



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE GERONTOLOGÍA

TESIS

La resiliencia como factor de prevención de la
depresión en pacientes adultos mayores de la Casa de
Descanso VITA

Para obtener el título de

Licenciado(a) en Gerontología

PRESENTA:

Yuly Stefany López Cruz

Director(a)

Mtra. Bertha Maribel Pimentel Pérez

Codirector(a)

Dra. María del Refugio Acuña Gurrola

San Agustín Tlaxiaca, Hgo., México, Mayo 2026



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud

School of Medical Sciences

Área Académica de Gerontología

13 de mayo de 2026

ICSA. Ger.130/2026

Asunto: Autorización de Impresión

MTRA. OJUKY DEL ROCÍO ISLAS MALDONADO
DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR DE LA UA EH

Con fundamento en el Título Cuarto, Capítulo I, Artículos 37 y 40 del Reglamento de Titulación, le informo que el Jurado de Examen Recepcional asignado a la pasante de la Licenciatura en Gerontología Yuly Stefany López Cruz, con número de cuenta 441071, después de revisar conjuntamente el documento del trabajo de tesis denominado: **"La resiliencia como factor de prevención de la depresión en pacientes adultos mayores de la casa de descanso VITA"**, ha decidido expedir la:

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

A continuación, se anotan las firmas de conformidad de los integrantes del Jurado:

Presidente: Dra. Lydia López Pontigo

Secretario: Dra. María del Refugio Acuña Gurrola

Vocal: Mtra. Bertha Maribel Pimentel Pérez

Suplente: Mtro. José Alfredo Méndez Díaz

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

MC. JOSÉ ANTONIO HERNÁNDEZ VERA
DIRECTOR DEL ICSa

MTRO. JOSÉ JESÚS SERRANO RUIZ
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE GERONTOLOGÍA

"Amor, Orden y Progreso"



Circuito ex-Hacienda la Concepción s/n Carretera Pachuca
Actopan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P.42171
Teléfono: 52(771)7172000 Ext. 41522
gerontologia@uaeh.edu.mx

uaeh.edu.mx

Dedicatoria

"Dedico esta tesis a Dios, a mi madre y abuela,
por darme la fuerza y la sabiduría para alcanzar mis
metas"

Agradecimientos

La vida es un instante lleno de momentos y emociones que marcan nuestro existir, cada palabra es una esperanza de un nuevo comienzo, Gracias a Dios, porque su luz guio cada paso de este camino, por permitirme concluir esta etapa de licenciatura y poder realizar esta investigación, quisiera expresar mi más profundo agradecimiento a mi director de tesis, Mtra. Bertha Maribel Pimentel Pérez y Codirectora de tesis, Dra. María del Refugio Acuña Gurrola, por su invaluable orientación, paciencia y conocimiento. Su apoyo constante y consejos expertos fueron cruciales en cada etapa de esta investigación.

Gracias a mi madre, abuela y hermanos que siempre estuvieron ahí resaltando los objetivos de este gran logro, por siempre estar apoyándome y motivándome para no desistir.

Todos aquellos amigos que estuvieron en el proceso de esta investigación gracias por su apoyo emocional y momentos de alivio durante los tiempos estresantes, el desarrollo de mi tesis debo resaltar que no fue fácil pero lo logramos disfrute de cada momento de investigación, proceso y proyectos realizados dentro de esta.

Índice

Resumen.....	1
Introducción	3
Capítulo I. Marco teórico conceptual	5
Estado del arte.....	5
Marco teórico conceptual/categorial.....	11
<i>Gerontología</i>	11
<i>Adulto Mayor</i>	13
<i>Persona mayor</i>	14
<i>Vejez</i>	15
<i>Envejecimiento</i>	17
Envejecimiento saludable.....	19
Envejecimiento activo.....	21
<i>Curso de vida</i>	22
Depresión.....	24
Perfil Salud-enfermedad de la población adulta mayor	25
¿Qué es la depresión?	26
<i>Depresión en la vejez</i>	28
<i>Tipos de depresión en la persona mayor</i>	29
<i>Bienestar emocional en la vejez</i>	31
<i>Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale)</i>	33
Resiliencia.....	34
<i>Factores protectores de la resiliencia</i>	38
<i>Resiliencia en la vejez</i>	42
<i>Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)</i>	43
Descubriendo a la psicología positiva	44
<i>Fortalezas de Seligman</i>	45
<i>Modelo de Grotberg</i>	46
<i>Percepción en la psicología positiva</i>	48
Capítulo II Marco Metodológico	50

Planteamiento del problema	50
Pregunta de investigación	51
Objetivos	51
<i>Objetivo General</i>	51
<i>Objetivos Específicos</i>	51
Justificación.....	52
Diseño de investigación.....	53
Hipótesis	56
<i>Hipótesis general</i>	56
<i>Hipótesis de trabajo</i>	56
<i>Hipótesis nula</i>	56
Definición de Variables	56
Tamaño de la muestra.....	57
<i>Tipo de muestreo</i>	58
<i>Muestra</i>	58
Dispositivo de intervención cualitativa	59
Capítulo III. Marco contextual.....	61
Capítulo IV. Sistematización de la Información y Análisis cruzado de resultados cuantitativos y cualitativos	64
Tabla 1	66
<i>Matriz de articulación teórica-metodológica para resiliencia</i>	66
Tabla 2	74
<i>Matriz Analítica para Depresión (Yesavage vinculado a Ejes de Grotberg)</i>	74
Capítulo V. Análisis de los resultados cualitativos	80
Análisis por categorías	81
Análisis del taller.....	83
Análisis cruzado de resultados (triangulación cuantitativa–cualitativa)	85
Capítulo VI Discusiones finales y conclusiones	88
Discusiones finales.....	88
Conclusiones.....	89
Recomendaciones Gerontológicas.....	91
Referencias	94
Anexos	101

Anexo 1 Carta de Consentimiento Informado	101
Anexo 2 Carta descriptiva de taller	104
Anexo 3 Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (EDG-15).....	111
Anexo 4 Escala de Resiliencia de Connor Davidson (CD-RISC)	113

Resumen

La depresión es una enfermedad muy común en la población en general cada día cobra mayor importancia en la salud pública es un severo problema en México afecta 12 y hasta el 20 por ciento de la población adulta mayor, la resiliencia se define como como una estrategia de afrontamiento, se ha observado que en la vejez, el afrontamiento puede dirigirse a «ajustar» o «replantear» los objetivos y lo que da sentido a la vida, así como a aceptar los cambios y sucesos que no se pueden controlar de manera directa. Considerando que es frecuente encontrar a adultos mayores en residencias, casas asistenciales o instituciones geriátricas, cada año ingresan adultos mayores que en algunos casos suelen ser víctimas de la depresión, siendo éste el segundo trastorno más prevalente después de la demencia, destaca la importancia de conocer las herramientas adecuadas que brinden una adaptación resiliente en su proceso. Por tal motivo el objetivo de esta investigación es fomentar el desarrollo de la resiliencia como prevención de la depresión en pacientes adultos mayores de la casa de descanso VITA mediante un diseño trasformativo concurrente con una muestra de 14 adultos mayores elegidos mediante el muestreo no probabilístico. Para la obtención de los resultados se aplicó dos instrumentos el primero fue la “Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale); (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leiver, 1983).” consta de 15 reactivos con opciones de respuesta dicotómicas “sí-no”; Cuenta con 10 reactivos positivos y 5 negativos, el segundo instrumento es la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) la cual se categorizo en cuatro apartados “Yo tengo, Yo soy, Yo estoy y Yo puedo”. Como resultados se realizaron evaluaciones de resiliencia y depresión, antes y después de la implementación de el mismo, tuvieron dos tipos de tratamientos a fin de llevar a cabo un análisis cruzado utilizando tanto una lectura cualitativa como cuantitativa a fin de ser consistentes con la metodología planteada de un estudio mixto cuan cual concurrente. A través del análisis de información se obtuvieron resultados con un mayor nivel de resiliencia en los participantes.

Palabras clave: Depresión, resiliencia, adulto mayor.

Abstrac

Depression is a very common disease in the general population and is increasingly gaining importance in public health. It is a severe problem in Mexico, affecting 12 to 20 percent of the older adult population. Resilience is defined as a coping strategy. It has been observed that in old age, coping can be directed at 'adjusting' or 'reframing' goals and what gives meaning to life, as well as accepting changes and events that cannot be directly controlled. Considering that it is common to find older adults in nursing homes, assisted living facilities, or geriatric institutions, each year older adults are admitted who in some cases tend to be victims of depression, being the second most prevalent disorder after dementia. This highlights the importance of knowing the appropriate tools that provide resilient adaptation in their process. For this reason, the objective of this research is to promote the development of resilience as a prevention of depression in elderly patients at the VITA retirement home through a concurrent transformative design with a sample of 14 elderly adults chosen through non-probabilistic sampling. For the obtaining of the results, two instruments were applied; the first was the 'Geriatric Depression Scale of Yesavage (Geriatric Depression Scale); (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leiver, 1983). It consists of 15 items with dichotomous response options "yes-no"; it has 10 positive items and 5 negative ones. The second instrument is the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), which was categorized into four sections: "I have, I am, I feel, and I can." As a result, evaluations of resilience and depression were carried out before and after its implementation. They underwent two types of treatments in order to conduct a cross-analysis using both qualitative and quantitative readings in order to be consistent with the methodology proposed for a concurrent mixed study. Through the information analysis, results were obtained showing a higher level of resilience in the participants.

Keywords: Depression, resilience, older adul

Introducción

El envejecimiento de la población es una tendencia global impulsada por una combinación de factores, incluido el aumento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de natalidad. Según la Organización Mundial de la Salud, para el año 2050 se espera que el número de personas mayores de 60 años se duplique, alcanzando los dos mil millones a escala mundial (Romero 2024).

De igual manera la depresión es una enfermedad muy común en la población en general cada día cobra mayor importancia en la salud pública es un severo problema en México afecta 12 y hasta el 20 por ciento de la población adulta mayor, con una prevalencia en los últimos cinco años se han promediado en México 246 casos diagnosticados de depresión por cada 100 mil habitantes de entre 60 y 64 años. Esto le convierte en el grupo etario de mayor incidencia registrada de este mal que afecta el estado anímico de las personas (Ramírez, 2022).

En el estado de Hidalgo, la incidencia por depresión ha sido mayor en 2023 con 107.4 casos por cada 100 mil habitantes, la mayor incidencia por depresión está en el grupo de edad de 65 y más años con una tasa de 151.5 casos por cada 100 mil habitantes, seguida del grupo de 60 a 64 años con tasa de 137.9 casos por cada 100 mil habitantes (Pérez, 2025).

Por otro lado, se destacan a la resiliencia como una estrategia de afrontamiento, se ha observado que en la vejez, el afrontamiento puede dirigirse a «ajustar» o «replantear» los objetivos y lo que da sentido a la vida, así como a aceptar los cambios y sucesos que no se pueden controlar de manera directa. (Ambriz, 2011).

Por ello el presente trabajo tiene el propósito de fomentar el desarrollo de la resiliencia como prevención de la depresión en pacientes adultos mayores de la casa de descanso VITA mediante una intervención gerontológica

El presente trabajo contempla VI capítulos principalmente nos detalla el planteamiento del problema, la pregunta de Investigación, objetivos general y

específicos, y la justificación, en el capítulo I se desglosa el marco teórico conceptual destacando el estado de arte y marco teórico conceptual/categorías, en el cual se establecen las bases teóricas y los antecedentes que muestran la importancia de la investigación; la gerontología, el adulto mayor, persona mayor vejez y envejecimiento saludable y activo, curso de la vida, depresión perfil salud-enfermedad de la población adulta mayor, ¿Qué es la depresión?, depresión en la vejez, tipos de depresión, bienestar emocional, describiendo la escala de Yesavage, la resiliencia con sus diferentes subtemas, factores protectores de la resiliencia, resiliencia en la vejez, la descripción de la escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) descubriendo la psicología positiva, fortalezas de Seligman, Modelo de de Grotber y percepción en la psicología positiva. Posteriormente en el capítulo II Marco metodológico en donde se encuentra el diseño de investigación, tamaño de muestra, tipo de muestreo, diseño de investigación definición de variables, hipótesis general de trabajo y nula, los materiales y métodos, el método, población, muestra dispositivo de intervención cualitativa en el Capítulo III Marco contextual. Capítulo IV sistematización de la información y análisis de resultados cuantitativos, cualitativos y cruzado, el Capítulo V análisis de los resultados cuantitativos, el análisis por categorías análisis del taller, análisis cruzados de resultados (triangulación cuantitativa- cualitativa) Posteriormente en el capítulo VI, este abarca discusiones finales y conclusiones recomendaciones gerontológicas. Al final se integran las referencias bibliográficas y los anexos.

Capítulo I. Marco teórico conceptual

Estado del arte

El concepto de resiliencia y depresión han evolucionado una de las primeras investigaciones fueron por Grotberg (2002) reconoció a la resiliencia como una contribución a la promoción de la salud mental y consideró como período efectivo para empezar con la estimulación de capacidades resilientes a la infancia temprana. Sostuvo que este aspecto resulta enriquecedor del potencial humano, ya que la realidad sostuvo que la resiliencia se trata de la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, inclusive, ser transformado por ellas. Rutter (1993) consideró que el interés por el concepto de resiliencia sobre viene de al menos tres áreas de investigación: 1) los datos empíricos que demuestran las diferencias individuales observables al estudiar poblaciones de alto riesgo; 2) estudios sobre temperamento; y 3) las diferentes maneras en que las personas pueden enfrentar las situaciones de vida, momentos de transición o experiencias claves.

En psicología, el concepto de resiliencia ha sido ampliamente estudiado, especialmente en el contexto de la superación de traumas, pérdidas personales o entornos de alta presión. Esta habilidad no es innata, sino que se puede desarrollar con el tiempo a través de estrategias y experiencias. (Adhara, 2025).

Martin Seligman se convierte por méritos propios en las últimas décadas del siglo XX en uno de los principales investigadores estadounidenses, más especialmente dentro del ámbito de la depresión. Mediante sus diferentes experimentos con animales formuló la teoría de la indefensión aprendida. Esta teoría fue postulada por el propio Seligman y su equipo tras realizar diversos experimentos Seligman exponía a dos perros, encerrados en sendas jaulas, a descargas eléctricas ocasionales. Uno de los animales tenía la posibilidad de accionar una palanca con el hocico para detener esa descarga, mientras el otro animal no tenía medios para hacerlo. El tiempo de la descarga era igual para ambos, ya que la recibían en el mismo momento, y cuando el primer perro cortaba la

electricidad, el otro también dejaba de recibirla. En cualquier caso, el efecto psicológico en ambos animales era muy distinto; mientras el primero mostraba un comportamiento y un ánimo normal, el otro permanecía quieto, lastimoso y asustado, con lo que la importancia de la sensación de control en el estado de ánimo parecía demostrada. Incluso cuando la situación cambiaba para el segundo animal, y ya sí podía controlar las descargas, era incapaz de darse cuenta y seguía recibiendo descargas sin intentar nada para evitarlo. La teoría de la indefensión aprendida ha sido utilizada para explicar el mecanismo de la depresión. Cuando estamos deprimidos percibimos que nuestra situación vital es dolorosa, y no distinguimos ninguna solución ni ninguna posible vía de escape a nuestro alcance; nos sentimos mal y no podemos hacer nada para cambiarlo. No hay posibilidad de escapar – al menos así lo ve la persona. (Seligman, 2011).

Según el (Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales, 2013) la depresión se caracteriza por la presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas durante al menos dos semanas: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer en actividades habituales, cambios en el apetito y/o peso corporal, trastornos del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos, dificultad para concentrarse y/o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Por otro lado, el (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11^a revisión) publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) establece la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta con síntomas como tristeza, pérdida de interés y/o placer, fatiga, pérdida de energía, alteraciones del sueño, apetito y peso, sentimientos de inutilidad, disminución de la capacidad para pensar y/o concentrarse, y pensamientos de muerte o suicidio.

Actualmente, se encuentran pocas investigaciones de resiliencia en adultos mayores en su mayoría se enfocan más en jóvenes y niños, en México se han realizado diversas investigaciones y estudios sobre la resiliencia en el adulto mayor,

enfocándose en su impacto en la salud y bienestar. Algunos de los estudios más destacados incluyen:

Modelo comunitario de envejecimiento saludable: Desarrollado por la Unidad de Investigación en Gerontología de la UNAM, este modelo integra programas educativos intensivos dirigidos a grupos de personas mayores, promoviendo la resiliencia y la generatividad como componentes clave para un envejecimiento saludable (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2022).

Investigación del Instituto Nacional de Geriátrica (INGER): Este laboratorio se centra en la investigación de los procesos biológicos del envejecimiento, incluyendo la resiliencia, y ha desarrollado estrategias para el cuidado de la población adulta mayor (Instituto Nacional de Salud Pública, 2023).

Posteriormente, un estudio que se realizó en el Valle del mezquital muestra su objetivo que fue analizar la asociación entre el apoyo social y la resiliencia en adultos mayores de diferentes municipios del Valle de Mezquital, en el estado de Hidalgo, México. uso un método de estudio observacional, cuantitativo y transversal, su muestra fue de 200 adultos mayores de siete diferentes municipios del Valle del Mezquital en el estado de Hidalgo, México, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, se utilizó la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) y el instrumento Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS-SSS) para medir el apoyo social, el análisis de datos se llevó a cabo mediante la prueba exacta de Fisher y regresión logística, los resultados fue que los adultos mayores que perciben un apoyo social máximo tuvieron mayor posibilidad de presentar un nivel de resiliencia alta [RM 7,03 (IC95% 2,76-17,94)]. Se obtuvieron diferencias significativas ($p < 0,05$) al comparar el estado civil y el tipo de vivienda con el grado de resiliencia de los participantes. Conclusiones: el apoyo social que reciben los adultos mayores pertenecientes al Valle del Mezquital en Hidalgo es un factor que se asocia a su grado de resiliencia. (Cano Estrada A, Castañeda Márquez AC, Hernández Mariano JA, Malo Martínez GJ, Pérez López M & Esquivel González MF, 2022).

La investigación realizada en Pachuca de Soto, Hidalgo, reveló que la resiliencia de los adultos mayores está relacionada positivamente con el establecimiento de un proyecto de vida. Este estudio, que utilizó un diseño no experimental transaccional, correlacional-causal, con una muestra de 100 adultos mayores, encontró que el 42% de los participantes tenían un proyecto de vida, mientras que el 58% no lo tenía. Además, el 48% consideraba que no tenía herramientas para llevarlo a cabo. La resiliencia, medida por la escala de medición de resiliencia en mexicanos, mostró que el 95% de la muestra tenía un nivel bajo de resiliencia. Sin embargo, el 1% obtuvo un alto nivel de resiliencia. Estos resultados sugieren la necesidad de desarrollar estrategias y programas que fomenten la creación de proyectos de vida y la resiliencia en los adultos mayores de la región (Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2025).

Estos estudios y modelos son ejemplos de cómo la resiliencia se considera un factor crucial para el envejecimiento saludable y la calidad de vida de los adultos mayores en México.

Las investigaciones sobre la depresión en el adulto mayor en México han revelado una prevalencia significativa y un bajo nivel de tratamiento. La Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM, 2024) reportó que el 59% de las personas mayores entrevistadas presentaba depresión, y el 96.8% de ellos no recibe tratamiento. Además, el 18.9% presenta dependencia funcional, el 16.2% deterioro cognoscitivo y el 7.4% ha sufrido al menos una caída con lesiones. La falta de intervención es un problema urgente que requiere la generación de protocolos, programas y capacitación de profesionales de salud para identificar y atender la patología en este grupo etario.

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) puede desempeñar un papel fundamental en la detección, prevención y atención de la depresión en personas mayores mediante acciones integrales orientadas al bienestar. A través de los clubes y centros culturales, se promueven oportunidades de socialización, aprendizaje y participación que contribuyen a reducir la soledad y fortalecer las redes de apoyo, elementos clave para la salud emocional. Asimismo,

el Centro de Atención Integral (CAI-INAPAM brinda atención médica de primer nivel con enfoque gerontológico, dando atención psicológica, lo que permite identificar tempranamente signos de depresión Instituto (Nacional de las Personas Adultas Mayores,2025).

Actualmente el gobierno de Hidalgo, a través del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo (IAAMEH), ha implementado diversas actividades para prevenir y atender la depresión en esta población, incluyendo talleres de estimulación cognitiva, dinámicas recreativas, ejercicios físicos adaptados y actividades artísticas. Estas iniciativas buscan fomentar la autoestima, la interacción social y la actividad mental, y ofrecer apoyo emocional para reducir los riesgos de depresión y ansiedad.

Resultados

Los hallazgos encontrados en la presente revisión permite visualizar las siguientes tendencias en la temática abordada, así como los vacíos que se identificaron en los diferentes abordajes que muestra la literatura.

Tendencias en resiliencia

Como se puede observar los estudios y aplicaciones que se han efectuado sobre el tema de la resiliencia.

Prácticas decadentes. Los estudios analizados arrojan que las primeras aproximaciones al tema están centradas en población infantil y se creía que eran aspectos psicológicos innatos, posteriormente se asociaron las conductas resilientes a la influencia positiva que tenía algún adulto en los niños que aun en situaciones de alta vulnerabilidad logran salir adelante (Grotberg,2002).

Práctica dominante. Conforme avanzaron los estudios en esta área se observó que la resiliencia no estaba únicamente conformada por características de personalidad innatas, exclusivas de la población infantil y se podía desarrollar en todas las personas (Nacional de las Personas Adultas Mayores,2025).

Práctica emergente. Actualmente el uso de la categoría se ha extendido no solo a personas, sino también a situaciones e instituciones sociales como es la familia, las organizaciones productivas y el propio estado (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2022).

Tendencias en depresión

Como se puede observar las investigaciones y estudios sobre el tema de depresión

Práctica decadente. Los estudios analizados arrojan que las primeras aproximaciones al tema están relacionadas con modelos experimentales con animales, posteriormente se centraban en personas jóvenes y niños, pero actualmente la persona mayor se está convirtiendo en un estado alarmante presentando depresión, siendo este el principal motivo de la presente investigación (Seligman, 2011).

Práctica dominante. La depresión identificada como una enfermedad mental se ha encontrado enfoques y estrategias las cuales ayudan a tratar y controlar la depresión básicamente con tratamientos farmacológicos y psicoterapia en sus diferentes modalidades. (Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2025).

Práctica emergente. actualmente se está visualizando generar intervenciones preventivas en población adulta mayor basadas en los aportes de la psicología principalmente humanista, positiva y de la resiliencia, esta categoría se ha llevado a cabo en instituciones de atención al adulto mayor como son casas de día y residencias de larga estancia, con el objetivo de mantener una buena calidad de vida en esta población evitando cuadros depresivos.

Vacíos. De la revisión que se realizó se pudo observar que los estudios donde se vincula la resiliencia como factor protector de la depresión en mayores, aun es insipiente y se necesitan más estudios de tipo clínico, cuantitativo,

cualitativo y mixto que permitan consolidar modelos gerontológicos para intervenir integralmente.

A partir de estos hallazgos se ha podido construir un marco teórico conceptual basado en tres categorías clave que dieron origen a un eje analítico y relacional de las causas y consecuencia que tiene la depresión en los adultos mayores y se pudo elucidar que la resiliencia funciona como factor protector de esta enfermedad, por lo que este eje orienta el marco teórico-conceptual de la presente investigación basado en la articulación entre vejez/depresión/resiliencia, categorías que se analizaron desde la perspectiva de la gerontología como disciplina que visualiza a los adultos mayores de manera integral desde el enfoque de curso de la vida, que genera un capital psíquico y psicológico para el envejecimiento.

