



# Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

---

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Área Académica de Medicina  
Maestría en Salud Pública

## **INTERVENCIÓN CON ENFOQUE RESILIENTE PARA DEPRESIÓN LEVE Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE ZAPOTLÁN DE JUÁREZ, HGO.**

Proyecto terminal de carácter profesional  
Que para obtener el grado de:

**MAESTRA EN SALUD PÚBLICA**

**PRESENTA**

Carolina Hernández Serrano

**Director de Proyecto Terminal**

D. en Antrop. David López Romero

**Comité Tutorial**

Co-director: D. en CQB. Ma. del Carmen Alejandra Hernández Ceruelos

Asesor: D. en C. Andrés Salas Casas

Pachuca de Soto, Hidalgo, Noviembre 2019



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
 Instituto de Ciencias de la Salud  
*School of Health Sciences*  
 Área Académica de Medicina  
*Department of Medicine*  
 Maestría en Salud Pública  
*Master in Public Health*



Oficio Núm. ICSa/AAM/MSP/261/2019  
**Asunto:** Autorización de Impresión de PPT  
 Pachuca de Soto, Hgo., octubre 29 del 2019

**C. CAROLINA HERNÁNDEZ SERRANO**  
**ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**  
*STUDENT OF THE MASTER IN PUBLIC HEALTH*

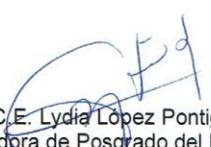
Comunicamos a usted, que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado **“Intervención con enfoque resiliente para depresión leve y mejora de la calidad de vida en adultos mayores de Zapotlán de Juárez, Hgo.”**, considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente.  
 “Amor, Orden y Progreso”

  
 MC. Esp. Adrián Moya Escalera  
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud  
*Dean of the School of Health Sciences*

  
 MC. Esp. Luis Carlos Romero Quezada  
 Jefe del Área Académica de Medicina  
*Chair of the Department of Medicine*



  
 D. en C.E. Lydia López Pontigo  
 Coordinadora de Posgrado del ICSa  
*Director of Graduate Studies of ICSa*

  
 D. en CSP. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma  
 Coordinador de la Maestría en Salud Pública  
*Director of Graduate Studies Master in Public Health*

JCRL/mchm\*



Eliseo Ramirez Ulloa Núm. 400  
 Col. Doctores  
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 42090  
 Teléfono: 52(771) 71 720 00 Ext. 2366  
 mtria.saludpublica@uaeh.edu.mx

[www.uaeh.edu.mx](http://www.uaeh.edu.mx)

Pachuca de Soto, Hgo. octubre 28 de 2019

DR. EN C. S. P. JESÚS CARLOS RUVALCABA LEDEZMA  
COORDINADOR DE LA MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA  
*DIRECTOR OF GRADUATE STUDIES MASTER IN PUBLIC HEALTH*

Los integrantes del comité tutorial de la alumna *Carolina Hernández Serrano* con número de cuenta 197420, comunicamos a usted que el proyecto del producto terminal denominado "Intervención con enfoque resiliente para depresión leve y mejora de la calidad de vida en adultos mayores de Zapotlán de Juárez, Hidalgo" ha sido concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.

Atentamente

"Amor, Orden y Progreso"

D. en A. David López Romero

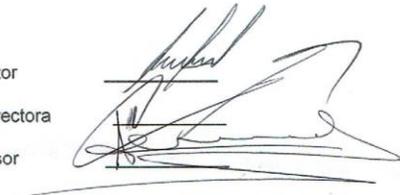
Director

D. en C.Q. B. María del Carmen Alejandra Hernández Ceruelos

Codirectora

D. en C. Andrés Salas Casas

Asesor



## **Agradecimientos**

Agradezco a dios por darme la fortaleza para poder terminar este ciclo tan importante en mi vida, por estar ahí cuando sentía que ya no podía seguir, porque sé que dios me dio la serenidad y la paciencia para alcanzar mi meta.

Quiero agradecer a la Universidad Autónoma de Estado de Hidalgo, por formar parte de la cohorte generacional 2017-2019 del programa de la Maestría en Salud Pública.

Agradezco a mi director el Dr. David López Romero, por asesorarme a lo largo de este trabajo y compartir su conocimiento conmigo, así como a la D. en CQB. Ma. del Carmen Alejandra Hernández Ceruelos por sus importantes aportaciones.

Agradezco a mi familia y de manera especial a mi madre María Victoria Serrano Godínez pues ella es el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentó en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación, en ella tengo el espejo en el cual me quiero reflejar pues sus virtudes infinitas y su gran corazón me hacen admirarla cada día más.

A ti Santiago Campos Contreras te estoy agradecida por estar a mi lado en los momentos buenos y malos, así como el apoyo incondicional que me brindaste durante el tiempo en el que me forme como maestra.

A ti Miriam Hernández Medina por tu inalcanzable tenacidad al ayudarme durante la aplicación de mi proyecto. Siempre te estaré agradecida. Eres una amiga insuperable.

## Resumen

**Introducción:** La depresión es definida como un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o falta de apetito. Diversos estudios han demostrado que el tratamiento más adecuado para la depresión leve es aquel que combina psicoterapia conductual resiliente. (OPS, 2017) **Objetivo** Evaluar el efecto de una intervención resiliente en la mejora de respuesta emocional de un grupo determinado de adultos mayores que denotan rasgos depresivos que asisten a la casa de día ubicada en la cabecera municipal en Zapotlán de Juárez, Hidalgo. **Metodología** Se desarrolló un estudio cuasiexperimental longitudinal analítico con pre y post test. Para adquirir datos veraces se trabajará con toda la muestra resultante del censo de adultos mayores que acudan a la casa de día ubicada en la cabecera municipal en Zapotlán de Juárez, Hgo a los cuales se les hace la invitación a participar en el estudio presentando el consentimiento informado en donde ellos aceptan su inclusión en el mismo esto mediante la aplicación de la Escala de depresión geriátrica (Yesavage), el Inventario de Depresión de Beck, Escala de medición de resiliencia en mexicanos y la Calidad de Vida (Respuesta Emocional) mediante el WHOQOL-BREF **Resultados:** Se encontró la asociación positiva entre el grado de depresión y la discapacidad auditiva ya que coincide con que las personas con discapacidad están expuestas a: desenlaces desfavorables, una menor participación económica y mayor empobrecimiento, así como la relación entre percepción de la calidad de vida con el estado civil, se encontraron correlaciones positivas con significancia de .047. **Conclusiones:** La discapacidad y la por depresión origina consecuencias que afectan y afectarán más aún a toda la sociedad y no sólo a la población que actualmente tiene 60 años o más. Por ello debe ser abordada en forma inmediata, desde una perspectiva resiliente con énfasis en la prevención de este síndrome.

*Palabras clave: Depresión, Resiliencia, Adulto Mayor*

## ÍNDICE

Introducción.....	11
Marco teórico.....	12
1.-Antecedentes históricos de la depresión leve.....	12
1.1 Antecedentes Internacionales de la depresión leve .....	14
1.2 Antecedentes Nacionales de la depresión leve.....	15
1.3 Antecedentes estatales de la depresión .....	17
1.4 Antecedentes locales de la depresión .....	17
2.1.- Conceptualización y clasificación de la depresión.....	18
2.1.1 – Depresión leve .....	18
2.1.3 – Depresión moderada.....	20
2.1.4 – Depresión grave o intensa.....	20
3.-Factores ambientales y biológicos que influyen para el desarrollo de la depresión leve.....	20
3.2 Factor genético .....	21
3.3 Factor químico.....	22
3.4 Avitaminosis .....	22
3.5 Factor social.....	23
3.6 Factor cultural .....	24
3.7 Factor hereditario .....	24
3.8 Consecuencias de la depresión leve en adultos mayores .....	24
4.-Terapia con Resiliencia.....	25
4.1 Antecedentes de la resiliencia .....	25
4.2 Taller con enfoque resiliente.....	28
4.3 Técnicas de la intervención resiliente para prevención de la depresión leve en la vejez.....	29
Planteamiento del problema.....	37
Pregunta de investigación .....	38
Justificación .....	39
Objetivos.....	40
Objetivo general .....	40
Objetivos específicos.....	40

<b>Hipótesis de investigación .....</b>	<b>40</b>
<b>Material y métodos.....</b>	<b>41</b>
<b>Diseño del Estudio.....</b>	<b>41</b>
<b>Población de estudio.....</b>	<b>41</b>
<b>Muestra .....</b>	<b>41</b>
<b>Lugar y tiempo .....</b>	<b>41</b>
<b>Criterios de elegibilidad.....</b>	<b>42</b>
<b>Criterios de inclusión.....</b>	<b>42</b>
<b>Criterios de exclusión .....</b>	<b>42</b>
<b>Criterio de eliminación.....</b>	<b>42</b>
<b>Variables de estudio.....</b>	<b>43</b>
<b>Descripción metodológica.....</b>	<b>50</b>
<b>Análisis estadístico .....</b>	<b>50</b>
<b>Aspectos éticos y bioéticos .....</b>	<b>52</b>
<b>Recursos y financiamiento.....</b>	<b>54</b>
<b>Recursos materiales.....</b>	<b>54</b>
<b>Recursos humanos.....</b>	<b>54</b>
<b>Recursos financieros .....</b>	<b>54</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>55</b>
<b>Estadística Descriptiva .....</b>	<b>55</b>
<b>Estadística Inferencial.....</b>	<b>62</b>
<b>La resiliencia en función de los factores de riesgo .....</b>	<b>62</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>78</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>85</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>96</b>
<b>Anexo 1.1 Carta de consentimiento informado.....</b>	<b>98</b>
<b>Anexo 1.2 Formato de recolección de datos .....</b>	<b>101</b>
<b>Anexo 1.3 Escala de depresión de YESAVAGE (GDS Versión reducida) .....</b>	<b>103</b>
<b>Anexo 1.4 Inventario de Depresión de Beck (BDI-2).....</b>	<b>104</b>
<b>Anexo 1.5 Cuestionario WHOQOL-BREF.....</b>	<b>106</b>
<b>Anexo 1.6 Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M).....</b>	<b>109</b>
<b>Anexo 1.7 Cronograma de Actividades.....</b>	<b>111</b>

**Anexo 1.8 Código..... 113**

## Índice de tablas

TABLA 1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES.....	55
TABLA 2. MEDIDAS DE TENDENCIA (EDAD) .....	56
TABLA 3. ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN .....	56
TABLA 4. RESULTADOS EN PORCENTAJE DE ACTIVIDAD LABORAL, DEPENDENCIA ECONÓMICA Y PROPIETARIO. ....	57
TABLA 5. AISLAMIENTO SOCIAL.....	58
TABLA 6 PERDIDAS FAMILIARES.....	59
TABLA 7. MIEDO PERCIBIDO POR LOS ADULTOS.....	59
TABLA 8. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	64
TABLA 9. ASOCIACIÓN DEL RESULTADO DEL INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA Y LA VARIABLE DE ESTADO CIVIL .....	65
TABLA 10. ASOCIACIÓN DEL RESULTADO DEL INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA Y YESAVAGE.....	65
TABLA 11. ASOCIACIÓN DEL RESULTADO DEL INSTRUMENTO DEL WHOQOL-BREF Y EL INVENTARIO DE BECK.....	66
TABLA 12. ASOCIACIÓN DEL RESULTADO DEL INSTRUMENTO DE YESAVAGE Y LA VARIABLE DE DISCAPACIDAD MOTRIZ.....	66
TABLA 13. RESULTADO ASOCIACIÓN DEL INSTRUMENTO WHOQOL- BREF Y LA VARIABLE DE INDEPENDENCIA.....	67
TABLA 14. RESULTADO ASOCIACIÓN DEL INSTRUMENTO WHOQOL- BREF Y LA VARIABLE CONVIVENCIA. 67	
TABLA 15. ASOCIACIÓN DEL INSTRUMENTO DE WHOQOL-BREF Y LA VARIABLE SI ES ADULTO MAYOR ES PROPIETARIO DEL LUGAR. ....	68
TABLA 16. ASOCIACIÓN DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF Y LA VARIABLE SI EL ADULTO MAYOR ES CUIDADOR PRIMARIO. ....	68
TABLA 17. ASOCIACIÓN DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF CON LA DISCAPACIDAD MOTRIZ.....	69
TABLA 18. ASOCIACIÓN DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF CON DISCAPACIDAD AUDITIVA. ....	69
TABLA 19. ASOCIACIÓN DE LA ESCALA YESAVAGE Y EL SEXO DEL ADULTO MAYOR.....	70
TABLA 20. ASOCIACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL CON LA VARIABLE INDEPENDENCIA .....	70
TABLA 21. VARIABLES EN LA ECUACIÓN .....	71
TABLA 22. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO: SEXO DEL ADULTO MAYOR- RESILIENCIA. ....	72
TABLA 23. TABLA CRUZADA EDAD*RESILIENCIA .....	74
TABLA 24. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO. ....	75
TABLA 25. TABLA CRUZADA PERDIDA FAMILIAR*RESILIENCIA.....	76
TABLA 26. PRUEBA DE CHI- CUADRADO. ....	76
TABLA 27. TABLA CRUZADA INDEPENDENCIA ECONÓMICA* RESILIENCIA.....	77
TABLA 28. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO .....	77

## Índice de gráficos

GRÁFICA 1 PORCENTAJE DEL NÚMERO DE ADULTOS MAYORES .....	57
GRÁFICA 2. PORCENTAJE DE LA RELACIÓN FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR. ....	58
GRÁFICA 3. VARIABLES CLÍNICAS DE LOS ADULTOS MAYORES. ....	60
GRÁFICA 4. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADULTOS MAYORES. ....	61
GRÁFICA 5. RESILIENCIA DEL ADULTO MAYOR CON LA VARIABLE DE SEXO. ....	73
GRÁFICA 6. RESILIENCIA CON LA VARIABLE DE EDAD EN ADULTOS MAYORES.....	75

## **INTRODUCCIÓN**

El presente proyecto pretende contribuir a la prevención de la depresión leve en el adulto mayor mediante su estudio y la aplicación de una intervención resiliente para la mejora de su calidad de vida.

Algunas de las causas de esta enfermedad, se relaciona con el abandono familiar, cuestiones económicas y de infraestructura social, el desconocimiento del adecuado manejo de la depresión en adultos mayores, la falta de una efectiva intervención comunitaria entre otras variables (OMS, 2017).

A través de la proporción del conocimiento por medio de esta investigación, se pretende analizar la información adecuada para el tratamiento de la depresión.

En el estudio se describen características de treinta y cinco adultos mayores; como lo son las representaciones sociales de la resiliencia esto, con el objetivo de redirigir posibles intervenciones de programa de promoción de la salud, la socialización y la atención del adulto mayor.

El principal objetivo al impartir el taller resiliente a adultos mayores que padecen depresión leve es para la generación de un cambio en el estado de ánimo y brindar herramientas para la resolución de problemas, así como la disminución de pensamientos negativos y proporcionar habilidades de autocontrol, sociales y reforzamiento positivo con psicoeducación para el entendimiento del trastorno que padecen o se tiene riesgo de padecer (García, 2001).

Estudiosos sobre el tema, puntualizan que la depresión en la vejez es una enfermedad que probablemente sea la principal causa de sufrimiento en la persona adulta mayor y con la que se relaciona de manera directa a la disminución de su calidad de vida (Ruíz, 2014).

Se esperó tener resultados favorables que ayuden a posteriores estudios y puedan aplicarse de forma eficaz en el lugar donde se hizo la intervención.

## MARCO TEÓRICO

### 1.-Antecedentes históricos de la depresión leve

Los seres humanos se relacionan de manera similar ante diferentes estímulos, a veces al ser humano se le presentan diversas situaciones estresantes motivando que el entendimiento de las emociones sea un tema con una amplia variedad de opciones por el tipo de características de las que pertenece.

La primera descripción clínica la realizó Hipócrates que acuñó el término melancolía (melanos: negra-cholis: bilis) porque se consideraba el exceso de bilis negra en el cerebro como la definición de la enfermedad (García, 2014).

En el siglo II Areteo de Capadocia, no admite la etiología de Hipócrates y lo atribuye a factores psicológicos resaltando la importancia de las relaciones sociales y familiares.

Tomas de Aquino (1225-1274) sostenía que la melancolía era provocada por demonios e influencias astrales y en la edad media los líderes religiosos creían que la depresión era por la posesión de demonios malos, siendo tratada con azotes, sangrías exorcismos y baños (Zarragoitia, 2010).

Retomando la historia en la antigüedad su similar fue la descripción de la melancolía y su sintomatología fue descrita en la biblia (García, 2014).

La palabra melancolía fue el resultado de la doctrina humorística que explicaba la salud y la enfermedad por la acción desequilibrada o equilibrada de los humores en el organismo, estos eran cuatro; sangre, flema, bilis y atrabilis. Así es como el modelo del pensamiento médico griego, que influyó más de dos mil años estaba unido a las variaciones hereditarias que con el tiempo fueron evolucionando a conceptos más específicos a lo largo del desarrollo de la historia.

Paracelso menciona en el siglo XIV la definición de la depresión endógena y exógena.

En el siglo XVI la melancolía fue aceptada como una enfermedad mental y Bartolomeus Anglicus la definió como la afección de la parte media de la cabeza con privación de la razón. Thomas Willis (1621-1675) desdeñó la teoría de los humores como causa de la melancolía y atribuyó el origen de esta enfermedad a las alteraciones químicas producidas en el cerebro y el corazón (Zarragoitia, 2010).

Richard Blackmore escribe en 1725 la posibilidad de estar deprimido, en tristeza, o en un estado de distracción.

A comienzos del siglo XIX se presenta el avance del campo científico moderno y resurge de manera intempestiva el siglo XX, presentándose los trabajos de Hoffman (1861) y de Snell (1865) comenzando con el principio de la acuñación de la palabra psicosis única. En cambio, Meyer propuso eliminar totalmente el término melancolía por el de depresión.

Conforme el tiempo avanzo los términos que se utilizaron para referirse a la melancolía o a la depresión eran más específicos.

Freud y Abraham en principios del siglo XX, concretan sus teorías psicodinámicas, y definen que la depresión en un ser adulto es un reflejo de alguna pérdida en edad temprana y que se crea ese estado. Freud describió la depresión en el que el factor es la emoción misma y no el deseo carnal, se refiere a ella como algo excesivo e injustificado (Zarragoitia, 2010).

En otra vertiente la teoría conductual define que la depresión se crea por la baja frecuencia de refuerzos, partiendo de una perspectiva funcional del sujeto. Lewinsohn (González, et al, 2010) formula tres hipótesis sobre la depresión, siendo la primera la relación causal entre la baja tasa de refuerzo, la segunda menciona que las conductas depresivas se estabilizan por refuerzos sociales y la tercera define que la falta de habilidades sociales son definitivos en la reducción de refuerzos, siendo la depresión la mínima participación de la persona en actividades apoyadas y reforzadas.

Beck define tres pensamientos del sujeto, ya que de esto depende el estado de ánimo y el nivel de actividad que son: visión negativa de sí mismo, visión negativa del mundo y visión negativa del futuro (González, et al, 2010).

La teoría antes descrita considera como elemento adecuado e importante los pensamientos de la persona misma, ya que de esto depende el estado de ánimo y su nivel de actividad.

La depresión es definida como un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o falta de apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, viene del latín *de* y *premere* (apretar, oprimir) y *deprimere* (empujar hacia abajo). Estos términos se usaban para definirla (OMS, 2017).

Los síntomas de la depresión leve pueden variar de acuerdo al estado social en el que se encuentre la persona, según Maslow (1943) el comportamiento de la sociedad está

controlado por una jerarquía de necesidades en donde las funciones de la familia tienen el objetivo de evitar la depresión así como preparar y brindar herramientas a sus miembros para enfrentar las crisis por las que atraviesa (Zarragoitia, 2010).

Se reconocen los siguientes síntomas de depresión:

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o vacío.
- Sentimientos de desesperanza o pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad o impotencia.
- Irritabilidad, inquietud.
- Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba.
- Fatiga y falta de energía.
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio.

Existen factores que lamentablemente se cruzan en el diagnóstico como es el enmascaramiento somático, psíquico y la comorbilidad con otras enfermedades tanto clínicas, neurológicas o psiquiátricas.

El término de depresión leve ha tenido diferentes conceptos y significados, refiriendo la gran mayoría la falta de alguna “cosa”, lo cual no le permite a la persona disfrutar plenamente el momento que se está viviendo.

### **1.1 Antecedentes Internacionales de la depresión leve**

De acuerdo con cifras internacionales presentadas por la OMS (2011), los episodios depresivos leves en personas mayores oscilan entre el 30% y 70% (dependiendo de la forma de evaluación). Un punto importante es que se reporta que para el 2020 la depresión en pacientes mayores será la segunda causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Esta puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave (OMS, 2017).

La tasa de prevalencia varía muy poco en el mundo y va desde un 3,6 por ciento en la región del Pacífico occidental y al 5,4 por ciento en África; de igual forma, en su presentación entre géneros con un 2,6 por ciento para los hombres en el Pacífico occidental, a 5,9 por ciento en las mujeres de África donde las diferencias en tasas por edades son más pronunciadas, principalmente en gente mayor y afecta por encima del 7,5 por ciento a las mujeres y al 5,5 de los hombres entre 55 y 74 años (Fernández, 2010).

En Latinoamérica, Brasil es el país con mayor prevalencia de depresión con 5,8 por ciento; seguido de Cuba (5,5) y Paraguay (5,2). Chile y Uruguay tienen el 5 por ciento; Perú, 4,8; mientras Argentina, Colombia, Costa Rica y República Dominicana muestran 4,7 por ciento (Fernández, 2010).

A ellos les siguen Ecuador (4,6 por ciento); Bolivia, El Salvador y Panamá (4,4 por ciento); México, Nicaragua y Venezuela (4,2 por ciento); Honduras (4,2 por ciento) y Guatemala con el 3,7 por ciento.

La investigación en Puerto Rico ha demostrado que la depresión es la cuarta enfermedad prevaleciente en la población de adultos mayores con un 19.7%, antecedida por la diabetes, la artritis y la presión arterial alta (Palloni, 2003).

En Colombia existe una prevalencia de depresión de entre el 56,0 y 73,0% en hogares geriátricos públicos (Borda, 2013). Que denota la prevalencia de depresión en un centro geriátrico de la ciudad de Medellín, Colombia (2015)

El modelo latinoamericano presenta una acelerada transición demográfica con disminución de las tasas de mortalidad y natalidad, aunque el conjunto de población aún es muy joven, con sólo 6-10% de mayores de 65 años dependiendo del país (Martín, et al, 2015). Esta situación se relaciona con los procesos y cambios que experimentan las personas mayores en esta etapa de vida (OMS, 2011).

