis Cordellat, F. y García del Cid, L. B. (2007). Apego y sintomatología depresiva en la adolescencia: su relación con los acontecimientos vitales. *Revista de psicoterapia*, 18(72), 27-56.
- Serna de Pedro, I. (2003). *La vejez desconocida*. Ediciones Díaz de Santos.
- Soria Trujano, R., Soriano Carrillo, M. I., Lara de Jesús, N. y Mayen Aguilar, A. A. (2018). Depresión en adultos mayores. Diferencia de sexos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(2), 682-697.
- Tamayo, J. M., Rosales-Barrera, S. J., Villaseñor-Bayardo, S. J. y Rojas-Malpica, C. (2011). Definición e impacto e importancia de las depresiones resistentes/refractarias al tratamiento. *Salud Mental*, 34(3), 247-255.
- Tirro, V. I. (2016). La vejez y el cerebro. *Revista Nuevo Humanismo*, 4(1).
- Torrades Olivia, S. (2004). Aspectos neurológicos del envejecimiento. *La lucha para retrasar el deterioro cerebral*. *Offarm*, 23(9), 106-109.
- Trejo Maturana, C. (2001). El viejo en la historia. *Acta bioethica*, 7(1), 107-199.

- Vázquez. F. L., Muñoz, R. F. y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449.
- Vázquez-Cruz, E., González-Aldama, D. D C., González López, A. M., Montiel-Jarquín, A. J., Gutierrez-Gabriel, I., Barragán Hervella, R. G., Islas-Hernandez, G., Etchegaray-Morales, I., Méndez-Martínez, S., Romero-Figueroa, M.S. y Loria-Castellanos, J. (2016). Factores de riesgo para la depresión en pacientes geriátricos. *La Prensa Médica Argentina*. 102(2), 76-80.
- Vélez, M. D. C. C. (2008). La historia de la vejez. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (23), 237-254.
- Villafuerte Reinante, J., Alonso Abatt, Y., Alonso Vila, Y., Alcaide Guardado, Y., Leyva Betancourt, I., y Arteaga Cuéllar, Y. (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *Medisur*, 15(1), 85-92.
- Villanueva Claro, M. (2009). Abordaje histórico de la psicología de la vejez. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(3), 0-0.
- Zarragoitía Alonso, I. (2011). *Depresión. Generalidades y particularidades. La Habana: Ciencias Médicas.*
- Zetina Lozano, M. G. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de población*, 5(19), 23-41.