Marco teórico conceptual/categorial

Gerontología

Desde 1905 se comenzó a usar gerontología, dentro de un contexto más amplio, dedicado a la naturaleza del hombre, escrito por Metchnikoff. El autor decide unir en una sola palabra dos vocablos griegos. Por un lado, «geron», que se traduce como «hombre viejo» y, por otro lado, «logos», que hace referencia al «estudio de» (Geriatria,2022)

La gerontología es la disciplina científica encargada del estudio del proceso de envejecimiento en todas sus dimensiones: biológica, psicológica, social y ambiental.

El principal objetivo de la gerontología es mejorar la calidad de vida de las personas mayores, abordando aspectos relacionados con su salud, bienestar psicológico, integración social y adaptación al entorno. Esta disciplina combina conocimientos de diversas áreas como la biología, psicología, sociología y ciencias ambientales para abordar los retos del envejecimiento.

Áreas de la gerontología.

La gerontología se divide en varias áreas especializadas, cada una de las cuales aborda un aspecto específico del envejecimiento:

- *Gerontología biológica.* Estudia los cambios fisiológicos y biológicos que ocurren con el envejecimiento, así como las estrategias para retrasar el deterioro celular.
- *Gerontología clínica.* Se enfoca en la salud física y mental de las personas mayores, abarcando la prevención, tratamiento y manejo de enfermedades relacionadas con el envejecimiento.
- *Gerontología social.* Analiza el impacto del envejecimiento en la sociedad y promueve la integración y participación activa de las personas mayores en sus comunidades.
- *Gerontología educativa.* Se centra en el aprendizaje y la formación de los mayores, así como en la sensibilización de la población general sobre el envejecimiento (Clínica Universidad de Navarra ,2023).

La población actualmente está envejeciendo de manera más rápida, esto genera la necesidad de contar con profesionales en Gerontología. Actualmente la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH) cuenta con la licenciatura en gerontología que tiene la misión de formar profesionales que atiendan de forma integral la salud de la población adulta mayor, reconociendo la importancia de las diferencias de género, así como sus procesos de vida enmarcados en el ciclo vital, por lo que son capaces de comprender los complejos procesos que acompañan al envejecimiento y están preparados para estructurar intervenciones a nivel preventivo, de atención, asesoramiento y acompañamiento ético, con base en las necesidades del anciano de manera individual y colectiva, aplicando desde una perspectiva interdisciplinaria los conocimientos, métodos, modelos y técnicas gerontológicas con espíritu de servicio humanista y alto compromiso social.

La visión de la Licenciatura en Gerontología del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, es un programa educativo acreditado por sus altos estándares de calidad y con líneas de investigación

definidas, que cuenta con alto reconocimiento social, dada la calidad y dedicación de sus egresados en la atención de los problemas multifactoriales de la vejez, así como una formación interdisciplinar, humanista y tecnológica que les permite integrarse a equipos multi e interdisciplinarios para la atención de la salud e investigación en esta área, aportando en el diseño de políticas para la atención del adulto mayor, y participando en la formación de profesionales de la salud, coadyuvando en la solución de problemas multifactoriales y en el desarrollo de estilos de vida saludable para mejorar el medio ambiente del adulto mayor en el contexto nacional y local.(UAEH, 2009)

Adulto Mayor

Según la OMS (2024), el término adulto mayor refiere a cualquier persona, sea hombre o mujer que sobrepase los 60 años de edad. Hay bibliografía que clasifica a los adultos mayores desde la edad de 55 y otros que los empiezan a contar a partir de los 65 años. Lo cierto es que esto no es más que una cuestión meramente legal, ya que por ejemplo, en el caso específico de México, los trabajadores se pueden jubilar a partir de los 60 años.

En México se considera Adulto Mayor a una persona que tiene más de 60 años y se refiere a la etapa que suma todas las experiencias de la vida y pasa por la mayoría de las metas familiares, profesionales y sociales. Pero también marca el inicio de una etapa donde las personas presentan condiciones de vulnerabilidad física, social y económica.

Desde las antiguas civilizaciones este segmento de la población se le ha reconocido por su experiencia y sabiduría. Basta recordar culturas como la griega o la hebrea en la que los ancianos ocupaban un lugar privilegiado en la toma de decisiones, al integrar los llamados Consejos de Ancianos. También en el Imperio Romano la figura de los ancianos fue relevante, tan es así que la figura del “pater familias” gozaba de un papel relevante en la toma de decisiones familiares. (Penissste, 2017).

Persona mayor

La Convención Interamericana sobre Derechos Humanos de las Personas Mayores define en su artículo 2º, como “Persona mayor”, a aquella de sesenta años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que ésta no sea superior a los sesenta y cinco años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor. Este término reemplaza a otras expresiones como “viejito/a” o “anciano” y busca evitar la estigmatización sobre la vejez. (Jafif & Jafif, 2019).

Las voces más típicas que refieren a la presente persona mayor, entendemos, son anciano, viejo, persona de la tercera edad, adulto mayor, señor (ingl. senior) y senil. La palabra anciano (del lat. vulgar antianus, derivado de la preposición “ante” -“en frente de, antes” y la terminación “-anus” común en adjetivos. Deriva últimamente de la inflexión locativa “anti” – “en frente de” de la raíz indoeuropea). En los tiempos apostólicos, el anciano era cada uno de los encargados de gobernar las iglesias. El término deriva del antiguo adverbio anzi usado en romance hispánico. Destaca la doctora Dabove cómo esta palabra se ancla sobre la faz temporal del proceso. Entonces, será anciana la persona que cuenta con un “antes” de peso, con un pasado mayoritario, que respalda lo poco que vendrá (DABOVE CARAMUTO, 2002).

Por su parte, el vocablo viejo (del lat. vulg. veclus, derivado del lat. clásico vetulus, diminutivo de vetus – “viejo”) que etimológicamente significa de cierta edad. De él derivan los términos vejez, envejecer y sus derivados: envejecido, envejecimiento. De la misma raíz provienen las locuciones despectivas vejistorio y vejete. Estrechamente vinculado con ellos, se han encontrado los registros del término vejar alrededor del año 1531. Tomado del latín vexare, vejar, como sabemos, significa sacudir violentamente, maltratar (DABOVE CARAMUTO, 2002).

La expresión tercera edad, por su parte, proviene de la segunda mitad del siglo XX. La misma surge en Francia y es acuñada por el doctor J. A. Huet, pionero de la gerontología en el país galo. Se designaban así a personas de diversa edad,

jubiladas o pensionadas, percibidas como de baja productividad. Más adelante, se circunscribió su uso para designar a jubilados y pensionados de más de sesenta años de edad (FAJARDO ORTÍZ, 1995).

La locución adulto mayor tiene su punto fuerte en la palabra mayor, la que permite diferenciar al adulto joven del viejo. La voz mayor (del lat. vulg. maior, -oris, comparativo de magnus, grande). Entre los derivados de la palabra encontramos mayoral y mayoría (ambos acuñados en el siglo XIII). Más adelante surge el término mayorazgo (DABOVE CARAMUTO, 2002).

Por otro lado, el término señor (del lat. senior, “el de más edad”, “el más viejo”). La palabra es la forma comparativa de senex, senis “anciano”, “viejo”. En la antigua Roma se llegaba a ser senior a partir de los cuarenta y cinco años. Más adelante, en la República, tomó el significado de “dignatario” o “superior” –sinónimo de dominus–, lo que claramente se evidencia en la composición del Senado.

La raíz de señor –esto es senex, senis–, nos lleva a la palabra senil que literalmente significa “relativo a la vejez”. Ambos derivan de senectud–senectus -utis, vejez–. De senil surgió, en el siglo XX, la voz senilidad, que hace referencia a la degeneración progresiva de las facultades físicas y psíquicas debida a la alteración producida por el paso del tiempo en los tejidos.

De igual manera, la persona mayor, como concepto y como categoría social, presenta una trayectoria dilemática. La historia muestra que han transitado en forma despareja un camino sinuoso plagado de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que decidieron la posición estratégica de la vejez en las sociedades occidentales.

Vejez

La vejez es una de las etapas de la vida: la última, donde el ser humano ha alcanzado su máxima expresión de relación con el mundo; ha llegado a la madurez

total a través de una gran cantidad de experiencias adquiridas durante los momentos e instantes disfrutados (Maya A. M., 2014).

Es un período de retos adaptativos dado el cambio gradual de las condiciones de salud física y mental, las dificultades para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y las restricciones a la participación social (López-Díaz, 2011).

Se podría afirmar entonces que la vejez es un subconjunto de fenómenos y procesos que forman parte de un concepto más global: el envejecimiento. Nacemos envejeciendo, vivimos envejeciendo, y así morimos. La vejez es la etapa de la vida en que los síntomas del envejecimiento se hacen más evidentes. Incluso un feto humano de 7 meses manifiesta características etarias (edad, desarrollo y especialización biológica, psicológica, y hasta social) diferentes a las de uno de 3 meses.

Catalogar a una persona de anciana es un hecho muy variable, viéndolo desde el punto de vista de quien hace esta apuntación. Un niño puede ver a su abuela de 55 años como una señora mayor, una anciana. En cambio, a un adulto de 35 años puede parecerle anciana una persona que tiene 70. Pero en nuestra sociedad continúa relacionándose la vejez con la jubilación, oscilando así la edad entre los 60 y los 65 años, para poder entender esto tenemos que saber los 4 tipos de edades.

- Edad cronológica: es el número de años transcurridos desde el nacimiento de la persona
- Edad biológica: representa el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y adaptación
- Edad social: establece el papel individual que debe de desempeñar en la sociedad en la que el individuo se desenvuelve

La vejez es un proceso fisiológico gradual y natural de todo ser humano. Consiste en el último período de la vida de una persona no es sinónimo de enfermedad, sino que puede ser una etapa en la que aumenta la prevalencia de

enfermedades y el nivel de dependencia. Es un proceso en el que el individuo se vuelve más vulnerable debido al deterioro natural del organismo. Eso no quita que pueda ser una etapa saludable y de disfrute. Para eso, es muy importante que la persona se mantenga activa a través de diversas actividades, como manuales, intelectuales, de sociabilización y físicas.

Los cambios físicos y mentales conllevan a cambios en la rutina, como en la alimentación, debido a las diferentes necesidades metabólicas del organismo, o en el sueño debido a que suelen dormir menos cantidad de horas. Además, el aumento de la esperanza de vida puede incidir en el desarrollo de enfermedades crónicas. Para mantener una vida saludable durante la vejez es importante incorporar cambios en la rutina que son necesarios para acompañar el proceso que atraviesa el organismo (Equipo editorial, Etecé, 2026).

Envejecimiento

Dentro de la Gerontología hemos de distinguir entre el envejecimiento o conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurren como consecuencia del paso del tiempo y que no son debidos a enfermedad, y la vejez, que sería la última etapa del desarrollo. En el envejecimiento influyen dos factores que permiten explicar el grado de intensidad de este proceso vital: por un lado, los determinados genéticamente, que producirían el envejecimiento primario o fisiológico, y por otro, los factores causados por el ambiente, enfermedades o alteraciones que darían lugar al envejecimiento secundario o patológico. La distinción entre lo normal y lo patológico tiene una gran importancia desde el punto de vista clínico y social, ya que si se interpretan como normales los cambios derivados de un proceso patológico, evitaremos la puesta en marcha de intervenciones que podrían mejorar notablemente el bienestar de las personas mayores (Millán-Calenti, 2006).

El envejecimiento es un proceso pues no ocurre de forma repentina sino de manera progresiva y gradual; es una expresión de la totalidad del organismo y es

diferente en cada individuo; puede comenzar en cualquier órgano o sistema y afectar desde allí a la totalidad, Bertrand Strehler propuso considerar al envejecimiento como un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que acontece con el tiempo en todo ser vivo, como expresión de la interacción entre el programa genético del individuo y su medio ocurren pérdidas en la función fisiológica; es progresivo, porque las pérdidas son graduales; es intrínseco, porque las pérdidas son propias y es universal, porque las pérdidas se producen en todos los miembros de una especie, cuando llega la ocasión. Actualmente, el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto de este siglo. Según la OMS, en el siglo XX se produjo una revolución de la longevidad, la esperanza media de vida al nacer aumentó 20 años desde 1950 y llegó a 66 años, y se prevé que para el año 2050 haya aumentado 10 años más. Ese aumento será más notable y rápido en los países en desarrollo, en los que se prevé que la población anciana se cuadruplicue en los próximos 50 años. Una transformación demográfica de este tipo tiene profundas consecuencias para cada uno de los aspectos de la vida individual, comunitaria, nacional e internacional (Maya., 2014).

Tal cual, el envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Sin embargo, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano. Cada cultura intenta encontrar su propio significado de envejecimiento, asumiendo como ciertas, concepciones basadas desde el imaginario social, lo que ha promovido interpretaciones erróneas y con esto un temor a envejecer. Como resultado de estas interpretaciones surgen los mitos y estereotipos negativos frente a lo que significa este proceso normal que hace parte del ciclo vital.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el “Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a

que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales”.

Envejecimiento saludable.

Envejecimiento Saludable como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.

La capacidad funcional: comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características.

La capacidad intrínseca: es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona.

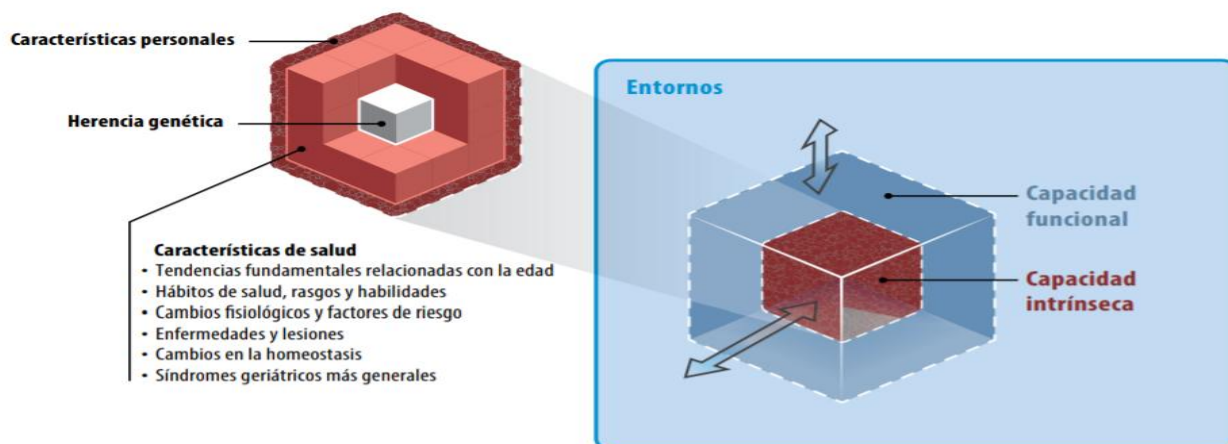
El entorno: comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona

El proceso del Envejecimiento Saludable se ilustra en la figura 1.

El Envejecimiento Saludable comienza al nacer con nuestra herencia genética. La expresión de estos genes puede verse alterada en la vida intrauterina y por las exposiciones en el entorno y los hábitos posteriores. (Organización Mundial de la salud, 2015).

Figura 1.

Modelo de Envejecimiento Saludable OMS



Fuente. Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial de envejecimiento y salud.

El envejecimiento saludable es relevante para todos y consiste en crear las oportunidades para que las personas sean y hagan aquello que valoran a lo largo de su vida. El objetivo de la Década es optimizar la capacidad funcional de las personas mayores.

La capacidad funcional es la capacidad de las personas de: (a) satisfacer sus necesidades básicas para asegurarse un nivel de vida adecuado; b) aprender, crecer y tomar decisiones; (c) tener movilidad; (d) establecer y mantener relaciones; y (e) contribuir a la sociedad. La capacidad funcional combina la capacidad intrínseca de la persona, el entorno en el que vive y la forma en que interactúa con su entorno.

La capacidad intrínseca comprende todas las capacidades físicas y mentales de las que puede disponer una persona, incluida su capacidad locomotora (movimiento físico), su capacidad sensorial (visión y audición), su vitalidad (energía y equilibrio), y su capacidad cognitiva y psicológica. Estas capacidades están interrelacionadas y contribuyen a la capacidad funcional. Por ejemplo, la audición ayuda a las personas a comunicarse, a mantener su autonomía y a conservar la

salud mental y la cognición. Las mermas significativas de esta capacidad están estrechamente relacionadas con la dependencia de los cuidados en la edad avanzada.

Los entornos son los contextos en que las personas viven y se desarrollan. Los entornos determinan lo que las personas mayores con un determinado nivel de capacidad intrínseca pueden ser y hacer. Incluyen el hogar, la comunidad y la sociedad en general, y se relacionan con los productos, el equipamiento y la tecnología que facilitan las capacidades y habilidades de las personas mayores; el entorno natural o construido; el apoyo emocional, la asistencia y las relaciones proporcionadas por otras personas y animales; las actitudes, ya que éstas influyen en el comportamiento, tanto negativa como positivamente; y los servicios, sistemas y políticas que pueden contribuir (o no) a mejorar el funcionamiento a edades avanzadas. Los entornos son los contextos en que las personas viven y se desarrollan (OMS, 2015).

Envejecimiento activo.

El envejecimiento activo, según la (OMS,2024) es el proceso de optimización de las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Existen tres pilares que permitirán esta optimización:

- *Salud* (Bienestar físico). Se refiere a la prevención de la enfermedad y a la promoción de hábitos saludables, con el objetivo de retardar la dependencia, considera la accesibilidad a los servicios médicos, los medios para desplazarse y el ingreso económico para poder acceder a ellos.
- *Participación* (Mental). Las personas mayores son capitales para su propio desarrollo psicoemocional. Se les toma en cuenta como titulares de derechos, con voz y voto; destaca la inclusión laboral y promueve las relaciones intergeneracionales para favorecer su participación.

- *Seguridad (Social)*. Garantiza una protección adecuada frente a situaciones de riesgo o necesidad, incluye el derecho a la seguridad social así como acceso a los servicios y participación en la vida pública.

La definición de envejecimiento activo se interrelaciona con el grado de funcionalidad de una persona desde un contexto integral. Incluye las intervenciones adecuadas de rehabilitación, la capacidad de adaptación y participación en diferentes circunstancias, la readecuación en ciudades para que sean amigables para las personas adultas mayores, el acceso a trabajos remunerados y la participación cívica y social de este grupo poblacional (Instituto Nacional de las Persona, 2019).

Curso de vida

El enfoque de curso de vida en gerontología analiza el envejecimiento como un proceso continuo y acumulativo desde la gestación hasta la vejez, influenciado por factores biológicos, sociales y ambientales.

Capital Psíquico (o Mental): Definido como el conjunto de recursos cognitivos, emocionales y psicosociales (fortalezas de carácter) que permiten al sujeto protegerse, sobrevivir y generar fortalezas personales: (María Martina Casullo 2005).

Capital Psicológico (PsyCap): Incluye esperanza, eficacia, resiliencia y optimismo (HERO) para mejorar el rendimiento.

El desarrollo del ciclo vital de Paul B. Baltes se refiere a la idea de que el desarrollo humano ocurre a lo largo de toda la vida y no solo durante la infancia y la adolescencia. Baltes argumentaba que el desarrollo es un proceso dinámico y multidimensional que implica cambios en diferentes áreas de la vida, como la cognición, la personalidad y las relaciones sociales. El modelo de Baltes se basa en el concepto de plasticidad humana, que se refiere a la capacidad de las personas para adaptarse y cambiar a lo largo del tiempo. Según Baltes, la plasticidad humana

permite que las personas se enfrenten a los desafíos y cambios del entorno a medida que envejecen (Psicología,2019).

El desarrollo del ciclo vital de Baltes se basa en varios principios clave:

Plasticidad. Las personas tienen la capacidad de cambiar y adaptarse a lo largo de toda la vida.

Contextualismo. El desarrollo está influenciado por el entorno y las circunstancias en las que las personas viven.

Interacción persona-entorno. El desarrollo humano es el resultado de la interacción entre las características individuales y el entorno en el que se encuentra la persona.

Desarrollo multidimensional. El desarrollo implica cambios en diferentes áreas de la vida, como la cognición, la personalidad y las relaciones sociales.

Paul Baltes (1987) fue un psicólogo y académico alemán reconocido por sus aportes a la psicología del desarrollo humano y al estudio del envejecimiento. Es especialmente conocido por la teoría del desarrollo del ciclo vital (life-span development), donde planteó que el desarrollo humano ocurre durante toda la vida y no solo en la infancia.

Uno de sus conceptos más importantes es la plasticidad humana, que se refiere a la capacidad de las personas para cambiar, adaptarse y seguir desarrollándose a cualquier edad. Según Baltes: las capacidades humanas pueden modificarse con la experiencia, el aprendizaje continúa a lo largo de la vida, y las personas pueden compensar pérdidas o desarrollar nuevas habilidades incluso en la vejez. También propuso que el desarrollo humano implica: ganancias y pérdidas, influencia del contexto social y cultural y adaptación constante (Baltes, P. B., 1987).

Depresión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 280 millones de personas sufren depresión en el mundo, un trastorno mental que es más frecuente entre mujeres que en varones, aunque también son propensos a padecerlos los jóvenes y ancianos. Constituye un problema importante de salud pública mundial, ya que más de cuatro por ciento de la población vive con este cuadro.

En México, de acuerdo con datos de la Secretaría de Salud del gobierno federal, 3.6 millones de adultos la padecen; de ellas, el 1 % son casos severos. Se caracteriza por disminución del estado de ánimo, sentimientos de tristeza, dificultad para concentrarse y alteraciones en el patrón de sueño y apetito; en casos severos se presenta una forma de incapacidad que afecta todos los aspectos de su vida y reacciones somáticas como dolor, hormigueo y rigidez muscular. Al respecto, la profesora y terapeuta familiar de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza de la UNAM, Clara Haydee Solís Ponce, afirma que es complejo “porque impacta diferentes áreas de la vida personal: familiar, laboral, educativa y social”.

Señala que según cifras del sexto informe del gobierno de la Ciudad de México, durante los primeros siete meses de 2024 los casos de depresión crecieron un 16.3 % (Lugo,2025).

En el estado de Hidalgo, la incidencia por depresión ha sido mayor en 2023 con 107.4 casos por cada 100 mil habitantes, la mayor incidencia por depresión está en el grupo de edad de 65 y más años con una tasa de 151.5 casos por cada 100 mil habitantes, seguida del grupo de 60 a 64 años con tasa de 137.9 casos por cada 100 mil habitantes (Pérez, 2025).

La depresión en adultos mayores de Pachuca, Hidalgo, es un problema de salud pública que afecta a una gran parte de la población. En 2023, se registraron 107.4 casos de depresión por cada 100 mil habitantes, con un 80.3% de mujeres y un 19.7% de varones. La incidencia es mayor en personas de 65 años y más, con una tasa de 151.5 casos por cada 100 mil habitantes. La depresión no solo impacta

la calidad de vida, sino que también puede llevar a problemas de salud como el suicidio y la morbilidad (Zunoticia,2025).

Perfil Salud-enfermedad de la población adulta mayor

El perfil de salud mental de los adultos mayores en México (60+ años) está marcado por una alta prevalencia de depresión (36.3%), sentimientos de soledad (36.6%) y tristeza (43.7%), afectando a más del 20% de esta población con trastornos mentales o neurológicos. Las principales afecciones son demencia, ansiedad y trastornos del sueño, a menudo exacerbados por enfermedades crónicas, aislamiento social y estigma (Martinez,2024).