## **1.2 Antecedentes Nacionales de la depresión leve**

Se estima que para el 2025, la población de adultos mayores en México se incremente gradualmente a 18 millones y para el 2050 uno de cada cuatro habitantes será adulto mayor. Los adultos mayores forman parte del grupo de riesgo para padecer depresión, así lo reportó el INEGI en 2012, observándose a esta patología como tercera causa de morbilidad en adultos mayores egresados de hospitales públicos (INEGI, 2012).

En México, se han desarrollado algunos estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de trastornos mentales, donde se incluyen los trastornos y episodios depresivos, identificando el proceso de búsqueda de ayuda. Lo que se ha encontrado de estas investigaciones muestran diferencias notables debido a la definición del trastorno, la clasificación que se ha utilizado y la población en la cual se ha desarrollado el estudio (Zúñiga, 2004).

Dentro de la transformación en México se encuentra la transición demográfica que desencadenó entre otros efectos el envejecimiento poblacional. Donde, Aranibar (2001), puntualiza que este es un logro importante de la humanidad a nivel mundial. Así, el envejecimiento se describe como un proceso ascendente no solo de las personas que cumplen 60 años, sino también de las personas con más de 80 años (Zúñiga, 2004).

La Encuesta Mundial de Salud Mental describió que, en el específico caso de México, las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos si el trastorno fue grave y alrededor de siete si la gravedad fue moderada (Demyttenaere, 2004).

Estudios realizados para la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica es el publicado en el American Journal of Public Health acerca de la edad de primera ocurrencia de los trastornos mentales y el tiempo que tardan en recibir atención (Borges, 2007). Los resultados fueron negativos pues a pesar de que una elevada proporción de los casos de trastornos mentales hicieron algún contacto para su tratamiento, al menos 30% nunca recibió ayuda (a pesar de tener sintomatología suficiente para algún trastorno depresivo); sólo el 16% recibieron atención durante el primer año en que se generó el trastorno por primera vez.

La Dra. Medina Mora en su artículo sobre la prevalencia de trastornos mentales (2003), describió que 6 de cada 20 mexicanos presentaba un trastorno mental, correspondiendo al 28,6% de la población mexicana, y en 2012, INEGI registró a la depresión como la tercera causa de morbilidad dentro de los trastornos mentales en pacientes adultos mayores de 60 años egresados de instituciones públicas; notando una mayor prevalencia en mujeres (16,8 %) en comparación con 7,5% en hombres (Medina, 2003).

El resultado de algunos estudios en cuatro ciudades mexicanas, en el que se utilizó el CIDI, describió que una de cada ocho personas (12.8%) vive con trastornos depresivos, y que cerca de la mitad los presentó en el último año (6.1%). Se encontró que el sexo, la edad y el nivel educativo se asocian con la prevalencia de depresión en el «último año (Slone, et al, 2006).

En estudios posteriores se encuentran datos de prevalencia de depresión en adultos mayores por encima de las cifras a nivel nacional, y se identifica una mayor proporción de

diagnósticos de depresión leve y moderada en adultos mayores de un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo (Secretaría de Salud, 2011).

Se combina con una investigación realizada en adultos mayores de la ciudad de Guadalajara, México, donde la población de estudio estaba en su domicilio, se encontró menor prevalencia de depresión (Pando, 2001); donde es importante puntualizar que se identificó una mayor prevalencia de depresión en mujeres. En otro estudio con características parecidas publicado en el 2015, se reportó una prevalencia de depresión de 29,1%, siendo mayor en las mujeres (33,6%) que en los hombres (21,1%); en dicha investigación, la población estudiada cohabitaba con su familia (Ortiz, et al, 2012).

Para los teóricos, los casos de depresión leve no son claramente apreciables en la práctica clínica, ya que sus síntomas se presentan de forma heterogénea en esta población en particular. Donde se aborda específicamente la heterogeneidad con la que se presenta este síndrome, se puede decir que existen diferencias significativas en la depresión leve de mujeres y hombres. Bajo esta premisa, numerosos estudios sobre el tema han documentado una mayor prevalencia de episodios depresivos leves en mujeres mayores, ya que ellas describen severidad e impacto de los síntomas somáticos (Alfaro, 2000).

### **1.3 Antecedentes estatales de la depresión**

De acuerdo con la cifras del Sistema Epidemiológico Nacional, Hidalgo se encuentra en el lugar número 15 en incidencia tanto de ansiedad como de depresión, al registrar un total de dos mil 280 casos a inicios del año; datos obtenidos de acuerdo al número de pacientes que son atendidos dentro de instituciones de salud mental (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2017).

### **1.4 Antecedentes locales de la depresión**

En cuanto a nivel de recurrencia si bien no se cuenta con estudios que aborden dicho tema en específico de manera local, cifras referentes a la población mexicana indican que este será bastante elevado en el caso de los trastornos depresivos (Castro, 2006).

Aproximadamente el 75% de los adultos mayores presentan en algún momento de su vida más de un episodio depresivo leve que puede manifestarse de forma crónica.

## **2.1.- Conceptualización y clasificación de la depresión**

En la actualidad la clasificación y distribución de los trastornos del estado de ánimo se crean en base de una combinación de factores biológicos y clínicos. Es una transición y refleja el proceso a través de los años, tiene un objetivo histórico que se encuentra en su estado habitual que al final no encuentra una forma determinada (Feighner, 1991).

Gran parte de los diagnósticos se basan en los manuales de trastornos DSM-V-TR Y CIE-10. Es importante resaltar los criterios que sugiere el manual para diagnosticar la depresión, así como la importancia y características psicóticas.

En el siglo XX con el significado del manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales se aborda la depresión distinguiéndose en dos diferentes niveles depresivos (López, 1995). Estos son:

1.- Episodio Depresivo Mayor: Los síntomas aparecen durante la mayor parte del día, casi a diario y por un periodo de dos semanas como mínimo. Los síntomas incluyen alteración del apetito, alteraciones del sueño y disminución de energía.

2.- Distimia: comparten sintomatología característica el episodio depresivo mayor, esta se caracteriza por un síndrome depresivo leve o crónico que se ha mantenido durante muchos años.

### **2.1.1 – Depresión leve**

La persona que presenta depresión leve es susceptible a sentir tristeza pero esto puede cambiar de acuerdo al momento que esté viviendo durante el día, tiene la capacidad para poder ocultar el estado en que se encuentra y deja de disfrutar las actividades que lo motivaban o lo hacían feliz (Morales, 2017).

De acuerdo con el estudio de la Carga Global de la Enfermedad (2015) se estima que a nivel mundial los desórdenes depresivos leves son la cuarta causa de discapacidad (Vos, 2016).

Una persona con depresión leve tiende a sentir tristeza o abatimiento sin embargo estos sentimientos pueden cambiar durante el día y sentir por momentos alegría, es importante mencionar que con facilidad puede fingir este estado. Tienden a sentirse decepcionados de sí mismos siendo que ya no disfrutaban de la misma manera las actividades que solía hacer con la realización de actividades que no requieran responsabilidad y que lo refuercen de manera inmediata.

Se reporta que el sentimiento de felicidad o amor es menor con las personas del círculo social en el que conviven, presentan poca motivación, así como sentimientos de inferioridad con cansancio constante, es importante destacar que aún siguen desarrollando una vida funcional diariamente (Vos, 2016).

### **1.1.2 -Criterios especificadores de la depresión leve**

Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día.
- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad (OMS, 1990).

Diversos estudios han demostrado que los efectos en el sistema de salud de acuerdo a los pacientes con depresión tienen mayores tasas de utilización y mayores costos asociados, particularmente con ancianos. El 26% de las personas no serán diagnosticadas y, a pesar de que una elevada proporción de pacientes contactaron con los servicios de salud, cerca del 30% nunca recibió ayuda (Wagner, 2012).

### **1.1.3 Tratamiento de la depresión leve**

La literatura científica ha sido consciente al describir que la depresión en el adulto mayor empobrece su calidad de vida y disminuye sus expectativas de vida, por lo que es importante reconocerla a tiempo (OMS, 1990).

Donde se reconoce que un diagnóstico adecuado y temprano es importante porque crea la aplicación de un tratamiento, al cual pueden responder bien aunque tome más tiempo (Peña, 2009). Por eso, es importante reconocer no sólo los factores de riesgo, sino también los factores protectores contra la depresión leve.

### **1.1.4 Antidepresivos en adultos mayores**

Uno de los factores químicos que intervienen en la salud del adulto mayor es la toma de medicamentos produciendo una polifarmacia inadecuada y sobrecargando el organismo del individuo sometiéndolo a una serie de procesos químicos que no espera el organismo (Salud, 2013).

Los inhibidores que receptan serotonina y otros antidepresivos son relativamente seguros y populares, algunos estudios han demostrado que pueden causar efectos no deseados en algunas personas, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes (Salud, 2013).

Se concluye que los Individuos que toman antidepresivos tuvieron pensamientos suicidas o intentaron suicidarse (aunque ningún suicidio ocurrió) en comparación al 2 por ciento de quienes tomaron placebos.

### **2.1.3 – Depresión moderada**

Las personas que padecen depresión moderada tienden a sentirse tristes, con la diferencia que en las mañanas se desarrolla más y decrece durante el día, se sienten con poca actividad la mayor parte del día, desarrollan poco gusto hacia todo (OMS, 2011). La persona deja de preocuparse por su físico, se autoevalúa negativamente con la incapacidad de desarrollar las actividades diarias, la visión que vislumbra del futuro es pesimista, hay una desmotivación, tratan de no tener responsabilidad alguna y llegan a dormir hasta 12 horas al día.

### **2.1.4 – Depresión grave o intensa**

Los sujetos que padecen depresión grave tienen más riesgo de suicidarse que la población en general, esto se incrementa si se tiene síntomas más severos de la enfermedad (Calvo, 2015).

La persona en cuestión expresa desesperanza y se encuentra inmersa en un estado de desdicha, tiende al aislamiento y es normal que incluso ya no logre derramar alguna lagrima. Es importante referir que la persona con depresión grave se menosprecia a un grado mayor que las anteriores y se acusa constantemente, pensando que es alguna carga para la red social cercana.

## **3.-Factores ambientales y biológicos que influyen para el desarrollo de la depresión leve**

A lo largo de este apartado se realiza una aproximación a los principales factores ambientales, biológicos y culturales que influyen en la aparición de la depresión leve en los adultos mayores.

La depresión fue el primer trastorno descrito por Freud en el que el desencadenante central fue la emoción. La melancolía como Freud la llamo era un pesar desenfrenado y aparentemente injustificado (Sarason, 2000).

Se comprueba que los trastornos mentales de mayor prevalencia son del estado de ánimo depresivo y de ansiedad identificándose que los factores para la comorbilidad de los trastornos son el género, la edad, el nivel educativo, el nivel de urbanidad más alto, no vivir con un compañero y el desempleo (Palacio, 2010).

Los antecedentes investigativos identifican la importancia de estudiar los estresores como factores asociados a la depresión para poder intervenir con técnicas ya diseñadas para la problemática.

No se encuentra con suficiente información de los factores ambientales que predisponga a una persona a que desarrolle depresión esto mediante la asociación de cada uno de los factores psicosociales y medioambientales con trastornos mentales de mayor prevalencia, así es que se tomaron de los estudios estadísticos descriptivos donde se establecieron los factores de riesgo psicosociales y ambientales (Palacio, 2010).

## **2.1 Factores de Riesgo**

A través del tiempo se han encontrado distintos factores que apoyan al desarrollo de la depresión como son los siguientes:

- Los relativos al ambiente social, y los problemas laborales debido a la globalización del planeta.
- La investigación presente también nos lleva a preguntarnos los factores genéticos que podrían incidir en una persona deprimida.
- Estaciones o días específicos: Incluso se refiere algo muy interesante con relación a aspectos temporales ya que en los países del hemisferio norte los suicidios son más frecuentes los lunes y menos frecuentes los fines de semana (Azcárate, 2015).

## **3.2 Factor genético**

El síndrome de depresión leve forma parte del grupo de enfermedades genéticamente denominadas complejas (Mitjans, 2012).

Considerándose de esta forma que el componente genético de estas enfermedades no sigue el patrón clásico de herencia mendeliana, desarrollándose una susceptibilidad para desarrollar la enfermedad.

Primeramente, debe de haber una aproximación de los factores esto nace de la observación de la familia y de la prevalencia del trastorno entre sus miembros, sin embargo, los estudios familiares no controlan el factor ambiental.

En una revisión realizada por Tsuang y Faraone aproximadamente un 60% de la variabilidad fenotípica presente en la depresión mayor podría ser atribuida a factores genéticos (Mitjans, 2012).

La búsqueda de la relación genes-ambiente abre una nueva puerta en el conocimiento de la etiología de la depresión, en la que las características genéticas de un individuo y su progresiva interacción con el ambiente compondrán el centro de estudio. Esta relación se determina mediante la sensibilidad genética de los factores ambientales a los que se expone un individuo en la época vital.

Con esto determinados genotipos (genotipos de riesgo) darían una mayor probabilidad de padecer el trastorno en comparación con otros (genotipos de no riesgo) ante una determinada exposición a un factor de riesgo ambiental.

Así los individuos se diferencian en su sensibilidad al ambiente que podría presentarse de forma adversa, demostrando que los individuos genéticamente vulnerables tienen más riesgo de tener la enfermedad de un determinado factor ambiental.

### **3.3 Factor químico**

Se desencadenan múltiples enfermedades que tienen relación con la depresión leve, por lo que la medicación así como las sustancias químicas que produce el mismo organismo pueden provocar cambios en el sistema, que en tal caso puede producir depresión por efectos secundarios por lo cual es importante realizar historial médico y farmacológico en las personas de las que se tenga esa sospecha.

Es una realidad que existe función química dentro de los neurotransmisores, esto resalta que la aparición de la depresión a una edad mayor puede estar influenciada por factores sociales y ambientales, mientras que la aparición de esta a temprana edad pueda estar ligada a factores genéticos y químicos (González, 2010).

### **3.4 Avitaminosis**

Otro factor químico importante que influye en el organismo del adulto mayor es la falta de vitaminas; las vitaminas tienen un amplio papel en la salud, y no solo se relacionan con el

metabolismo óseo, sino también en lo referente al sistema cardiovascular, el desarrollo neurológico, la inmunomodulación, y la regulación del crecimiento celular (Sánchez, 2013).

Un ejemplo de ello en el envejecimiento son los cambios en el metabolismo con la vitamina D y el efecto mineral en general, siendo este un proceso químico importante en los adultos Mayores.

La suplementación con vitamina D contribuye a atenuar el hiperparatiroidismo secundario, tan frecuente en ancianos y esta se disminuiría la frecuencia de caídas con asociación positiva entre la velocidad de marcha y mejoría del balance corporal obteniendo en consecuencia un estado mental estable que no influiría para ser un factor depresivo en el individuo (Sánchez, 2014).

### **3.5 Factor social**

El factor social es un factor importante que se relaciona con una falta del conocimiento, entre las necesidades de la población; es decir, mientras la población suele definir y expresar las necesidades en términos de problemas cotidianos que tienen como consecuencia la presencia de estrés o tristeza (Berenzon, 2013).

Actualmente se puede ver que han surgido factores sociales como el mayor índice de desempleo y desaparición de lugares al que se pertenece así como la inseguridad social, marginación y una ruptura de la red social (González, 2010).

En relación a los objetivos del estudio con apoyo social, es de vital importancia la relación de un punto de vista estructural en la que, la idea de “red social” y los conceptos con que se relaciona tiene una perspectiva de tipo contextual, enfocada en el ambiente de las fuentes de apoyo, y una visión localizada en el tipo de los recursos de manera didáctica por las relaciones sociales (Berenzon, 2013).

Estos pueden ser:

- Problemas familiares.
- Problemas con los servicios de salud.
- La falta del conocimiento de este grupo etario.
- La poca intervención social para una retroalimentación sobre el adulto mayor.
- La política.
- Creencias y religión.
- Medios de comunicación masiva con un enfoque capitalista (Durkheim, 1897).

- Factor económico (La Parra, 2014).

### **3.6 Factor cultural**

Es de vital importancia en casi toda la presentación de la enfermedad. Ya que el factor cultural refuerza, protege, modifica y corrige. El grado en el que se adquieren o se transforman los hábitos y la existencia de este factor dentro de la familia está aunado a variables económicas y sociales (Rojtenberg, 2006).

### **3.7 Factor hereditario**

Las evidencias sugieren que existe predisposición genética. En estudios se encontró que de un 10 a 13% de los padres que viven con depresión pueden tener mayor riesgo de heredar este padecimiento a su descendencia. Es importante resaltar que entre más cercana sea la relación genética, serán parecidos los síntomas de depresión (Roca, 1999).

Es posible que el tipo de situaciones en experiencias traumáticas puedan tener una asociación con alguna pérdida que define el rumbo de la vida de la persona en cuestión.

Algunos ejemplos podrían ser el cambio de vivienda, cambios en relaciones familiares, y eventos que podrían interrumpir la rutina a la que se está acostumbrado.

La depresión en los adultos mayores puede llevarlos a interpretar de forma negativa la vida que llevan, todas aquellas situaciones diarias. Es fácil que sean propensos a tener un comportamiento que puedan producirle eventos desafortunados o estresantes, e incluso tener la noción o la idea que fue producido por sus propias acciones.

### **3.8 Consecuencias de la depresión leve en adultos mayores**

De acuerdo con la OMS la depresión es una enfermedad que es recurrente en el mundo, siendo en el peor de los casos el camino al suicidio (OMS, 2017).

Así la depresión es aquel factor que puede llevar a la rememoración de situaciones negativas en los círculos sociales, así como conductas de nerviosismo o estrés cuando han pasado ciertas circunstancias.

También hay propensión a comportarse de una forma que producen eventos estresantes, puede no haber sucedido sino ha sido causado por las mismas acciones de la persona en cuestión (OMS, 2017).

## **4.-Terapia con Resiliencia**

### **4.1 Antecedentes de la resiliencia**

La resiliencia es un concepto que se desarrolla a partir de inquietud por identificación de aquellos factores que facilitan a las personas sobreponerse de manera exitosa a la adversidad y dificultades que se presentan en sus vidas.

La palabra resiliencia se ha tomado desde diferentes disciplinas; en osteología se ha utilizado para expresar la capacidad que tienen los huesos para crecer en sentido correcto después de una fractura (Badilla, 2009).

En la rama de la metalurgia e ingenierías la describen como la capacidad de algunos materiales de recobrar su forma original después de ser sometidos a una presión deformadora (Muñiz, 1998).

Para las ciencias sociales la resiliencia se utiliza para caracterizar a aquellos sujetos que a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos.

La concepción de resiliencia como una combinación de factores que permiten a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, empezó a desarrollarse con un marco teórico moderno gracias al psiquiatra inglés Michael Rutter, y sus colaboradores. Dichos estudios se realizaron en Gran Bretaña y constituyeron un paso importante en el desarrollo de esta concepción (Rutter, 1993).

En el campo del desarrollo psicosocial del ser humano tiene similar sentido; esa capacidad de reaccionar ante la adversidad. La definición habla de la combinación de factores que permite al ser humano afrontar los problemas y adversidades de la vida". De acuerdo con Suarez (1998) es en cierta forma el "inverso al riesgo o complementario de él. En lugar de ver factores negativos que permitir la predicción de quien sufrirá un daño se trata de rescatar aquellos factores positivos que a veces contra lo inesperado, protegen" (Muñiz, 1998).

Otra aportación importante en el estudio de la resiliencia lo constituyó el aporte de Emy Werner (1992), psicóloga americana, quien siguió el desarrollo de los niños nacidos en familias con problemas en la Isla de Kauai (Hawai), constatando que contra toda esperanza, algunos niños terminen por ser adultos felices y constructivos.

De toda esta amplia variedad de concepciones acerca de la resiliencia resulta difícil para los investigadores proponer una definición única por lo que en los últimos 20 años se ha puesto más atención a este fenómeno que entraña la esperanza de una prevención satisfactoria. La resiliencia describe que, si tan solo supiéramos qué es lo que permite a las personas “liberarse” del daño de graves experiencias adversas, tendríamos a nuestra disposición el medio de incrementar la resistencia al estrés y la adversidad (Suarez, 1998).

La resiliencia se desarrolla en situaciones adversas que no controlamos, y es aquí donde la persona logra superar los factores de riesgo creando una capa protectora contra las situaciones estresantes y adversas.

El proceso resiliente no debe ser entendido como la animada negación de las difíciles experiencias de la vida, dolores y cicatrices vividas sino como la habilidad de seguir adelante en las metas personales a pesar de ellos, sin embargo, en algunos casos estos podrían convertirse en obstáculos (dada la complejidad de los factores; genéticos, familiares, sociales) para el desarrollo de la fuerza conductual o puede producir una disminución en la capacidad para enfrentar la adversidad (Rutter, 1993).

La resiliencia ha sido calificada como un imperativo biológico de crecimiento y desarrollo que posibilita a las personas para hacer frente a situaciones adversas, estresantes y amenazantes superándolas sin replegarse ni sucumbir a ellas (Bernard, 1991).

Los estudios acerca de la resiliencia han introducido ideas que desafían tres conceptos dominantes sobre el desarrollo Hay etapas críticas (Garmezy, 1994) y universales del desarrollo como:

- El trauma de la niñez inevitablemente lleva a una psicopatología adulta.
- Las condiciones sociales, relaciones interpersonales y arreglos institucionales que son tóxicos inevitablemente llevan a carencias o problemas en el funcionamiento diario de los niños y adultos mayores, familias y comunidades (Rutter, 1993).

Cuando existe un equilibrio suficientemente estable para resistir los cambios adversos de las circunstancias que vive el sujeto, lo definimos como resiliente. Sin embargo, la visión de Cyrulnik (2001) explica que el sentido de la resiliencia no supone nunca un retorno ad integrum a un estado anterior a la ocurrencia del trauma o la situación de adversidad: ya nada es lo mismo. El equilibrio estable nunca es un equilibrio inmóvil, sino dinámico.

Basado en el referente de que el riesgo y resiliencia forman un continuo, Palmer (1997), describió cuatro tipos de resiliencia:

- a) Supervivencia anómica, que se refiere a las personas y familias que están en un continuo estado de disrupción y caos.
- b) Resiliencia regenerativa, que incluye intentos incompletos de desarrollar competencias o mecanismos constructivos de afrontamiento.
- c) Resiliencia adaptativa que se refiere a periodos relativamente mantenidos de uso de competencias y estrategias de afrontamiento.
- d) Resiliencia floreciente que significa que existe un uso extensivo de conductas efectivas y estrategias de enfrentamiento.