Problemáticas de Salud Mental

Depresión. Es la afección más frecuente, a menudo vinculada a pérdidas, enfermedades físicas y soledad.

Demencia y Alzheimer. Afectan la memoria y capacidad cognitiva; se espera un aumento significativo para 2030-2050.

Ansiedad y Trastornos de Sueño. Frecuentes en la tercera edad, impactando la calidad de vida.

Riesgo de Suicidio. Las personas mayores de 70 años tienen mayor riesgo, con tasas de suicidio superiores a grupos más jóvenes.

Determinantes y Factores de Riesgo en México

Soledad y Aislamiento. La falta de cohesión social y redes de apoyo aumenta la vulnerabilidad.

Factores Socioeconómicos. La pobreza y la falta de acceso a servicios de salud generan estrés y mala salud mental.

Estigma y Violencia. El edadismo (discriminación por edad) y el maltrato limitan la búsqueda de ayuda.

Cambios Físicos. Enfermedades crónicas y deterioro sensorial influyen en el estado anímico.

Situación de Atención

Infratratamiento: Existe una tendencia a subestimar los problemas de salud mental en la vejez, priorizando solo la salud física.

Necesidad de Atención Integral: Se requiere reforzar el primer nivel de atención y promover la actividad física, nutrición y estimulación cognitiva para la reserva cerebral.

Derecho a la Salud: Se subraya la necesidad de garantizar el derecho a la salud mental, superando la estigmatización (INAPAM, 2019).

¿Qué es la depresión?

Como se puede observar la depresión es una de las enfermedades que más asolan a todas las personas se sienten tristes o decaídas de vez en cuando, pero estos sentimientos suelen desaparecer en poco tiempo. La depresión, también llamada “depresión clínica” o “trastorno depresivo mayor” es diferente puede causar síntomas graves que afectan cómo se siente, piensa y coordina actividades diarias como dormir, comer o trabajar. Es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona, sin importar la edad, la raza, los ingresos, la cultura o el nivel educativo.

Hay investigaciones que sugieren que los factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos desempeñan una función en la depresión. La depresión puede ocurrir conjuntamente con otros trastornos mentales y otras enfermedades como diabetes, cáncer, enfermedad cardíaca y dolor crónico, pueden empeorar estos problemas de salud y viceversa (National Institute Of Mental Health, 2021).

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes y se estima que afecta a 1 de cada 6 personas en algún momento de su vida. Se cree que para el año 2030 ocupará el primer de las enfermedades mentales, no es solo estar bajo de ánimo, aunque la mayoría de las personas experimentamos tristezas de vez en cuando, en algunos momentos estos sentimientos no desaparecen y se acompañan de otros síntomas que provocan malestar o dificultad para desarrollar una vida cotidiana. Las personas que sufren de esto se dice que pueden tener un trastorno

depresivo. Se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión afecta a más de 350 millones de personas en el mundo, y los adultos mayores son los más vulnerables (Jiménez-Hernández, 2022).

Es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida, es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos.

Según el (Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales,2023) la depresión se caracteriza por la presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas durante al menos dos semanas: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer en actividades habituales, cambios en el apetito y/o peso corporal, trastornos del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos, dificultad para concentrarse y/o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Por otro lado, el (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11^a revisión) publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS,2019) establece la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta con síntomas como tristeza, pérdida de interés y/o placer, fatiga, pérdida de energía, alteraciones del sueño, apetito y peso, sentimientos de inutilidad, disminución de la capacidad para pensar y/o concentrarse, y pensamientos de muerte o suicidio.

Evaluación clínica

Para la evaluación clínica de la depresión, es importante utilizar una entrevista estructurada y estandarizada, como el DSM-5 o el CIE-11, para determinar si el paciente cumple con los criterios establecidos. También es

recomendable evaluar el riesgo de suicidio y comorbilidades, así como llevar a cabo pruebas psicológicas y físicas para descartar otras posibles causas de los síntomas.

Depresión en la vejez

La vejez es una etapa del desarrollo del ser humano cargada de neoforaciones y crisis que muchas personas tienen dificultades en afrontar. La vejez se asocia en nuestra cultura como la etapa de progresivo declive de la capacidad cognitiva, así como el período en que se produce el cese de la vida laboral. Es frecuente encontrar ancianos en residencias o instituciones geriátricas que padecen de depresión clínica. La presentación suele ser atípica -si no consideramos la variable edad- precisamente por la dificultad que supone para muchos ancianos expresar sus síntomas en relación al estado de ánimo, lo hacen a través de quejas somáticas. La vejez suele ser una etapa de dificultades emocionales ya que los cambios no solamente se producen en la faceta social, laboral o familiar, sino que también van apareciendo algunas enfermedades crónicas como son las migrañas, dolores musculares, reumatismo, pérdida de vista y audición (Estaño, 2022).

Muchas personas conciben la vejez como una etapa limitante y de degradación pues ya no es posible realizar las mismas actividades que antes se hacían, sumado este factor a la soledad causada por la muerte de seres queridos, los niveles económicos precarios, la falta de actividad y el aislamiento son algunos de los detonantes que pueden causar depresión en la tercera edad. Las residencias o casas asistenciales reciben cada año a decenas de adultos mayores que son víctimas de la depresión, siendo éste el segundo trastorno más prevalente después de la demencia. Aunque la gran mayoría de familiares suelen comprender que las residencias podrán ofrecerle un mejor seguimiento médico y psicológico a su mayor, pocos son los que están al lado del abuelo en esta etapa. La vejez significa adaptarse a nuevos cambios, a un nuevo estilo de vida. Es la consumación total de la experiencias aprendidas en el trascurso del caminar humano, una fuente de

saberes y también una etapa de vivencias y añoranzas por los años que quedaron en el pasado, y es por esa razón que al hablar de depresión en la vejez debemos tener en cuenta que no hay que confundir la sintomatología propia con los estados de tristeza y melancolía, que en su mayoría son leves y pasajeros y son bien habituales en este ciclo. No así, la depresión es un trastorno que tiene una duración prolongada y una sintomatología que indica que hay una enfermedad de fondo que debe ser tratada (A.E. Hidalgo, 2022).

Es necesario resaltar que la depresión en adultos mayores en la actualidad ha incrementado deteriorando la salud de los adultos ante las diversas situaciones que generan tensión, la vida de las personas a nivel mundial cambio de manera radical generando transiciones de manera sorpresiva, imponiendo un confinamiento en el cual las medidas preventivas y planes de intervención comunitaria implicaban que los adultos mayores permanecieran refugiados la mayor parte del tiempo posible para así salvaguardar su salud; esto consecuentemente desencadenará efectos negativos por el encierro mismos que pueden desarrollar una serie de problemas sobre el adulto mayor, relacionados con la inactividad física, el deterioro cognitivo, la demencia, fragilidad y la soledad, lo que trae inmerso una serie de afectaciones y cambios en el estado emocional del adulto mayor puesto que el aislamiento y los cambios en su estilo de vida habitual pueden provocar molestias, estrés o tristeza.

Tipos de depresión en la persona mayor

La depresión es una enfermedad que es cada vez más frecuente durante el envejecimiento, es una etapa en donde la persona mayor experimenta muchos cambios físicos y psicológicos, existen varios tipos los cuales son:

- *Trastorno depresivo mayor.* Incluye síntomas que duran al menos dos semanas y que pueden interferir con la capacidad de la persona para realizar las tareas diarias. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un

período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser el síntoma 1 o el síntoma 2.

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto, por ejemplo, se siente triste o vacío, o la observación realizada por otros, por ejemplo, llanto.
 - Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
 - Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5 % del peso corporal en un mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
 - Insomnio o sueño excesivo casi cada día.
 - Inquietud o lentitud casi cada día.
 - Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o incoherentes casi cada día.
 - Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
 - Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- *Trastorno depresivo persistente (distimia)*. Un estado de ánimo depresivo que dura más de dos años, pero la persona posiblemente aún pueda realizar las tareas diarias, a diferencia de las personas con trastorno depresivo mayor.
 - Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años.

- Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas. Pérdida o aumento de apetito.
- *Trastorno adaptativo.* Los síntomas depresivos son leves, están presentes durante un período breve de tiempo y se deben a algún problema (factor estresante agudo) que ha sufrido el paciente.
 1. La aparición de síntomas emocionales (por ejemplo, se siente triste o vacío) o conductuales en respuesta a un factor estresante identificable tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del factor estresante.
 2. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente, del siguiente modo:
 - Malestar mayor de lo esperable en respuesta al factor estresante.
 - Deterioro significativo de la actividad social, laboral o académica.
 3. Una vez ha cesado el factor estresante, o sus consecuencias, los síntomas no persisten más de seis meses.
- *Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos:* Depresión relacionada con el consumo de sustancias, como alcohol o analgésicos.
- *Trastorno depresivo debido a una afección médica:* Depresión relacionada con una enfermedad separada, como una enfermedad cardíaca o esclerosis múltiple (Navarro,2021).

Bienestar emocional en la vejez

Es importante centrar la atención en la etapa de los adultos mayores, que abarca desde los 60 años en adelante, en la que el deterioro físico y cognitivo son característicos de este período, con grandes cambios a nivel biológico, psicosocial y social, que son factores que afectan a los adultos mayores.

Es común que se aparten del vínculo social para sumergirse en el aislamiento de su propio mundo. El apoyo social juega un papel fundamental en la satisfacción con la vida del adulto mayor, al propiciar bienestar, prevención de alteraciones de tipo emocional como la depresión y de índole físico como las enfermedades crónicas, así como mejorar considerablemente su calidad de vida. De ahí la importancia de relacionar la depresión con la variable de apoyo social percibido, la cual se define como el conjunto de aportaciones de tipo material, emocional, informacional o de compañía que la persona recibe y percibe por parte de los miembros que componen su red social (Jiménez-Hernández, 2022).

Los adultos mayores pueden experimentar una serie de desafíos como: problemas de salud física y mental, problemas cognitivos, preocupaciones financieras, pérdida de independencia, soledad y pérdida de motivación o propósito en su vida.

A continuación te platicamos algunos de los principales desafíos que pueden experimentar las personas en la tercera edad:

- *Salud física.* Con la edad, pueden surgir problemas de salud, como por ejemplo una disminución de visión y audición, la movilidad puede disminuir y puede haber un mayor riesgo de enfermedades crónicas, como la diabetes, la osteoporosis y la artritis.
- *Salud mental.* Los adultos mayores pueden experimentar cambios emocionales debido a los cambios en su vida, como la pérdida de seres queridos, la jubilación y la soledad. Además, pueden surgir problemas de salud mental como la depresión, la ansiedad y la demencia.
- *Finanzas.* Al jubilarse o dejar de trabajar, muchas personas mayores dependen de sus ahorros o de alguna pensión mensual para cubrir sus gastos. Sin embargo, los costos de la atención médica y otros gastos pueden ser altos, lo cual puede causar estrés o preocupación acerca de sus finanzas en el futuro.

- *Soledad.* Muchas personas mayores enfrentan una mayor soledad y aislamiento social. La pérdida de amigos y seres queridos, la jubilación y la disminución de la movilidad pueden hacer que sea difícil mantenerse activo socialmente.
- *Discriminación.* A menudo, las personas mayores son discriminadas por su edad en el lugar de trabajo y en otros ámbitos de la vida. Esto puede llevar a la falta de oportunidades y a la exclusión social.
- *Pérdida de independencia.* A medida que envejecen, las personas pueden perder su independencia en cuanto a su capacidad para realizar tareas cotidianas, como cocinar, limpiar y conducir. Esto puede tener un impacto negativo en su calidad de vida.
- *Falta de propósito o motivación.* A medida que envejecen y dejan de tener actividades como el trabajo, algunas personas pueden sentir que ya no son útiles, productivas o que ya no tienen un propósito. Esto puede llevar a sentimientos de desmotivación, inutilidad o incluso depresión.
- *Pérdida de habilidades cognitivas.* A medida que envejecen, algunas personas pueden experimentar una disminución en su capacidad cognitiva, lo que puede afectar su capacidad para realizar tareas cotidianas y mantener su independencia.

Es importante tener en cuenta que cada persona envejece de manera diferente y que los desafíos que enfrentan pueden variar. Al abordar los retos individuales de cada persona y buscar formas de lidiar con ellos, las personas mayores pueden vivir.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale)

La escala de depresión geriátrica fue creada por Jerome A. Yesavage y colaboradores, ha sido probada y utilizada extensamente en personas mayores. Durante su aplicación que toma alrededor de 5-7 minutos, se le pide a la persona a

evaluar que responda con sí o no a las preguntas con respecto a cómo se ha sentido durante la última semana. Existen varias versiones desde 30 ítems; se revisará la versión de 15 ítems que se desarrolló en 1986; 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos si se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa.

La escala de depresión geriátrica, se ha probado en personas mayores por lo demás sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve a moderado; en distintos contextos esta herramienta es válida para uso en entornos ambulatorios y residenciales, complementando el diagnóstico diferencial en patologías asociadas a trastornos del ánimo en la población geriátrica (HerramientasClínicas, 2025, en red).

Resiliencia

Por otra parte, la resiliencia es un tema en el que existen pocos estudios sobre resiliencia en adultos mayores pero no deja de ser un tema de interés he incertidumbre y aún hay mucho que descubrir, los estudios que se encuentran mencionan que se esta trabajando en ello para poder llegar a entender la importancia que implica.

La resiliencia en adultos mayores en México es un tema de interés creciente, ya que se considera un factor protector de la salud y el bienestar. Los estudios han demostrado que las mujeres mayores resilientes son aquellas que, a pesar de estar en situaciones de riesgo, tienen la capacidad de utilizar factores protectores para sobreponerse a la adversidad (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores,2022).

La investigación realizada en Pachuca de Soto, Hidalgo, reveló que la resiliencia de los adultos mayores está relacionada positivamente con el establecimiento de un proyecto de vida. Este estudio, que utilizó un diseño no experimental transaccional, correlacional-causal, con una muestra de 100 adultos mayores, encontró que el 42% de los participantes tenían un proyecto de vida,

mientras que el 58% no lo tenía. Además, el 48% consideraba que no tenía herramientas para llevarlo a cabo. La resiliencia, medida por la escala de medición de resiliencia en mexicanos, mostró que el 95% de la muestra tenía un nivel bajo de resiliencia. Sin embargo, el 1% obtuvo un alto nivel de resiliencia. Estos resultados sugieren la necesidad de desarrollar estrategias y programas que fomenten la creación de proyectos de vida y la resiliencia en los adultos mayores de la región (Mendoza C, Eduardo I & Rojas Hernández, R. 2023).

Aunque no existe una definición consensuada, en la psicología gerontológica, resiliencia no solo significa resistencia, sino que conlleva un aspecto dinámico que implica que la persona traumatizada se sobrepone, resiliencia no es solo recuperarse, es ir hacia adelante tras una enfermedad, trauma o un estrés, es vencer las pruebas y la crisis de la vida, es decir resistirlas primero y superarlas después, en definitiva es la capacidad que permite a una persona, un grupo o una comunidad impedir, disminuir o superar los efectos nocivos de la adversidad. En relación con las personas mayores, la resiliencia es un conjunto de “procesos sociales e intrapsíquicos y que se combinan produciendo factores protectores ante situaciones difíciles; es decir procesos de invulnerabilidad ante situaciones de riesgo (Vázquez, 2019).

La teoría de Michael Rutter nos da una perspectiva interesante sobre cómo fomentar la autoestima y el bienestar emocional. Rutter, un psiquiatra británico que ha estudiado la resiliencia en niños, resalta que no todos reaccionamos igual ante situaciones difíciles.

Rutter (1977) este tipo ha sido un pionero en el estudio de cómo las personas enfrentan las adversidades. La resiliencia, básicamente, es nuestra capacidad para adaptarnos y recuperarnos ante situaciones difíciles. Pero Rutter fue más allá y empezó a investigar qué factores hacen que algunas personas sean más resistentes que otras.

Mira, Rutter observó que hay varias claves en esto de la resiliencia. Entre ellas está:

Las relaciones sociales. Tener conexiones sólidas con amigos y familiares puede

ser un gran soporte. Por ejemplo, piensa en un jugador de equipo: si tiene buenos compañeros que lo apoyan, es más probable que se sobreponga a un mal partido.

Autoeficacia. Esto se refiere a creer en nuestras propias habilidades. Si piensas que puedes superar los retos, estás mucho más cerca de lograrlo.

Afrontamiento activo. En lugar de evadir los problemas, Rutter dice que enfrentar los desafíos puede potenciar nuestra resiliencia. Es como cuando te enfrentas a un boss difícil en un juego; si lo intentas varias veces y aprendes sus patrones, al final lo derrotas.

Flexibilidad emocional. Ser capaz de adaptarse emocionalmente a las situaciones también ayuda mucho. A veces hay que dejar ir ciertas expectativas para poder seguir adelante.

Según Rutter, no hay una sola receta mágica para ser resiliente; depende de una combinación de factores internos y externos. Y esto no se trata solo de tener una actitud positiva o simplemente «superar» el dolor. Es algo mucho más complejo.

Una anécdota personal: recuerdo cuando me pasó algo difícil en la universidad. Tenía exámenes finales y me sentía abrumado. Pero gracias a mis amigos —que siempre estaban dispuestos a estudiar conmigo— descubrí que podía organizarme mejor y no solo sobrevivir esos momentos estresantes, sino incluso aprender bien las materias ¡y disfrutarlo! Esto es justo lo que Rutter propone: aliados en la difícil travesía de la vida (AutoestimaFeliz, 2026).

El concepto de resiliencia no es nuevo, aunque su estudio científico sea reciente, su realidad viene de antiguo. En la década de los 70, Anthony (1982) y cols. estudiaron a niños en entornos de riesgo, el objetivo era observar el desarrollo del niño antes de que aparecieran patologías, para “descubrir” en que grado y como moldeaban su vida ante los riesgos afrontados, las vulnerabilidades y las inmunidades que aportaban esas situaciones.

El segundo campo de investigación, se refiere al estrés, Fortin y Bigras (2000) recuperan la definición de estrés de Lázarus y Folman, implicando a la

resiliencia en “estrategias de ajuste eficaz” con el fin de mantener el equilibrio, externo o interno.

El tercer dominio es el de los traumas, según Bourguignon (2000), trauma designa un “acontecimiento interno que trastorna al sujeto con consecuencias inmediatas”, un trauma puede ser una guerra, un duelo, un maltrato, un incesto, etc., y la resiliencia juega un papel importante, partiendo de la no invulnerabilidad absoluta, sino de la inmunidad relativa ante los sucesos y periodos difíciles de la vida, demostrando una cualidad no es fija, cambia según el momento y las circunstancias y también según los traumas y las construcciones psíquicas diferentes que realicemos de ellos, además de la interacción del medio y entorno social, por ello Cyrulnik explica que “la resiliencia es un tejido de punto “tricot” que une lana desarrollable a otra afectiva y social, subrayando la importancia de la reconstrucción positiva, no negando el pasado doloroso, pero si superándolo. (Vázquez, 2019).

La capacidad de recuperarse de situaciones traumáticas extremas es denominada resiliencia esto refleja la confluencia dinámica de factores que promueven la adaptación positiva a pesar de la exposición a experiencias adversas. Se considera que la resiliencia es un componente de la adecuada adaptación psicosocial y se asocia con la salud mental. En los últimos años, se ha acentuado el interés por el potencial papel de la personalidad y la neurobiología en la configuración de la resiliencia (Truffino, 2010).

Rutter define la resiliencia como el fenómeno por el que los individuos alcanzan relativamente buenos resultados a pesar de estar expuestos a experiencias adversas*. No representa la inmunidad o impermeabilidad al trauma sino la capacidad de recuperarse en las experiencias adversas. Sin embargo, para otros autores no es una mera resistencia a la adversidad, sino que hace referencia a la capacidad de crecer o desarrollarse en los contextos difíciles. La invulnerabilidad hace referencia a la resistencia absoluta a las consecuencias negativas de las situaciones adversas.

Las conductas adaptativas son necesarias para afrontar la situación, pero no

suficientes para definir la resiliencia. La fortaleza mental es otro concepto estrechamente relacionado con la resiliencia y al que acompaña a un prolongado debate sobre si se trata de un estado de la mente, algunos autores distinguen tres grandes aspectos dentro del concepto resiliencia: 1/ capacidad de obtener resultados positivos en situaciones de alto riesgo; 2/ funciones competentes en situaciones de estrés agudo o crónico, y 3/ capacidad de recuperarse del trauma. La resiliencia no es un concepto definible por un único indicador y requiere la inclusión de distintos dominios y diferentes ámbitos de expresión (Truffino, 2010).

Resiliencia: revisión por autores

Los autores Campo, Granados, Muñoz, Rodríguez y Trujillo (2012) retoman el aporte de la psicóloga chilena Kotliarenko (2000), quien hace una aproximación a múltiples concepciones de resiliencia, a partir de diferentes autores alrededor del mundo. Acerca de esta, manifiesta la argentina Edith Grotberg, (1995) es una: “Capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez”.

El sociólogo Vanistendael (1994) distingue dos componentes de la resiliencia: por un lado, la resistencia frente a la destrucción, esto es la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles, Cyrulnik (2001) expone que “la resiliencia es un proceso diacrónico y sincrónico: las fuerzas biológicas de desarrollo se articulan con el contexto social para crear una representación de sí que permite la historización del sujeto” (Trujillo, 2011: 16).

Factores protectores de la resiliencia

La resiliencia puede ser modulada por factores de riesgo y de protección. Los

factores de riesgo representan las variables personales y del entorno que aumentan la probabilidad de respuestas negativas en las situaciones adversas. Por su parte, los factores de protección son el conjunto de variables, del sujeto y del contexto, que potencian la capacidad de resistir a los conflictos y de manejar el estrés. El efecto de estos factores se manifiesta cuando el riesgo está presente, actuando como compensadores (modulación, disminución o eliminación). En esta línea, la familia y la escuela ejercen un claro papel protector cuando exhiben características de afecto, cohesión, apertura, compromiso, soporte, modelos positivos y la propia ausencia de factores de riesgo (Truffino, 2010).

Factores asociados con la resiliencia de los estudios empíricos analizados, tanto cuantitativos como cualitativos, surgen diversos hallazgos según los cuales la resiliencia en los viejos se encuentra asociada con un conjunto de factores que potencian y posibilitan los resultados resilientes de cara a los eventos adversos propios de la vejez. Dichos factores, que pueden catalogarse como individuales y sociales / ambientales, son de naturaleza diversa y hacen parte de múltiples dimensiones del ser humano, los cuales son abordados de forma parcial por cada estudio (Cárdenas-Jiménez & López-Díaz, 2011).

En relación con los factores individuales, se encontró que su asociación con la resiliencia ha sido estudiada de forma mucho más frecuente que la de los factores sociales / ambientales,

Los factores individuales. pueden ser categorizados como demográficos, emocionales, cognitivos, de personalidad, relacionados con el afrontamiento, relacionados con la salud y el funcionamiento, y relacionados con la autopercepción. Dentro de dichas variables las más frecuentemente estudiadas fueron la auto percepción de salud, el estado de salud física, la presencia de síntomas depresivos y el estrés.

Los factores sociales / ambientales. los estudios reportan la relación de la resiliencia con factores familiares, de soporte social extra familiar, culturales, históricos, relacionados con el afrontamiento y relacionados con el acceso a servicios de cuidado de la salud. Dentro de este grupo de variables las más

estudiadas fueron el apoyo social y la religiosidad con 4 artículos, respectivamente.

Al revisar los hallazgos de los estudios cualitativos se destaca que los valores culturales influyen sobre la resiliencia en los viejos por medio de su efecto sobre las formas de ver el mundo propias de cada cultura.

Se encontró que uno de los tópicos más contradictorios dentro de los hallazgos revisados es el relacionado con el nivel de resiliencia en la vejez según el género. Pues mientras que algunos autores reportan que existen diferencias, entre hombres y mujeres, Sin embargo, el estudio de Rothermund y Brandtstadter demostró que la resiliencia a los síntomas depresivos disminuye a medida que avanza la edad (Cárdenas-Jiménez & López-Díaz, 2011).

Los factores protectores funcionan como neutralizadores del riesgo para resistir la dificultad: tener una red de apoyo, desarrollar habilidades y fortalezas personales y afrontar de manera positiva las dificultades (Fiorentino, 2008: 46).

En este sentido se comprende que los factores protectores son tanto individuales como sociales. Los primeros refieren capacidades y recursos personales y los segundos hacen referencia al apoyo exterior que recibe el adulto mayor, como la red familiar e institucional, grupos de apoyo y por parte de la comunidad (González, 2021).

- *Apoyo familiar.* “Yo cuando estoy con mi familia me siento muy bien”. A lo largo del análisis de los fragmentos de las adultas mayores se evidencia la importancia que tiene la familia durante esta etapa de la vida, especialmente en condición de institucionalización, puesto que el contacto con sus familiares -mediante visitas y llamadas- es un aliciente en su estadía en la institución desde que el Apoyo Familiar les genera diversos beneficios. Un adecuado soporte familiar no sólo contribuye a mantener estable las condiciones de salud sino también aporta a un equilibrio emocional, el cual se encuentra influenciado por aquellas relaciones cercanas y vínculos estrechos consolidados con algunos integrantes de la familia.
- *Apoyo institucional.* “Recordarles que es fuerte, que ha sido capaz de vencer

muchas otras acciones y desafíos”: El apoyo institucional juega un papel fundamental, dado que incide a nivel mental en las mujeres mayores para mantenerse estables. Así, en el marco de la pandemia son principalmente profesionales de salud quienes interactúan con ellas y las apoyan emocionalmente compensando la falta de contacto físico con sus seres queridos, previniendo en este sentido episodios de depresión y el apareamiento de sentimientos negativos. Por ello, los profesionales implementan estrategias como la comunicación y escucha activa para mitigar ese tipo de situaciones. Esto es fundamental para movilizar recursos internos en ellas por medio de conocimientos y estrategias que poseen los funcionarios.

- *Vínculos sociales.* “La amistad es lo principal en la vida, la amistad es como un sacramento”, los vínculos sociales configuran un factor importante en la cotidianidad de la población en estudio, que se materializan en relaciones cimentadas en el trayecto de vida, fruto de las constantes interacciones sociales.
- *Dimensión espiritual.* “Dios, es algo en lo que se refugian, sienten un alivio, un acompañamiento” (Derly Johanna Cifuentes González, 2021).

Les permite a las adultas mayores mantenerse fuertes emocional y psicológicamente durante su etapa de la vejez y estadía en la institución, debido a que orienta su manera de ser, actuar y pensar respecto a las decisiones que tomen en torno a su vida y familia. Además, es una herramienta compuesta por valores, actitudes y perspectivas alrededor de un ser superior. La espiritualidad genera múltiples beneficios, como salud y bienestar.

Los factores protectores son como capas del corazón que nos ayudan a adaptarnos positivamente a los desafíos de la vida. Todo lo que nos ayude a superar los desafíos de la vida puede ser un factor de protección (Brody, 2025).

Resiliencia en la vejez

La resiliencia es la capacidad que tiene una persona para adaptarse a situaciones adversas y sobreponerse a ellas. En la vejez, esta habilidad se vuelve aún más crucial debido a los cambios físicos, emocionales y sociales que se experimentan. A medida que las personas envejecen, enfrentan desafíos como la pérdida de seres queridos, enfermedades crónicas y cambios en su entorno.

Las manifestaciones de resiliencia presentes en las definiciones que nos ocupan fueron clasificadas, para la presente revisión, en cuatro grupos. En primer lugar, aquellas que hacen referencia a la conservación de los recursos con que cuentan los individuos antes de los eventos adversos; entre ellas se encuentran "mantenerse bien", "sobrevivir" y "resistir". En un segundo grupo están aquellas manifestaciones en las que se evidencia que los individuos recuperan los recursos alterados, modificados o perdidos como efecto del evento adverso; entre ellas pueden incluirse la "recuperación", la "restauración" y el "resurgimiento". En tercer lugar se encuentran los resultados positivos que los individuos pueden construir a partir de la adversidad; de este modo según las definiciones los individuos pueden "prosperar", "crecer", "mejorar", "superarse", "ir más allá", "fortalecerse" y "transformar el desastre en experiencias de crecimiento".

El tercer componente de las definiciones, es decir, las dimensiones de la vida en las que se evidencia la resiliencia incluye principalmente la salud física y/o emocional, el estatus funcional, las capacidades, el balance, el envejecimiento exitoso y la calidad de vida. Por último, el cuarto componente de las definiciones, el referente a las demandas ambientales ante las cuales se pone de manifiesto la resiliencia en la vejez, abarca diversas experiencias negativas entre las que cabe mencionar la adversidad y las experiencias adversas, las alteraciones de la salud en general, y las enfermedades devastadoras y las limitaciones físicas mayores, en particular. Las experiencias negativas también incluyen las pérdidas vitales mayores, el estrés, los daños potenciales, la amenaza acumulada, los retos, las experiencias difíciles y el riesgo. La educación emocional también es importante

tanto en la edad adulta como en la vejez, dado que en ambas etapas se presentan dificultades en ciertos dominios de las CSE. , Vasiliki y Louise (2008) señalaron que en la vejez aumentan las dificultades vinculadas a la conciencia emocional como el reconocimiento de emociones de valencia negativa, Heckman y Blanchard-Fields (2008) han señalado que en la vejez disminuiría la habilidad para integrar cognición y emoción (Mikulic, Caballero, & Aruanno, 2014).

Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)

La Escala Breve de Resiliencia de Connor Davidson es un cuestionario que consta de una serie de preguntas diseñadas para evaluar la resiliencia en individuos que han experimentado eventos estresantes o traumáticos. Se utiliza en la práctica clínica como una herramienta de evaluación y también en la investigación.

La escala se aplica de manera individual y el tiempo que lleva completarla varía según la versión utilizada. Las tres versiones autorizadas son: CD-RISC-2, CD-RISC-10 y CD-RISC-25. La versión CD-RISC-2 consta de dos preguntas y se considera una versión rápida y simple de la escala. La versión CD-RISC-10 consta de 10 preguntas y se considera una versión más completa. La versión CD-RISC-25 consta de 25 preguntas y proporciona una evaluación aún más detallada de la resiliencia. (Antonio, 2025).

Esta es una escala que consta de 25 ítems que se responden en una escala desde 0= “en absoluto” hasta 4= “siempre”. El constructo se compone de cinco factores (Connor & Davidson, 2003): persistencia-tenacidad-autoeficacia (ítems: 10-12, 16, 17, 23-25); control bajo presión (6, 7, 14, 15, 18, 19, 20); adaptabilidad y redes de apoyo (1, 2, 4, 5, 8); control y propósito (13, 21, 22) y espiritualidad (3, 9). Las puntuaciones de cada ítem se suman y se interpreta que, a mayor puntuación en cada dimensión, más indicadores de resiliencia muestra el individuo. (Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC), 2012).

Descubriendo a la psicología positiva

Martin Seligman se convierte por méritos propios en las últimas décadas del siglo XX en uno de los principales investigadores estadounidenses, más especialmente dentro del ámbito de la depresión. Mediante sus diferentes experimentos con animales formuló la teoría de la indefensión aprendida; veamos brevemente estos antecedentes para comprender mejor el origen de la Psicología Positiva.

La indefensión aprendida o adquirida, es una condición psicológica en la que un sujeto aprende a creer que está indefenso, que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga es inútil. Originalmente en experimentos con animales, estos permanecían pasivos frente a una situación poco placentera o dañina, incluso cuando disponían de la posibilidad real de cambiar estas circunstancias.

Esta teoría fue postulada por el propio Seligman y su equipo tras realizar diversos experimentos. Seligman exponía a dos perros, encerrados en sendas jaulas, a descargas eléctricas ocasionales. Uno de los animales tenía la posibilidad de accionar una palanca con el hocico para detener esa descarga, mientras el otro animal no tenía medios para hacerlo. El tiempo de la descarga era igual para ambos, ya que la recibían en el mismo momento, y cuando el primer perro cortaba la electricidad, el otro también dejaba de recibirla. En cualquier caso, el efecto psicológico en ambos animales era muy distinto; mientras el primero mostraba un comportamiento y un ánimo normal, el otro permanecía quieto, lastimoso y asustado, con lo que la importancia de la sensación de control en el estado de ánimo parecía demostrada. Incluso cuando la situación cambiaba para el segundo animal, y ya sí podía controlar las descargas, era incapaz de darse cuenta y seguía recibiendo descargas sin intentar nada para evitarlo.

La teoría de la indefensión aprendida ha sido utilizada para explicar el mecanismo de la depresión. Cuando estamos deprimidos percibimos que nuestra

situación vital es dolorosa, y no distinguimos ninguna solución ni ninguna posible vía de escape a nuestro alcance; nos sentimos mal y no podemos hacer nada para cambiarlo. No hay posibilidad de escapar – al menos así lo ve la persona. (Martinez, 2011).

La Psicología Positiva es una disciplina científica que, dentro de la Psicología, estudia las fortalezas y las emociones positivas humanas. Se considera que el inicio formal de la Psicología positiva fue la conferencia inaugural que el propio Seligman dio en 1998 para su periodo presidencial de la APA (Asociación Americana de Psicología). Seligman concluyó su discurso diciendo: “La psicología no es una mera rama del sistema de salud pública, ni una simple extensión de la medicina, nuestra misión es mucho más amplia. Hemos olvidado nuestro objetivo primigenio, que es el hacer mejor la vida de todas las personas, no solo de las personas con una enfermedad mental. Llamo a nuestros profesionales y a nuestra ciencia a retomar esta misión original justo ahora que comienza un nuevo siglo”.

Fortalezas de Seligman

Sabiduría y conocimiento (fortalezas cognitivas):

- Curiosidad (interés, apertura a nuevas experiencias).
- Amor por el conocimiento y aprendizaje (deseo de aprender).
- Pensamiento Crítico (juicio).
- Ingenio (originalidad).
- Perspectiva (sabiduría).

Coraje (fortalezas emocionales):

- Valor (valentía).
- Perseverancia (persistencia).
- Honestidad (autenticidad).
- Pasión por la vida (vitalidad).

Humanidad (fortalezas interpersonales):

- Capacidad de Amar y ser amado (amor).
- Generosidad (amor altruista).
- Inteligencia Emocional (inteligencia personal).

Justicia (fortalezas cívicas):

- Civismo (lealtad al equipo).
- Sentido de la justicia (equidad).
- Liderazgo.

Moderación (fortalezas ante los excesos):

- Capacidad de perdonar (compasión).
- Humildad (modestia).
- Prudencia (cautela).
- Auto-control (autorregulación).

Trascendencia:

- Capacidad de asombro (aprecio de la belleza y la excelencia).
- Gratitud (agradecimiento).
- Optimismo (visión de futuro).
-
- Sentido del Humor (diversión).
- Espiritualidad (fe)

Modelo de Grotberg

En 1995, Edith Grotberg realizó uno de los modelos descriptivos más influyentes basado en resiliencia. Partimos de la premisa de que este modelo no considera la resiliencia como estática, sino todo lo contrario. Esto significa que tiene un carácter dinámico que permite trabajar para potenciarla y reforzarla. Teniendo

en cuenta eso, el modelo de las verbalizaciones de Grotberg se basa en 4 expresiones resilientes: "yo soy", "yo tengo", "yo puedo", "yo estoy". Por tanto, se trata de procurar aumentar situaciones con las que producir dichas verbalizaciones a través de acciones resilientes, En el "Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes", de Munist y colaboradores de 1998, encontramos el sentido de estas expresiones: (Queiku, 2020).

Yo tengo:

- Personas alrededor en quienes confío y quienes me quieren incondicionalmente.
- Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar peligros o problemas.
- Personas que me muestran por medio de su conducta, la manera correcta de proceder.
- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.
- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender.

Yo soy:

- Una persona por la que los otros sienten admiración y cariño.
- Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.
- Respetuoso de mí mismo y del prójimo.
- Capaz de aprender lo que mis maestros me enseñan.
- Agradable y comunicativo con mis familiares y vecinos

Yo estoy

- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.
- Seguro de que todo saldrá bien.
- Triste, lo reconozco, y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo.
- Rodeado de compañeros que me aprecian.

Yo puedo

- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.
- Buscar la manera de resolver mis problemas.
- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien. Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar.
- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito

Este modelo permite a individuos, familias y comunidades prevenir, minimizar o superar los efectos de la adversidad, no como un rasgo innato, sino como una capacidad que se puede aprender y potenciar.

Los 4 Pilares de Grotberg

- *Yo tengo (Factores externos / Soporte)*. Incluye la red de apoyo social, modelos de conducta, límites claros y el acceso a recursos como salud y educación.
- *Yo soy (Fortaleza interna / Autoconcepto)*. Abarca la autoestima, el respeto por sí mismo y los demás, la responsabilidad y la empatía.
- *Yo estoy (Motivación / Seguro)*: Enfocado en la seguridad personal, el optimismo, la esperanza y la disposición a asumir la responsabilidad de las propias acciones.
- *Yo puedo (Habilidades / Interpersonal)*. Comprende la capacidad de comunicarse, resolver problemas, controlar impulsos y pedir ayuda cuando es necesario.

Percepción en la psicología positiva

La percepción positiva es un concepto fundamental en la psicología positiva, un campo de estudio que se centra en el bienestar humano y el desarrollo de las fortalezas personales. Esta percepción se refiere a la manera en que las personas interpretan y valoran sus experiencias, situaciones y relaciones, enfocándose en los

aspectos favorables y constructivos de la vida. Martin Seligman, uno de los principales exponentes de la psicología positiva, sostiene que cultivar una percepción positiva puede llevar a una vida más satisfactoria y plena.

La percepción positiva juega un papel crucial en la salud mental y emocional de los individuos. Al adoptar una visión optimista, las personas pueden enfrentar los desafíos de la vida con mayor resiliencia y adaptabilidad. Esto no solo mejora la calidad de vida, sino que también influye en la forma en que se relacionan con los demás y cómo manejan el estrés. La capacidad de ver el lado positivo de las situaciones puede ser un factor determinante en el éxito personal y profesional (Systemic, 2024).

Capítulo II Marco Metodológico

Planteamiento del problema

La población mundial está envejeciendo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones. En México, la depresión afecta entre el 15% y el 20% de los adultos mayores, cifra que supera más del doble el promedio mundial del 7%, según datos del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Este alarmante porcentaje refleja una crisis de salud mental en la población envejecida del país, requiriendo atención urgente por parte de las autoridades y la sociedad en general. En el estado de Hidalgo, la incidencia por depresión ha sido mayor en 2023 con 107.4 casos por cada 100 mil habitantes, la mayor incidencia por depresión está en el grupo de edad de 65 y más años con una tasa de 151.5 casos por cada 100 mil habitantes, seguida del grupo de 60 a 64 años con tasa de 137.9 casos por cada 100 mil habitantes (Pérez, 2025).

Es frecuente encontrar a adultos mayores en residencias, casas asistenciales o instituciones geriátricas, cada año ingresan decenas de adultos mayores que son víctimas de la depresión, siendo éste el segundo trastorno más prevalente después de la demencia. Aunque la gran mayoría de familiares suelen comprender que las residencias podrán ofrecerle un mejor seguimiento médico y psicológico a la persona mayor, pocos son los que están al lado del adulto mayor en esta etapa de proceso y aceptación es poco probable que las instituciones brinden intervenciones gerontológicas ya que los asilos y casas de descanso en México ofrecen una variedad de intervenciones y servicios para atender y las necesidades de los adultos mayores. Algunas de las intervenciones y servicios que pueden ofrecer incluyen: atención médica, actividades recreativas, cuidados de limpieza y mantenimiento, alimentación, actividades físicas entre otras el objetivo de estas estancias es proteger, mantener, recuperar y promover su capacidad funcional, salud y bienestar.

Pocos estudios demuestran que en las residencias, casas de asistencia o instituciones geriátricas brindan una intervención gerontológica sobre resiliencia ya que la resiliencia en la persona mayor es una habilidad que ayuda a aceptar los cambios que presenten, evitarán estados negativos la intervención gerontológica en adultos mayores es efectiva y puede ser una parte importante desarrollando habilidades de resiliencia y afrontamiento. Es por todo esto que la presente investigación se centra en la elucidación de la siguiente pregunta:

Pregunta de investigación

¿Es posible desarrollar resiliencia y reducir la depresión por medio de una intervención gerontológica en adultos mayores de la casa de descanso VITA?

Objetivos

Objetivo General

Fomentar el desarrollo de la resiliencia como prevención de la depresión por medio de una intervención gerontológica, en adultos mayores de la casa de descanso VITA.

Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de depresión en los adultos mayores participantes mediante la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.
- Evaluar el nivel de resiliencia de los participantes mediante la escala Connor-Davidson (CD_RISC).
- Analizar las fortalezas resilientes a través de las verbalizaciones de Edith Grotberg.
- Diseñar e implementar una intervención gerontológica orientada al fortalecimiento de la resiliencia.
- Comparar los niveles de resiliencia y depresión antes y después de la intervención.
- Analizar los cambios observados a partir de un abordaje cuantitativo y cualitativo.

Justificación

El aumento de Personas Mayores se ha incrementado durante las últimas décadas a nivel mundial y continuara, se espera que la población mundial aumente en dos mil millones de personas en 2050. Durante este período, se prevé que la población mundial será cada vez más urbana y que la población de 65 años o más superará en número a la de menores de 5 años (ONU,2007).

Por lo tanto el trastorno depresivo (o depresión) es un trastorno mental común. Implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo. Se estima que el 3,8% de la población experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos (4% entre los hombres y el 6% entre las mujeres) y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión. (OMS, 2023).

Cuando los investigadores preguntan a las personas mayores sobre su bienestar, la mayoría responde que tiene gran satisfacción en diferentes aspectos de su vida. Este fenómeno llamado «la paradoja del bienestar en la vejez» evidencia la capacidad de las personas mayores para adaptarse a las constantes exigencias en las diferentes áreas de sus vidas, logrando mantener el equilibrio y un adecuado nivel de bienestar. Estos hechos han llevado a algunos investigadores a declarar que la vejez es una etapa caracterizada por la resiliencia. (Ambriz, 2011).

De igual manera la resiliencia es un concepto relacionado estrechamente con el de envejecimiento con éxito. Indica que las personas han logrado mantener la salud física, cognitiva y social, y han hecho adaptaciones para conservar su calidad de vida y bienestar.

En el adulto mayor institucionalizado el riesgo de depresión puede ser mayor, porque al encontrarse internado en un centro de bienestar al anciano o asilo, conlleva generalmente condiciones especiales de enfermedad, vulnerabilidad, convivencia, acompañamiento familiar y social, aislamiento y desafortunadamente

a veces de maltrato físico y mental; lo cual requiere, procesos de adaptación emocionales y sociales adicionales, que pueden acentuar los sentimientos de tristeza, abandono y soledad (RAMÍREZ, 2015).

Por lo tanto es necesario lograr que las personas mayores lleguen a una vejez plena, mediante una intervención para prevenir depresión al momento que ingresan en una estancia gerontológica, casa de día o centro gerontológico, prácticamente es un factor que causa la depresión por cambiar completamente su entorno y es un proceso que en ocasiones ellos no se adaptan causándoles síntomas depresivos.

Diseño de investigación

Tipo de estudio.

Diseño mixto secuencial explicativo, con alcance cuasi experimental de intervención e integración cualitativa interpretativa.

La presente investigación se desarrollo desde un enfoque metodológico mixto, ya que integro procedimientos cuantitativos y cualitativos con el propósito de comprender la resiliencia como factor de prevención de la depresión en adultos mayores residentes de la Casa de Descanso VITA.

El estudio permitió analizar tanto los cambios medibles en los niveles de resiliencia y de depresión, como los significados subjetivos asociados a las experiencias resilientes de los participantes.

Metodológicamente, la investigación se estructuró bajo un diseño mixto secuencia explicativo (QUAN-qual), debido a que en una primera fase se recolectaron y analizaron datos cuantitativos y posteriormente se desarrolló una fase cualitativa orientada a interpretar y profundizar los hallazgos obtenidos.

Así mismo, el estudio incorporó una alcance cuasi experimental de tipo pretest-posttest, ya que se aplicó una intervención mediante un taller de resiliencia y posteriormente se evaluaron los cambios observados en los participantes.

Fase cuantitativa

En la fase cuantitativa se aplicaron dos instrumentos estandarizados:

- La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

La escala de depresión geriátrica fue creada por Jerome A. Yesavage y colaboradores, ha sido probada y utilizada extensamente en personas mayores la versión de 15 ítems que se desarrolló en 1986; 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos si se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa. La escala de depresión geriátrica, se ha probado en personas mayores por lo demás sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve a moderado; en distintos contextos como el comunitario, hospitalario y de cuidados prolongados HerramientasClínicas, 2025, en red).

- La escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)

Esta escala fue desarrollada por Kathryn M. Connor y Jonathan R.T. Davidson y se considera un instrumento importante para evaluar la resiliencia personal en diversos contextos. La escala consta de 25 ítems, cada uno evaluado en una escala de cinco puntos, y abarca factores como la capacidad de tolerar emociones negativas, sacar fuerzas de experiencias estresantes y establecer relaciones seguras. La puntuación total en la escala oscila entre 0 y 100, donde una puntuación más alta indica un mayor nivel de resiliencia personal (Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC), 2012).

Ambos instrumentos fueron administrados antes y después de la implementación del taller de resiliencia, con la finalidad de identificar posibles cambios en los niveles de depresión y resiliencia de los adultos mayores participantes

Intervención

Taller de resiliencia

Posteriormente, se desarrolló un taller de resiliencia dirigido a los adultos mayores de la Casa de Descanso VITA, orientado al fortalecimiento de recursos personales, emocionales y sociales relacionados con la capacidad resiliente.

El taller constituyó la estrategia de intervención principal del estudio, buscando promover factores protectores frente a la depresión en la vejez.

Fase Cualitativa

La fase cualitativa tuvo un carácter interpretativo y se centró en el análisis categorial de las respuestas obtenidas en las escalas aplicadas. Para ello se utilizó como referentes teórico-metodológico el modelo de verbalizaciones de Edith Grotberg, empleando las categorías:

“Yo, tengo”,

“Yo soy”,

“Yo estoy”

“Yo puedo”,

Dichas categorías fueron vinculadas con las respuestas proporcionadas por los participantes en las escalas de Yesavage y CD-RISC, permitiendo identificar expresiones asociadas a los recursos internos, redes de apoyo, autopercepción y capacidades de afrontamiento resilientes.

Integración cuantitativa-cualitativa

La integración de datos se realizó mediante un proceso de triangulación e interpretación conjunta de los resultados cuantitativos y cualitativos.