En general, la resiliencia forma parte de aquellas aptitudes que son inherentes al ser humano, constituyendo un rasgo de la función adaptativa de lo vivo donde se expresa la posibilidad que tienen los adultos mayores de construir diversas rutas hacia un desarrollo emocionalmente saludable, en medio de circunstancias de riesgo, disímiles y desafiantes.

La relación entre resiliencia y salud es considerada por la asamblea mundial de la salud, que trata actualmente una nueva definición de salud, como una opción a desarrollar un concepto más amplio e integral. Manciaux (2003), explica que aún se necesita una definición exacta de la resiliencia y explica que los resultados de investigación no dejan establecer claramente si la resiliencia es un proceso en sí, un proceso de desarrollo precursor de un resultado, un conjunto de agentes de protección o la ausencia por anticipado de factores de riesgo.

La Organización Mundial de la Salud brinda la siguiente definición: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad” (OMS, 2017). Sin embargo después de los avances científicos en la actualidad se puede definir a la salud como: el estado resultante del equilibrio dinámico del cuerpo, la mente y el ambiente natural y social. El ser humano precisa ciertos elementos para mantenerse en estado de equilibrio dinámico, cuando uno de ellos no se encuentra disponible en cantidad y calidad adecuada, aparece un estado de necesidad.

Comparar los conceptos básicos de salud mental y resiliencia referidos por Melillo (2004) hace alusión a características similares las cuales son:

- Salud mental (Parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo.)
- Resiliencia (Conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan acceder al bienestar psicofísico a pesar de las adversidades.)

Es importante que la promoción de la resiliencia, implique la integración de acciones realizadas por servicios de salud considerando la tendencia en la promoción de conductas saludables desde el entorno social y familiar (Cardozo, 2005).

#### **4.2 Taller con enfoque resiliente**

Las técnicas de intervención con resiliencia abren un concepto de acción que se puede profundizar por los aportes de las ciencias, de las experiencias concretas de base e incluso de las artes donde la resiliencia es una interacción creativa entre los recursos personales y los recursos sociales (Gardiner, 1994).

El desarrollo teórico y de la aplicación de la resiliencia en la vejez ha surgido de la retroalimentación en el marco de diferentes disciplinas tales como: la sociología, la gerontología, la geriatría, el trabajo social, la psiquiatría geriátrica, la medicina (social e interna), la enfermería y la psicología; donde la psicología ha trabajado la resiliencia dentro de áreas tales como la psicología de la personalidad, la psicología genética, la psicología del desarrollo y el ciclo vital, la psicología social, la psicología del envejecimiento, la psicología humanista, la psicología positiva y desde el enfoque psicodinámico (Gasparini, et al, 2007).

El trabajo con los adultos mayores que deseen participar se hace especial énfasis en las implicaciones del enfoque de resiliencia, como lo sugiere Rutter y responde a un deseo de “inyectar alguna esperanza y optimismo dentro de la desalentadora historia de estrés y adversidad” que viven en su día a día. Se explica que el concepto de resiliencia surge de un cambio en la perspectiva cuando se es capaz de ver tanto hacia adelante como hacia atrás en el transcurso de la vida. La resiliencia pone en evidencia la deficiencia del concepto clásico de salud (estado libre de enfermedad) y hace necesaria la puesta en relación de muchas disciplinas al mismo tiempo (Gardiner, 1994).

Este panorama nos acerca más a ver como comienza a surgir el interés sobre la psicología cognitiva, contrarrestando el condicionamiento estímulo-respuesta, donde se da la

importancia de aquellos fenómenos cognitivos enfatizando como un procesador activo que logra regular la transición entre el estímulo con el taller resiliente y la respuesta del adulto mayor atendido.

El enfoque resiliente en talleres con adultos mayores puede ser útil para la investigación y la práctica terapéutica en tres sentidos: Primero las nociones de resiliencia y vulnerabilidad, de riesgo y factores protectores, destacan la complejidad de los desórdenes psiquiátricos y sus causas; Segundo el descubrimiento del por qué a algunos de los participantes adultos mayores les va bien, no obstante que se encuentran atrapados en la adversidad, ayuda a identificar posibilidades no detectadas anteriormente para tomar acciones preventivas. Tercero, la idea de resiliencia mantiene la esperanza viva en la práctica clínica: aunque la balanza esté inclinada hacia un resultado negativo, existe una porción que escapa a su destino poco alentador y que es posible promoverle (Bowlby, 1979).

Dicha experiencia durante las sesiones aplicadas será determinante y estructurante, es lógico que si durante la infancia esta, estuvo dirigida a la atención afectuosa de necesidades, al cuidado, la protección y a una educación adecuada, en la adultez, dicha persona tenderá a lo mismo, a mantener este patrón de autocuidado y al cuidado del otro (Barudy, 2005).

No solo se trata de construir características o perfiles de resiliencia en los adultos mayores sino que se hace necesaria la generación de procesos de comunicación e interacción que involucren a todos los actores sociales en los que el trabajo interdisciplinario de las diversas áreas de la salud contara con un amplio campo de acción, pero para ello se hace necesario ejercitarse en la investigación, asimilación y aplicación del enfoque de resiliencia desde las diferentes experiencias de los profesionales (Bowlby, 1979).

#### **4.3 Técnicas de la intervención resiliente para prevención de la depresión leve en la vejez**

El concepto más representativo dentro de la primera concepción de las técnicas resilientes es el "envejecimiento exitoso" para el cual se afirma que, al igual que con la resiliencia, no existe consenso acerca de su definición, sin embargo, se reconoce entre sus componentes la longevidad, la satisfacción, el bienestar, la ausencia de enfermedad física, la ausencia de discapacidad, el dominio, el compromiso activo con la vida, la vida independiente y la adaptación positiva (Depp, 2006).

### 4.3.1 Inteligencia emocional

El concepto de inteligencia emocional (IE) apareció por primera vez desarrollado en 1990 en un artículo publicado por Peter Salovey y John Mayer, donde su difusión se debió fundamentalmente a la publicación del libro *Inteligencia emocional* por parte de Daniel Goleman (1995). El patrón predictivo encontrado hace confirmar que las variables de la inteligencia emocional reparación emocional y atención emocional, así como la resiliencia, explican la satisfacción con la vida.

Desde hace una década, las emociones, los afectos, los estados de ánimo han empezado a ganar en importancia tanto en el pensamiento científico como en la sociedad en general. Así, tal y como señala Zaccagnini (2004) la sociedad actual ha concedido un nuevo papel a las emociones: han dejado de ser algo negativo, a reprimir, para convertirse en un elemento positivo que ayuda a actuar y tomar decisiones y, por tanto, a adaptarse a la vida cotidiana.

Una gran parte de los trabajos de técnicas por medio de la educación emocional han sido dirigidas a niños y jóvenes, debido a la importancia esencial de estas etapas evolutivas en la consolidación de las estructuras de funcionamiento psicosocial, así como en la prevención de problemas psicológicos futuros (Bellamy, 2005). Sin embargo las personas adultas mayores también se benefician ampliamente, ya que suponen una oportunidad, para aprender competencias que nunca llegaron a adquirir, o para potenciar competencias adquiridas pero no desarrolladas plenamente.

Para analizar si la técnica se está aplicando según lo previsto, se puede realizar una pequeña dinámica grupal con los adultos mayores al final de la sesión en la que se pregunte a los adultos mayores sobre la utilidad de la sesión, si cambiarían algo o no, su opinión sobre el ejercicio del gerontólogo, etc. De la misma forma, se elabora un pequeño registro con los objetivos intermedios y a través de la observación registrar cuáles han sido alcanzados y cuáles no por cada participante y cuáles han sido las dificultades encontradas (Bellamy, 2005).

La vivencia de emociones positivas en diferentes entornos de conflicto beneficiaría la plasticidad cognitiva, construyendo un modo de afrontamiento certero desde una retroalimentación de las experiencias vividas por el adulto mayor. Identificar las debilidades y fortalezas que se pueden presentar en la vida emocional y social de las personas de la tercera edad, les permitirá establecer mejores relaciones con su entorno.

A partir de esta integración, se diseña la adecuada estimulación para el desarrollo de las capacidades para experimentar emociones positivas con el objetivo de propiciar recursos internos que amortigüen el efecto de las circunstancias cuando éstas fueran adversas (Szarazgat, 2006).

La faceta intrapersonal se lleva a cabo dentro de una fase educativa centrada en la subjetividad de las emociones, en el origen para identificar las emociones (aspectos verbales y no verbales), la importancia de una adecuada identificación y sus efectos, así como los factores predisponentes que ayudan a comprender qué es lo que se está sintiendo: identificación de los antecedentes, de los componentes y los consecuentes de esa emoción (Davis, 1980). Dentro de la aplicación de la técnica se explicaría en qué consiste la regulación emocional, se explicarían qué pasos se pueden emplear y qué utilidad tiene en función de cada situación.

Una conducta emocional positiva debe definirse dentro del grupo solo si funciona en las situaciones diarias de la persona, porque no existe una fórmula general para manejar las emociones sino que varían de acuerdo con el individuo, la situación y la cultura (Szarazgat, 2006). La incorporación de esta técnica emocional transmite a los adultos mayores la noción de que tienen capacidad de influencia sobre sus propias emociones y que puede aprender distintas estrategias y desarrollar recursos para modificar éstas.

El entrenamiento para tener una buena inteligencia emocional es una técnica muy utilizada por los psicólogos, aunque es una técnica complicada pues está condicionada a la cultura en donde se practique (Davis, 1980).

Al incrementar la inteligencia emocional, se logra un nuevo repertorio de respuestas; conductas específicas que se integran y se practican en la conducta del adulto mayor por medio de la retroalimentación.

#### **4.3.2 Autoconocimiento**

El adulto mayor observa su propio comportamiento, sus costumbres y las reacciones emocionales que presentan en ciertas situaciones de conflicto. Se puede sugerir tener un registro escrito en donde pueda hacer la marcación de la frecuencia de la aparición de ciertas conductas (Goldfried, 2001).

La perspectiva de Carl Rogers (1966) asume que la autoestima implica el conocimiento, la aceptación y el aprecio de características personales, relacionándose estrechamente con la posibilidad de desarrollar las propias potencialidades.

El autoconocimiento es el centro de todo conocimiento. En unicidad, raíz y emergencia componen e interesan a la razón. Puesto que el ser humano es racional, debería estar motivado por el cultivo de su pensamiento, pero sobre todo más que una técnica de educación moral, constituye una finalidad a alcanzar. Su significado excesivamente amplio e impreciso en ocasiones, puede exceder el carácter procedimental, aunque también llega a delimitar ciertos puntos. Se encuentra ligado a otras técnicas de educación moral (Rogers, 1966).

Una manera de favorecer el proceso de desarrollo personal de los adultos mayores es facilitar en los integrantes el conocimiento de sus potencialidades y de sus limitaciones; para ello es necesario incrementar en cada uno de ellos su autoconocimiento, propiciando de este modo el desarrollo de su autoestima (Goldfried, 2001).

Las características personales de los adultos mayores constituyen un factor de relevancia en el la técnica aplicada, dado que en los distintos niveles de interacción de los participantes en los grupos de autoconocimiento, se ponen de manifiesto diferentes reacciones ante los mismos o distintos estímulos (Barceló, 2004). El autoconocimiento tiene el propósito de facilitar la comprensión cognitiva y la expresión de las vivencias, promover con auto aceptación, los cambios favorables y perdurables en hábitos y relaciones interpersonales, con tendencia a un mayor grado de autorrealización y de desarrollo del potencial humano.

El grupo para el desarrollo del autoconocimiento tiene como objetivo el facilitar un espacio interactivo entre los miembros, que favorezca la actualización de los problemas que cada uno de ellos atraviesa en la vida cotidiana (Fernández, 1992).

Durante el desarrollo de la técnica la persona se encuentra expuesta a distintos niveles de vivencia en una situación peculiar: las vivencias de sí mismo y de su interacción con otros. Por cada uno de esos niveles el individuo encuentra desafíos y límites reales que son reproducción de los límites y dificultades que encuentra en su vida cotidiana (Goldfried, 2001).

Autoconocerse es un derecho del adulto mayor, que, tiene importancia para su madurez o evolución personal. Por tanto, desde el punto de vista de la aplicación de la técnica su enseñanza, es un imperativo profesional interdisciplinario

### **4.3.3 Competencia social**

Las competencias sociales en la vejez generan cierta ansiedad, que puede considerarse como normal o incluso útil, ya que está compuesta de una conducta adaptada que permite a la persona comportarse adecuadamente frente a las relaciones interpersonales nuevas e importantes (Salaberría, 2003). Las relaciones con los demás, especialmente con personas extrañas pueden crear cierto miedo que suele tener un carácter evolutivo con tendencia a desaparecer paulatinamente.

Los adultos mayores que presentan mayor dificultad en las relaciones interpersonales presentan un mayor riesgo de padecer fobia social, ya que estas dificultades en las relaciones con otras personas del entorno pueden actuar de modo causal sobre el trastorno (Méndez, 2001).

La participación en los sistemas sociales de este sector vulnerable tiende a disminuir en esta etapa, ocasionando la pérdida de satisfacción proveniente de este sistema. De esta forma, el proceso de competencias sociales se ve afectado en esta etapa por la disminución inicial del contacto con familiares y amistades que se relaciona con las limitaciones que aparecen a nivel de salud y que pueden perjudicar el contacto con otros.

Las competencias sociales se desarrollan sobre todo a través del aprendizaje, donde se favorece la observación, la información y la motivación, al igual que la presencia de modelos adecuados. Es positivo animar y reforzar a los adultos mayores por sus progresos, aunque parezcan pequeños. Se debe generar situaciones adecuadas para las relaciones interpersonales según las características de los participantes (Méndez, 2001).

La técnica es caracterizada para el adulto mayor y puede modificarse a través de la educación en competencias sociales. Con el paso del tiempo, la estrategia sigue el curso propio del desarrollo, se torna más elaborada y positiva, salvo que haya alguna patología o el adulto mayor carezca de experiencias sociales enriquecedoras (Méndez, 2001).

Uno de los ejes fundamentales de la técnica de competencias sociales en esta etapa se da por medio de las herramientas necesarias aplicadas en prestar atención y decodificar con

precisión las señales emocionales de sí mismos y de los otros, dado que dicha competencia es un pilar fundamental para el resto de las competencias socioemocionales (Salaberría, 2003). Es importante que la formación en competencias sociales se traduzca en equilibrio y bienestar.

Las competencias sociales no deben realizarse esporádicamente. Con la técnica se recomienda mejorar la competencia social de los adultos mayores de manera continua e integral. La optimización del comportamiento debe enfatizar el crecimiento personal durante el proceso. Este tipo de técnicas facilita una toma de conciencia empática de los sentimientos del otro, lo que hace posible que la capacidad de darse cuenta se haga extensiva también al entorno social en el que el adulto mayor se desarrolla.

#### **4.3.4 Autonomía**

La autonomía del adulto mayor hace referencia a la capacidad de éste para dirigir su propio comportamiento en la sociedad y en situaciones familiares. A menudo se encuentran desorientados, incluso desesperados, que se ven a sí mismos como incapaces de entender su proceso de enseñanza aprendizaje. Generalmente este sentimiento de impotencia aparece envuelto en quejas sobre cómo son ellos mismos, el sistema social o sus familias.

Respecto al tema Holec (2012) define la autonomía como la habilidad de hacerse cargo del aprendizaje de uno mismo, y agrega que esta habilidad no es innata sino que debe ser adquirida, bien por medios naturales, o bien a través de la educación formal. Por su parte Aoki (2000) hace referencia a tres componentes de la autonomía en este contexto formal. Por un lado, el adulto mayor debe elegir qué, cómo y por qué aprender. En segundo lugar, debe llevar a cabo un plan y, por último, debe evaluar el resultado de su aprendizaje.

Autores como García (2005), señalan que la autonomía “ha sido con frecuencia vista en oposición al trabajo en grupos, consideradas a menudo como modos opuestos de organizarse “En otras palabras, resulta difícil percibir con claridad la relación entre la interacción social que promueve el Aprendizaje Cooperativo y el desarrollo de capacidades más centradas en el individuo como la autonomía y el aprender a aprender (Zoghi, 2012).

Durante la aplicación de la técnica la responsabilidad individual de cada adulto mayor es la clave para garantizar que todos los miembros del grupo se fortalezcan al aprender cooperativamente. El propósito de los grupos cooperativos, después de todo, es hacer de cada persona un individuo más fuerte. Aunado al aprendizaje de conocimientos, destrezas, estrategias o procedimientos dentro de un grupo, y luego los aplican por sí solos para

demostrar su dominio personal del material aprendido (Aoki, 2000). Los asistentes aprenden juntos cómo desempeñarse aún mejor individualmente.

Los estados afectivos y emocionales negativos de los asistentes que pudiera experimentar y que actúan en detrimento de su autonomía, como son la ansiedad, la tensión, el estrés o el miedo a la participación pública son propios de personas con un bajo auto concepto o personas introvertidas por lo que pueden verse neutralizados gracias al aprendizaje autónomo. Una atmósfera de aprendizaje adecuado es el primer paso para el desarrollo de la autonomía en el alumnado (Aoki, 2000).

El desarrollo de una conducta autónoma por parte de los adultos mayores no solo es estimulada por la participación en la toma de decisiones que repercuten en sus enseñanzas, sino que es la independencia misma con respecto al encargado que promueve el aprendizaje cooperativo la que impulsará esta deseada conducta en los adultos mayores (Otero, 2009).

Se trata de preparar al participante de manera aislada para integrar luego sus saberes en un grupo cooperativo potenciando sus capacidades personales, así como de implicarlo activamente en el proceso de aprendizaje que vive en aras de estimular su autonomía.

#### **4.3.5 Solución de problemas**

La vida es una fuente inagotable de situaciones por resolver, pero no todas requieren de creatividad para su solución, muchas de ellas exigen respuestas mecánicas, repetitivas. Los problemas que ameritan una solución creativa se caracterizan porque generan una respuesta original, pertinente, adecuada.

La teoría acerca de la solución de problemas plantea que el ser humano se enfrenta a un problema cuando ha aceptado una tarea pero no sabe cómo realizarla, y en este sentido sostiene que los problemas van desde los más altamente estructurados hasta los que se encuentran en la vida diaria los cuales, se considera necesitan más tiempo para ser resueltos (Greeno, 1980).

Se distinguen cuatro fases dentro de la técnica en la resolución de problemas que son: comprender el problema, diseñar un plan; ejecutar el plan y examinar la solución obtenida. Donde se establece que existen dos tipos de problemas: rutinarios y no rutinarios. Los problemas rutinarios son aquellos en el que la persona los enfrenta y encuentra el camino de solución de manera casi inmediata, no requieren un esfuerzo mental extraordinario para

visualizar el método donde puede consultarse una idea para su solución. En cambio, los problemas no rutinarios requieren esfuerzo y meditación antes de que se note alguna idea para su solución (Polya, 1945).

Se sostiene que se requiere de un cambio y una reestructuración para lograr solucionar los problemas, ver con claridad las ideas y acciones que entran en juego en la solución de problemas (Watzlawick, 1995). El cambio representa la búsqueda de una solución que conduce a las personas a resolver los problemas. Con él se pretende dar las herramientas necesarias para incursionar, con sentido, en la realización de acciones y reflexiones que condujeran a los participantes a encontrar la solución.

Con la propuesta de la técnica, es imprescindible la orientación y el apoyo para un adecuado desarrollo de los procesos de resolución de problemas en los que intervienen la heurística y la reflexión, con la intención de que después logren seguir por sí mismos estos procesos.

Cuando los adultos mayores se enfrenten a la vida cotidiana, se espera la intervención y desarrollo de algunos de los procesos descritos para la resolución de problemas y donde exista; razonamiento y prueba, comunicación, conexiones, y representación, que los conduzcan a resolver dichas tareas (Watzlawick, 1995).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la depresión leve y los problemas derivados son de los principales determinantes que afecta calidad de vida de los adultos mayores, con lo cual determina el orden social de esta población vulnerable repercutiendo así en el entorno en el que se encuentran inmersos (Lazcano, 2015).

La senectud constituye hoy en día un problema social que necesita mayor atención ya que se enfrentan a cambios de función y condición tanto sociales como familiares.

México es influido por distintos fenómenos como la globalización, la industrialización, la modernización, la urbanización y los grandes logros del siglo XXI en materia científica, médica, tecnología e higiénica, que han modificado la estructura y dinámica de la sociedad actual (Ham, 2003).

Un estudio sobre depresión leve y algunas variables sociodemográficas, registró una prevalencia del 36 por ciento en adultos mayores de la ciudad de Guadalajara, con un mayor porcentaje en las mujeres (43 por ciento), y se encontraron factores de riesgo como la falta de actividad laboral y la viudez (Sánchez, 2014).

La prevalencia de este trastorno es distinta según el país y así, el National Comorbidity Survey Replication americano observó que un 16,2% de las personas presentaron depresión mayor en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 6,6% en los últimos 12 meses (prevalencia-año). (Kessler, 2003)

El mundo vive una transformación demográfica con características del incremento en el número de personas mayores de 60 años, de tal forma que a partir del año 2015 existe un predominio en el crecimiento de la población de adultos mayores, y para el 2050 se espera un aumento entre 10% hasta 21% (Córdoba, 2016).

De acuerdo con la OMS, la depresión afecta a unos 121 millones de personas en el mundo, de los que el 25% tienen acceso a tratamientos y una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando esta cifra si existen otros factores como lo son la comorbilidad o situaciones de estrés (Álvarez, 2017).

La depresión leve provoca angustia mental y afecta a la capacidad de las personas para llevar a cabo incluso las tareas cotidianas más simples, lo que tiene en ocasiones efectos negativos sobre el círculo social y laboral en general (OPS, 2017).

Es evidente que no basta con acciones aisladas. Ningún estado de la república está exento de contar con adultos mayores que padezcan depresión leve. En el ambiente social, en la salud se vuelve normal esta condición.

Sin embargo, no se tiene el suficiente conocimiento sobre la mejora de la calidad vida mediante un enfoque resiliente en la tercera edad siendo la época en la cual se experimenta este estado mental, este concepto significa, en buena medida, la capacidad funcional del anciano para valerse por sí mismo (García, 2014).