Esto permitió no solo identificar variaciones en los niveles de resiliencia y depresión, sino también comprender cómo los adultos mayores construyen significados resilientes frente a situaciones de vulnerabilidad emocional, la articulación de ambas

perspectivas favoreció una comprensión más amplia e integral del fenómeno estudiado, utilizando así las escalas para realizar una interpretación narrativa basada en la hermenéutica y gerontología.

Hipótesis

Hipótesis general

La implementación de una intervención gerontológica orientada al fortalecimiento de la resiliencia favorece el aumento de conductas resilientes y contribuye a la disminución de indicadores de depresión en adultos mayores de la casa de descanso VITA.

Hipótesis de trabajo

Los adultos mayores que participaron en el taller gerontológico presentarán, después de la intervención, mayores niveles de resiliencia y menores puntajes de depresión en comparación con la evaluación inicial.

Hipótesis nula

La intervención gerontológica no producirá cambios significativos en los niveles de resiliencia ni en los indicadores de depresión de los adultos mayores participantes.

Definición de Variables

Variables o categorías de análisis

Variables independientes:

- Intervención gerontológica (Taller para fomentar resiliencia).

Variables dependientes:

- Resiliencia
- Depresión

Definición conceptual de resiliencia. La resiliencia se entiende como la capacidad del adulto mayor para afrontar, adaptarse y recuperarse frente a situaciones adversas, apoyándose en recursos internos y externos.

Definición conceptual de depresión. La depresión se entiende como un estado afectivo caracterizado por tristeza, apatía, pérdida de interés, sentimientos de inutilidad y otras manifestaciones emocionales y cognitivas que afectan el bienestar del adulto mayor.

Población

El número de total de personas residentes en la casa de descanso VITE fue de 30 integrantes, de los cuales los cuales 23 fueron mujeres de aproximadamente 60 años de edad en adelante y 7 hombres de 60 años en adelante, localizados en San Francisco Tecajique localidad situada en el Municipio de San Agustín Tlaxiaca.

Tamaño de la muestra

El número de personas que se les aplicó la es la escala de depresión geriátrica de Yevesage, escala de resiliencia de Connor Davidson, pertenecen a la casa de descanso VITE de San Francisco Tecajique Fue un total de 14 integrantes los cuales 9 son mujeres de aproximadamente 60 años de edad en adelante y 5 hombres de 60 años en adelante.

Tipo de muestreo

Muestreo no probabilístico se seleccionara a los participantes a los cuales se les aplicara la escala de depresión geriátrica de Yevesage y la escala de resiliencia de connor davidson

Muestra

Es una muestra que está dirigida a la población adulta mayor basándonos en una fórmula para poder sacar datos específico.

Calculada a partir de poblaciones sin definir o infinitas, con un *nivel de confianza* al 90%, un *error estimado* de 0.1, el *valor crítico* de $Z = 1.64$ y una probabilidad, a favor y en contra, del 50%. Con un muestreo por conglomerados de grupos tipo.

$$= \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

Z = valor crítico calculado en curva normal.

d = nivel de precisión absoluta del intervalo de confianza.

p = porción de la población en la que se espera esté presente el fenómeno (de 0 a 1).

q = porción de la población en la que se espera no esté presente el fenómeno ($1 - p$).

Por lo que, sustituyendo los valores, la fórmula sería la siguiente:

Nivel de confianza 95%

$$n = \frac{656 * (1.96^2) * (0.5*0.5)}{0.05^2 * (656 - 1) + (1.96^2) * (0.5*0.5)}$$

Nivel de confianza 99%

$$n = \frac{656 * (2.58) * (0.5*0.5)}{0.05^2 * (656 - 1) + (2.58) * (0.5*0.5)}$$

Dispositivo de intervención cualitativa

El dispositivo de intervención, fue construido con un enfoque cualitativo para lo cual se diseñó el Taller de resiliencia denominado “Lo que no mata , fortalece”, tomando como referencia a Baltes,(1981) especialmente conocido por la teoría del desarrollo del ciclo vital (life-span development), donde planteó que el desarrollo humano ocurre durante toda la vida y no solo en la infancia. Él mencionaba que la plasticidad humana permite que las personas se enfrenten a los desafíos y cambios del entorno a medida que envejecen y van generando un capital psíquico o Mental el cual es el conjunto de recursos cognitivos, emocionales y psicosociales (fortalezas de carácter) que permiten al sujeto protegerse, sobrevivir y generar fortalezas personales.

El taller “Lo que no mata, fortalece” tiene una base teórica basada en la gerontología, y una finalidad de fomentar el desarrollo de factores protectores como prevención de la depresión en personas adultas mayores, la intervención estuvo dirigida a personas de 60 años en adelante ingresados en la casa de descanso VITA.

El taller estuvo conformado de 5 sesiones con una duración aproximada de 1 hora 20 minutos aproximadamente realizadas una vez por semana, durante las sesiones se abordaron temas relacionados con el afrontamiento, participación social, pensamiento positivo y estrategias de adaptación; las actividades del taller

incluyeron dinámicas de socialización, expresión emocional, estimulación cognitiva y aprendizaje significativo, tomando como referencia el concepto de plasticidad humana propuesto por Paul Baltes, aplicando técnicas y dinámicas grupales e individuales, lluvia de ideas, trabajo en equipo, reflexión personal, relajación, entre otras. Asimismo, se utilizaron materiales didácticos como hojas de trabajo, material audiovisual, material de papelería como plumones hojas de color, colores, pelotas, aros, plastilina y juegos de mesa (Consultar anexo 2)

Para la interpretación de los datos cualitativos emanados del taller se realizó un análisis por dimensiones de acuerdo a la escala de Grotberg cuyos resultados se interpretaron desde la fenomenología permitiendo comprender y analizar comportamientos de los participantes buscando comprender su significado, no solo describir datos, a partir de cuatro categorías derivadas de la escala de Grogberth.

Capítulo III. Marco contextual

En la localidad San Juan Solís es parte del Municipio de San Agustín Tlaxiaca, está situada en el estado de Hidalgo (HI) en México. Las coordenadas del satélite de San Juan Solís son: latitud 20°9'9"N y longitud 98°59'13"W. En la calle viveros S/N, 42179 San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo se localiza la Casa de Descanso Vita se fundó en 2012 con un solo huésped, una paciente de la Fundación de Huntington, la cual calificó el lugar como el espacio perfecto para pacientes con esta condición. Desde entonces, la fundación ha canalizado frecuentemente pacientes hacia este centro especializado. «Nuestro objetivo siempre ha sido proporcionar un espacio digno, bello y tranquilo para personas que requieren asistencia y cuidado», comparte el Dr. Víctor.

Ubicada en el pintoresco pueblo de San Francisco Tecajique, en el municipio de San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, la Casa Vita ofrece tranquilidad y un entorno apartado del ruido de la ciudad. Este énfasis en la serenidad y la estética del lugar se vislumbra en cada rincón de la casa.

El lema de Casa de Descanso Vita es claro: “Ayudar y hacer el bien a personas que necesitan un espacio digno, con precios justos y velando por la economía”. Esto no solo se refleja en el cuidado que brindan, sino en las políticas económicas que manejan. «Hemos ayudado de manera gratuita a varias personas y somos reconocidos por nuestros precios accesibles. Nuestra prioridad es siempre el bienestar del paciente y su familia», expresa con orgullo el Dr. Víctor.

Se distingue por sus servicios personalizados y un enfoque centrado en las necesidades individuales de cada paciente. Desde actividades recreativas hasta personales con el acompañamiento de gerontólogos, cuidadores y enfermeros, ofrecen una variedad de servicios que garantizan un cuidado integral y una calidad de vida digna para los adultos mayores.

Su misión es ofrecer un espacio donde los huéspedes se sientan como en su hogar desde el primer día, brindando un cuidado integral y una calidad de vida

digna. La visión de Casa Vita es ser reconocida por sus servicios personalizados y su enfoque en las necesidades individuales de cada paciente, asegurando que cada huésped reciba el respeto y la dignidad que merece (Revistazo, 2025).

Esta Casa cuenta con tres servicios generales: administrativo, de lavandería y alimentación, además de seis servicios de salud: Enfermería, medicina, rehabilitación, gerontología, pasantes de la UAEH que realizan prácticas y servicio social y cuatro cuidadores generales.

La población total que residen en Casa VITA, es de treinta personas aproximadamente adultas mayores con diferentes patologías, es una casa de descanso en la cual se brinda una atención adecuada a sus necesidades de cada residente que ingresa, el ambiente laboral es agradable la persona encargada de la casa de descanso es un profesional con ética y con un perfil gerontológico que se lleva a cabo existen vínculos positivos entre residentes y el personal que labora no existe un vínculo negativo ya que el personal se encarga de tener un ambiente de armonía.

En casos de que algún residente de esta institución sufra problemas emocionales el gerontólogo encargado de esta institución tiene que informar a la familia de la persona mayor lo que está sucediendo y orientarlo a que reciba una atención psicológica ya que en esta institución no cuenta con ese servicio.

La institución capacita a los trabajadores en el trato de las personas mayores, abordan cómo evitar los edadismos, temas relacionados con las patologías que presentan, administración de medicamentos, primeros auxilios, curación de heridas y úlceras, sobre liderazgo, sobrecarga de trabajo entre otros

Es una institución donde se le brinda a la persona mayor una cálida de vida digna hacerla sentir desde el primer momento que ingresa un hogar en donde se le brinda la atención adecuada, algunas de las recomendaciones que daría a esta institución sería tener un personal de psicología, más actividades sobre temas emocionales, de adaptación, estimular la participación familiar como incentivar las visitas y la comunicación constante con los familiares para fortalecer el bienestar emocional de los residentes e implementar programas de apoyo emocional

ofreciendo espacios de escucha. Estas recomendaciones favorecerían mucho al bienestar de las personas mayores que están ingresados en esta casa de descanso.

Capítulo IV. Sistematización de la Información y Análisis cruzado de resultados cuantitativos y cualitativos

Para evaluar el impacto del programa de intervención de los 14 participantes, se realizaron evaluaciones de resiliencia y depresión, antes y después de la implementación del mismo. A través del análisis de información se obtuvieron los siguientes resultados cruzados.

Para la interpretación de los resultados cuantitativos de resiliencia se utilizó la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) la cual se categorizó cualitativamente, utilizando el Modelo de Verbalizaciones de Edith Grotberg, utilizando los cuatro pilares de resiliencia que maneja el Modelo “Yo tengo, Yo soy, Yo estoy y Yo puedo”, que de acuerdo con García-Vega, M. y Domínguez-de la Ossa, E. (2013), se clasifican de la siguiente manera:

Yo tengo (Soporte y apoyo externo). Representa lo que viene del exterior. Son las personas de confianza, los límites establecidos, las reglas y los modelos de conducta positivos que brindan seguridad incondicional.

Yo soy / Yo estoy (Fortaleza interna). Define la percepción que la persona tiene de sí misma. Involucra la autoestima, el autocontrol, la empatía, la responsabilidad y la seguridad en el entorno.

Yo puedo (Habilidades interpersonales y de resolución). Engloba la capacidad de actuar, comunicarse, buscar ayuda y manejar situaciones difíciles o peligrosas.

Como se podrá apreciar en cada tabla se muestran los resultados cuantitativos en primer lugar de la resiliencia de CD RISC, asociada a cada uno de los pilares de Grotberg y, posteriormente se presentan los resultados correspondientes a los niveles de depresión asociados igualmente a los mismos pilares de Grotberg. Para lo cual, se identificaron los ítems de cada instrumento (escalas de resiliencia y depresión) y se vincularon con los pilares de Grotberg, los

cuales fueron considerados como categorías de análisis para dar una mayor profundidad a la interpretación de los resultados.

A continuación, en la Tabla 1, se presenta la asociación por ítems y categorías de los instrumentos utilizados para resiliencia y depresión (enfoque cuantitativo) y Modelo de Grotberg (enfoque cualitativo).

Tabla 1*Matriz de articulación teórica-metodológica para resiliencia*

Item CD- RISC	Enunciado resumido	Eje resiliente	Tipo de recurso	Fortalezas VIA asociadas	Indicadores cualitativos sugeridos
1	Adaptarse a cambios	Yo puedo	Agencia/afrontamiento	Valor, Sabiduría	Relatos de ajuste ante pérdidas o enfermedad
2	Relaciones cercanas seguras	Yo tengo	Redes de apoyo	Humanidad, Amor	Personas significativas disponibles
3	Espiritualidad/fe ayuda	Yo soy	Sentido/creencias	Trascendencia	Prácticas religiosas o sentido de vida
4	Manejar lo que venga	Yo puedo	Autoeficacia	Valor	Confianza para enfrentar problemas
5	Éxitos pasados dan confianza	Yo soy	Identidad positiva	Sabiduría	Historias de logros previos
6	Ver el lado humorístico	Yo estoy	Actitud emocional	Trascendencia, Templanza	Uso del humor ante adversidad
7	Enfrentar problemas activamente	Yo puedo	Afrontamiento activo	Valor	Acciones concretas de solución
8	Mantenerse enfocado bajo presión	Yo estoy	Autorregulación	Templanza	Calma y control emocional
9	Fracaso no desanima	Yo puedo	Persistencia	Valor	Continuar pese a recaídas
10	Pensar claro bajo estrés	Yo estoy	Regulación cognitiva	Templanza	Decisiones prudentes bajo presión

Item CD- RISC	Enunciado resumido	Eje resiliente	Tipo de recurso	Fortalezas VIA asociadas	Indicadores cualitativos sugeridos
11	Lograr metas pese a obstáculos	Yo puedo	Planificación	Sabiduría, Valor	Metas y estrategias de logro
12	Tomar iniciativa/liderar	Yo puedo	Proactividad	Justicia, Valor	Organiza o apoya a otros
13	Saber dónde pedir ayuda	Yo tengo	Uso de redes	Humanidad	Búsqueda de apoyo familiar/comunitario
14	Control de impulsos	Yo estoy	Autocontrol	Templanza	Evita reacciones impulsivas
15	Fuerte bajo presión	Yo soy	Fortaleza interior	Valor	Narrativas de fortaleza personal
16	No rendirse fácilmente	Yo puedo	Tenacidad	Valor	Persistencia cotidiana
17	Verse como persona fuerte	Yo soy	Autoconcepto resiliente	Sabiduría	Autoimagen positiva
18	Decisiones difíciles	Yo puedo	Agencia moral	Justicia, Valor	Resolución de dilemas complejos
19	Orgullo por logros	Yo soy	Autoestima	Trascendencia	Satisfacción por contribuciones vitales
20	Mantenerse enfocado en metas	Yo estoy	Direccionalidad vital	Sabiduría	Propósitos claros de vida
21	Apoyo de otras personas	Yo tengo	Soporte social	Humanidad	Red comunitaria o familiar disponible
22	Control de emociones negativas	Yo estoy	Regulación afectiva	Templanza	Manejo de tristeza o enojo

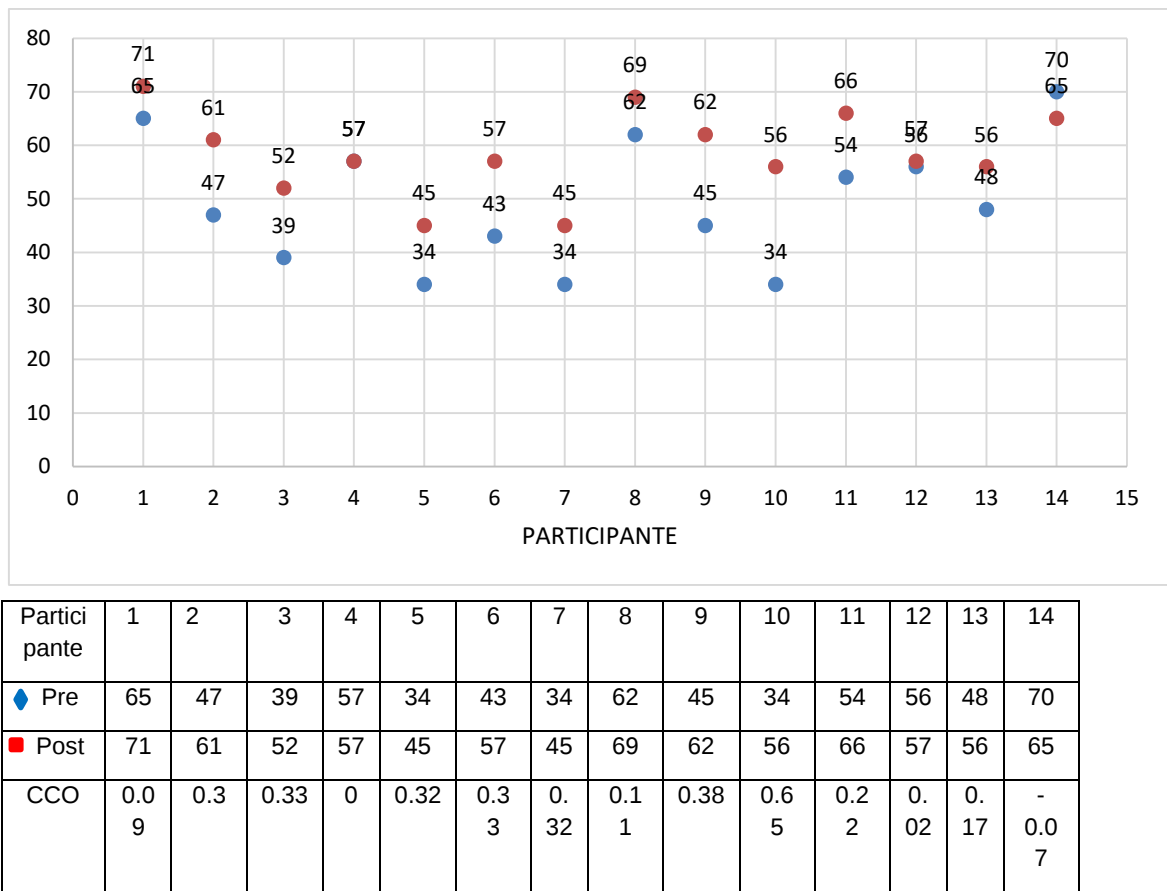
Item CD- RISC	Enunciado resumido	Eje resiliente	Tipo de recurso	Fortalezas VIA asociadas	Indicadores cualitativos sugeridos
23	Manejar sentimientos desagradables	Yo estoy	Afrontamiento emocional	Templanza	Estrategias de regulación emocional
24	Creencias dan fuerza	Yo soy	Espiritualidad	Trascendencia	Fe, rituales, sentido existencial
25	Orgullo por superar dificultades	Yo soy	Identidad resiliente	Sabiduría, Trascendencia	Historias de superación y dignidad

Fuente. Elaboración propia.

A continuación se presentan los resultados asociando los ítems y las categorías.

Figura 2

Puntaje de Resiliencia, antes y después de la intervención

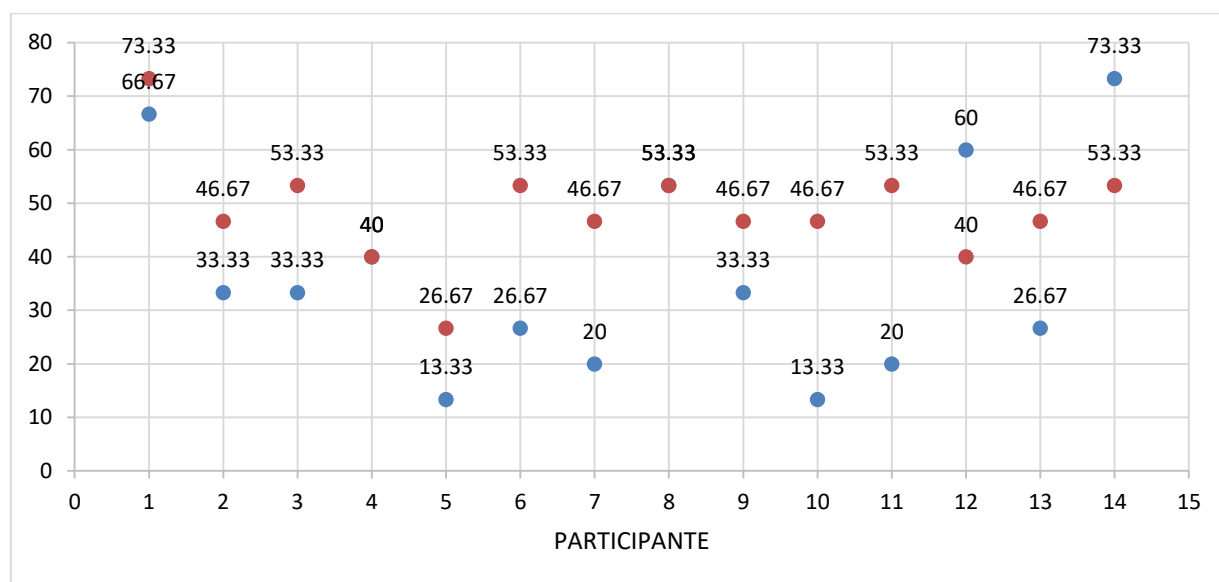


Fuente: Creación propia

Se observa que la mayoría de los participantes presentan una puntuación alta después de la intervención lo que indica una mejoría en la resiliencia y en la capacidad de adaptación. Observamos en el participante 2,3,5,9 y 10 un aumento significativo y en algunos casos como en el participante 4 que mantuvo la misma puntuación (Figura 2).

Figura 3

Puntaje de Resiliencia, antes y después de la intervención “Yo tengo”



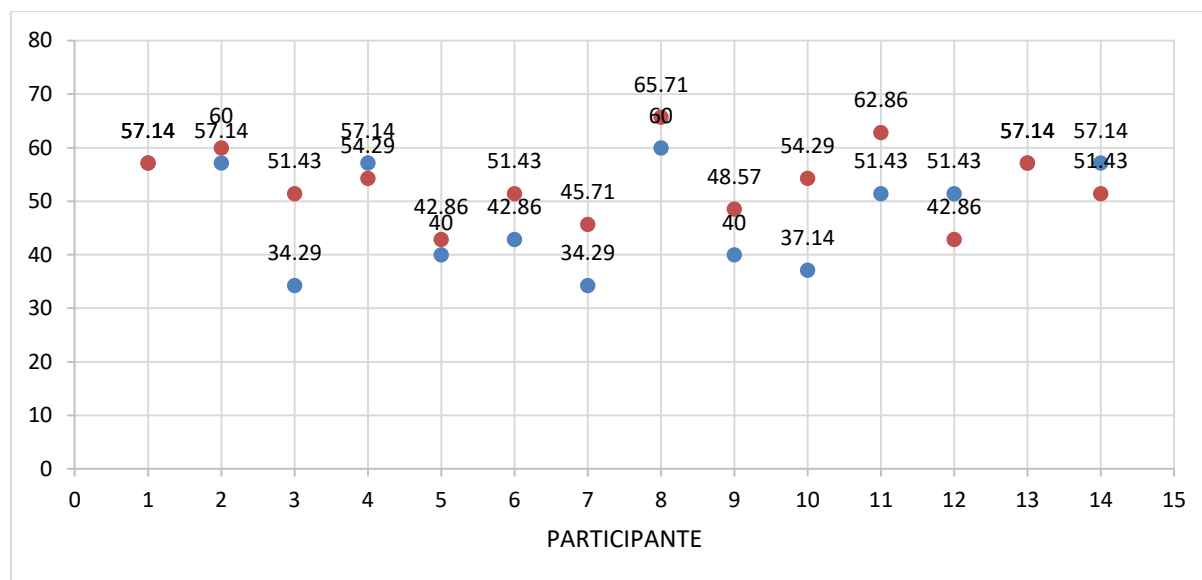
Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Pre	66.67	33.33	33.33	40	13.33	26.67	20	53.33	33.33	13.33	20	60	26.67	73.33
Post	73.33	46.67	53.33	40	26.67	53.33	46.67	53.33	46.67	46.67	53.33	40	46.67	53.33
CCO	0.1	0.4	0.6	0	1	1	1.33	0	0.4	2.5	1.67	-0.33	0.75	-0.27

Fuente: Creación propia

Se observa en la primera categoría los puntajes obtenidos muestran un incremento después de la intervención indicando una mejoría en los recursos externos de apoyo, tales como contar con redes de apoyo o un soporte social. Analizando los resultados se identifica aumentos notables después de la intervención por ejemplo el participante 6 incremento su puntaje de manera significativa de un 26.67 a un 53.33 el participante 10 de un 13.33 a un 46.67 y el participante 11 de un 20 a un 53.33 de igual manera una estabilidad en el participante 4 ya que mantuvo la misma puntuación, se visualiza una reducción en la puntuación del participante 12 y 14. (Figura 3)..