Al respecto, Portzky, et al. 2013, refiere que la resiliencia es un continuo estilo de funcionamiento adaptable. Lo anterior se basa en los estudios de Manciaux (2003) los cuales indican que la resiliencia es una capacidad que se desarrolla en un proceso dinámico durante el ciclo de vida que fortalece la resolución de problemas (Plata, 2013).

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación pretende dar respuesta a la siguiente pregunta:

- *¿Cuál es el efecto de una intervención resiliente en la mejora de un grupo determinado de adultos mayores que padecen depresión leve en la casa de día en Zapotlán de Juárez Hgo?*

## JUSTIFICACIÓN

La depresión leve en adultos mayores genera preocupación y toma de decisiones acerca de su cuidado, ya que, debido a los recientes cambios demográficos en el país y el crecimiento de la esperanza de vida producidos por el avance científico humano, el comportamiento de esta población vulnerable se ha visto modificado (Vaneska, 2015). Así, el presente trabajo permitiría mostrar los cambios que se logran con enfoque resiliente en un adulto con depresión para adaptarse a las nuevas circunstancias sociales presentes, y profundizar los conocimientos teóricos sobre los procesos de la depresión, además de ofrecer una mirada integral sobre el daño que es producido por el poco conocimiento de esta, ayudando a la concientización de la población.

Se propone entonces investigar la evolución de este estado mental, pues se considera que los análisis previos han pasado por alto la relación que tiene con la adecuada intervención, siendo esta fundamentalmente dinámica e inestable en la tercera edad y que resulta de vital importancia para comprenderse plenamente.

Los motivos para investigar a la depresión leve en adultos mayores se centran en que este sector vulnerable de población se encuentra expuesto en mayor medida que el resto de la sociedad a los riesgos que puede implicar debido a sus hábitos culturales y sociales (Vaneska, 2015).

Aun cuando se ha tratado el tema de la depresión, no puede dejar de tener relevancia el problema planteado, el hecho de que el principal factor depresivo se prevenga con los métodos adecuados enfoca ese lado desconocido de la posible intervención para evitar decisiones tomadas en instantes sin control sobre la vida misma promoviendo así que pueda trascender en la opinión dentro de nuestra esfera social (Rodríguez, 2013).

El presente trabajo de investigación no solo se podrá realimentar de posibles investigaciones futuras, sino que el efecto deseado será producir una amplia gama de conocimiento que pueda aplicarse en un futuro para un beneficio individual y grupal previniendo el principal factor que hace que una persona mayor de 65 años padezca este síndrome y tenga una baja calidad de vida.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el efecto de una intervención resiliente en la mejora de un grupo determinado de adultos mayores que padecen depresión leve asistidos en casa de día en Zapotlán de Juárez, Hidalgo.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar a los adultos mayores que padecen depresión leve antes de la intervención resiliente en casa de día en Zapotlán de Juárez, Hidalgo.
- Implementar una intervención a partir de los talleres resilientes para la disminución de la depresión leve en casa de día en Zapotlán de Juárez, Hidalgo.
- Evaluar el efecto de los talleres con enfoque resiliente en adultos mayores que padecen depresión leve en casa de día en Zapotlán de Juárez, Hidalgo.

### **HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

La intervención resiliente presentará efectos positivos en los adultos mayores que presentan depresión leve y que asisten a actividades recreativas en la casa de día en Zapotlán de Juárez, Hidalgo.

### **HIPÓTESIS ESTADÍSTICA**

$H_0$  La edad avanzada es un factor para desarrollar depresión leve.

$H_1$  La edad avanzada no es determinante para desarrollar depresión leve.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se realizó un estudio analítico cuasiexperimental longitudinal con datos primarios coordinado con un grupo control de adultos mayores que asisten a actividades recreativas en una casa de día en Zapotlán de Juárez, Hidalgo con pre y postest.

En el estudio no se puede controlar ni manipularse las variables con las que se estará trabajando, pero se medirá el grado de asociación que existe entre la depresión leve y la resiliencia en adultos mayores con ensayo de campo individual en una casa de día en Zapotlán de Juárez, Hidalgo

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La intervención se realizó en un grupo de adultos mayores (ambos sexos) que padecen depresión leve en una casa de día en Zapotlán de Juárez, Hidalgo, a los cuales se les hizo la invitación a participar en el estudio presentando el consentimiento informado en donde ellos aceptaron su inclusión en el mismo.

### **MUESTRA**

#### **TIPO DE MUESTREO**

- No probabilístico

#### **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Para adquirir datos veraces se trabajó con toda la muestra resultante de 55 adultos mayores que acude a la casa de día en Zapotlán de Juárez Hidalgo de los cuales 35 adultos mayores cumplieron los criterios de inclusión.

### **PROCEDIMIENTO**

#### **LUGAR Y TIEMPO**

El presente proyecto, tiene como limitación espacial la información específica que se recolectó del impacto de talleres resilientes enfocados a la prevención de la depresión leve en adultos mayores con una edad de 65 años en la casa de día en Zapotlán de Juárez, Hidalgo con una muestra representativa para dar resultados verídicos con escaso sesgo.

La delimitación temporal está basada en los resultados de la relación de la depresión leve y la resiliencia mediante la información reciente científica y bibliográfica de máximo cinco años a partir del 2012 con fundamento formal y estudios en los que trabajaron, así como en la intervención realizada para prevenir este padecimiento.

El proyecto tendrá una duración seis meses comenzando en octubre del 2018 y concluyendo el 30 de mayo de 2019.

## **CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

1. Adultos mayores con edad de 65 años.
2. Adultos mayores que asisten a la casa de día en la cabecera municipal en Zapotlán de Juárez, Hidalgo.
3. Que sepan leer, escribir y hablen español.
4. Los participantes que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.
5. Adultos mayores con depresión leve.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

1. Adultos mayores menores de 65 años.
2. Adultos mayores con capacidades cognitivas deficientes.
3. Que no acepten participar en el estudio.
4. Adultos mayores con depresión previamente diagnosticada.
5. Personas que no presenten tipos de depresión leve.

### **CRITERIO DE ELIMINACIÓN**

1. Adultos mayores que decidan retirarse del estudio.
2. Adultos mayores que no completen al menos 9 de 12 sesiones del taller resiliente.
3. Adultos mayores que decidan ya no asistir a la casa de día en Zapotlán de Juárez, Hidalgo.
4. Adultos mayores que no contesten los instrumentos y/o escalas correspondientes.
5. Fallezcan durante el momento de intervención.

## VARIABLES DE ESTUDIO

### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CON RESPECTO A LOS ADULTOS MAYORES:

Identificación del perfil del paciente				
Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente
Edad	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos	Número de años	Formato de recolección de datos- Tamizaje de Envejecimiento
Genero	Nominal Dicotómica	Condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino	1.Femenino 2.Masculino	Formato de recolección de datos- Tamizaje de Envejecimiento
Ocupación	Nominal	Actividad desempeñada para remuneración	Abierta	Formato de recolección de datos- Tamizaje de Envejecimiento
Ingreso mensual	Ordinal	Remuneración por actividad desempeñada	Abierta	Formato de recolección de datos- Tamizaje de Envejecimiento
Nivel de independencia económica	Ordinal	Nivel de vida por remuneración de actividad desempeñada	1.Independiente 2.Parcialmente independiente 3.Dependiente	Formato de recolección de datos- Tamizaje de Envejecimiento
Persona con quien reside	Nominal	Acompañamiento específico familiar o social.	1.Pareja 2.Padres 3.Hijos 4.Hermanos 5.Otros familiares 6. Otros	Formato de recolección de datos- Tamizaje de Envejecimiento
Lugar de residencia	Nominal	Casa propia	1.Propio 2.De alguien mas 3. Asilo 4. Cuarto compartido	Formato de recolección de datos- Tamizaje de Envejecimiento

## VARIABLES CLÍNICAS RESPECTO A LOS ADULTOS MAYORES

Condición actual del paciente				
Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente
Diagnósticos conocidos	Nominal	Enfermedades que padecen	Abierta	Formato de recolección de datos- Tamizaje de Envejecimiento
Medicamentos que toma	Nominal	Nombre de los medicamentos prescritos que ingiere.	Abierta	Formato de recolección de datos- Tamizaje de Envejecimiento
Motivo principal de consulta	Nominal	Enfermedad o padecimiento que considera el paciente que la afecta en su mayoría.	Abierta	Formato de recolección de datos- Tamizaje de Envejecimiento
Discapacidad motriz	Nominal dicotómica	Alteración en organismo que impide el poder caminar.	1.Si 2.No	Formato de recolección de datos- Tamizaje de Envejecimiento
Discapacidad auditiva	Nominal dicotómica	Alteración en organismo que impide el poder escuchar.	1.Si 2.No	Formato de recolección de datos- Tamizaje de Envejecimiento
Salud bucodental	Nominal dicotómica	Alteración en organismo que provoca problemas bucales.	1.Si 2.No	Formato de recolección de datos- Tamizaje de Envejecimiento
Incontinencia urinaria	Nominal dicotómica	Alteración en organismo que provoca problemas con la orina	1.Si 2.No	Formato de recolección de datos- Tamizaje de Envejecimiento
Salud digestiva	Nominal dicotómica	Alteración en organismo que provoca problemas con la digestión.	1.Si 2.No	Formato de recolección de datos- Tamizaje de Envejecimiento
Vacunas	Nominal	Aplicación de vacunas en tiempo y forma adecuados.	Abierta	Formato de recolección de datos- Tamizaje de Envejecimiento

Exploración mamaria	Nominal dicotómica	Acción de haberse hecho el examen para el cancer de mama.	1.Si 2.No	Formato de recolección de datos- Tamizaje de Envejecimiento
Citología	Nominal dicotómica	Prueba que se lleva a cabo con la finalidad de hacer la detección temprana del cáncer de cuello uterino	1.Si 2.No	Formato de recolección de datos- Tamizaje de Envejecimiento
Antígeno Prostático	Nominal dicotómica	Afirma o niega que la persona midiera el nivel de PSA en la sangre.	1.Si 2.No	Formato de recolección de datos- Tamizaje de Envejecimiento

## VARIABLES RESILIENTES

Variables de Resiliencia	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente
Conocimiento de Resiliencia	Nominal Dicotómica	Conjunto de información que refieren tener los pacientes con rasgos depresivos acerca del tratamiento y medidas de prevención.	Evaluación de las cinco dimensiones (González, 2013)  1 a 4 puntos de totalmente en desacuerdo  Totalmente de acuerdo	RESI-M
	Cuantitativa Discreta	Puntaje que se obtiene a partir del nivel del conocimiento de la persona.	Numero de reactivos	
1. Confianza en sí mismos	Nominal	Hace referencia a la claridad que los individuos tienen sobre sus objetivos.	1.Totalmente en desacuerdo 2.- En desacuerdo 3.- De acuerdo 4.- Totalmente de acuerdo	RESI-M
	Cuantitativa Discreta	Puntaje que se obtiene de los números.	Numero de reactivos	
2. Competencias Sociales	Nominal	Competencia de los individuos para relacionarse con los demás, la	1.Totalmente en desacuerdo 2.- En desacuerdo	RESI-M

		facilidad para hacer nuevos amigos, hacer reír a las personas y disfrutar de una conversación	3.- De acuerdo 4.- Totalmente de acuerdo	
	Cuantitativa Discreta	Puntaje que se obtiene de los números.	Numero de reactivos	
3. Apoyo familiar	Nominal	Relaciones familiares y al apoyo que brinda la familia, también a la lealtad entre los miembros de la familia y a que los miembros compartan visiones similares de la vida y pasen tiempo juntos.	1.Totalmente en desacuerdo 2.- En desacuerdo 3.- De acuerdo 4.- Totalmente de acuerdo	RESI-M
	Cuantitativa Discreta	Puntaje que se obtiene de los números.	Numero de reactivos	
4. Apoyo social	Nominal	Contar con personas en momentos difíciles, que puedan ayudar, que den aliento y que se preocupen por uno	1.Totalmente en desacuerdo 2.- En desacuerdo 3.- De acuerdo 4.- Totalmente de acuerdo	RESI-M
	Cuantitativa Discreta	Puntaje que se obtiene de los números.	Numero de reactivos	
5. Estructura	Nominal	Capacidad de las personas para organizarse, planear las actividades y el tiempo, tener reglas y actividades sistémicas aun en momentos difíciles	1.Totalmente en desacuerdo 2.- En desacuerdo 3.- De acuerdo 4.- Totalmente de acuerdo	RESI-M
	Cuantitativa Discreta	Puntaje que se obtiene de los números.	Numero de reactivos	

## VARIABLES DE INTERVENCIÓN RESILIENTE

Variables de la Intervención Resiliente	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Fuente
1. -Respuesta rápida al peligro	Ordinal	Habilidad para reconocer las situaciones que ponen al sujeto en riesgo.	1. Competencia, tenacidad y alto estándar (CD-RISC). 2.- Control (CD-RISC). 3.- Aceptación positiva al cambio (RSA). 4. Competencia personal (RSA).	Escala de apreciación 1
2. Madurez precoz	Ordinal	Se refiere a separar los sentimientos intensos sobre uno mismo.	1. Competencia, tenacidad y alto estándar (CD-RISC). 2.- Control (CD-RISC). 3.- Aceptación positiva al cambio (RSA). 4. Competencia personal (RSA).	Escala de apreciación 2
3. Desvinculación afectiva	Ordinal	Separar los sentimientos intensos sobre uno mismo.	1. Competencia, tenacidad y alto estándar (CD-RISC). 2.- Control (CD-RISC). 3.- Aceptación positiva al cambio (RSA). 4. Competencia personal (RSA).	Escala de apreciación 3
4. Búsqueda de información	Ordinal	Preocupación por aprender todo lo relacionado con el entorno	1. Competencia, tenacidad y alto estándar (CD-RISC). 2.- Control (CD-RISC). 3.- Aceptación positiva al cambio (RSA). 4. Competencia personal (RSA).	Escala de apreciación 4
5. Obtención y utilización de relaciones que ayuden a subsistir	Ordinal	Capacidad para crear relaciones que benefician a la persona en momentos críticos.	1. Competencia, tenacidad y alto estándar (CD-RISC). 2.- Control (CD-RISC). 3.- Aceptación positiva al cambio (RSA). 4. Competencia personal (RSA).	Escala de apreciación 5

<b>6.</b> Anticipación proyectiva positiva	Ordinal	Capacidad de imaginar un futuro mejor al presente.	1. Competencia, tenacidad y alto estándar (CD-RISC). 2.- Control (CD-RISC). 3.- Aceptación positiva al cambio (RSA). 4. Competencia personal (RSA).	Escala de apreciación 6
<b>7.</b> Decisión de tomar riesgos	Ordinal	Habilidad de asumir la responsabilidad propia cuando se toman decisiones incluso si la decisión tiene algún tipo de riesgo.	1. Competencia, tenacidad y alto estándar (CD-RISC). 2.- Control (CD-RISC). 3.- Aceptación positiva al cambio (RSA). 4. Competencia personal (RSA).	Escala de apreciación 7
<b>8.</b> La convicción de ser amado	Ordinal	Creer que se puede ser amado por los demás.	1. Competencia, tenacidad y alto estándar (CD-RISC). 2.- Control (CD-RISC). 3.- Aceptación positiva al cambio (RSA). 4. Competencia personal (RSA).	Escala de apreciación 8
<b>9.</b> Idealización del rival	Ordinal	La persona se identifica con alguna característica de su oponente.	1. Competencia, tenacidad y alto estándar (CD-RISC). 2.- Control (CD-RISC). 3.- Aceptación positiva al cambio (RSA). 4. Competencia personal (RSA).	Escala de apreciación 9
<b>10.</b> Reconstrucción cognitiva del dolor	Ordinal	Habilidad para identificar los eventos negativos de la forma que sea más aceptable	1. Competencia, tenacidad y alto estándar (CD-RISC). 2.- Control (CD-RISC). 3.- Aceptación positiva al cambio (RSA). 4. Competencia personal (RSA).	Escala de apreciación 10
<b>11.</b> Altruismo	Ordinal	Placer de ayudar a otros.	1. Competencia, tenacidad y alto estándar (CD-RISC). 2.- Control (CD-RISC).	Escala de apreciación 11

			3.- Aceptación positiva al cambio (RSA). 4. Competencia personal (RSA).	
<b>12.</b> Optimismo y esperanza	Ordinal	Disposición de tomar positivamente las cosas que podrían ocurrir en el futuro.	1. Competencia, tenacidad y alto estándar (CD-RISC). 2.- Control (CD-RISC). 3.- Aceptación positiva al cambio (RSA). 4. Competencia personal (RSA).	Escala de apreciación 12

## **DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA**

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se realizó un estudio analítico cuasiexperimental longitudinal con datos primarios coordinado con un grupo control de adultos mayores que asisten a actividades recreativas en la casa de día en Zapotlán de Juárez, Hidalgo con pre y postest.

Los adultos mayores fueron evaluados con los siguientes instrumentos; escala de depresión geriátrica (Yesavage) para detectar depresión, Inventario de depresión de Beck II para detectar depresión y grado de ansiedad, cuestionario WHOQOL-BREF para la medición de la autopercepción de la calidad de vida y la escala de resiliencia mexicana RE-SIM para medir el grado de resiliencia en cada uno.

El tipo de muestreo fue no probabilístico y el tamaño de la muestra fue de acuerdo a la fórmula para calcular cuando se conoce el tamaño de la población.

El procedimiento fue por medio de sujetos tipo en el cual los adultos mayores que se eligen para la muestra representativa deben tener las características de exclusión e inclusión específicas fijadas previamente, con un número 12 sesiones para diagnóstico y adecuada intervención resiliente con mínimo sesgo.

Se elaboró y analizo la base de datos en el software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 17 para estimar medidas de tendencia central conveniente para variables cualitativas y cálculo de prevalencias, medias, proporción y desviación estándar para las variables cuantitativas la medida de asociación donde la variable dependiente se medirá de manera cualitativa.

Adicionalmente, se aplicó el formato de recolección de datos para obtener los datos personales, incluyendo sexo, edad, estado civil el cual se clasificó según los códigos establecidos.

Todas las mediciones fueron efectuadas siempre por un mismo observador a fin de evitar que fueran sesgadas. Los datos clínicos que fueron extraídos del formato de recolección de datos fueron: discapacidad motriz, discapacidad auditiva, salud bucal, incontinencia urinaria, salud digestiva, exploración mamaria entre otras; considerándose como valores normales los recomendados por Organización Panamericana de la Salud acerca de la valoración clínica en el adulto mayor.

Se procedió a la intervención con los adultos mayores, donde se aplicaron los instrumentos en la primera sesión para posteriormente continuar con las sesiones resilientes esto para aplicar los mismos instrumentos de medición en la sesión final en el tiempo correspondiente de cada sesión. Para analizar los resultados se hizo uso del paquete estadístico SPSS versión 17 en el cual se utilizaron las variables sociodemográficas y clínicas. Medidas de tendencia conveniente para variables cualitativas. Cálculo de prevalencias, medias, proporción central y desviación estándar para las variables cuantitativas.

Las variables estudiadas fueron operacionalizadas según los valores referenciales que se obtuvieron a partir de la búsqueda bibliográfica veraz. Una vez obtenida toda la información y verificados todos los resultados se procedió a transcribir a una base de datos elaborada en el programa estadístico referido.

## **ASPECTOS ÉTICOS Y BIOÉTICOS**

Este aspecto está basado en el código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki sobre investigaciones biomédicas y las normas de buenas prácticas clínicas.

- Invitación a participar al sujeto en la investigación
- Consentimiento informado de los participantes
- Explicación de los propósitos de la investigación
- Informar sobre la duración esperada de la participación
- Los beneficios esperados para el sujeto y para otros
- Garantía de recibir respuesta o aclaraciones a cualquier duda
- Privacidad y protección de datos

Se toma de manera directa el artículo 17 que considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento, la siguiente investigación se clasifica como:

Investigación con riesgo mínimo: Refiriendo estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros. (SSA, 1984)

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad

de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento. (Asociación Médica Mundial, 2017)

De esta manera se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. De acuerdo al capítulo primero referente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, se nombra los criterios que se deben tener en cuenta, dentro de ellos el consentimiento informado, el cual se debe entregar en físico a los sujetos que participen del estudio. El consentimiento informado elaborado para este estudio cumple con lo estipulado por el artículo número quince del decreto mencionado. (SSA, 1984)

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad. (Asociación Médica Mundial, 2017).

## **RECURSOS Y FINANCIAMIENTO**

### **RECURSOS MATERIALES**

- Para la detección de depresión leve: Escalas y formatos impresos.
- Para la intervención con resiliencia en el adulto mayor: Video proyector, Carteles, pizarrón, marcadores, computadora.

### **RECURSOS HUMANOS**

- Adultos mayores de 65 años que asistan a la casa de día en Zapotlán de Juárez.
- Asesoría del comité de tesis, investigadores que forman parte de la maestría en Salud Pública por parte de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

### **RECURSOS FINANCIEROS**

- Presupuesto necesario para la compra de gasolina para el viaje a Zapotlán de Juárez, Hgo.
- Presupuesto de impresión de material con el financiamiento otorgado por la beca por parte del CONACYT.

## RESULTADOS

### ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

Fueron incluidos en este estudio 35 adultos mayores. La media de las edades de los participantes fue  $71.25 \pm 5.35$ , con predominio del sexo femenino (77.14%). La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de los adultos mayores. Al considerar la presencia de variables como el sexo, se encontró una media de  $13.82 \pm 6.85$  en donde el 66% de los participantes se encuentra sin escolaridad y 51 % tiene dependencia económica.

**Tabla 1 Características sociodemográficas de los adultos mayores**

Variable	Porcentaje
Edad en años (media $\pm$ DE) 71.25 $\pm$ 5.35	
Sexo	
Masculino	22.8 %
Femenino	77.1%
Estado Civil	
Casados	51.4 %
Soltero	14.2 %
Divorciado	8.57%
Viudo(a)	22.8 %
Escolaridad	
Sin escolaridad	66 %
Primaria	14 %
Secundaria	20 %
Preparatoria	0 %
Independencia económica	
Independiente	14.2%
Parcialmente independiente	34.2 %
Dependiente	51.4 %
Cohabitación	
Pareja	51.4 %
Padres	0 %
Hijos	37.1 %
Hermanos	11.4 %
Otros familiares	0 %

Fuente: Elaboración propia

La edad de los adultos mayores que participaron en el estudio está entre los 65 y 83 años con una media de 71.26 y una desviación estándar de 5.3 y con un valor de asimetría mayor a cero lo que indica que al menos existe una persona con una edad demasiada alta con respecto al promedio.