Figura 4

Puntaje de Resiliencia, antes y después de la intervención “Yo soy”



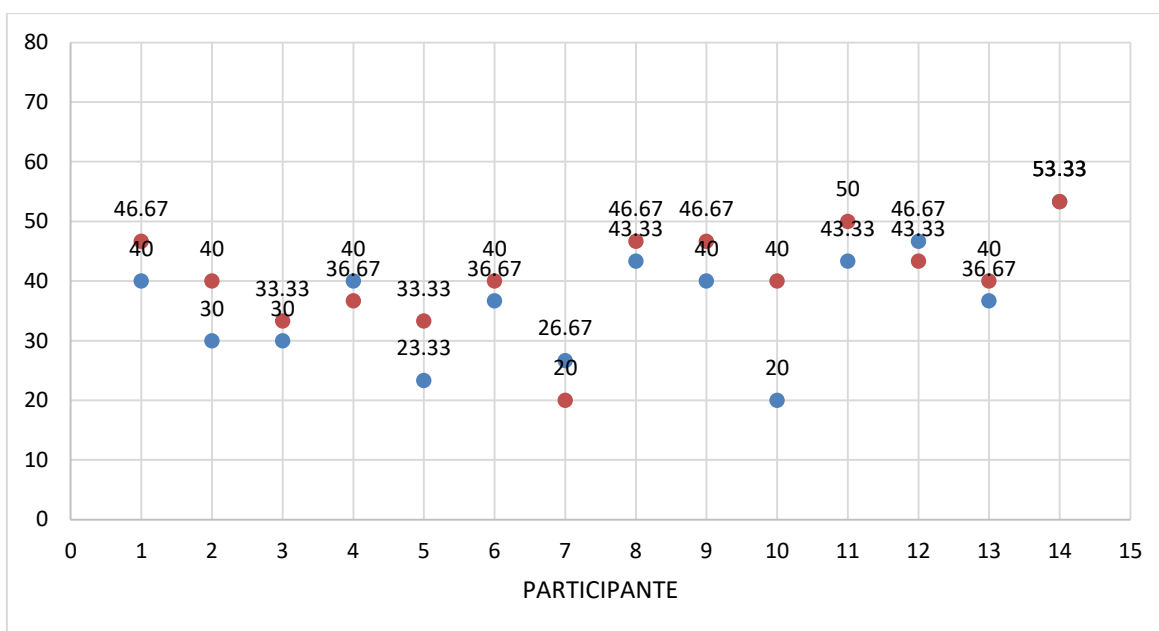
Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Pre	57.14	57.14	34.29	57.14	40	42.86	34.29	60	40	37.14	51.43	51.43	57.14	57.14
Post	57.14	60	51.43	54.29	42.86	51.43	45.71	65.71	48	54.29	62.86	42.86	57.14	51.43
CCO	0	0.05	0.05	-0.05	0.07	0.2	0.33	0.1	0.21	0.46	0.22	0.17	0	-0.11

Fuente: Creación propia

Los puntajes obtenidos fueron positivos después de la intervención, reforzando los sentimientos internos y de autoestima, analizando los datos muestran un incremento los participantes 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y en los participantes 1, 13 con un puntaje estable, una reducción de puntaje en el participante 4, 12 y 14 (Figura 4).

Figura 5

Puntaje de Resiliencia, antes y después de la intervención “Yo estoy ”



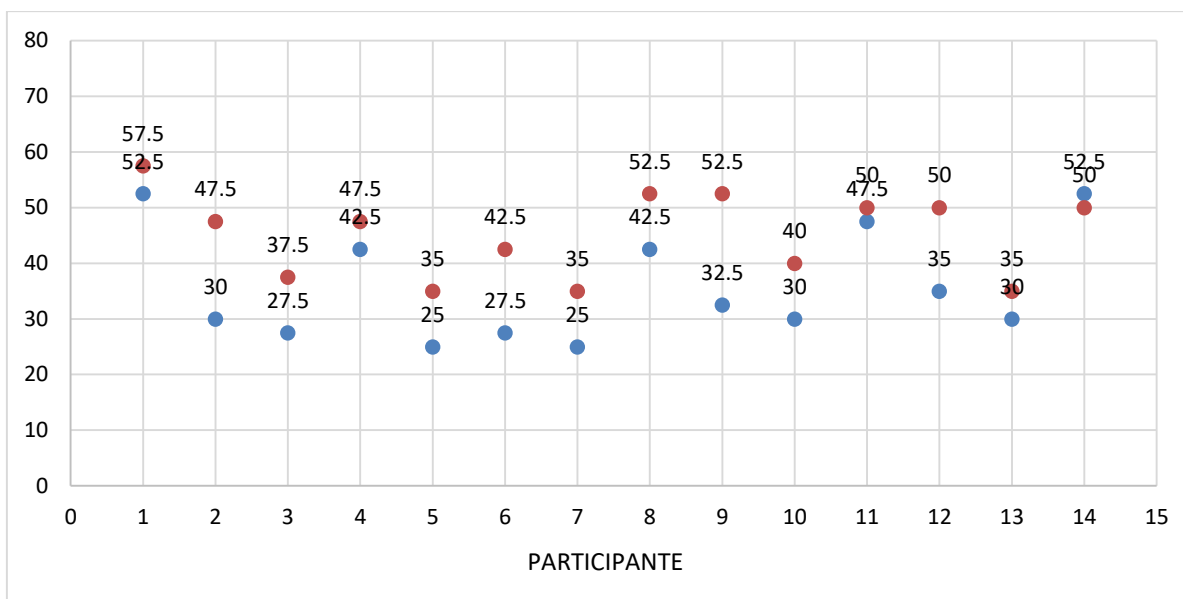
Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Pre	40	30	30	40	23.33	36.67	26.67	43.33	40	20	43.33	46.67	36.67	53.33
Post	46.67	40	33.33	36.67	33.33	40	20	46.67	46.67	40	50	43.33	40	53.33
CCO	0.17	0.33	0.11	-0.08	0.43	0.09	-0.25	0.08	0.17	1	0.15	-0.07	0.09	0

Fuente: Creación propia

Se observa que la mayoría de los participantes presentan un aumento en sus puntajes después de la intervención. Los incrementos fueron más notables indicando la disposición emocional y la voluntad de enfrentar situaciones específicas tales como en los participantes 1,2,5,8,10 y 13 ya que aumentaron de manera significativa, en el participante 14 una estabilidad de puntaje y una ligera reducción en los participantes 4,7 y 12 (Figura 5).

Figura 6

Puntaje de Resiliencia, antes y después de la intervención “Yo Puedo”



Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Pre	52.5	30	27.5	42.5	25	27.5	25	42.5	32.5	30	47.5	35	30	52.5
Post	57.5	47.5	37.5	47.5	35	42.5	35	52.5	52.5	40	50	50	35	50
CCO	0.1	0.58	0.36	0.12	0.4	0.55	0.4	0.24	0.62	0.33	0.05	0.43	0.17	-0.05

Fuente: Creación propia

Los resultados obtenidos por los participantes muestran un incremento de puntaje indicando una mejoría en el nivel de resiliencia para resolver problemas y comunicarse, en la mayoría de los participantes se muestra un aumento en el puntaje y se identificó una ligera disminución de puntaje en el participante 14 (Figura 6).

A continuación se presentara el resultado correspondiente a depresión; donde para el análisis se categorizaron los reactivos de la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, con la categorización de los Pilares de Grotberg en cuatro categorías “Yo tengo, Yo soy, Yo estoy y Yo puedo” (Tabla 2).

Tabla 2

Matriz Analítica para Depresión (Yesavage vinculado a Ejes de Grotberg)

Eje de Resiliencia (Grotberg)	Ítems Originales de Yesavage (GDS-15)	Factor de Riesgo para la Resiliencia
YO TENGO (Soportes externos y redes)	2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses? 9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas nuevas? 15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	El aislamiento y la comparación social negativa erosionan la percepción de los apoyos externos.
YO SOY (Fuerza interior y autoconcepto)	1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida? (No) 3. ¿Siente que su vida está vacía? 5. ¿Se siente de buen ánimo la mayor parte del tiempo? (No) 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? (No)	La falta de satisfacción y el vacío interno debilitan la identidad y la autoestima del "Yo Soy".
YO ESTOY (Disposición y control emocional)	4. ¿Se aburre a menudo? 6. ¿Teme que algo malo le vaya a pasar? 11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo? (No) 13. ¿Se siente lleno de energía? (No)	La apatía y el miedo paralizante anulan la disposición proactiva y el equilibrio emocional.

YO PUEDO
(Capacidades y
autoeficacia)

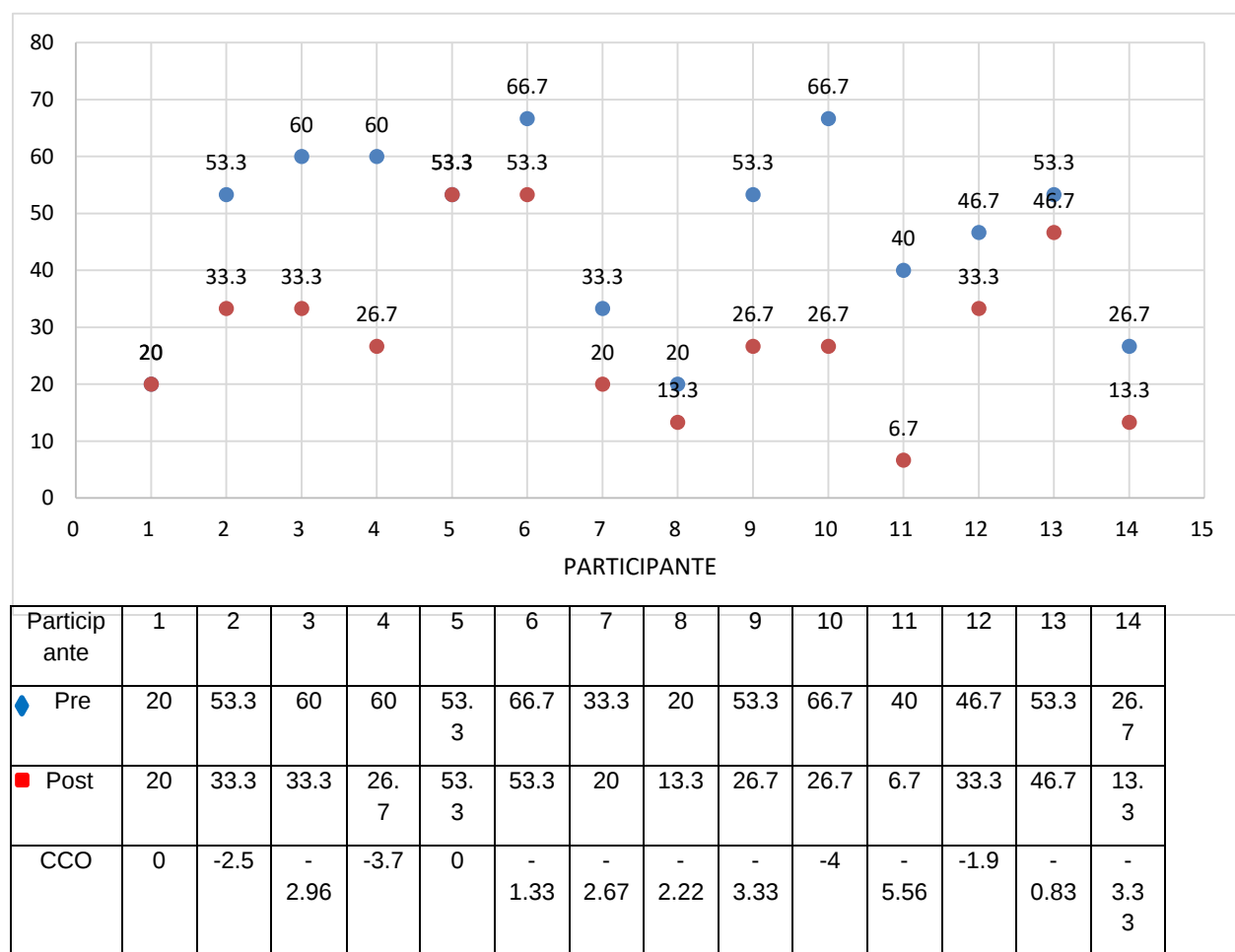
8. ¿Se siente a menudo indefenso/desvalido?
10. ¿Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría?
12. ¿Se siente inútil tal como está ahora?
14. ¿Siente que su situación es desesperada?

El sentimiento de inutilidad y desesperanza bloquea la capacidad de resolución de problemas.

Fuente. Elaboración propia.

Figura 7

Puntaje de Yesavage antes y después de la intervención

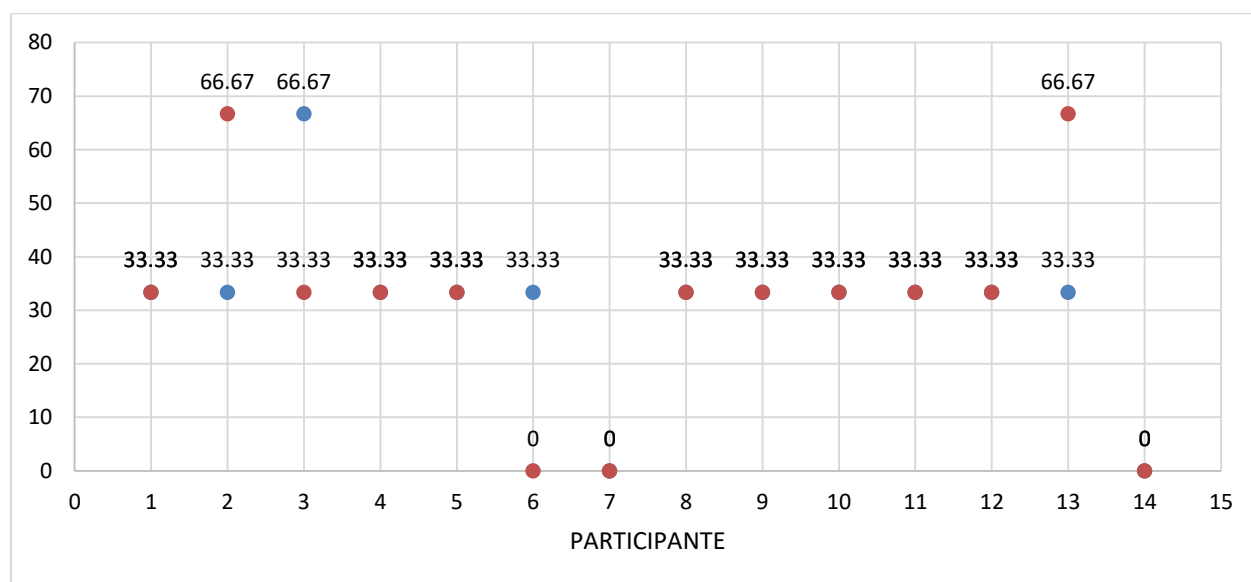


Fuente. Creación propia

Se puede observar que la mayoría de los participantes después de la intervención indican una disminución de puntaje, lo que indica un efecto positivo en la intervención que se aplicó, en algunos participantes como el 1 y 5 se mantuvieron con un puntaje estable.

Figura 8

Puntaje de Yesavage antes y después de la intervención “Yo tengo”



Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Pre	33.33	33.33	66.67	33.33	33.33	33.33	0	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	0
Post	33.33	66.67	33.33	33.33	33.33	0	0	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	66.67	0
CCO	1	1	-0.25	-1.25	-1.25	-3	0	1	-1.25	-0.5	0.25	-0.5	0.5	0

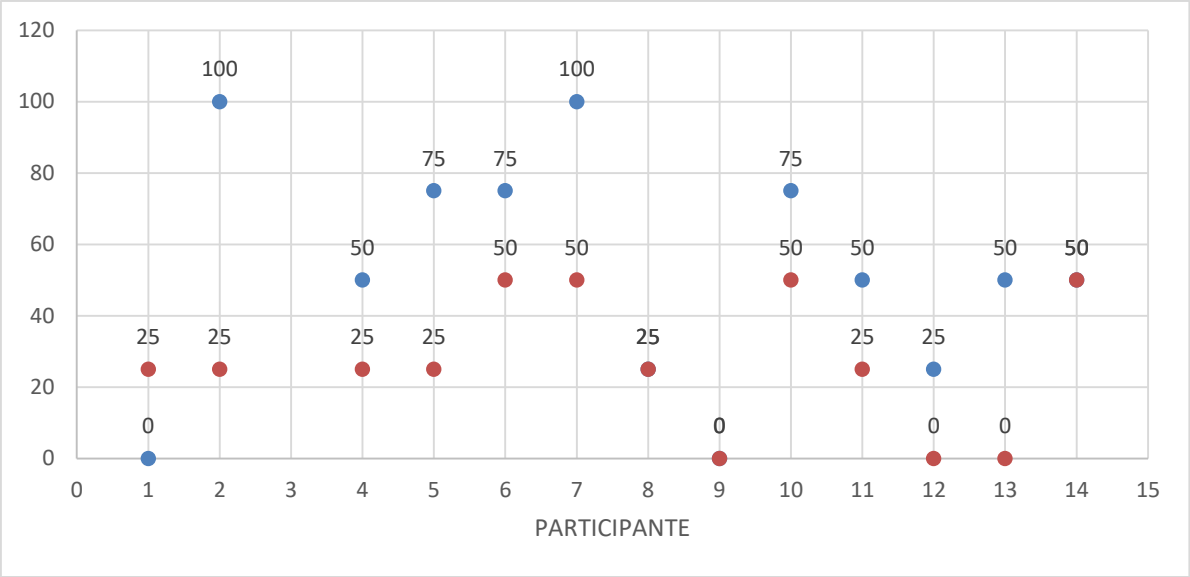
Fuente: Creación propia

Los valores pre y post se observa que varios participantes mantienen valores similares sin embargo, en ciertos casos se evidencian variaciones relevantes, en los participantes 2 y 13 se muestra un aumento de puntaje lo que significa algo alarmante mientras que en los puntajes de los participantes restantes muestra una

disminución después de la intervención dando a conocer un nivel de resiliencia alto (Figura 8).

Figura 9

Puntaje de Yesavage antes y después de la intervención Yo soy”



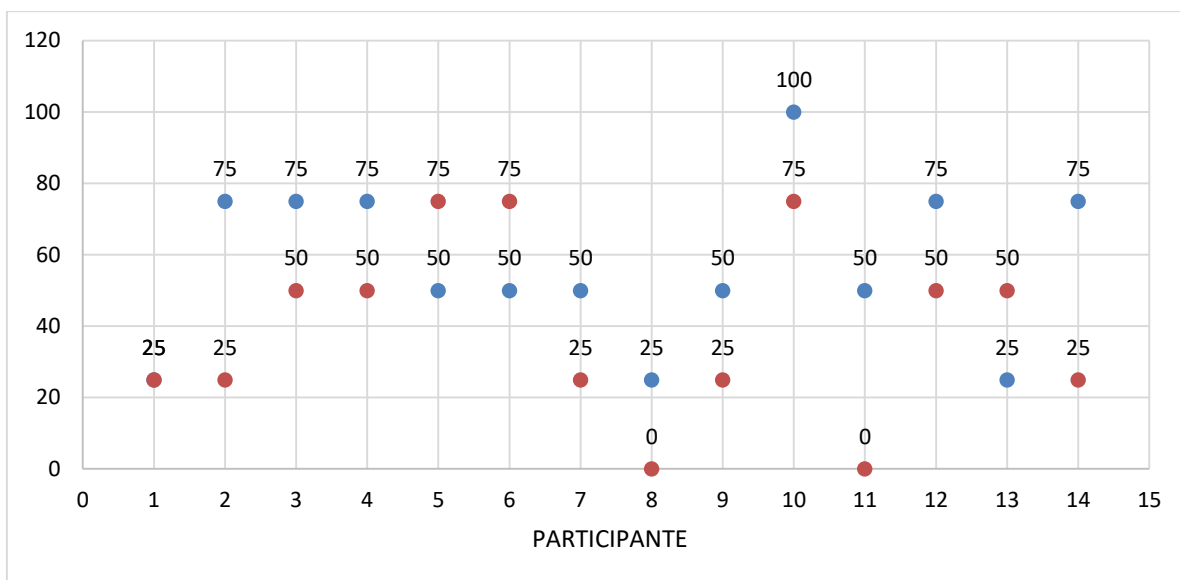
Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
◆ Pre	0	100	50	75	75	100	25	0	75	50	25	50	50	0
■ Post	25	25	25	25	50	50	25	0	50	25	0	0	50	25
CCO	2.5	-0.75	-0.5	-0.67	-0.33	-0.5	0	0	-0.33	-0.5	-1	-1	0	2.5

Fuente: Creación propia

Se observa una disminución de los puntajes en varios participantes, se interpreta como un efecto positivo de la intervención presentando una resiliencia en los participantes, se logra observar que en participante 7,8 y 13 se mostró un equilibrio (Figura 9).

Figura 10

Puntaje de Yesavage antes y después de la intervención “Yo estoy”



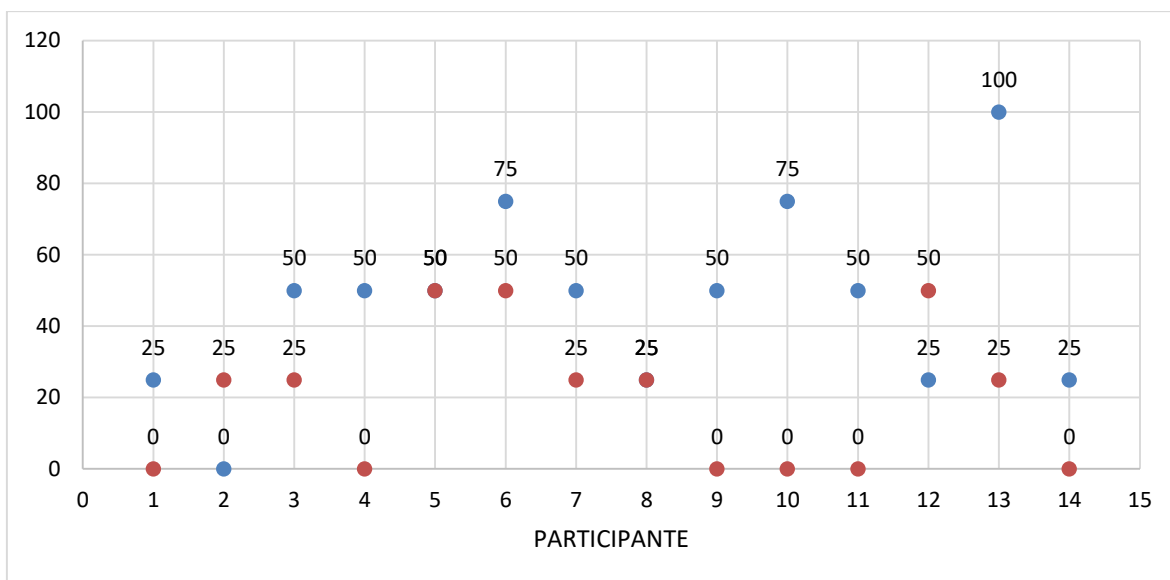
Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Pre	25	75	75	75	50	50	50	25	50	100	50	75	25	75
Post	25	25	50	50	75	75	25	0	25	75	0	50	50	25
CCO	1	-1	0	-0.33	0	-0.5	0	0	-1	0.25	-0.5	0	0	0.33

Fuente: Creación propia

Se observa una disminución de puntaje en la mayoría de los participantes después de la intervención, mostrando un control y disposición de emociones con un equilibrio emocional se mostró un aumento de puntaje en los participantes 5, 6, 13 y un equilibrio en el participante 1 (Figura 10).