**Tabla 2. Medidas de tendencia (edad)**

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media		Desviación estándar	Varianza	Asimetría	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar
Edad	35	18	65	83	71.26	.906	5.360	28.726	.588	.398
N de AM = 35										

Fuente: Elaboración propia

Los factores asociados al riesgo de depresión leve fueron medidos con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, fue categorizada en tres grupos (depresión establecida, leve y normal). El 8.2 % presenta no presenta riesgo de padecer depresión, el 16.3 % presenta depresión leve y el 8.2 % se muestra sin riesgo. Luego de ajustar el riesgo de depresión en los adultos mayores por las demás variables de interés se observaron algunas variaciones.

**Tabla 3. Adultos mayores con depresión.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Depresión establecida	3	6.1	6.1	44.9
Depresión leve	8	16.3	16.3	79.6
Normal	4	8.2	8.2	87.8
			100	

Fuente: Elaboración propia

Otras de las características que se describen es el porcentaje de adultos mayores con depresión leve con los resultados de dos instrumentos; el instrumento de Beck donde se expresa que 24.8 % padecen depresión establecida, el 39% padecen depresión leve y un 46.3 es normal, mientras que en el Yesavage el 22% padece depresión establecida, un 53.6% padece depresión leve y un 24.4% no padece este trastorno.

La actividad laboral de los adultos mayores que participaron en el estudio expresa que 24.4 % aun labora con edad avanzada y el 63.40 % de los casos restantes no labora, en dependencia económica el 14.28 es independiente mientras que el 85.75% es dependiente o tiene un grado de dependencia.

En cuanto si el lugar de residencia si es propio o de alguien más la descripción es: el 56.1% es decir 23 de los adultos mayores si son dueños del lugar donde residen, mientras que 29.3% o 12 adultos mayores viven con familiares o rentan la vivienda en donde residen.

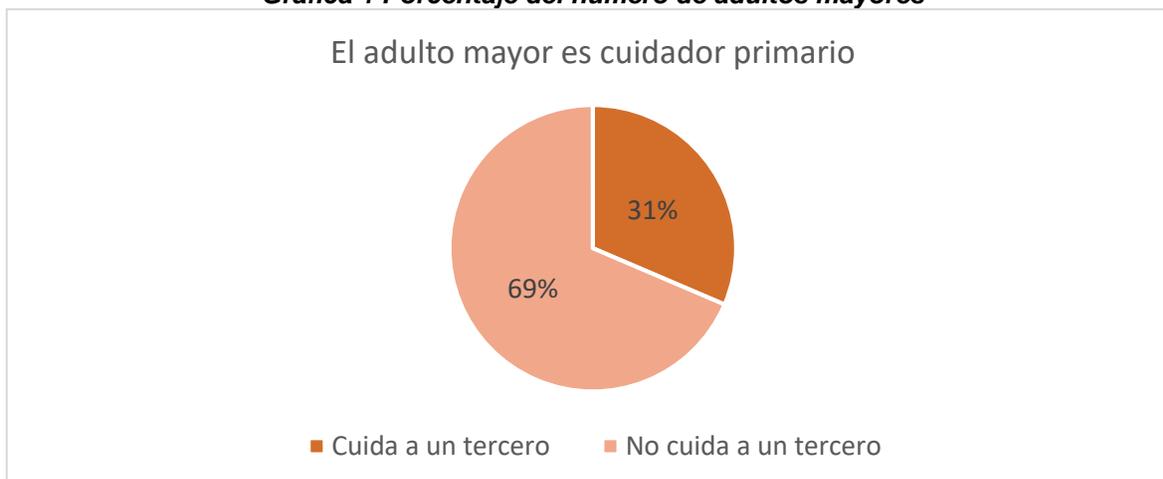
**Tabla 4. Resultados en porcentaje de actividad laboral, dependencia económica y propietario.**

Actividad laboral		Dependencia económica		Propietario	
Trabaja	24.40%	Independiente	14.28%	Propio	56.10%
No labora	63.40%	Dependiente	85.75%	De alguien mas	29.30%
Total	100%				

Fuente: Elaboración propia

En la siguiente grafica se describe la variable del cuidado a un tercero en el que se expone que el 31% es decir 11 de los participantes si se ocupa de cuidar a un tercero, mientras que el 69% o 24 de los participantes no tienen la responsabilidad de un tercero a su cargo.

**Gráfica 1 Porcentaje del número de adultos mayores**



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a los participantes que padecen aislamiento social, se describe que 100 % es decir los 35 participantes resultantes no padece aislamiento social pues asisten a diferentes actividades recreativas que los ayudan en el desarrollo de su círculo social.

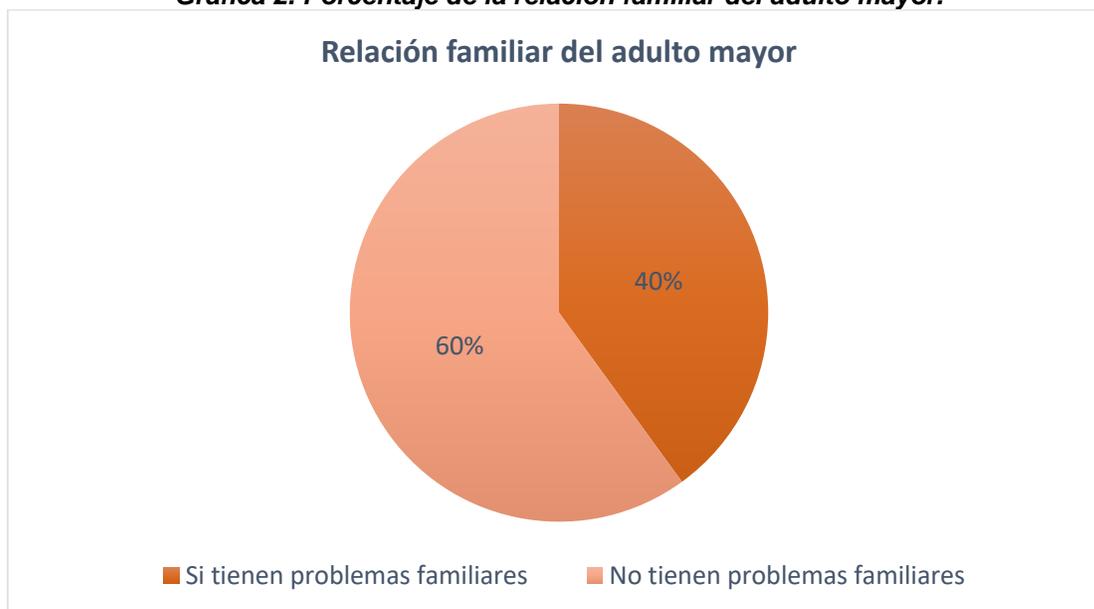
**Tabla 5. Aislamiento social**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No padecen aislamiento social	35	85.4	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia

En el grafico se describe la relación familiar del adulto mayor donde 40 % es decir 14 adultos mayores que participan en el estudio tienen relaciones familiares conflictivas por lo que el 60% es decir 21 de los participantes describen su relación familiar sana y adecuada.

**Gráfica 2. Porcentaje de la relación familiar del adulto mayor.**



Fuente: Elaboración propia

La variable de pérdida familiar describe que el 12.2 % es decir 5 de los adultos mayores si vivieron una pérdida familiar, mientras que 73.2 % o 30 adultos mayores no pasaron por una pérdida familiar.

**Tabla 6 Pérdidas familiares**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tuvieron pérdidas familiares	5	12.2	14.3	14.3
No tuvieron pérdidas familiares	30	73.2	85.7	100.0
Total	35	85.4	100.0	

Fuente: Elaboración propia

La variable de miedo que padecen por situaciones particulares cotidianas describe que el 22 % es decir 9 de los adultos mayores si viven con miedo relacionadas con su vida cotidiana, mientras que 63.4 % o 26 adultos mayores no pasaron por situaciones en donde desarrollaron este estado emocional.

**Tabla 7. Miedo percibido por los adultos.**

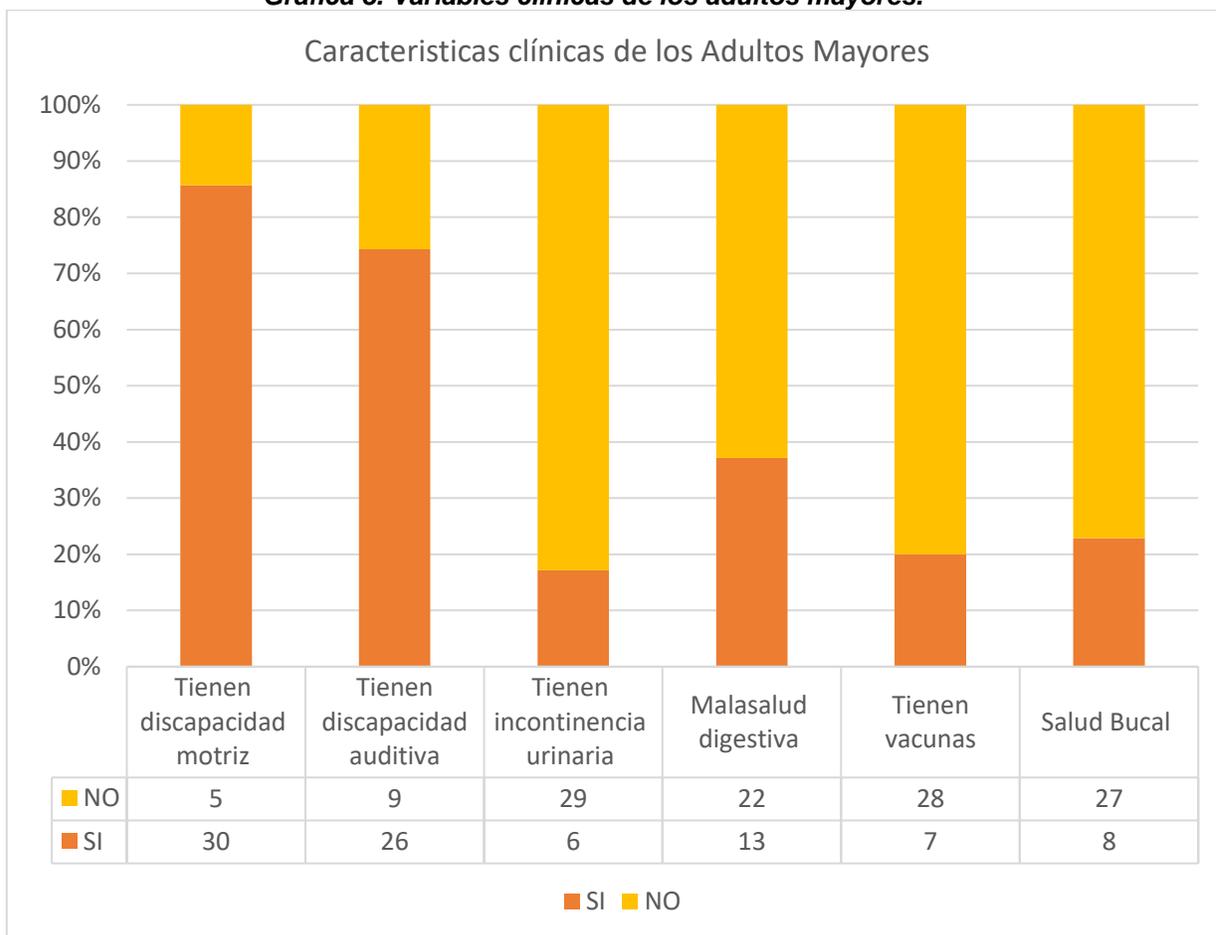
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tiene miedo sobre alguna situación	9	22.0	25.7	25.7
No tiene miedo sobre alguna situación	26	63.4	74.3	100.0
Total	35	85.4	100	

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las variables clínicas la gráfica 3 muestra las características clínicas de los adultos mayores. Al considerar la presencia de discapacidad motriz, se encontró que un 15% de la totalidad de los participantes tiene alguna complicación con la motricidad, de igual forma se determinó por medio de los instrumentos que el 27% padece alguna discapacidad auditiva, el 44% de los adultos mayores no tienen una buena salud bucal, el

17% presentaban incontinencia urinaria, el 15% cuenta con una salud digestiva deficiente y el 51% de los participantes no cuentan con las vacunas que se aplican a este grupo de edad en específico.

**Gráfica 3. Variables clínicas de los adultos mayores.**



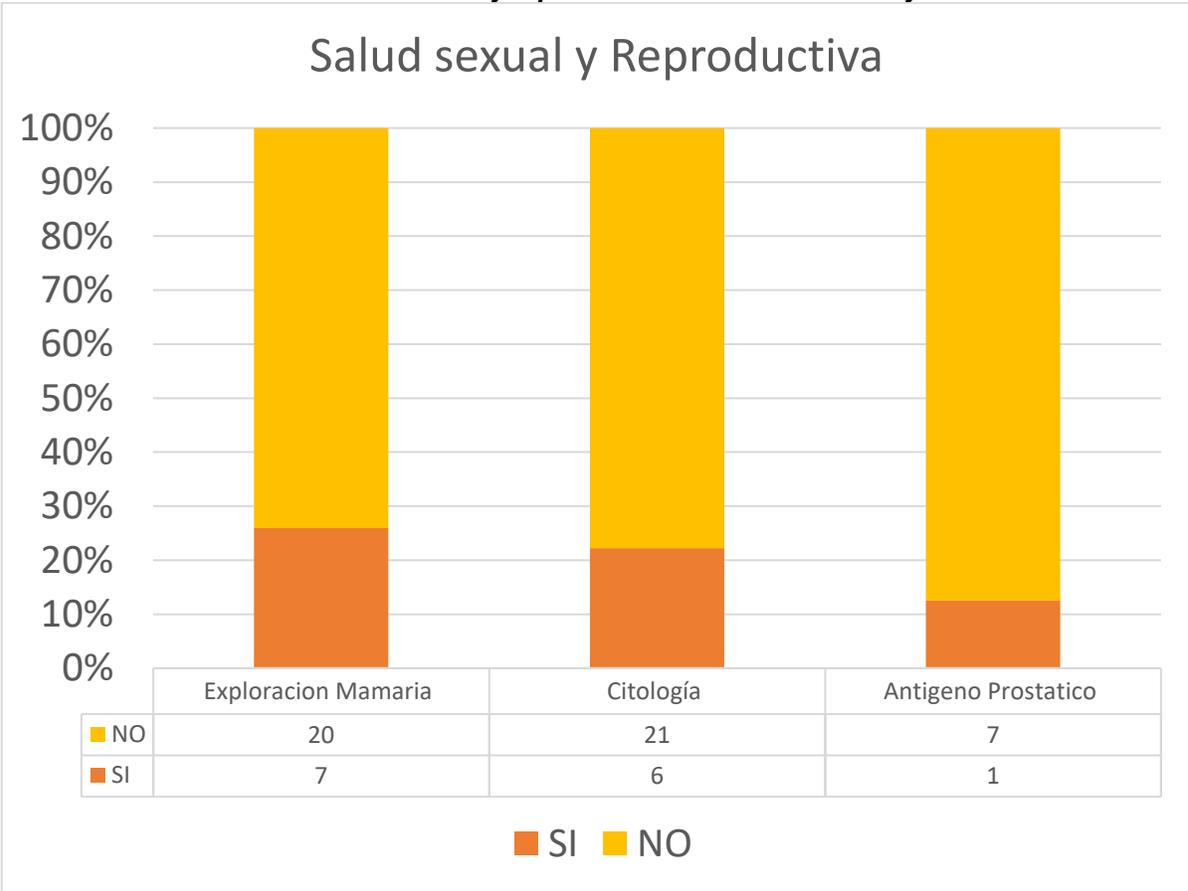
Fuente: Elaboración propia

De acuerdo al resultado clínico de la exploración mamaria en mujeres se encontró que 26 % es decir los 7 adultas mayores si se han hecho la exploración mientras que un porcentaje alarmante de 74 % o 20 de las adultas no se han hecho ningún tipo de estudio mamario.

Acerca de las participantes adultas mayores se describe que 14.6% es decir 6 adultas mayores se han hecho la prueba citológica (prueba que se lleva a cabo para el estudio de las células pertenecientes al cuello uterino de la mujer. Para ello, se le introduce un cepillo y una espátula con el objetivo de realizar un raspado suave en el cérvix) mientras que el 51.2% o 21 participantes nunca se ha hecho esta prueba.

Mientras que en los participantes adultos mayores se describe que 12 % es decir 1 adulto mayor se ha hecho la prueba del antígeno prostático (La prueba de PSA o antígeno prostático específico mide el nivel de PSA en la sangre. La próstata es una glándula pequeña que forma parte del aparato reproductor del hombre.) Mientras que el 88 % o 7 participantes nunca se ha hecho esta prueba.

**Gráfica 4. Salud sexual y reproductiva de los adultos mayores.**



Fuente: Elaboración propia

## **ESTADÍSTICA INFERENCIAL**

### **LA RESILIENCIA EN FUNCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

#### **REGRESIÓN LOGÍSTICA**

La técnica de la regresión logística se originó en la década de los 60 con el trabajo de Cornfield, Gordon y Smith, en 1967 Walter y Duncan la usan en la forma que la conocemos actualmente, para estimar la probabilidad de ocurrencia de un proceso en función de ciertas variables. Su uso aumenta desde principios de los 80 como consecuencia de los adelantos ocurridos en el campo de la computación (Walter, 1967).

El objetivo de esta técnica estadística es demostrar aquella probabilidad de que ocurra un hecho como función de ciertas variables, supongamos que son  $k$  ( $k \geq 1$ ), que se consideran potencialmente influyentes. La regresión logística, al igual que otras técnicas estadísticas multivariadas, da la posibilidad de evaluar la influencia de cada una de las variables independientes sobre la variable respuesta y controlar el efecto del resto (Walter, 1967). Por tanto, una variable dependiente, llamémosla  $Y$ , que puede ser dicotómica o politómica (en este trabajo nos referiremos solamente al primer caso) y una o más variables independientes, llamémoslas  $X$ .

En ocasiones se piensa que la influencia de una de las variables sobre la probabilidad de que ocurra el hecho se modifica en función del valor de otra de las variables y es necesario incluir en el modelo una tercera que sea el producto de las anteriores. Estos son los conocidos como términos de interacción que pueden incluir 2 o más variables.

Se introducen términos de interacción cuando se tienen razones para suponer que la influencia de una de las variables sobre  $p$  varía en función del valor que asume otra de las variables incluidas en el modelo; o sea, si la influencia de  $X_1$  sobre  $p$  varía en función del valor que toma  $X_2$ , incluimos en el modelo un término que represente la interacción de  $X_1$  y  $X_2$ .

En el presente apartado se desarrolló una regresión logística con la finalidad de encontrar la asociación y el grado de incidencia de resiliencia en los adultos mayores, a partir de las variables resiliencia, sexo, edad, estado civil, pérdida familiar, situación económica, aislamiento, problemas familiares y depresión leve.

## DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo a los objetivos y a la hipótesis, y con base al marco conceptual, el fenómeno de la resiliencia en los adultos mayores va estar en función de procesos relacionados con la mejora de la calidad de vida por parte de los servicios de salud, el crecimiento económico y la autoestima desarrollada. La evidencia denota una influencia mayor de elementos como cambios de patrón en las familias modernas y mayor empoderamiento en el adulto mayor (Badilla, 2009). La falta de resiliencia se origina por la combinación de diversos factores; la edad, el estado civil, las pérdidas familiares, el aislamiento en el que se encuentren, los problemas familiares (Cyrulnik, 2001). En México la depresión leve en adultos mayores constituye un factor de riesgo modificable para tener mayor resiliencia (Badilla, 2009). Los problemas familiares, el abandono, la falta de apoyo familiar y la situación económica actual, se deben en gran parte al rápido proceso de urbanización y los modos de vida del siglo XXI, se ha reflejado en las este sector de población vulnerable (Berenzon, 2013).

La función de la Resiliencia:

$$P(Y)=F(X1, X2, X3, X4, X5, X6, X7, X8)$$

Dónde:

- F función de la ecuación
- P(Y) Probabilidad de generar resiliencia
- X1 Sexo de los que presentan resiliencia
- X2 Edad de las personas con resiliencia (< 60 años)
- X3 Estado civil de las personas con resiliencia
- X4 Antecedente de si tienen pérdidas familiares
- X5 Situación económica de los adultos mayores con resiliencia
- X6 Situación de aislamiento social de los adultos mayores con resiliencia
- X7 Tienen problemas familiares los adultos mayores con resiliencia
- X8 Padecimiento de depresión en adultos mayores que tienen resiliencia

Dicha información se obtuvo de Escala de Resiliencia Mexicana (RESIM) (Melillo, 2004). En el registro, entraban los adultos mayores que algún momento el médico les había diagnosticado depresión mayor sin embargo, los objetivos de esta investigación no contemplan este tipo de depresión.

Las variables antes descritas se encuentran en la base de datos "Resilience Risk Factors". Para conocer el tipo de problemas familiares y pérdidas familiares con los adultos mayores

con resiliencia se cruzaron todas las variables de la base de datos “Resilience Risk Factors” para conocer si existía asociación significativa.

**Tabla 8. Operalización de las variables**

	VARIABLE	VALOR
Y	Resiliencia	0 Baja 1 Alta
X1	Sexo	0 Mujer 1 Hombre
X2	Edad	0 65 a 74 años 1 75 a 80 y más
X3	Estado civil	0 No unido 1 Unido
X4	Perdida familiar	0 No 1 Si
X5	Situación económica	0 Dependiente 1 Independiente
X6	Aislamiento social	0 No 1 Si
X7	Problemas familiares	0 No 1 Si
X8	Depresión	0 Normal 1 Leve

\*La variable respuesta y las variables independientes están dicotomizadas mutuamente excluyentes, donde el código “0” se tomó como la categoría de referencia y el código “1” como categoría de estudio.  
Fuente: Elaboración propia.

Utilizando el paquete estadístico SPSS 17 se realizó la prueba (chi-cuadrado) en las siguientes relaciones. De las variables analizadas, se encontró asociación estadística entre la percepción de la calidad de vida, el estado civil, el resultado del Yesavage y la discapacidad auditiva.

En cuanto a la relación entre percepción de la calidad de vida con el estado civil, se encontró asociación positiva ( $p > 0,05$ ) tal como se detalla en la tabla 8.

**Tabla 9. Asociación del resultado del instrumento de calidad de vida y la variable de estado civil.**

Resultado WHOQOL-BREF	Estado civil		Total	Valor p
	Casado	Soltero		
Buena percepción de calidad de vida	6	6	10	.047
Mala percepción de calidad de vida	6	19	25	
Total	12	23	35	

\*p < 0,05

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la relación entre resultado de Yesavage y la variable de discapacidad auditiva con diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ) de la percepción de la calidad de vida y para la el estado civil.

La relación entre resultado de Yesavage y la variable de estado civil, se encontró una asociación negativa ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 10. Asociación del resultado del instrumento de calidad de vida y Yesavage.**

Resultado WHOQOL-BREF	Estado civil			Valor p	Resultado Escala Yesavage	Estado civil			Valor p
	Casado	Soltero	Total			Casado	Soltero	Total	
Buena percepción de calidad de vida	6	6	10	0.05	Normal	4	5	9	0.36
Mala percepción de la calidad de vida	6	19	25		Con Depresión	8	18	26	
Total	12	23	35			12	23	35	

\*p < 0,05

Fuente: Elaboración propia

La relación entre resultado del inventario de Beck II y la variable de estado civil, se encontró una asociación negativa ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 11. Asociación del resultado del instrumento del WHOQOL-BREF y el Inventario de Beck.**

Resultado WHOQOL-BREF	Estado civil			Valor p	Resultado Inventario Beck	Estado civil			Valor p
	Casado	Soltero	Total			Casado	Soltero	Total	
Buena percepción de calidad de vida	6	6	10	0.05	Normal	1	8	9	.52
Mala percepción de la calidad de vida	6	19	25		Con Depresión	5	21	26	
Total	12	23	35			6	29	35	

\*p < 0,05

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se presenta la relación del resultado del Yesavage y la variable discapacidad auditiva con diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ) mientras que con la variable de discapacidad motriz se obtuvo una asociación negativa ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 12. Asociación del resultado del instrumento de Yesavage y la variable de Discapacidad motriz.**

Resultado Yesavage	Variable Discapacidad Auditiva		Total	Valor P	Variable Discapacidad Motriz		Total	Valor P
	Con Discapacidad	Sin Discapacidad			Con Discapacidad	Sin Discapacidad		
Normal	5	4	9	0.03	6	3	9	0.43
Depresión Leve o Severa	23	3	26		21	5	26	
Total	28	7	35		27	8	35	

\*p < 0,05

Fuente: Elaboración propia

Se describe la relación del resultado del WHOQOL-BREF y la variable independencia sin diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre los adultos mayores con independencia y dependencia.

**Tabla 13. Resultado asociación del instrumento WHOQOL- BREF y la variable de Independencia.**

Resultado Whoqol		Independencia			Valor p
	Resultado Whoqol	Independencia	Dependiente		0.18
	Con calidad de vida	4	6	10	
	Baja o poca calidad de vida	4	21	25	
	Total	8	27	35	

\*p < 0,05

Fuente: Elaboración propia

Se describe la relación del resultado del WHOQOL- BREF y la variable convivencia sin diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre los adultos mayores que conviven con algún familiar y los que no conviven.

**Tabla 14. Resultado asociación del instrumento WHOQOL- BREF y la variable convivencia.**

Resultado WHOQOL- BREF		Variable Convivencia		Total	Valor P
		Convive con persona	Sin convivencia		0.58
	Buena percepción de calidad de vida	8	2	10	
	Mala percepción de la calidad de vida	19	6	25	
	Total	27	8	35	

\*p < 0,05

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la relación del resultado del WHOQOL- BREF y la variable si el adulto mayor es propietario del lugar donde habita, sin diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre los adultos mayores que son propietarios y los que no lo son.

**Tabla 15. Asociación del instrumento de WHOQOL-BREF y la variable si es adulto mayor es propietario del lugar.**

Resultado WHOQOL-BREF		Dueño del lugar		Total	Valor P
		Propietario del lugar	No es propietario		0.6
	Buena percepción de calidad de vida	7	3	10	
	Mala percepción de la calidad de vida	18	7	25	
	Total	25	10	35	

\* $p < 0,05$

Fuente: Elaboración propia

La descripción de la relación del resultado del WHOQOL- BREF y la variable si el adulto mayor es propietario del lugar donde habita, sin diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre los adultos mayores que son propietarios y los que no lo son.

**Tabla 16. Asociación del instrumento WHOQOL-BREF y la variable si el adulto mayor es cuidador primario.**

Resultado WHOQOL-BREF		Cuidador primario		Total	Valor P
		Es cuidador	No es cuidador		0.48
	Buena percepción de calidad de vida	8	2	10	
	Mala percepción de la calidad de vida	18	7	25	
	Total	26	9	35	

\* $p < 0,05$

Fuente: Elaboración propia

La asociación del instrumento WHOQOL- BREF y la variable discapacidad motriz del adulto mayor fue sin diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre los adultos mayores que padecen o no discapacidad motriz.

**Tabla 17. Asociación del instrumento WHOQOL-BREF con la discapacidad motriz.**

Resultado WHOQOL-BREF		Discapacidad motriz		Total	Valor P
		Si tiene discapacidad	No tiene discapacidad		0.58
	Buena percepción de calidad de vida	8	2	10	
	Mala percepción de la calidad de vida	19	6	25	
	Total	27	8	35	

\* $p < 0,05$

Fuente: Elaboración propia

La asociación del WHOQOL- BREF y la variable discapacidad auditiva del adulto mayor fue sin diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre los adultos mayores que padecen o no discapacidad auditiva parcialmente no afecta su calidad de vida.

**Tabla 18. Asociación del instrumento WHOQOL-BREF con discapacidad auditiva.**

Resultado WHOQOL-BREF		Discapacidad Auditiva		Total	Valor P
					0.66
	Buena percepción de calidad de vida	8	2	10	
	Mala percepción de la calidad de vida	20	5	25	
	Total	28	7	35	

\* $p < 0,05$

Fuente: Elaboración propia

La asociación de la escala Yesavage y la variable sexo del adulto mayor fue sin diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre los adultos mayores que son hombres o mujeres no infiere en padecer o no depresión.

**Tabla 19. Asociación de la Escala Yesavage y el sexo del adulto mayor.**

Resultado Yesavage		Sexo		Total	Valor P
		Masculino	Femenino		0.16
	Normal	3	6	9	
	Con depresion leve/ Severa	3	23	26	
	Total	9	29	35	

\* $p < 0,05$

Fuente: Elaboración propia

La asociación de la escala Yesavage y la variable sexo del adulto mayor fue sin diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre los adultos mayores que son hombres o mujeres no infiere en padecer o no depresión.

**Tabla 20. Asociación de la actividad laboral con la variable independencia.**

Actividad laboral		Variable Independencia		Total	Valor P
		Independiente	Dependiente		0.42
	Trabaja	2	4	6	
	No trabaja	6	23	29	
	Total	8	27	35	

\* $p < 0,05$

Fuente: Elaboración propia

## ASOCIACIÓN RESILIENCIA

En la tabla 21, se puede observar que hay una relación lineal entre la variable aislamiento social y resiliencia, pues con un nivel de confianza del 95% y con un margen de error del 5%, se hizo una prueba de independencia:  $H_0$ : hay independencia vs  $H_a$ : no hay independencia

Cuya evaluación es la siguiente: "si el P-Valor es mayor 0.05, se acepta el  $H_0$ , es decir, no hay relación lineal entre las variables estudiadas. Bajo el contexto del presente trabajo, se pudo observar que el P-Valor entre las variables aislamiento social y resiliencia es de 0.000 el cual es inferior a 0.05, por lo tanto, se rechaza el  $H_0$ . Al aceptarse la  $H_a$ , hay una relación lineal entre las variables observadas.

**Tabla 21. Variables en la ecuación.**

		Variables en la ecuación				
		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.
Paso 1 <sup>a</sup>	Sexo	-.863	.419	4.251	1	.039
	Edad_dico	.335	.276	1.474	1	.225
	Edo_civil	-.522	.282	3.419	1	.064
	Perd_Famil	-1.102	.245	20.235	1	.000
	Inde_Eco	1.096	.309	12.601	1	.000
	Aislami_Soc	21.957	3005.986	.000	1	.994
	VSOC_AM_ProbFam	-.690	.300	5.301	1	.021
	Depre	-21.828	2551.458	.000	1	.993
	Constante	22.491	2551.458	.000	1	.993

a. Variables especificadas en el paso 1: Sexo, Edad\_dico, Edo\_civil, Perd\_Famil, Inde\_Eco, Aislami\_Soc, VSOC\_AM\_ProbFam, Depre.

\* $p < 0,05$

Fuente: Elaboración propia.

Un 51.7% de personas con resiliencia baja no presentan aislamiento social, sin embargo un 48.3% con resiliencia alta tampoco presenta un aislamiento social

Las variables significativas en la regresión lineal binaria nominal fueron: sexo (0.039), pérdida familiar (0.000), independencia económica (0.000) y problemas familiares (0.021), son significativas pues están dentro del modelo, pues el P-valor de todas ellas está por debajo del nivel de significancia ( $\alpha=0.05$ ).

Con base a los coeficientes del modelo de regresión lineal binario, se infiere que:

- El sexo masculino tienen menos riesgo de presentar resiliencia alta.
- El sexo femenino tiene mayor riesgo de presentar resiliencia alta.
- La pérdida familiar aumenta la resiliencia alta, pues incrementa la incapacidad de sobre ponerse ante un problema de la vida.

- A más independencia económica más resiliencia baja, es decir, hay más capacidad de sobre ponerse ante un problema de la vida.
- A más problemas familiares más resiliencia alta, es decir, hay incapacidad de sobre ponerse ante un problema de la vida.

La asociación de la resiliencia y la variable sexo del adulto mayor tiene asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre los adultos mayores que son hombres o mujeres.

**Tabla 22. Asociación del sexo del adulto mayor con la resiliencia.**

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.169 <sup>a</sup>	1	.013		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	5.708	1	.017		
Razón de verosimilitud	6.297	1	.012		
Prueba exacta de Fisher				.014	.008
Asociación lineal por lineal	6.161	1	.013		
N de casos válidos	35				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 59.14.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la variable resiliencia en la gráfica 5 se muestra las características propias del sexo del adulto mayor. Al considerar la presencia de resiliencia, se encontró que un 1.4% de hombres cuentan con resiliencia alta mientras que un .57% no cuenta con resiliencia aunado a que en el grupo de las mujeres existe un 63% que cuenta con resiliencia alta con un 35% que denoto resiliencia baja.

**Gráfica 5. Resiliencia del adulto mayor con la variable de sexo.**



Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 23 se describe cuantos adultos mayores de los 35 presentaron tener resiliencia así como las edades de los que generaron esta capacidad cognitiva entre la edad de 65 años y 85 años denotando que una mayoría incide a la edad de 66 y 72 años.

**Tabla 23. Tabla cruzada de la edad del adulto mayor con la resiliencia**

Recuento		Resiliencia		Total
		baja	alta	
Edad	65	1	2	3
	66	1	3	4
	67	1	1	2
	68	1	1	2
	70	1	1	2
	71	1	1	2
	72	2	2	4
	73	0	1	1
	74	1	1	2
	75	1	1	2
	77	1	1	2
	78	1	1	2
	79	1	1	2
	80	1	1	2
	83	0	1	1
	85	0	1	1
Total		15	20	35

Fuente: Elaboración propia.

Conocido el porcentaje de observaciones de las edades en que presentan resiliencia. En la tabla 24 se aprecia el resultado de la prueba de  $\chi^2$  donde se reconoce que existe ambos estadísticos se acercan pero no son similares. En consecuencia, al nivel de significación 0,005, también se rechazará la hipótesis nula de independencia ya que entre las variables podría suceder que, para un mismo nivel de significación, el p-valor asociado a uno de estos resultados, fuera menor que el nivel de significación, mientras que el p-valor asociado a la otra prueba fuera mayor, en dicho caso, debería optarse por el más conservador (por el que presente menor p-valor).

**Tabla 24. Pruebas de chi-cuadrado.**

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42.463 <sup>a</sup>	15	.000
Razón de verosimilitud	55.363	15	.000
Asociación lineal por lineal	.208	1	.64
N de casos válidos	35		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9.86.  
Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 6 se describe la edad de los adultos mayores donde se presenta resiliencia baja en las edades de 65 a 85 años, sin embargo en las edades de 69, 77, 80 y 83 se muestra que hay más predisponían a tener resiliencia baja mientras que las edades en la que se presenta mayor resiliencia es a los 65, 66 y 68 años.

**Gráfica 6. Resiliencia con la variable de edad en adultos mayores**



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 25 denota que aunque el adulto mayor no presente pérdidas familiares se encuentra en riesgo de tener baja resiliencia, mientras que el adulto mayor que ha pasado

por alguna pérdida familiar cuenta con las herramientas para tener mayor resiliencia y aceptar lo que está pasando en su presente.

**Tabla 25. Tabla cruzada perdida familiar con resiliencia**

Recuento

		Resiliencia		Total
		baja	alta	
Pérdida Familiar	No	5	3	8
	Si	8	19	27
Total		13	22	35

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 26 se aprecia el resultado de la prueba de  $\chi^2$  donde se muestra que existe al nivel de significación 0,05 donde la pérdida familiar asociado con la resiliencia si tiene un grado de significancia de .056 denotando así que el tener una pérdida familiar puede ayudar a tomar las herramientas cognitivas adecuadas para desarrollar resiliencia.

**Tabla 26. Asociación de pérdida familiar con la variable resiliencia.**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.795 <sup>a</sup>	1	.095		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	2.519	1	.112		
Razón de verosimilitud	2.820	1	.093		
Prueba exacta de Fisher				.107	.056
Asociación lineal por lineal	2.792	1	.095		
N de casos válidos	35				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 78.86.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 27 denota que el adulto mayor con independencia se con mayor probabilidad de generar resiliencia, mientras que el adulto mayor que es dependiente de sus familiares no cuenta con las herramientas para tener mayor resiliencia.

**Tabla 27. Tabla cruzada Independencia económica con resiliencia**

Recuento

		Resiliencia		Total
		baja	Alta	
Independencia Económica	Dependiente	10	4	14
	Independiente	5	16	21
Total		15	20	35

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 28 se describe el resultado de la prueba de  $\chi^2$  donde se muestra que existe al nivel de significación 0,05 donde la independencia económica asociado con la resiliencia si tiene un grado de significancia de .012 mostrando así que el tener una vida activa e independiente puede ayudar a los adultos mayores a desarrollar resiliencia.

**Tabla 28. Asociación de dependencia y resiliencia en adultos mayores**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.481 <sup>a</sup>	1	.019		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	5.152	1	.023		
Razón de verosimilitud	5.485	1	.019		
Prueba exacta de Fisher				.023	.012
Asociación lineal por lineal	5.474	1	.019		
N de casos válidos	35				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 167.57.

c. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Elaboración propia.

## DISCUSIÓN

Esta investigación muestra una frecuencia de síntomas depresivos en los adultos mayores que participaron siendo esta también compartida en la bibliografía, resultados probablemente que se relacionan con los múltiples factores de riesgo presentes en este sector vulnerable. En relación con estos factores, se reitera que la mayor frecuencia es en sexo femenino, con familias disfuncionales y con dependencia económica, entre otros. Una vez establecido los parámetros establecidos para las variables establecidas de los adultos mayores en relación con la depresión, se pueden planear las estrategias orientadas a disminuir el número de complicaciones.

Algunos aspectos como ser mayor de 65 años, vivir solo, tener bajo nivel educativo, una baja puntuación en la calidad de vida, contar con pocos recursos sociales, ser mujer y presentar dependencia para la realización de las actividades cotidianas, pueden aumentar la probabilidad de padecer síntomas depresivos en el adulto mayor esto se relaciona a los grupos de edad del estudio ya que se considera que en edades tempranas los ancianos conservan mejor su validez en el hogar, tienen su protagonismo y son más independientes (Trinidad, et al, 2000).

El riesgo de padecer depresión hallada en este estudio tiene similitud a la encontrada en España en el año 2004 (Campos, 2004); pero un poco inferior a la descrito en México en el 2005 por Bello, Puentes, Medina y Lozano (2005), esto puede deberse a que en el estudio realizado en México se eligieron a personas con edades mayores de 50 años lo cual puede aumentar la prevalencia de esta patología.

Una diferencia en lo encontrado del estudio realizado se debe a que muchos de los estudios en los que se aplica la escala de Yesavage (en su versión original de 30 ítems o en su forma abreviada), están encaminados a muestras poblacionales de servicios del primer nivel de atención, son pequeñas aunado a que solo se aplica ese instrumento sin el reforzamiento de otros que evalúan otras áreas (Raj, 2004). Los hallazgos varían considerablemente dependiendo de la definición del caso, muestreo, metodología y del instrumento elegido.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica señala que 9.1 % de los que contestan la escala de depresión geriátrica (Yesavage) ha padecido un trastorno afectivo alguna vez en la vida; 4.8 % corresponde a episodios de depresión mayor o menor; sin embargo estos datos no son contrastables con nuestra intervención realizada, ya que la Encuesta Nacional se efectuó en población abierta, incluyó pacientes de 18 años de edad

en adelante y la proporción de adultos mayores que participaron participantes mayores de 65 años fue muy pequeña (Medina, 2003).

La variable de edad en la presente investigación coincide con diversos estudios que afirma que la mayor prevalencia de depresión incrementa con la edad (1997); Pattern asegura que a medida que incrementa la edad disminuye la posibilidad de ser diagnosticado.

Un punto importante que se encontró dentro del estudio realizado para detectar depresión leve fue que al analizar grupos mayores de 65 años en función de su estado marital, siempre predominó la mujer como portadora de cuadros depresivos (Santillana, 1999). Las diferencias en los resultados pueden explicarse por variaciones en los patrones psicosociales y culturales de la población. Baster Moro (2011) refleja en sus investigaciones el sexo femenino como el más afectado, porque tienen a su cargo la preparación de los alimentos, la realización de compras para el hogar, atención de la familia (hijos, esposo, nietos) y son quienes más percepción de daño tienen en cuanto a los factores de riesgos psicosociales, lo que coincide con la investigación realizada.

Es importante mencionar que al suceder discapacidad motriz y dependencia se desarrollan en etapas más tempranas de la vida y se asocian más con depresión (Schnittker, 2005). Por otra parte de acuerdo a la intervención que se realiza, las personas que viven solas con personas no cercanas al núcleo familiar (sobrinos, ahijados, etcétera) se deprimen más que quienes cuentan con apoyo familiar más cercano lo cual concuerda con el estudio de Stek (2005) donde refiere esa misma asociación con las características comunes de este sector poblacional.

La dependencia económica y la discapacidad motriz son factores que se asocian con depresión (Gómez, 2004) y están en estrecha relación con las enfermedades crónicas. Se describe que cuando la discapacidad motriz y la dependencia económica suceden en etapas más tempranas de la vida, se asocian más con depresión (Schnittker, 2005).

Con respecto al lugar de residencia del adulto mayor si es propio o no, al igual que lo hallado por algunos autores (Campos, 2004), este estudio encontró que la mayor prevalencia de riesgo de depresión estuvo asociada con que el lugar de residencia fuera de otra persona, esta situación que parece obvia, teniendo en cuenta que la incapacidad de tener un lugar propio para la realización de sus actividades, la condición de dependencia, la pérdida de control, la sensación de vulnerabilidad y el sentimiento de ser una carga para el otro generan malestar y frustración en el adulto mayor.

De acuerdo al nivel de escolaridad descrito por el estudio realizado en los adultos mayores ayudo a un acercamiento acerca de que el bajo nivel de escolaridad, sin duda, puede afectar negativamente a la hora la adecuada búsqueda de soluciones acertadas a los problemas cotidianos, lo que significa que, la frustración de no poder comprender el medio genera depresión en el adulto mayor, que de alguna forma logra adaptarse con dificultades a las exigencias del mundo actual o no logra sus objetivos, muchas veces agravado por su escaso nivel de educación, más acentuado por la discriminación a que fueron sometidos años pasados (Reyes , 2000).

La pérdida familiar y social es un punto importante que caracteriza a las experiencias emocionales de los adultos mayores (Orosa, 2003). Este grupo de población en especial tiene que enfrentarse al duelo de múltiples pérdidas (del cónyuge, los amigos, los familiares), el cambio de estatus laboral, y la poca optimización de las capacidades físicas y de salud. Utilizan cantidades altas de emocional en el duelo así como la resolución y la adaptación a los cambios que provoca la pérdida. En este estudio los adultos mayores pueden vivir en situación de duelo permanente debido a la pérdida sucesiva de personas cercanas.

El aspecto más relevante relacionado con la depresión en los adultos mayores fue la falta de percepción de apoyo afectivo que fue una de las dimensiones evaluadas por el WHOQOL- BREF: aunque el adulto mayor perciba que tiene apoyo social en general, es la debilitación de sus relaciones afectivas, no sentirse apreciado ni querido lo cual conlleva a padecer depresión (Secretaría de Salud, 2008).

La alta presencia de estos casos, que se caracterizan por presentar discapacidad auditiva así como deficiente salud bucal y baja salud digestiva, puede explicarse por las características de la población intervenida, ya que una mayoría parcial presentaba depresivo leve y es, además, consistente con los resultados de otras investigaciones internacionales en muestras poblacionales de este sector (Miljkovitch, 2005).

Lo encontrado respecto a la variable de incontinencia urinaria coincide en que los adultos mayores con esta situación habitualmente no la reportan a su médico o cuidador e incluso la ocultan por vergüenza (Hogan, 2014). Cerca de 70 % de los adultos mayores con incontinencia urinaria se resisten a discutirlo con su médico (Thakar, 2000). Donde el manejo inicial debe incluir modificaciones en el estilo de vida y tratamiento específico para el tipo de incontinencia que padece cada adulto mayor (Viktrup, 2004); así el estudio puede

fortalecerse con bases bibliográficas donde se describe que las simples medidas sanitarias (higiene, dieta, ingesta de líquidos, cuidado de evacuaciones, ejercicios de retención vesical y del piso pélvico) son efectivas para mejorar la incontinencia urinaria en la mayoría de los adultos mayores (Chutka, 2006).

En cuanto a la salud digestiva de acuerdo al 12.2% que se describe en el resultado final del estudio; puede acercarse a asociación de que las afecciones digestivas son muy frecuentes en el adulto mayor, por lo cual su diagnóstico necesita de una evaluación que permita adecuar las bases para una intervención correcta. En función de ello, es necesario individualizar las decisiones, y tener en mente las modificaciones fisiológicas propias del envejecimiento que traen consigo la aparición de trastornos de la ingestión, digestión y absorción de los alimentos. Las pérdidas derivadas del proceso de envejecer afectan en mayor o menor medida a todo el organismo, las posibilidades de que intervendrán otros órganos o sistemas serán más altas (Montero, 2008).