Figura 11

Puntaje de Yesavage antes y después de la intervención “Yo puedo”



Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Pre	25	0	50	50	50	75	50	25	50	75	50	25	100	25
Post	0	25	25	0	50	50	25	25	0	0	0	50	25	0
CCO	0	2.5	-0.5	-1.5	-0.5	-0.67	0	1	-1.5	-0.67	-0.5	0	-0.25	0

Fuente: Creación propia

Se mostró una disminución en los puntajes después de la intervención en varios de los participantes lo que sugiere una mejoría en las capacidades y autoeficacia, se identifica una reducción notable en los participantes 1, 4, 9, 10 y 14 presentando puntajes de 0 (Figura 11).

Capítulo V. Análisis de los resultados cualitativos

Para evaluar el impacto del programa de intervención de los 14 participantes, se realizaron evaluaciones de resiliencia y depresión, antes y después de la implementación del mismo. A través del análisis de información que se obtuvo de la aplicación de dos instrumentos:

Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)

1. Para el análisis cualitativo la categorización y la codificación se llevó a cabo a partir de los resultados del cuestionario CD_RISC, y se agruparon en las cuatro categorías de los factores protectores de Groberg, considerando que los ítems del cuestionario guardan estrecha relación con las verbalizaciones resilientes de Groberg, por lo que se procedió a efectuar el agrupamiento y a partir de ahí se obtuvieron las categorías para efectuar el análisis temático utilizando las cuatro fortalezas a fin de identificar patrones recurrentes en la utilización de estos recursos internos y externos, utilizando para ello el análisis de contenido cualitativo de Miles y Huberman y las observaciones sobre el comportamiento del grupo objeto de estudio que se efectuaron durante la aplicación del taller “Lo que no te mata te hace fuerte”.

Modelo de verbalizaciones resilientes de Edith Groberg

2. Este modelo utiliza verbalizaciones las cuales se agrupan en cuatro categorías: Yo tengo (apoyo), Yo soy (fortaleza interna), Yo estoy (motivación) y Yo puedo (habilidades). Cabe aclarar que los resultados que a continuación se presentan tuvieron dos tipos de tratamientos a fin de llevar a cabo un análisis cruzado utilizando tanto una lectura cualitativa como cuantitativa a fin de ser consistentes con la metodología planteada de un estudio mixto cuan cual concurrente.

Análisis por categorías

Tabla 3

Categoría Yo tengo” con base en Resiliencia

Item Escala CD-RISC	Fortaleza externa de Groberg	Tipo de recursos utilizados por el grupo
2,13, 21	Características de humanidad y amor	• Redes de apoyo • Uso de redes • Soporte social

Fuente: creación propia

Como se puede observar el grupo utiliza una serie de elementos externos que le permita manejar sus fortalezas resilientes las cuales de acuerdo a Seligman representan humanidad, la capacidad de amar y ser amado, generosidad, inteligencia emocional lo que muestra una identidad resiliente que manifestaron los participantes del taller una de las actividades que se realizaron fueron enfocadas en que los participantes reconocieran la importancia de su entorno social, reforzando sus redes de apoyo y la participación generando un vínculo social con los participantes del taller así mismo disminuyendo sentimientos de soledad que llegaron a presentar (Tabla 3)..

Tabla 4

Categoría Yo soy” con base en Resiliencia

Item Escala CD-RISC	Fortaleza interna de Groberg	Tipo de recursos utilizados por el grupo
3,5,15,17,19,24 y 25	Características de personalidad, valores y sentimientos internos que otorgan identidad y autoestima	Sentido, creencias Identidad positiva Fortaleza interior Autoconcepto resiliente Autoestima Espiritualidad Identidad resiliente

Fuente. Creación propia

Se puede observar el grupo utiliza una serie de recursos internos que le permiten manejar sus fortalezas resilientes las cuales de acuerdo a Seligman evidencia la búsqueda de trascendencia basada en sus creencias, sabiduría, valores positivos por la vida y una buena autoestima lo que nos demuestra una identidad resiliente que en el general el grupo manifestó a lo largo del taller, mediante dinámicas de presentación en el cual los participantes lograran reconocer sus talentos, rasgos positivos reflexionar sobre sus experiencias pasadas reconociendo sus habilidades de afrontamiento (Tabla 4).

Tabla 5

Categoría Yo estoy” con base en Resiliencia

Ítem Escala CD-RISC	Fortaleza interna de Groberg	Tipo de recursos utilizados por el grupo
8, 10, 14, 20, 22, 23,	Características de una persona con sabiduría y templanza	Autorregulación Regulación cognitiva Autocontrol Regulación afectiva Regulación cognitiva Direccionalidad vital Afrontamiento emocional

Fuente: Creación propia

El grupo utilizó una serie de recursos internos que le permiten manejar sus fortalezas resilientes las cuales de acuerdo a Seligman refiriéndose a una personalidad con sabiduría y templanza en el taller se realizaron actividades de afrontamiento emocional autorregulación, regulación cognitiva, autocontrol. direccionalidad vital, cada una de las actividades que se realizaron los participantes fueron de gran apoyo en su bienestar emocional (Tabla 5).

Tabla 6*Categoría Yo puedo” con base en Resiliencia*

Ítem Escala CD-RISC	Fortaleza interna de Groberg	Tipo de recursos utilizados por el grupo
1, 4, 7, 9, 11, 12, 16, 18	Caráctersticas de una personalidad de valor, justicia y sabiduría	Agencia/ Afrontamiento Autoeficacia Afrontamiento Activo Persistencia Planificación Proactividad Tenacidad Agencia Moral

Fuente: Creación propia

Se encontraron una serie de recursos internos en los participantes que le permiten manejar sus fortalezas resilientes las cuales de acuerdo a Seligman refieren una personalidad con valor, justicia y sabiduría, enfocado en desarrollar habilidades para afrontar situaciones adversas en el taller impartido se realizaron diferentes actividades como técnicas de manejo personal las cuales favorecieron a aceptar cambios que presentaran en su entorno (Tabla 6).

Análisis del taller

Taller de resiliencia, como factor de prevención de la depresión en pacientes adultos mayores de la casa de descanso VITA “Lo que no mata, fortalece”, cuenta con cinco sesiones que se llevaron a cabo con 14 adultos mayores ingresados en esta institución; cada uno con diferente patología y con edad de 60 años en adelante, que participaron de manera voluntaria en la aplicación de dos instrumentos de valoración y una aplicación de taller, que se llevó a cabo una sesión por semana, con el objetivo de fomentar el desarrollo de factores protectores como prevención de la depresión en pacientes adultos mayores.

En la primera sesión, “conociéndonos juntos”, el objetivo fue proporcionar a los participantes habilidades para fomentar la participación social y generar un vínculo, como principal factor protector se dio la bienvenida al taller; se dio a conocer el objetivo principal se les aplicó las escalas de valoración a cada uno de los participante explicando la importancia de escala y los temas a tratar..}

La segunda sesión “Mis Dones – Rasgos y Talentos”, con el objetivo que plantee en esa sesión fue el que ellos reconocieran y apreciaran los talentos, fortalezas y rasgos positivos que tiene cada participante, el poder reconocer sus habilidades de afrontamiento que presentaron en alguna etapa de su vida; así mismo, el que ellos recordaran como lograron salir adelante y como ahora ellos lograran hacerlo, las actividades que realizaron fueron divertidas y con un gran significado, iniciando siempre con una activación física y una de presentación y en ocasiones una de cognición para mantener el ambiente amigable y no se sintieran incómodos.

En la tercera sesión, “Meditación y relajación”, ya se había generado confianza hacia ellos a mí y yo a ellos; el objetivo de esta sesión fue el cómo lograr un fortalecimiento en la capacidad de sobreponerse ante una adaptación; lo lleve a cabo mediante la espiritualidad. Cabe mencionar que, cuando nos referimos a espiritualidad se piensa que es religión, pero, también, es meditación; no hable de temas religiosos por respeto a la religión de cada participante presente; un respeto hacia cada uno de los participantes y la sesión fue más de meditación, prácticas sencillas, respiración consciente y relajación. A través de la sesión guiada, los participantes mejoraran la concentración, favorecer el descanso y fortalecer la conexión consigo mismos y con los demás.

En la penúltima sesión, “Aprendiendo a dejarlo ir”, observé diferentes aspectos el cómo estaba avanzando mi trabajo en cada uno de ellos, en cómo fue cambiando su comportamiento del ahora al de antes, en algunos era favorable en otros no tanto, pero, aun así, seguí dando las últimas sesiones.

El objetivo planeado para la última sesión fue en aumentar la capacidad de adaptación positivamente a los desafíos que presenten; esta actividad fue un poco

más emocional y entendible, porque ya habíamos avanzado en que es la resiliencia y ahora era el como yo la afronto como yo me siento, así el cómo pienso mejorarlo, esta última sesión duro dos días por el cierre que se dio continuando con la aplicación de los instrumentos de valoración, se realizó un convivio para finalizar el taller logrando observar que los participantes mostraban una actitud diferente a la que se tenía al inicio del taller.

La experiencia que me lleve al finalizar este taller tan increíble, es darme cuenta cuanta falta hace este tipo de intervenciones en las instituciones sean asilos, casas de día, casas de reposo entre otras donde ingresan adultos mayores que están expuestos a sufrir depresión, por el motivo de ingresar y no saber cómo llevar a cabo ese cambio de adaptación a otro lugar que no es su hogar al que estaba acostumbrados, el cómo aceptar lo que están viviendo y como recuperarse de este suceso. Donde, la resiliencia es un factor protector de gran importancia que todo profesional de salud debe de saber cómo darlo a conocer con el paciente que esté pasando por alguna situación y como puede cambiar la perspectiva que tiene un adulto mayor o una persona y que pueda lograr un fortalecimiento de adaptación en cualquier ámbito que se presente.

Análisis cruzado de resultados (triangulación cuantitativa–cualitativa)

El presente estudio utilizó un diseño mixto transformativo concurrente, lo que permitió integrar y triangular los hallazgos cuantitativos obtenidos mediante la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la Escala de Resiliencia Connor-Davidson (CD-RISC), con la información cualitativa derivada de la observación, la participación en el taller y las expresiones verbales de los adultos mayores durante la intervención gerontológica.

A partir del análisis cuantitativo, se identificó que antes de la intervención varios participantes presentaban indicadores de depresión leve y moderada, acompañados de bajos niveles de resiliencia, especialmente en dimensiones

relacionadas con el afrontamiento, la percepción de apoyo y la capacidad de adaptación ante situaciones adversas. Posteriormente a la implementación del taller gerontológico, se observaron cambios favorables en los puntajes de resiliencia, así como una disminución en los indicadores depresivos.

Estos resultados cuantitativos fueron consistentes con los hallazgos cualitativos obtenidos durante el proceso de intervención. En las sesiones del taller, los adultos mayores comenzaron a manifestar mayor apertura emocional, incremento en la participación grupal, expresiones de motivación, recuerdos positivos y una mayor disposición para convivir con otros residentes. Asimismo, se observaron conductas relacionadas con el fortalecimiento de la autoestima, el sentido de pertenencia y la recuperación de experiencias significativas de vida.

La triangulación permitió identificar que el fortalecimiento de la resiliencia funcionó como un factor protector frente a la depresión. Desde el análisis cualitativo, los participantes expresaron sentirse escuchados, valorados y acompañados emocionalmente, elementos que favorecieron procesos de adaptación ante las pérdidas, la institucionalización y los cambios asociados a la vejez. De igual manera, varios adultos mayores comenzaron a resignificar su experiencia dentro de la casa de descanso, mostrando actitudes más positivas hacia su vida cotidiana.

En relación con las categorías analizadas, se observó una articulación importante entre depresión, resiliencia y vejez. La depresión apareció vinculada principalmente con sentimientos de soledad, abandono, pérdida del rol social y dificultades de adaptación institucional; mientras que la resiliencia emergió como una capacidad dinámica que puede desarrollarse mediante procesos de acompañamiento gerontológico, interacción social y fortalecimiento emocional.

Los resultados también permitieron reconocer que la resiliencia no constituye únicamente una característica individual innata, sino un proceso construido social y emocionalmente a través de redes de apoyo, experiencias significativas y espacios de escucha e intervención. En este sentido, la intervención gerontológica mostró ser un dispositivo importante para favorecer procesos de envejecimiento saludable desde una perspectiva integral.

Finalmente, el análisis cruzado evidenció que los resultados cuantitativos por sí solos no explicaban completamente las transformaciones observadas en los participantes. Fue la integración de ambas perspectivas metodológicas la que permitió comprender de manera más profunda los cambios emocionales, relacionales y subjetivos experimentados por los adultos mayores durante el proceso de intervención.

Capítulo VI Discusiones finales y conclusiones

Discusiones finales

La presente investigación permitió analizar la relación entre resiliencia y depresión en adultos mayores institucionalizados, evidenciando que la intervención gerontológica puede favorecer procesos de afrontamiento emocional y adaptación ante las condiciones asociadas a la vejez y la institucionalización.

Los hallazgos encontrados coinciden con diversos autores revisados en el estado del arte, quienes señalan que la resiliencia constituye un factor protector frente a problemáticas emocionales en la vejez. En particular, los resultados guardan relación con los planteamientos de Grotberg, quien considera que la resiliencia puede desarrollarse a lo largo de la vida mediante recursos personales, sociales y afectivos; así como con los aportes de la psicología positiva y las fortalezas humanas propuestas por Seligman.

Uno de los principales hallazgos fue identificar que la depresión en las personas mayores institucionalizadas no depende exclusivamente de factores biológicos o clínicos, sino también de elementos sociales, afectivos y relacionales como la soledad, el abandono, la pérdida de vínculos familiares y la dificultad para adaptarse a nuevos entornos. Esto permite comprender la depresión desde una mirada integral y no únicamente patologizante.

Asimismo, la investigación permitió reconocer que los espacios grupales y las intervenciones gerontológicas orientadas al fortalecimiento emocional generan beneficios importantes en la percepción subjetiva de bienestar de los adultos mayores. Las actividades realizadas durante el taller favorecieron la expresión emocional, la interacción social y el reconocimiento de capacidades personales que muchos participantes consideraban perdidas.

Desde la perspectiva metodológica, el enfoque mixto permitió enriquecer la comprensión del fenómeno estudiado. La integración de datos cuantitativos y cualitativos posibilitó analizar no solamente los cambios en las escalas aplicadas,

sino también los significados, experiencias y transformaciones subjetivas construidas por los participantes durante el proceso.

De igual manera, el estudio evidenció la necesidad de fortalecer programas gerontológicos preventivos dentro de residencias, casas de descanso e instituciones geriátricas, debido a que muchas intervenciones continúan centradas únicamente en aspectos físicos y asistenciales, dejando de lado la salud emocional y psicológica de las personas mayores.

Conclusiones

La resiliencia constituye un factor protector importante para prevenir y disminuir síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados. La aplicación de la intervención gerontológica permitió fortalecer habilidades emocionales, sociales y adaptativas en los participantes, favoreciendo un incremento en los niveles de resiliencia y una disminución de indicadores depresivos.

Por lo que se implementó una intervención gerontológica orientada al fortalecimiento de la resiliencia el cual favoreció el aumento de conductas resilientes mostrando indicadores de depresión bajos, los adultos mayores que participaron en el taller gerontológico presentaron después de la intervención, mayores niveles de resiliencia y menores puntajes de depresión en comparación con la evaluación inicial, cumpliendo así la hipótesis que se mencionó al inicio de esta investigación

Los participantes que mostraron mayores capacidades de afrontamiento y adaptación presentaron menor tendencia a experimentar sentimientos depresivos esto debido a que la resiliencia permite ser un factor protector ante la adversidad que estén pasando, claro con el apoyo de los amigos y acompañamiento que presentan en cada institución, es claro ejemplo que las relaciones de amistad ayudan mucho a tener una mejor adaptación en la institución donde sean ingresados esto se demuestra en el transcurso de las sesiones del taller de intervención que se realizaron ellos se sentía acompañados entre ellos mismos . De igual manera los objetivos que se implementaron al inicio de investigación se

cumplieron estos hallazgos que encontramos consiguen en realizar más investigaciones e intervenciones hacia las instituciones brindando una atención a los adultos mayores.

Es crucial que todos tengan en cuenta la importancia de esta investigación, la resiliencia no solo es resistir y afrontar adversidades es una adaptación positiva que la persona mayor tiene que enfrentar al ser ingresado a un centro gerontológico, casa de día, casa de descanso o asilo o cualquier otro suceso que se le presente en el transcurso de su vida.

En la interpretación de los resultados del presente estudio se encontraron resultados satisfactorios, sin embargo, también debe tenerse en cuenta las limitaciones por ejemplo, la expectativa de la interacción familiar ya que se mostró un apoyo social más entre sus compañeros que en el familiar, los cuales no visitan de manera frecuentes a los adultos mayores que habitan en Casa VITA.

Después de todo el desarrollo de la presente investigación se concluye que:

1. Los adultos mayores poseen capacidades resilientes que pueden potenciarse mediante espacios de acompañamiento, escucha, convivencia y participación activa, lo cual contribuye a mejorar su bienestar emocional y calidad de vida, con lo cual queda comprobada la hipótesis general de la investigación.
2. Como parte de los aportes de esta investigación se identificaron la relación entre el fortalecimiento de la resiliencia y la disminución de indicadores de depresión, con lo que se comprueba la hipótesis de trabajo de la investigación; así como la generación de orientaciones para el diseño de programas preventivos dirigidos a la salud mental de adultos mayores en instituciones de cuidado, con lo que la hipótesis nula no aplica.
3. Finalmente, esta investigación contribuye al campo de la gerontología al ofrecer evidencia empírica sobre la importancia de promover recursos personales y sociales en la vejez, así como al ámbito educativo y de intervención al proporcionar un referente metodológico para el desarrollo

de estrategias centradas en el bienestar integral de las personas mayores.

Recomendaciones Gerontológicas

A partir de los hallazgos obtenidos en la presente investigación, se considera fundamental promover intervenciones gerontológicas integrales orientadas no solamente al cuidado físico de las personas mayores, sino también al fortalecimiento de su salud emocional, psicológica y social. En este sentido, se proponen las siguientes recomendaciones:

A las instituciones geriátricas, casas de descanso y centros gerontológicos

Se recomienda incorporar programas permanentes de intervención gerontológica enfocados en el fortalecimiento de la resiliencia, la autoestima y el bienestar emocional de las personas mayores, ya que la salud mental continúa siendo una de las áreas menos atendidas dentro de muchas instituciones.

Es importante que las instituciones promuevan espacios humanizados donde las personas mayores puedan expresar emociones, compartir experiencias de vida, sentirse escuchadas y reconocidas como sujetos con historia, identidad y capacidad de decisión. La institucionalización no debe reducirse únicamente a la asistencia y cuidado físico, sino convertirse en un entorno que favorezca la dignidad, la autonomía y el sentido de pertenencia.

Asimismo, se recomienda implementar talleres terapéuticos, recreativos, intergeneracionales y socioemocionales que fortalezcan las redes de apoyo, la convivencia y la participación activa de los residentes, contribuyendo así a disminuir sentimientos de soledad, abandono y aislamiento.

Al personal de salud y profesionales de la gerontología

Se recomienda fortalecer la formación humanista y gerontológica del personal encargado del cuidado de las personas mayores, promoviendo prácticas basadas en la empatía, el respeto y el trato digno.

Es fundamental comprender que detrás de cada adulto mayor existe una trayectoria de vida, pérdidas, experiencias y significados que influyen directamente en su manera de afrontar la vejez y la institucionalización. Por ello, las intervenciones deben centrarse en la persona y no únicamente en la enfermedad o la dependencia.

Se sugiere desarrollar evaluaciones periódicas del estado emocional de los adultos mayores mediante instrumentos gerontológicos validados que permitan detectar oportunamente síntomas depresivos, factores de riesgo psicosocial y necesidades de acompañamiento emocional.

De igual manera, resulta necesario fomentar modelos de atención interdisciplinaria donde gerontólogos, psicólogos, médicos, trabajadores sociales y cuidadores trabajen de manera conjunta para brindar una atención integral.

A las familias

Se recomienda fortalecer el acompañamiento afectivo y la comunicación con las personas mayores institucionalizadas, debido a que el vínculo familiar representa uno de los principales factores protectores frente a la depresión y el deterioro emocional.

La presencia emocional de la familia, aun cuando no sea cotidiana, genera en las personas mayores sentimientos de reconocimiento, pertenencia y seguridad afectiva. Escuchar, visitar, validar sus emociones y mantener contacto frecuente puede disminuir significativamente sentimientos de abandono y tristeza.

También es importante sensibilizar a las familias respecto a que el envejecimiento no representa inutilidad ni pérdida de valor social, sino una etapa de vida que requiere comprensión, acompañamiento y reconocimiento de la experiencia acumulada de las personas mayores.

A futuras investigaciones

Se recomienda continuar desarrollando estudios relacionados con resiliencia, depresión y envejecimiento saludable desde enfoques cualitativos, cuantitativos y mixtos que permitan comprender de manera más profunda las experiencias emocionales y sociales de las personas mayores.

Asimismo, sería importante ampliar las muestras de estudio e incorporar otros contextos como casas de día, comunidades rurales, hospitales geriátricos y centros comunitarios, con la finalidad de comparar realidades y construir modelos gerontológicos de intervención más integrales y contextualizados.

Finalmente, se considera necesario impulsar investigaciones que recuperen la voz y experiencia subjetiva de las personas mayores, reconociéndolas no solo como población vulnerable, sino como sujetos activos capaces de construir resiliencia, significado y bienestar incluso en condiciones de adversidad.