Lo anterior describe importantes coincidencias entre la presente investigación y lo reportado en los estudios internacionales señalados, donde algunos autores establecen que los adultos mayores con un ambiente estable enfoca una categoría equivalente al estilo de la clasificación adulta tradicional (Pierrehumbert, 1996) además se considera que el aislamiento social es una de las características negativas del ambiente (Garrido, 2006), donde la investigación se asocia con resultados chilenos que correlacionado el ambiente negativo y síntomas depresivos (Cova, et al, 2009), así los datos son coherentes desde esa perspectiva.

En el sexo masculino la edad es el factor de riesgo principal del cancer de próstata. Esta enfermedad es rara en hombres menores de 45 años y las probabilidades de padecerla aumentan considerablemente al envejecer. En algunos países, la mayoría de los hombres que tienen cancer de próstata tiene más de 65 años (Estapé, 2010). Dobosy (2007) reporta que el 83 % de cancer de próstata aparece en varones mayores de 64 años, sin embargo, la detección llega a ser poco prevista por parte de este sector poblacional lo cual coincide con el bajo porcentaje de adultos mayores en el estudio que acudió a hacerse la prueba, lo que hace necesario mejores técnicas diagnósticas y a la cultura de prevención incorporada en las generaciones más contemporáneas. Por esta razón las guías de la American Cancer Society recomiendan la prueba de antígeno prostático para una detección precoz.

La edad de las mujeres es el principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama (CM), afectando una de cada 8 mujeres a lo largo de su vida. En la muestra del estudio se reportó que el 26% no realizó esta técnica ni otro estudio; esto concuerda con la edad de las mujeres donde la mitad son mayores de 65 años y 35% mayores de 70 años (Jemal, et al, 2008). En Chile por ejemplo el cancer de mama ocupa la primera causa de muerte asociada a cáncer en mujeres, siendo la mortalidad por cancer de mama entre los 55 y los 84 años superiores a la mortalidad atribuible a enfermedades cardiovasculares (Yancik, et al, 2001). Para el cancer de mama algunas revisiones muestran que menor cantidad de adultos mayores se diagnostican en etapas iniciales. La senescencia celular puede contribuir al crecimiento reducido de tumores, lenta diseminación de neoplasias (Eppenberger, et al, 2002), y menor respuesta a factores antigénicos, esto explicaría el mejor pronóstico de algunos tumores en adultos mayores; por otro lado, la declinación en la respuesta inmune observada con el envejecimiento favorecería el desarrollo de neoplasias debido a la tolerancia inmune.

Los datos citológicos en mujeres dentro del estudio arrojo que el 42.9% no lo ha realizado; los resultados concuerdan con Miller (1993), quien afirma en las Directrices de Gestión del Programa de Detección del Cáncer Cervicouterino en Ginebra que esta entidad se asocia con el número de compañeros sexuales de la mujer. Otros autores señalan la promiscuidad y las infecciones repetidas como factores de riesgo en el carcinoma invasor.

Los resultados del presente estudio se acercan a los resultados obtenidos del WHOQOL-BREF, al igual que diversas investigaciones nacionales (Santelices, et al, 2009) e internacionales que describe que la salud psicológica actúa como factor protector en el desarrollo de la depresión y la sintomatología depresiva, y que la inseguridad constituye un factor de vulnerabilidad.

El aislamiento social en adultos mayores (AM) es un asunto de suma importancia, no sólo por su prevalencia, que se estima entre 7 y 49%, sino porque además afecta la salud y el bienestar de los individuos (Dickens, 2011). Sin embargo no concuerda con el resultado del estudio ya que los adultos mayores participantes no tienen aislamiento social. Estos resultados destacan la alta prevalencia de aislamiento social en adultos mayores mexicanos en comparación con otras poblaciones (Dickens, 2011) y las diferencias de género en los factores asociados con aislamiento social. Los hallazgos ponen en evidencia la necesidad de explorar la perspectiva de los derechohabientes para identificar las barreras y facilitadores para crear un ambiente de integración social.

El miedo es superado en el adulto mayor ya que se vislumbra una persona con proyectos, con un entusiasmo y positivismo, hay mejor manejo del tiempo y se presenta una mayor disposición para disfrutar de los momentos de la vida lo que se relaciona con un nivel educativo y un buen estado de salud, esto no coincide con el estudio ya que por el acercamiento de la muerte los adultos mayores tienden a vivir con miedo en su vida (Zamarrón, 2006).

En la asociación del estado civil con la percepción de la calidad de vida resulto significativa ya que de acuerdo con Álvarez (1996) define el síndrome de la soledad como un "estado psicológico que sucede a consecuencia de pérdidas en el sistema de soporte individual, disminución de la participación de las actividades dentro de la sociedad a la que pertenece y sensación de fracaso en su vida". Es importante la coincidencia en la que se describe que el adulto mayor es capaz de opinar y de mantener actitudes que evidencien su forma de pensar; necesita vivenciar y exteriorizar su concepto de trascendencia, está en su derecho de asistir a actos representativos de sus creencias y es capaz de encontrar un significado a su asistencia.

Otro punto a favor de la investigación es la asociación positiva entre el grado de depresión y la discapacidad auditiva ya que coincide con que las personas con discapacidad están expuestas a: desenlaces desfavorables, una menor participación económica y mayor empobrecimiento (OMS, 2011). En parte ello obedece a los obstáculos que dificultan el acceso a los servicios de la salud, pero también a la educación, el empleo, el transporte, o la información. Los problemas de comunicación pueden tener efectos importantes en la vida cotidiana y generar sensación de soledad, aislamiento y frustración, sobre todo en las personas mayores que padecen pérdida de audición.

De acuerdo a lo encontrado en la asociación de la resiliencia con las variables para las personas en edad avanzada, contar con seguridad económica es fundamental para disfrutar un envejecimiento en condiciones de dignidad e independencia; además de satisfacer las necesidades de los adultos mayores que permite la toma de decisiones y continúen participando activa y significativamente en la vida cotidiana, cumpliendo roles importantes dentro de las familias (CELADE, 2006). Los cambios demográficos y la desigualdad socioeconómica que se viven en el país, así como la adquisición que tienen los ingresos en las edades avanzadas, justifican el estudio de que se aplicó, especialmente en que actualmente concentran un número relevante de personas adultas mayores. Se puede decir de manera general que el grupo presenta situaciones desfavorables en cuanto a sus

fuentes de seguridad económica. Al estudiar las características de las personas que conforman este estudio se puede comprobar que un cúmulo de desventajas está asociado con este posicionamiento por cuanto infiere que los adultos mayores presentan una alta capacidad de afrontar los problemas, lo que conlleva a un “envejecimiento exitoso”.

El estudio mostro que en los hombres hay menor resiliencia sin embargo puede deberse a que en el estudio participaron pocos hombres, ya que la mayoría eran mujeres (Aranibar, 2001) lo cual nos induce a pensar que la salud no debe motivarse por corrientes culturales o por falta del conocimiento acerca de las herramientas que ofrece el centro de salud más cercano.

La resiliencia es aquel factor que puede ayudar en las perdidas no solo familiares, el adulto mayor se puede familiarizar con las técnicas adecuadas cuando en un momento complejo de su vida no cuente con el apoyo necesario (Badilla , 2009).

En un estudio que se publicó en el año 2010, cuyo fin fue comparar el puntaje de resiliencia de adultos con más de 60 años de edad de Suecia (n=422) y Tailandia (n=200), se llegó a la conclusión de que no hubo diferencias significativas entre sus valores (144 para versus 146, respectivamente), sin embargo, la resiliencia de los adultos mayores provenientes de Suecia se asociaba preferentemente a ser mujeres casadas y de mayor a 80 años, mientras que la resiliencia de los tailandeses depende del sexo femenino, ser viudo y la tenencia de hijos (Choowattanapakorn, et al, 2010). En cuanto a los resultados de este estudio desarrollado, se observó que aquellos adultos mayores con alta capacidad de resiliencia son quienes tienen apoyo familiar, son independientes, y se acercan más las mujeres a los servicios de salud. Por consiguiente, se refuerza la idea que para cada cultura existen características que la hacen propia respecto a su manera de afrontar sus problemas, y por tanto, su estudio debe ser extrapolable en función de su contexto en particular.

## CONCLUSIONES

El aumento de factores de riesgo en la vejez, hace que se eleve las prevalencias de depresión, en cohortes de 65 a 85 años de edad. Esto puede ser un condicionante para disminuir capacidad cognitiva con resiliencia lo cual reduce la esperanza de vida, lo que ocasionaría restar años en convivencia familiar, laboral; o quedar con alguna discapacidad.

Se concluye que son múltiples los factores psicosociales que influyen en la depresión del adulto mayor pero los más importantes que predominaron tienen que ver alguna discapacidad o el hecho que no tengan pareja esto trae consigo el agravamiento de los factores psicosociales descritos, por lo que se recomienda realizar una intervención comunitaria que eduque a los adultos mayores a convivir funcionalmente.

Es evidente la necesidad de continuar desarrollando programas para la prevención de la depresión en los adultos mayores. A ello deben sumarse otras medidas que apoyen a la atención integral del adulto mayor y no solamente clínicas. La discapacidad y la depresión origina consecuencias que afectan y afectarán más aún a toda la sociedad y no sólo a la población que actualmente tiene 60 años o más. Por ello debe ser abordada en forma inmediata, desde una perspectiva resiliente con énfasis en la prevención de este síndrome.

De acuerdo a los objetivos propuestos se logró alcanzar la caracterización de los adultos mayores que participaron en el estudio y la aplicación pretest y posttest. Se da un acercamiento y el cruce de variables para los objetivos.

En este sentido, el estudio que se realizó mediante los factores de riesgo para explicar la depresión, ofrece una ilustración del comportamiento del fenómeno. La utilidad de este estudio se basa en los siguientes matices:

- Ayuda explicar la dinámica de la depresión con respecto a los factores de riesgo.
- Sirve como una ilustración del concepto de la depresión, los factores de riesgo y la resiliencia.
- Refleja los aspectos esenciales del fenómeno de la depresión y factores de riesgo de forma simplificada.

Se debe considerar la fragilidad del adulto mayor como un estado de salud representado por una mayor vulnerabilidad a los resultados adversos para la salud frente a factores que lo rodean cada día por lo que es necesario estudiar y fomentar estilos de vida que permitan

mantener una mejor capacidad de resiliencia en este grupo etario para que se convierta en una herramienta potente que se debe trabajar a diario bajo un contexto común, y comparable de acuerdo a sus propias creencias, capacidades, características y costumbres, con el único fin de mejorar su calidad de vida.

La aportación que hace esta tesis mediante la aplicación de las pruebas, es la probabilidad de riesgo para padecer depresión a partir de la intervención de los factores de riesgo; es decir, se calculó el riesgo de desarrollar depresión desde un contexto social el cual hace falta trabajar y mejorar ya que interviene en los adultos mayores. Así mismo, se aporta y se añade a lo que explica la literatura, que la resiliencia es la variable que condiciona la depresión.

## **LIMITACIONES DE LA TESIS**

El estudio tomo variables clínicas, sin embargo en algunas como la incontinencia urinaria puede tener sesgo porque es un tema incómodo aun para los adultos mayores. La importancia de tener cautiva la población también limita al estudio al tratar de repetirlo en otros lugares o instituciones, ya que se deben de controlar los factores dentro de la población a estudiar.

Aun cuando el estudio realizado tuvo un impacto falta más información acerca de la resiliencia aplicada en la depresión en nuestro estado. Faltaría agregar más variables, las cuales permitieran dar mayor claridad y especificidad al tema. Finalmente este trabajo da hincapié para que posteriormente se realicen estudios a mayor profundidad.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Alfaro, A, Acuña, M. (2000). Depresión en la atención primaria en adultos mayores. *Revista de Gerontología y Geriátrica*, 2(3), 18-21.
- Álvarez, E. A. (1996). La amistad en la edad avanzada. *Geriátrica*, 12 (6), 1-51.
- Aoki, N. (2000). Del alumno "La afectividad y el papel de los profesores en el desarrollo de la autonomía". *La Dimensión Afectiva en el Aprendizaje de Idiomas*, 159-172.
- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. CEPAL-ECLAC.
- Azcarate, L., Peinado, R., Blanco, M., et al. (2015). Características de los suicidios consumados en Navarra en función del sexo (2010-2013). *An. Sist. Sanit. Navar*, 1-12.
- Badilla, H. (2009). *Las experiencias de Resiliencia como eje para un Trabajo Social Alternativo*. Costa Rica: Escuela de Trabajo Social.
- Barceló, R, Torrens, F. (2004). La intervención por contacto en la facilitación de grupos. De la no directividad al experiencing. *Actas del IX Foro Internacional del Enfoque Centrado en la Persona*, 99-137.
- Barudy, J. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Baster Moro, J. C. (2011). Atención médico social al adulto mayor en la provincia Holguín. *Rev. Cubana Salud Pública*, 37(3).
- Bellamy, A., Gore, D., et al. (2005). Una exploración de la relevancia de la Inteligencia emocional en alumnos con alta capacidad. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 3(2), 53-78.
- Belló, M., Puentes, E., et al. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Mex*, 47(1), 4-11.
- Berenzon, S. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*, 7.
- Bernard, B. (1991). *Fostering Resiliency in Kids. Prospective Factor in the Family, School and Community*. Regional Educational Laboratory.
- Borda, M., Pérez, M., & Anaya, M. P. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla, Colombia; Prevalencia y factores. *Salud Uninorte*, 29(1), 64-73.
- Borges, G., Wang, P. S., et al. (2007). Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *Public Health*, 97(9), 1638-1643.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.

- Calvo, J. M., Jaramillo, L. E. (2015). Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. *Rev. Fac. Med.*, 471-482.
- Campos, J., Ardanaz, J., Navarro, A. (2004). Depresión en pacientes de edad avanzada. Dos ámbitos: un centro sociosanitario y un programa de soporte domiciliario. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 39(4), 232-239.
- Caraveo, J., Martínez, N., Rivera, B. (1997). Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Salud Ment.*, 20, 15-23.
- Cardozo, G. (2005). Adolescencia. Promoción de salud y resiliencia. Córdoba.
- Castro, M., Ramírez, S. (2006). Factores de riesgo asociado a la depresión del adulto mayor. *Neurocir Psiquiat*, 4(39), 132-137.
- CELADE. (2006). "Seguridad económica en la vejez". Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la Cepal. .
- Choowattanapakorn, T., Aléx, L., Lundman, B., Norberg, A. (2010). Resilience among women and men aged 60 years and over in Sweden and in Thailand. *Nurs health Sci*, 12(3), 329-335.
- Chutka, D., Fleming, K. C., Evans, M. P. (2006). Urinary incontinence in the elderly population. *Mayo Clin Proc*(71), 93-101.
- Córdoba Andrade, L., Enciso Luna, J. E. (2016). CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES: REFLEXIONES SOBRE EL CONTEXTO COLOMBIANO DESDE EL MODELO DE SCHALOCK Y VERDUGO. *Comunidad y Salud*, 33-41.
- Cova, F., Rincón, P., Melipillán, R. (2009). Reflexión, rumiación negativa y desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes de sexo femenino. *Terapia Psicológica*, 27, 155-160.
- Cyrułnik, B. (2001). La maravilla del dolor: el sentido de la resiliencia. *Granica*.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10 (85), 1-17.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada, J. (2004). World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21), 2581-2590.
- Depp, C., Jeste, D. (2006). Definitions and Predictors of Successful Aging: A Comprehensive Review of Larger Quantitative Studies. *Am J Geriatr Psychiatry*, 14(1).
- Dickens, A., Richards, S., Greaves, C. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *Public Health*.

- Dobosy, J. R., Roberts, J. L., Jarrad, D. F. (2007). The expanding in the Development, diagnosis and treatment of prostate cancer and benign prostatic hiperplasia. *J Urol.*, 177(3), 822-31.
- Durkheim, E. (1897). *El Suicidio*. AKAL.
- Eppenberge, C., Castori, S., Moore, D. H. (2002). Age-associated biomarker profiles of human breast cancer. *Int J Biochem Cell Biol*, 1318-30.
- Etapé, J., Gran, J. J. (2010). *Diagnóstico de extensión y estratificación terapéuticos diversos tumores sólidos*. Elsevier, 116.
- Feighner, J., Boyer, W. (1991). *The diagnosis of depression*. EUA.
- Fernández, A., Oviedo, E. (2010). *Salud Electrónica en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Fernández, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicología*. Buenos Aires: Paidós.
- García, J. (2005). "Aprendizaje en grupo y desarrollo de la autonomía individual en la formación de futuros profesores de lengua extranjera". *Porta Linguarum*, 4, 109-120.
- García González, D., González Aria, V. I. (2014). Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 208-216.
- García, C., Juárez, T., Gallegos, K. (2001). Depresión en el anciano: una perspectiva general. *Secretaría de Salud*, 5(3). Obtenido de <http://salud.edomexico.gob.mx/html/Medica/SALUD%20DEL%20ADULTO%20MA YOR.%20DEPRESION%20EN%20LA.PDF>
- García, R., Ramos, A. (2014). *La Sagrada Biblia de Mons. Straubinger Revisada*. Chihuahua, México.
- Gardiner, M. (1994). El icono dañado: una imagen para nuestro tiempo. *La infancia en el mundo.*, 5(3).
- Garnezy, N. (1994). Reflections and commentary on risk, resilience, and development, In R.J. Haggerty, L.R. Sherrod, N. (C. U. Press, Ed.) *Interventions*.
- Garrido, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 493-507.
- Gasparini, L., Alejo, J., Haimovich, F., Olivieri, S. (2007). Poverty among the elderly in Latin America and the Caribbean. CEDLAS.
- Goldfried, M., Davison, G. (2001). *Técnicas terapéuticas conductistas (Vol. 1)*. Buenos Aires.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter*.

- Gómez, C., Bohórquez, A., Pinto, D. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Publica*, 16(6), 378-386.
- González, M., Gil, P., Carrasco, I., García, S. (2010). *Depresión. un enfoque gerontológico. nuevos enfoques de la gerontología para los comienzos del siglo XXI*. España: La casa del libro.
- Greeno, J. G. (1980). Trends in the theory of knowledge for problem solving. *Problem solving and education. Issues in teaching and research*. .
- Ham Chande, R. (2003). Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población. *El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas*, 1, 43-54.
- Hogan, D. B. (2014). Revisiting the O complex: urinary incontinence, delirium and polypharmacy in elderly patients. *Can Med Assoc*, 157(8), 1071-1077.
- INEGI. (2012). *Estadísticas de Mortalidad*. Consulta interactiva de datos, México.
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E. (2008). *Cancer Statistics*. *CA Cancer J Clin*(58), 71-96.
- La Parra, D., Álvarez, C. (2014). Relación entre crisis económica y salud: ¿lo relevante son las políticas de austeridad? *Salud Colectiva*, 1-3.
- López, J., Aliño, I., Valdé, M. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 1995. España: American Psychiatric Association de Washington.
- M Lazcano Ortiz, S. P. (2015). Nivel de depresión en el AM. *Revistas y Boletines Científicos UAEH*, 1-8.
- Manciaux, M. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Gedisa.
- Martín, E., Romero, L., Navarro, J. L. (2015). El paciente anciano: Demografía, epidemiología y utilización de recursos. *Tratado de geriatría para residentes*, 33-47. Obtenido de <https://www.segg.es/tratadogeriatría/main.html>
- Medina, E. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. . *Encuesta Nacional Epidemiológica Psiquiátrica en México*. , 24(4), 3-16.
- Melillo, A. (2004). Resiliencia náalisis: ayer y hoy. (E. A. Graduados., Ed.) *Revista Psicoa*.
- Méndez, F. X., Olivares, J., Moreno, P. (2001). *Técnicas de reestructuración cognitiva*.
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A. (2005). Assessing attachment cognitions and their associations with depression in youth with eating or drug misuse disorders. *Substance Use y Misuse*, 40, 605-623.
- Miller, A. B. (1993). *Programas de detección del cáncer cérvico uterino*. Directrices de Gestión. Ginebra.
- Mitjans, M. (2012). La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Esp Psiquiatria*, 14.

- Montero, N., Rivera, J. M. (2008). Manifestaciones digestivas en el anciano. Obtenido de <http://www.sepd.es/uploads/biblioteca/105/47.pdf>
- Morales, C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Rev Cubana Salud Pública*, 1-3.
- Muñiz, M., Santos, H., Kotliarenco, M. A. (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Washington, d.c.
- OMS. (1990). Clasificación internacional de enfermedades, CIE 10. Médica Panamericana.
- OMS. (2011). ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública?. Obtenido de [www.who.int/features/qa/42/es/index.html](http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html)
- OMS. (2017). Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- OPS. (2017). Día Mundial de la Salud 2017: Depresión, hablemos.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU. (2014). La Situación Demográfica. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población.
- Orosa, F. T. (2003). La tercera edad y la familia: una mirada desde el adulto mayor.: Editorial. La Habana, 67-93.
- Ortiz, G. G., Arias, E. D., Merino, E. D., et al. (2012). Prevalence of Cognitive Impairment and Depression among a Population Aged over 60 Years in the Metropolitan Area of Guadalajara, Mexico. *Current Gerontology and Geriatrics Research*.
- Otero, J. R. (2009). Qué-por qué-para qué-cómo. Aprendizaje Cooperativo. Propuesta para la Implantación de una Estructura de Cooperación en el Aula. Laboratorio de Innovación educativa. Obtenido de <http://www.jrotero.org/files/file/LABDGAC.pdf>
- Palacio, J., Londoño, N. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, 10.
- Palloni, A., Sánchez, M., Dávila, A. (2003). La Salud de los Adultos de Edad Mayor en Puerto Rico. Obtenido de <http://prehco.rcm.upr.edu/docs/Inform1.pdf>
- Palmer, N. (1997). "Resilience in Adult Children of Alcoholics. A Nonpathological Approach to Social Work Practice". *Health and Social Work*, 1-22.
- Pando, M., Moreno, M., Aranda, C. (2001). Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 36(3), 140-144.
- Peña, D. M., Herazo, M. I. (2009). Depresión en ancianos. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 57(4), 347-355.
- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A. (1996). Les modèles de relations: Développement d'un autoquestionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de L'Enfant*, 1, 161-206.