Referencias

- Ambriz, M. G. (2011 de Abril de 2011). La resiliencia, el tesoro de las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(2), 59-60.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-la>
- AutoestimaFeliz. (2026, 6 febrero). Michael Rutter y la resiliencia para fortalecer tu bienestar emocional. AutoEstimaFeliz.
<https://autoestimafeliz.com/resiliencia/michael-rutter-resiliencia-pdf/>
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611–626. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F (2008). *Manual de psicopatología. Volúmenes I y II*. McGraw-Hill.Madrid
- Brody, B. (2025, diciembre 31). *Factores protectores de la resiliencia*. Servicio de Extensión de OSU. <https://extension.oregonstate.edu/es/catalog/pnw-764-protective-factors-resilience>.
- Cárdenas-Jiménez, A., & López-Díaz, A. L. (2011). Resiliencia en la vejez. *Rev. salud pública*.13 (3): 528-540.
- Cerecero-García, D., Macías-González, F., Arámburo-Muro, T., & Bautista-Arredondo, S. (2020). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y

tratamiento de depresión en población mexicana. Salud Pública de México, 62(6, Nov-Dic), 840-850. <https://doi.org/10.21149/11558>

Jarama, S. (2023, mayo). La depresión: criterios DSM-5 y CIE-11 para la evaluación clínica. Constructos de Psicología. <https://www.constructosdepsicologia.com/2023/05/la-depresion-criterios-dsm-5-y-cie-11.html>

Derly Johanna Cifuentes González, M. C. (2021). *El proceso de resiliencia en la etapa de la vejez*. margen N° 102, 2-16. Jimenez-102.<https://www.margen.org/suscri/margen102/Jimenez-102.pdf>

DSM-V *Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales*.pdf. (2013). GoogleDocs.<https://drive.google.com/file/d/0Bwm2HQHfHsSYQ2x1MG1pRHINQVE/view?resourcekey=0-32-1m1PQiELP5lIRBtVaOA>

Equipo editorial, Etecé. (2026, 23 marzo). Vejez: información, características, gerontología y geriatría. Enciclopedia Humanidades. <https://humanidades.com/vejez/>

EREZ. (2024). *Emociones en Adultos Mayores (Tercera Edad): ¿Cómo Envejecer con Optimismo?* Obtenido de Emociones en Adultos Mayores (Tercera Edad): ¿Cómo Envejecer con Optimismo?: <https://erezemociones.com/emociones/etapas-vida/adultos-mayores/>

Escaño Hidalgo, A.. (2022). *Depresión en la vejez, ¿cómo se manifiesta*. Revista La Mente es Maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/depresion-en-la-vejez-como-se-manifiesta/>

García-Vega, M. y Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Rev. Latinoamericana, de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 11(1), pp.63-77.

Gerontología: información clínica | Diccionario CUN. clínica Universidad de Navarra (2023). <https://www.cun.es>. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/gerontologia>

HerramientasClinicas, & HerramientasClinicas. (2025, 29 septiembre). Geriatric Depression Scale (GDS) (Escala de Depresión Geriátrica) – Explicación completa + PDF. Herramientasclinicas.com.
<https://herramientasclinicas.com/geriatric-depression-scale-gds-espanol/>
<http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v11n1/v11n1a04.pdf>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.(2022,15 marzo). *Adulto mayor*. <https://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/salud-y-grupos-vulnerables/investigacion/adultos-mayores.html>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.(2025,28 noviembre). El INAPAM impulsa la detección y prevención de la depresión en personas adultas mayores mediante acciones integrales como convivencia en sus centros culturales, clubes y atención médica y psicológica en el CAI Universidad. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/depresion-en-personas-adultas-mayores-prevencion-y-deteccion>

Instituto Nacional de Salud Publica (2023,24 de octubre). Las mujeres mayores resilientes son aquellas que a pesar de estar en situaciones de riesgo,

tienen la capacidad de utilizar factores protectores para sobreponerse a la adversidad. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/la-resiliencia-ayuda-a-las-mujeres-mayores-a-envejecer-con-bienestar?idiom=es>

Institutos Nacionales de la Salud (2024) *Depresión*. NIH Núm. No. 24-MH-8079S, <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/depression/depression.pdf>

Jafif, L., & Jafif, L. (2019, 4 noviembre). Históricamente: ¿Cómo se define «Persona Mayor»? - CIAM CJM - Adultos Mayores. *CIAM CJM - Adultos Mayores - Mejorando la calidad de vida del Adulto Mayor*. <https://ciam-cjm.org/historicamente-como-se-define-persona-mayor/>

Jiménez-Hernández, E. (2022). Relación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores con asistencia en centro gerontológico. *GEROKOMOS*, 220-230. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X202200040005

Losada, & Analia, V., & Latour, M. I. (2012) Resiliencia. Conceptualización e investigaciones en Argentina: *Psencia Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica Psencia Latin*, 4 (2) 84-97. <https://www.aacademica.org/analía.verónica.losada/7.pdf>

Lugo, G. (2025, 13 enero). En México sufren DEPRESIÓN 3.6 millones de personas adultas - Gaceta UNAM. Gaceta UNAM.

<https://www.gaceta.unam.mx/en-mexico-sufren-depresion-3-6-millones-de-personas-adultas/>

Millán-Calenti, J. C. (2006). *Principios de Geriátría y Gerontología*. España: McGraw-Hill Interamericana de España.

OMS. (29 de 02 de 2024). *¿Qué es un Adulto Mayor Según la OMS? ▷ Guía Completa 2024*. Obtenido de Canitas: <https://canitas.mx/guias/adulto-mayor-oms/>

ONU. (2007). *Cambios demográficos*. Obtenido de Cambios demográficos.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial de envejecimiento y salud*, pp. 30-31.

Penissste. (s.f.). *Día del Adulto Mayor*. Obtenido de gob.mx: <https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>

Pérez, M. (14 de Enero de 2025). Sufren adultos mayores de depresión en su vida. *El Sol de Hidalgo*.

Pomeroy. (19 de Octubre de 2020). Potenciación de la resiliencia en niños según el modelo de Grotberg. Obtenido de KindforKids: <https://kindforkids.es/resiliencia-ninos-grotberg/>

Psicología. (2019, 7 septiembre). *Psicología evolutiva del ciclo vital: enfoque baltes* | Colegio de Psicólogos SJ. Colegio de Psicólogos. <https://colegiodepsicologossj.com.ar/psicologia-evolutiva-del-ciclo-vital-baltes/>

Ramírez, E. (jueves de abril de 2022). *El Sol de México*. Obtenido de El Sol de México: <https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/sociedad/data-adultos-mayores-los-mas-vulnerables-a-la-depresion-8139691.html>

Ramírez, v. Á. (2015). *Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores*.
https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1746/Riesgo_Depresion_Adultos_Mayores.pdf?sequence=2

resiliencia-el-tesoro-personas-S0211139X10002532-el-tesoro-personas

Resino., M. V. (2019). EL DESARROLLO DE LA RESILIENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES . *Socia de la Asociación Española de Psicogerontología* .

Revistazo, E. (2025, 10 octubre). Casas de descanso para los adultos mayores- CASA VITA EN HIDALGO - el revistazo | La voz de los expertos. *el revistazo*. <https://www.elrevistazo.com/vida-plena-y-legado/casas-de-descanso-para-los-adultos-mayores/>

Romero, M. (8 abril 2024). El envejecimiento de la población, tendencia global. *Gaceta UNAM*. <https://www.gaceta.unam.mx/el-envejecimiento-de-la-poblacion-tendencia-global/>

S0211139X10002532

Seligman, M. E.P. La auténtica felicidad (2002) Ediciones B, pág.187-240

Sepúlveda Velázquez Laura (2026). “Vivir, trabajar y sonreír: el rostro invisible de la depresión funcional”.*Feria Internacional del Libro de Guadalajara*.

<https://www.udg.mx/es/noticia/vivir-trabajar-y-sonreir-el-rostro-invisible-de-la-depresion-funcional>

Slud, O. M. (31 de Marzo de 2023). OMS. Obtenido de OMS:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Truffino, J. C. (2010). Resiliencia: una aproximacion al concepto. *revista psiquiatrica y salud mental Rev Psiquiatr Salud Ment* , 3(4):145–151.

Zunoticia (2025,enero 13)*Gobierno de Hidalgo previene depresión con activación y atención a mayores de 60 años.* <https://www.zunoticia.com/noticias-de-hidalgo/2025/01/13/gobierno-de-hidalgo-previene-depresion-con-activacion-y-atencion-a-mayores-de-60-anos/>

Anexos

Anexo 1 Carta de Consentimiento Informado



Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Gerontología

Carta de Consentimiento Informado

**Nombre del estudio: La resiliencia como factor de
prevención de la depresión en pacientes adultos
mayores de la casa de descanso VITA**

Le estamos solicitando que participe en un proyecto sobre resiliencia como factor protector para prevenir la depresión en adultos mayores.

Este estudio se está realizando porque se quiere saber más sobre cómo apoyar a las personas adultas mayores para prevenir la depresión. El estudio nos ayudará a aprender más sobre la forma que se pueden aplicar estrategias gerontológicas para desarrollar resiliencia en adultos mayores, por lo que les estamos pidiendo a personas como ustedes que nos ayuden.

Si dicen que sí pueden dejar de participar en el estudio en cualquier momento que ustedes decidan.

Si aceptan le realizaremos la aplicación de dos instrumentos de tamizaje sobre depresión y resiliencia a fin de obtener información sobre estos dos elementos; además

de aplicar un taller diseñado especialmente para ustedes a fin de darles estrategias sobre cómo desarrollar resiliencia en su vida cotidiana.

El estudio tomará en su fase diagnóstica de 1 a 2 semanas para la aplicación de los instrumentos con duración de 1 hora por persona; así como y 5 sesiones para el desarrollo del Taller, con una duración de 2 horas por sesión.

La carta descriptiva del Taller, así como los resultados de los instrumentos aplicados y la copia firmada de este documento se mantendrán bajo reguardo y estricta confidencialidad y solo usted tendrá acceso a los resultados del estudio.

No se incluirá su nombre y se hará todo lo posible para que nadie fuera del estudio sepa que ustedes participaron en él

La participación en este estudio no tendrá ningún costo para usted.

Participar en el estudio les proporcionará información y estrategias que les ayudarán a mejorar su calidad de vida.

En caso de tener alguna pregunta o duda sobre este estudio, por favor llame a las docentes a cargo de la dirección de este Proyecto: Mtra. Bertha Maribel Pimentel Pérez y Dra. María del Refugio Acuña, a quienes puede localizar en las instalaciones del Instituto de Ciencias de la Salud, ubicado en Carretera Exhacienda la Concepción sin número, en la localidad de San Juan Tilcuahutla, en el Municipio de San Agustín Tlaxiaca, o bien llame al teléfono 771-71-72-000, extensión 41522 para obtener mayor información sobre este estudio.

Si quiere participar en este estudio solo tienen que firmar este documento del cual les entregaremos una copia.

Al firmar este documento usted está diciendo que:

- Está de acuerdo con participar en el estudio.
- Le hemos explicado la información que contiene este documento y hemos contestado todas sus preguntas.

Usted sabe que:

- No tiene que contestar preguntas o evaluaciones que no quiera hacer.

- En cualquier momento, pueden dejar de participar en el estudio y no pasará nada.

Nombre completo y firma de la
persona participante

Nombre completo y firma del testigo

Nombre completo y firma del
gerontólogo que explica el consentimiento

Anexo 2 Carta descriptiva de taller

Taller de resiliencia como factor de prevención de la depresión en pacientes adultos mayores de la casa de descanso VITA

“Lo que no mata, fortalece”

“procesos sociales e intrapsíquicos y que se combinan produciendo factores protectores ante situaciones difíciles; es decir procesos de invulnerabilidad ante situaciones de riesgo. (Resino., 2019)

Objetivo general

Fomentar el desarrollo de la resiliencia como prevención de la depresión en pacientes adultos mayores de la casa de descanso VITA

Objetivo específico

- Proporcionar a los participantes habilidades para fomentar la participación social y generar un vínculo social como principal factor protector
- Reconocer y apreciar los talentos, fortalezas y rasgos positivos que tienen cada participante reconociendo sus habilidades de afrontamiento
- Fortalecimiento en la capacidad de sobreponerse ante una adaptación que presente la persona mayor mediante la espiritualidad
- Aumentar la capacidad de adaptación positivamente a los desafíos que presente la persona mayor

Materiales

- Pelotas
- Aros
- Sillas y lugar con espacio amplio
- Pantalla
- Material de papelería
- Juegos de mesa

Sesión 1. Conociéndonos juntos Objetivo general: Fomentar el desarrollo de la resiliencia como prevención de la depresión en pacientes adultos mayores de la casa de descanso VITA Objetivo específico: • Proporcionar a los participantes habilidades para fomentar la participación social y generar un vínculo social como principal factor protector • Fomentar empatía entre compañeros		
Actividad	Descripción	Tiempo
Bienvenida al taller y presentación de la coordinadora	La coordinadora da la bienvenida a los participantes del taller y da una breve explicación de los contenidos que se llevarán a cabo en el taller. Además, se les informará el carácter confidencial del taller y firmarán la carta de consentimiento informado.	10 min
Presentación de objetivos, reglas y calendario.	La coordinadora del taller les dará a conocer a los participantes los objetivos, las reglas y el calendario del taller	5 min
Actividad 1 Conociéndonos juntos	La coordinadora les repartirá una pelota la cual los participantes la pasaran entre ellos en el momento que la música se pare el participante que se quede con la pelota se presentará diciendo su nombre y su animal favorito Por medio de esta actividad aprenderán a conocer mejor a sus compañeros de grupo, todos los participantes del taller tendrán su turno para que se presenten ante el grupo en un tiempo de 30 segundos Mantener el orden y en silencio a los miembros del grupo, solo debe de hablar la persona que se está presentando.	25 min

Encuentra algo divertido Actividad	La coordinadora indicara el objetivo de la actividad y las indicaciones de lo que se llevara a cabo. Formaran un circulo y se sentaran aleatoriamente, cada participante tendrá que decir tres momentos divertidos que han experimentado	20 min
El color de mis emociones	La coordinadora repartio hojas blancas y plumines a cada participante , les dio la indicación de que dibujaran o escribieran como se sentían el día de hoy, cada participante fue explicando su dibujo.	20min
Cierre	La coordinadora dará retroalimentación a los participantes sobre la sesión y les pedira que respondan las siguientes preguntas • ¿Qué opinaban sobre la actividad? • ¿Cómo se sintieron? • ¿Si tuvieron alguna duda?	25 min

Sección 2. Mis Dones – Rasgos y Talentos		
Objetivo general: Fomentar el desarrollo de la resiliencia como prevención de la depresión en pacientes adultos mayores de la casa de descanso VITA Objetivo específico: • Reconocer y apreciar los talentos, fortalezas y rasgos positivos que tienen cada participante reconociendo sus habilidades de afrontamiento • Estimular lenguaje, atención y memoria manteniendo un ambiente de armonía		
Actividad	Descripción	Tiempo
Bienvenida	La coordinadora dará la bienvenida a los participantes pasará lista y les dará una retroalimentación de lo que se vio en la sesión pasada	10 min
Juego de pelotas	La coordinadora del taller dará la indicación que todos los participantes se localicen en la cancha deportiva en la cual se les entregará pelotas a cada uno y lanzarán la pelota en el aro al modo de que flexione los brazos.	15 min
Juegos de mesa	Los participantes integrarán equipos de 3 y se les dará diferentes juegos de mesa como domino, lotería, memoraba	
Mis Dones – Rasgos y Talentos	Cada participante se le dará un globo que en el interior traerá el nombre de una de sus compañeras o compañeros y tendrá que decir un talento, fortaleza y un rasgo positivo que vea en su compañera.	30min
Hagamos un cuento juntos “lo que no mata, fortalece”.	La coordinadora les repartirá una hoja blanca en la que ellos dibujarán, escribirán o pegarán recortes. Se les dará la indicación que el dibujo o la actividad que hayan realizado se deberá de exponer tomando en cuenta la frase “lo que no mata, fortalece”, creando una historia con cada dibujo Cada participante dará una opinión sobre lo que dibujo compartiendo su experiencia al momento de hacerlo.	30 min
Cierre Lluvia de ideas	Los participantes del taller darán sus puntos de vista de las actividades que se trató la sesión y se dará indicaciones para la próxima sesión.	15 min

Sesión 3. Meditación y relajación Objetivo general: - Fomentar el desarrollo de la resiliencia como prevención de la depresión en pacientes adultos mayores de la casa de descanso VITA Objetivo específico: - Fortalecimiento en la capacidad de sobreponerse ante una adaptación que presente la persona mayor mediante la espiritualidad		
Bienvenida	La coordinadora del taller dará la bienvenida a los participantes, pasara lista, y empezara dando una retroalimentación de la sesión pasada	10 min
Actos de bondad	Bajo las indicaciones de la coordinadora los participantes tomaran asiento y se les explicara la siguiente actividad la cual es realizar actos de bondad y expresar gratitud hacia los demás, el cual cada participante por una semana tendrá que decir las palabras mágicas <i>Gracias, por favor, buenos días, buenas tardes, buenas noches.</i>	30 min
Escuchar música que inspire calma y reflexión (634) <u>La resiliencia - YouTube</u> (borrego)	Los participantes se formaran en círculo, en posición cómoda, la coordinadora dará indicaciones de cerraran los ojos y escucharan una narración, video o música. Se les entregara hojas blancas en las cuales ellos van a dibujar lo que imaginaron. Y compartirán experiencias que les ocasiono esta actividad	30 min
Cierre	Se dará indicaciones para la siguiente seccion.	15 min

Sesión 4. Aprendiendo a dejarlo ir		
Objetivo general: - Fomentar el desarrollo de la resiliencia como prevención de la depresión en pacientes adultos mayores de la casa de descanso VITA Objetivo específico: - Aumentar la capacidad de adaptación positivamente a los desafíos que presente la persona mayor		
Bienvenida	La coordinadora dará la bienvenida a los participantes a la sesión, pasara lista y dará retroalimentación sobre la sesión pasada.	10 min
Palabras mágicas (continuación)	La coordinadora retomara la actividad de la sesión anterior sobre las palabras mágicas y los participantes contestaran las siguientes preguntas <i>¿Cómo se sintieron?</i> <i>¿Se les hizo difícil decir las palabras mágicas?</i> <i>¿Qué opinaron de la actividad?</i> Por turnos, cada uno de los participantes pudo expresar sus opiniones de cada una de las preguntas	30 min
Paseos al aire libre	La coordinadora realizara una caminata en el patio pidiéndole a los participantes que observen lo que hay a su alrededor. Regresando de la caminata a cada uno deben de contestar las siguiente preguntas <i>¿Qué fue lo que más observe?</i> <i>¿Cómo me siento al salir a caminar?</i>	15 min

Videos ¿Qué es y cómo ser una persona resiliente? (youtube.com) La resiliencia (youtube.com)	Se proyectan videos sobre resiliencia Al finalizar cada video el participante opinara sobre lo que mas recuerde de lo que acaba de ver en la pantalla.	0 mi n
Cierre Respiración profunda	La coordinadora le indica a los participantes se sientan cómodamente ,cierra los ojos coloca una mano en tu abdomen, Inhala profundamente a través de la nariz, permite que el aire llene primero tu abdomen y luego tu pecho, exhala lentamente por la boca, permite que el aire salga completamente y vamos repitiendo	10 mi n

Sesión 5. Aprendiendo a dejarlo ir		
Objetivo general: - Fomentar el desarrollo de la resiliencia como prevención de la depresión en pacientes adultos mayores de la casa de descanso VITA Objetivo específico: - Aumentar la capacidad de adaptación positivamente a los desafíos que presente la persona mayor		
Bienvenida	La coordinadora dará la bienvenida a los participantes la sesión.	5min
Retroalimentación Aplicación de escalas	La coordinadora del taller da retroalimentación sobre lo que se impartió en las sesiones pasadas Aplica las escalas de valoración a cada uno de los participantes en un lugar privado cuidando la identidad del participante	25 mins
Cierre Convivio	La coordinadora da agradecimientos por participar en el taller “Lo que no mata, fortalece” Finaliza con un convivio con los participantes	30 min

Anexo 3 Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (EDG-15)

Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15)³

Esta escala que evalúa síntomas depresivos cognoscitivos, como estado de ánimo, esperanza, deseos de muerte y capacidad de disfrute. Consta de quince ítems con respuestas dicotómicas (sí o no). La aplicación puede ser auto-aplicada o hetero-aplicada. Se lee el ítem y registran la respuesta del participante, "sí" o "no".

Ítem	Sí	No
1. ¿Está usted satisfecho con la vida que lleva? *		
2. ¿Ha dejado de hacer las cosas que le gustan? *		
3. ¿Siente que su vida está vacía? *		
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente? *		
5. ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?		
6. ¿Está preocupado porque piensa que algo malo le va a pasar? *		
7. ¿Se siente feliz gran parte de su tiempo?		
8. ¿Siente a menudo que no vale nada? *		
9. ¿Prefiere estar sin hacer nada en casa durante el día que salir a la calle? *		
10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente de su edad? *		
11. ¿Piensa que es agradable estar vivo? *		
12. ¿Siente que vale poco en su actual condición? *		
13. ¿Se siente lleno de energía?		
14. ¿Se encuentra sin esperanza por su condición actual? *		
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente tiene más suerte que usted? *		

Puntuación: Se asigna un punto por cada respuesta que tenga un asterisco. La suma total se valora como sigue: 0-5: Normal. 6-9: Depresión leve., >10: Depresión establecida

³ Versión tomada de: Gómez-Angulo, C. & Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. Universitas Psychologica, 10 (3), 735-743

Anexo 4 Escala de Resiliencia de Connor Davidson (CD-RISC)

CD-RISC Escala de Resiliencia Connor-Davidson

K.M.Connor y J.R.Davidson, 2003
Adaptación española de B.Fernández y F.Ramos, 2006

Nombre.....Edad.....Sexo.....

Instrucciones: En la siguiente lista se indican frases relacionadas con aspectos importantes de su vida. Conteste a cada frase rodeando con un círculo el número que corresponda según el grado en que está de acuerdo con lo que se dice, según su forma de ser en el último mes.

No hay contestaciones buenas ni malas, pues cada uno tiene su forma de pensar, sentir y comportarse.

Para ello, tenga en cuenta la siguiente valoración:

0	1	2	3	4
Nada de acuerdo	Raramente de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

CD-RISC Escala de Resiliencia Connor-Davidson	Nada de acuerdo	Raramente de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Soy capaz de adaptarme a los cambios	0	1	2	3	4
2. Tengo personas en las que puedo confiar y con las que me siento seguro	0	1	2	3	4
3. Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude	0	1	2	3	4
4. Puedo resolver cualquier acontecimiento que se me presente	0	1	2	3	4
5. Los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza	0	1	2	3	4
6. Veo el lado divertido de las cosas	0	1	2	3	4
7. Afrontar el estrés, me fortalece	0	1	2	3	4
8. Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades	0	1	2	3	4
9. Pienso que las cosas ocurren por alguna razón	0	1	2	3	4
10. Me esfuerzo al máximo en cada ocasión	0	1	2	3	4
11. Puedo conseguir mis metas	0	1	2	3	4
12. Cuando parece que irremediamente algo no tiene solución, no abandono	0	1	2	3	4
13. Sé donde acudir a por ayuda	0	1	2	3	4
14. Bajo presión, me concentro y pienso claramente	0	1	2	3	4
15. Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema	0	1	2	3	4
16. No me desanimo fácilmente por el fracaso	0	1	2	3	4
17. Pienso que soy una persona fuerte	0	1	2	3	4
18. Tomo decisiones difíciles o impopulares	0	1	2	3	4
19. Puedo manejar sentimientos desagradables	0	1	2	3	4
20. Sigo los presentimientos que tengo	0	1	2	3	4
21. Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida	0	1	2	3	4
22. Siento que controlo mi vida	0	1	2	3	4
23. Me gustan los desafíos	0	1	2	3	4
24. Trabajo para conseguir mis metas	0	1	2	3	4
25. Me siento orgulloso de mis logros	0	1	2	3	4