- Plata, Z. (2013). Resiliencia, autoestima y autoeficacia como predictoras del rendimiento escolar en educación básica. Resiliencia, autoestima y autoeficacia como predictoras del rendimiento escolar en educación básica. México, México: Tesis de Maestría no publicada.
- Polya, G. (1945). How to solve it. Princeton: Princeton University Press.
- Raj, A. (2004). Depression in the elderly. Postgrad Med, 115(6), 26-42.
- Reyes, W. (2000). El suicidio: un tema complejo e íntimo. La Habana, 96-97.
- Roca, M. (1999). Trastornos del humor. Sociedad española de psiquiatría.
- Rodríguez Blanco , L., Sotolongo Arró, G. (2013). Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra". Revista Cubana de Medicina General Integral., 1-12.
- Rogers, C. (1966). Psicoterapia centrada en el cliente. Buenos Aires: Paidós.
- Rojtenberg, S. (2006). Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas. Capítulo 1 depresión: su impacto en la humanidad, el concepto de la carga global . Buenos Aires : Polemos .
- Ruíz, D., Zegbe, J., Sánchez, F., Castañeda, M. (2014). Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. Revistade Educación y Desarrollo, 3(6), 73-78.
- Rutter, M. (1993). La "Resiliencia": Consideraciones Conceptuales. (S. o. Medicine, Ed.) Journal of adolescent Health., 14(8).
- Salaberría, K., Echeburúa, E. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social en A.M.
- Salud, I. N. (2013). Depresión. Institutos Nacionales de la Salud, 31.
- Sánchez, A. (2013). Diagnóstico, prevención y tratamiento de la hipovitaminosis D. Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo, 17.
- Sanchez, F. M., Castañeda, M. S. (2014). Depresión en adultos mayores atendidos en. Revista de Educación y Desarrollo, 73-78.
- Santelices, M., Garrido, L., Fuentes, M. (2009). Estudio de los estilos de apego adulto en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Universitas Psychologica, 8, 413-422.
- Santillana, S. P., Moctezuma, L. E. (1999). Depresión en población adulta mayor. Rev Med IMSS, 37(2), 111-115.
- Sarason, I., Sarason, B. (2000). Psicología anormal . México: Trillas.
- Schnittker, J. (2005). Chronic illness and depressive symptoms in late life. Soc Sci Med, 60(1), 13-23.

- Secretaría de Salud. (2008). Mortalidad, información tabular. México: Sistema Nacional de Información en Salud.
- Secretaría de Salud. (2011). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. México.
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2017). Estadísticas en Hidalgo.
- Slone, L. B., Norris, F. H., Murphy, A. D., et al. (2006). Epidemiology of major depression in four cities in Mexico. *Depress Anxiety*, 23(3), 158-167.
- SSA. (1984). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.
- Stek, M. L., Vinkers, D. J. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *J Psychiatry*, 162(1), 178-180.
- Suarez, E. N. (1998). "Resilience" o Capacidad de sobreponerse a la adversidad. Washington, D.C.: Consultor Regional en SMI.
- Szarazgat, D., Glaz, C. (2006). Resiliencia y aprendizaje en sectores populares. *Revista Iberoamericana de Educación*, 40, 1-6.
- Thakar, R., Stanton, S. (2000). Management of urinary incontinence in women. *BMJ*, 1326-1331.
- Trinidad, M., Valenzuela, A. E., Marín, P. (2000). Depresión el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad como instrumento de tamizaje de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Rev. Med Chile*, 128 (11), 190-96.
- Vaneska, C. (2015). CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD. Universidad Católica Boliviana "San Pablo", 152-182.
- Viktrup, L., Summers, K. H., Dennett, S. L. (2004). Clinical practice guidelines for the initial management of urinary incontinence in women: an European-focused review. *BJU International*, 94(1), 14-22.
- Vos, T., Allen, C. (2016). Global, regional and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries for the global Burden of Disease. *Lancet*, 1545-602.
- Wagner, F., González, C. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1), 3-11.
- Walter, S., Duncan, D. (1967). Estimation of the probability of an event as a function of several variables. *Biometrika*, 54, 167-79.
- Watzlawick, P. (1995). Cambio Formación y Solución de Problemas Humanos (Colección biblioteca de Psicología ed.). Heder 9º.
- Werner, E. (1992). Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood. Cornell University Press.

- Yancik, R., Wesley, M. N., Ries , L. A. (2001). Effect of age and comorbidity in postmenopausal breast cancer patients aged 55 years and older. *JAMA*, 285, 885-92.
- Zaccagnini, J. L., J. L. (2004). *Qué es inteligencia emocional*. . Madrid: Biblioteca Nueva.
- Zamarrón, C., Dolores, M. (2006). El bienestar subjetivo en la vejez. *Portal de Mayores*, 52, 1-19.
- Zarragoitía, I. (2010). *Depresión generalidades y particularidades*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Zoghi, M., Nezhad, H. (2012). "Reflections on the what of learner autonomy". *International Journal of English Linguistics*, 2(3), 22-26.
- Zúñiga, E., Vega, D. (2004). *Envejecimiento de la población de México, reto del siglo XXI*. Consejo Nacional de Población.

# ANEXOS

## Anexo 1.1 Dictamen del comité de ética en investigación



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
Instituto de Ciencias de la Salud  
*School of Health Sciences*

Coordinación de Investigación  
*Department of Research*

Pachuca de Soto, Hidalgo a 9 de enero del 2019  
CorInv/209/2019

**DR. DAVID LOPEZ ROMERO**  
**INVESTIGADOR ADSCRITO**  
**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.  
**APROBACIÓN.**

**Título del Proyecto:**  
**INTERVENCIÓN CON ENFOQUE RESILIENTE PARA DEPRESIÓN LEVE Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE ZAPOTLÁN DE JUÁREZ, HIDALGO**  
**Código asignado por el Comité: CEEI-000010-2019**

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

	Nº y/o Fecha Versión	Decisión
PROTOCOLO	Primero	<b>Aprobado</b>
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Primero	<b>Aprobado</b>

Este protocolo tiene vigencia de Enero del 2019 a Enero del 2021.  
En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte de progreso al menos 30 días antes de la fecha de término de su vigencia.

Atentamente

  
**M.C. Esp. Adrián Moya Escalera**  
**Presidente del Comité**

Cep. Minutario



Circuito Ex Hacienda La Concepción S/N  
Carretera Pachuca Actopan  
San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México; C.P. 42160  
Teléfono: 52 (771) 71 720-00 Ext.5104, 5118 y 4313  
psicologia@uaeh.edu.mx

[www.uaeh.edu.mx](http://www.uaeh.edu.mx)

## Anexo 1.2 Carta de aceptación para la aplicación del proyecto



DIF MUNICIPAL ZAPOTLÁN DE JUÁREZ, HGO. 2016 -2020

Zapotlán de Juárez Hgo; A 27 De Noviembre de 2018

**DR. DAVID LOPEZ ROMERO  
DIRECTOR DE TESIS  
PRESENTE.**

La que suscribe Lic. Nadia Islas Cruz, presidenta del Sistema DIF Municipal de Zapotlán de Juárez, acepta a la L.G. Carolina Hernández Serrano, para realizar su intervención en esta institución a partir del 15 de octubre de 2018 hasta el 15 de enero de 2019.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para brindarle un cordial saludo.



**ATENTAMENTE**



2016-2019

**LIC. NADIA ISLAS CRUZ  
PRESIDENTA DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL  
DE ZAPOTLÁN DE JUÁREZ, HGO.**

AV. EMILIO CARRANZA S/N ESC. ACUQUELES SERÉN COL. EMILIANO ZAPATA C.P. 42190 ZAPOTLÁN DE JUÁREZ, HGO.



## Anexo 1.3 Carta de consentimiento informado



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo  
Instituto de Ciencias de la Salud  
Área Académica de Medicina  
Maestría en Salud Pública

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

---

INTERVENCIÓN CON ENFOQUE RESILIENTE PARA PREVENIR DEPRESIÓN LEVE Y MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA ASISTIDOS EN LA CASA DE DÍA EN LA CABECERA MUNICIPAL DE ZAPOTLÁN DE JUÁREZ, HIDALGO

Estimado(a) Señor/Señora:

La maestría de salud Pública de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo está realizando un proyecto de cuyo objetivo es evaluar el efecto de una intervención resiliente para la prevención de la depresión leve y mejora de la calidad de vida en adultos mayores que se acuden a la casa de día, ubicada en la cabecera municipal de Zapotlán de Juárez, Hidalgo; con esto lograr reforzar la respuesta emocional de los adultos que participen en el estudio.

Si Usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

Se realizaran talleres así como actividades para obtención de información como por ejemplo:

- Explicación de la palabra “Resiliencia”: Capacidad humana de enfrentar, sobreponerse, y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad.
- Actividades sociales diarias y apoyo familiar.
- Cuestiones generales acerca de su estado de salud.
- Sesiones resilientes así como la entrega de material informativo durante el transcurso de las 12 sesiones que se impartirán en la casa de día, ubicada en la cabecera municipal de Zapotlán de Juárez, Hidalgo con una duración de 1:30 horas, una sesión por semana durante un periodo de tres meses.
- Evaluación continúa durante el transcurso del estudio, para conocer el nivel de conocimiento que se desarrolle durante la intervención.

Lo anterior será evaluado por medio de las escalas pertinentes y cuestionarios con el fin de comparar los cambios que se desarrollaron así como el efecto favorable de la intervención resiliente.

Al participar en el estudio, usted tendrá beneficios como la valoración psicológica, social y familiar y también estará colaborando a favor de la salud integral en los adultos dentro de la salud pública.

Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por la investigadora del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos puede usted tener malestar cuando se hable o se exponga un tema, sin embargo no es algún tipo de ataque a su persona. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no responderla. En el remoto caso de que ocurriera algún daño como resultado de la investigación se cuenta con respaldo profesional en la institución para tratarlo. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en esta institución que brinda actividades recreativas.

Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el/la investigador/a) responsable del proyecto: Licenciada en Gerontología Carolina Hernández Serrano al siguiente número de teléfono (044) 771 208 41 40 en un horario de 8:00 am a 12:00 pm.

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

*Declaro haber comprendido y comprendido todos los puntos en la carta y me comprometo a participar en el proyecto.*

**¡Muchas gracias por tu apoyo y participación!**

---

Nombre y firma del adulto

Testigo 1

Testigo 2

---

Nombre y firma

---

Nombre y firma

L. G. Carolina Hernández Serrano  
Maestría en Salud Pública UAEH

Dr. en Antrop. David López Romero  
Director de Proyecto en Producto Terminal  
Profesor Investigador de tiempo completo. Área académica de gerontología.

---

Pachuca de Soto, Hgo, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2018

## Anexo 1.4 Formato de recolección de datos

<b>Formato de Recolección de Datos</b>	
<p>Primer Nivel: Para aplicarse a personas con más de 65 años o con riesgos especiales, por profesionales con conocimientos en gerontología.</p>	<p>Fecha: _____            Hora de inicio: _____            Hora de terminación: _____            Folio _____</p>
<p><b>I-Identificación del perfil del paciente</b>            Nombre Completo <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>A. Número de expediente _____            B. Género: 1.- Hombre                      2.- Mujer            _____            C. Edad ____ años            D. Peso _____ kg            E. Talla _____            F. Ocupaciones _____            G. Teléfono _____            H. Jubilado:                      1) SI                      2) NO            I. ¿Cuándo? _____            J. ¿Cuál es su ingreso mensual? _____            K. ¿Qué nivel de independencia económica tiene? ____                1. Independiente                2. Parcialmente independiente                3. Dependiente            L. En caso de ser dependiente ¿De quién es?            _____                1. Pareja                2. Padres                3. Hijos                4. Hermanos                5. Otros familiares                6. Otros _____            M. ¿Con quién vive? _____                1. Pareja                2. Padres                3. Hijos                4. Hermanos                5. Otros familiares                6. Otros _____            N. ¿De quién es el lugar donde vive? ____                1- Propio                2- De alguien mas _____            O. El paciente sufre de aislamiento social ____                1. No                2. Si</p>	<p>8.- ¿Usted se ocupa de cuidar a alguien?            _____                1. No                2. Si                3. No sabe/No se acuerda            a. ¿A quién?            _____</p> <p>9.- ¿Tiene Problemas con su memoria?            _____                1. No                2. Si            A) ¿Cuáles?            _____</p> <p>Aplicar pruebas Cognoscitivas</p> <p>10.- ¿Esta triste? _____                1. No                2. Si            a) ¿Por qué?            Aplicar escala GDS</p> <p>11.- ¿Tiene miedo? _____                1. No                2. Si</p> <p>12.- ¿Ha tenido pérdidas? _____                1. No                2. Si                3. ¿Cuáles?            _____</p> <p>13.- ¿Qué tal come? _____                1. Bien                2. Mal            Aplicar escala de riesgo de desnutrición</p> <p>14.- ¿Qué tal duerme? _____                1. Bien                2. Mal</p> <p>15.- ¿Tiene problemas para ver bien? ____                1. No                2. Si</p> <p>16.- ¿Tiene problemas auditivos? 1.- No    2.- Si            _____</p>

<p>P. Acciones ante esta situación:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>17.- ¿Tiene problemas bucales? 1.- No 2.- Si</p> <p>_____</p>
<p>III. Evaluación del paciente</p> <p>4.- Tiene problemas familiares 1.- No 2.- Si</p> <p>_____</p> <p>a) ¿Cuáles? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>18.- ¿Ha tenido problemas con las vías urinarias? _____</p> <p>1. No</p> <p>2. Si</p> <p>3. Incontinencia</p> <p>4. Otros</p> <p>19.- ¿Tiene problema en el aparato digestivo? _____</p> <p>1. No</p> <p>2. Si</p> <p>a) Cuales _____</p> <p>_____</p>
<p>5.- ¿Qué cosas ya no es capaz de hacer?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>IV. Vacunas y pruebas</p> <p>20.- Vacunas 1.- No 2.- Si _____</p> <p>a) Cuales _____</p> <p>_____</p>
<p>Aplicar escala de funcionalidad</p> <p>6.- Tiene dificultades para caminar 1.- No 2.- Si</p> <p>_____</p> <p>a) Se ha caído últimamente 1. No 2.- Si</p>	<p>21.- Exploración mamaria 1.- No 2.- Si</p> <p>_____</p> <p>22.- Citología 1.- No 2.- Si</p> <p>_____</p> <p>23.- Antígeno Prostático 1.- Bien 2.- Elevado</p> <p>_____</p>
<p>Aplicar escala de Tinetti</p> <p>7.- ¿Necesita que alguien lo cuide? 1.- No 2.- Si _____</p> <p>a) ¿Cómo?</p> <p>b) ¿Alguien cuida de usted? _____</p> <p>1. No</p> <p>2. Si</p> <p>3. No sabe/ No se acuerda</p> <p>c) ¿Quién</p> <p>5. Incontinencia</p> <p>6. Otros</p>	<p>Riesgos identificados</p> <p>24.-Diabetes mellitus 32.- Depriv. Sensorial</p> <p>25.- Cardiovasculares 33.-</p> <p>Polifarmacia</p> <p>26.-Cerebrovasculares 34.-</p> <p>Abatimiento Func.</p> <p>27.- Cancer 35.-</p> <p>Intitucionalizacion</p> <p>28.- Pulmonares 36.-</p> <p>Hospitalizaciones</p> <p>29.- Demencia 37.- Caídas</p> <p>30.- Depresión 38.- Otros</p> <p>31.- Aislamiento</p>
<p>19.- ¿Tiene problema en el aparato digestivo? _____</p> <p>3. No</p> <p>4. Si</p> <p>b) Cuales _____</p>	<p>V Acciones recomendadas _____</p> <p>VI Revaloración en: 3 meses 6 meses 9 meses</p>

**Anexo 1.5 Escala de depresión de YESAVAGE (GDS Versión reducida)**

		<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
1	¿ESTA SATISFECHO/A CON SU VIDA?	0	1
2	¿HA RENUNCIADO A MUCHAS ACTIVIDADES?	1	0
3	¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACÍA?	1	0
4	¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO/A?	1	0
5	¿TIENE A MENUDO BUEN ÁNIMO?	0	1
6	¿TEME QUE ALGO MALO LE PASE?	1	0
7	¿SE SIENTE FELIZ MUCHAS VECES?	0	1
8	¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO/A?	1	0
9	¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR?	1	0
10	¿CREE TENER MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE?	1	0
11	¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR?	0	1
12	¿LE CUESTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS?	1	0
13	¿SE SIENTE LLENO/A DE ENERGÍA?	0	1
14	¿SIENTE QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERADA?	1	0
15	¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED?	1	0
PUNTUACION TOTAL _____			

## Anexo 1.6 Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

### Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....  
Ocupación ..... Educación:.....Fecha:.....

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

#### **1. Tristeza**

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

#### **2. Pesimismo**

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

#### **3. Fracaso**

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

#### **4. Pérdida de Placer**

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

#### **5. Sentimientos de Culpa**

- 0 No me siento particularmente culpable.
  - 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
-

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

**6. Sentimientos de Castigo**

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

**7. Disconformidad con uno mismo.**

- 0 Siento acerca de mí mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

**8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

**10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

**11 Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

**12 Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

## Anexo 1.7 Cuestionario WHOQOL-BREF

### Cuestionario WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valores sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas					
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5

9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.					
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas					
		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5

17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
	La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?					
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

## Anexo 1.8 Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)



### ESCALA DE RESILIENCIA MEXICANA (RESI-M)

*Instrucciones:* A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Por favor indique con una X en el recuadro de la derecha, la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. No deje de contestar ninguna de ellas. Sus respuestas son confidenciales. Muchas gracias por su colaboración.

Sexo:

Edad:

Escolaridad:

Item	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.- Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos. 2.- Sé dónde buscar ayuda. 3.- Soy una persona fuerte. 4.- Sé muy bien lo que quiero. 5.- Tengo el control de mi vida. 6.- Me gustan los retos. 7.- Me esfuerzo por alcanzar mis metas. 8.- Estoy orgulloso de mis logros. 9.- Sé que tengo habilidades. 10.- Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles. 11.- Creo que voy a tener éxito. 12.- Sé cómo lograr mis objetivos. 13.- Pase lo que pase siempre encontraré una solución. 14.- Mi futuro pinta bien. 15.- Sé que puedo resolver mis problemas personales. 16.- Estoy satisfecho conmigo mismo. 17.- Tengo planes realistas para el futuro. 18.- Confío en mis decisiones. 19.- Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores. 20.- Me siento cómodo con otras personas. 21.- Me es fácil establecer contacto con nuevas personas. 22.- Me es fácil hacer nuevos amigos.				

(Continúa)

ANEXO (CONTINUACIÓN)  
ESCALA DE RESILIENCIA MEXICANA (RESI-M)

Item	Totalmente en desa- cuerdo	En desa- cuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<p>23.- Es fácil para mí tener un buen tema de conversación.</p> <p>24.- Fácilmente me adapto a situaciones nuevas.</p> <p>25.- Es fácil para mí hacer reír a otras personas.</p> <p>26.- Disfruto de estar con otras personas.</p> <p>27.- Sé cómo comenzar una conversación.</p> <p>28.- Tengo una buena relación con mi familia.</p> <p>29.- Disfruto de estar con mi familia.</p> <p>30.- En nuestra familia somos leales entre nosotros.</p> <p>31.- En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos.</p> <p>32.- Aun en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro.</p> <p>33.- En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida.</p> <p>34.- Tengo algunos amigos / familiares que realmente se preocupan por mí.</p> <p>35.- Tengo algunos amigos / familiares que me apoyan.</p> <p>36.- Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito.</p> <p>37.- Tengo algunos amigos / familiares que me alientan.</p> <p>38.- Tengo algunos amigos / familiares que valoran mis habilidades</p> <p>39.- Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil.</p> <p>40.- Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles.</p> <p>41.- Prefiero planear mis actividades.</p> <p>42.- Trabajo mejor cuando tengo metas.</p> <p>43.- Soy bueno para organizar mi tiempo.</p>				

## Anexo 1.9 Cronograma de Actividades

Actividades	Duración de la investigación																									
	2017							2018												2019						
	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J
	u	u	g	e	c	o	v	e	e	a	r	a	u	u	g	e	c	o	v	e	e	a	r	a	u	u
Delimitación del tema de investigación	x	x																								
Revisión Bibliográfica			x	x																						
Planteamiento del problema					x																					
Desarrollo del marco teórico						x	x																			
Objetivos y diseño del estudio								x																		
Correcciones del proyecto									x	x	x															
Búsqueda de instrumentos												x	x													
Piloto de la intervención																										
Análisis del estudio piloto													x	x												
Construcción de base de datos															x											
Solicitud de permisos															x	x										
Selección de adultos mayores																	x									
Evaluación inicial de adultos mayores																x										
Taller resiliente. Definición de resiliencia.																	x									
Taller resiliente. Concepto de autoconocimiento																	x									
Taller resiliente. Diferencia entre emoción resiliente y emoción negativa.																		x								
Taller resiliente. Tipo de relaciones tóxicas.																			x							
Taller resiliente. Comunicación asertiva.																				x						
Taller resiliente. Influencia de la resiliencia para el cumplimiento de logros personales																					x					
Taller resiliente. Métodos resilientes.																						x				
Taller resiliente. Reacción a eventos difíciles.																										x



## Anexo 1.10 Código

The screenshot shows the IBM SPSS Statistics Editor interface. The title bar reads "Sintaxis2019.sps - IBM SPSS Statistics Editor de sintaxis". The menu bar includes "Archivo", "Editar", "Ver", "Datos", "Transformar", "Analizar", "Gráficos", "Utilidades", "Ejecutar", "Herramientas", "Ampliaciones", "Ventana", and "Ayuda". The toolbar contains various icons for file operations, navigation, and execution. The main window displays the following syntax code:

```
1 DATASET ACTIVATE Conjunto_de_datos1.
2 CROSSTABS
3   /TABLES=Sexo BY RESI
4   /FORMAT=AVALUE TABLES
5   /STATISTICS=CHISQ
6   /CELLS=COUNT
7   /COUNT ROUND CELL
8   /BARCHART.
9
10 CROSSTABS
11   /TABLES=Edad BY RESI
12   /FORMAT=AVALUE TABLES
13   /STATISTICS=CHISQ
14   /CELLS=COUNT
15   /COUNT ROUND CELL
16   /BARCHART.
17
18 CROSSTABS
19   /TABLES=Perd_Famil BY RESI
20   /FORMAT=AVALUE TABLES
21   /STATISTICS=CHISQ
22   /CELLS=COUNT
23   /COUNT ROUND CELL
24   /BARCHART.
25
26 CROSSTABS
27   /TABLES=Inde_Eco BY RESI
28   /FORMAT=AVALUE TABLES
29   /STATISTICS=CHISQ
30   /CELLS=COUNT
31   /COUNT ROUND CELL
32   /BARCHART.
33
```