



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TESIS

**Efecto de la terapia de juego en los niveles de depresión en los
adultos mayores de centro gerontológico de la comunidad de
Tlahuelliapan, Hidalgo**

Para obtener el título de

Licenciada en Enfermería

PRESENTA

P.L.E.S.S Meneses Mera Estefanía

Director (a)

Dr. Benjamín López Nolasco

Codirectora

M.C.E. Ariana Maya Sánchez

Comité tutorial

Dra. Edith Araceli Cano Estrada

M.C.E. Claudia Atala Trejo García

D.C.E. Benjamín López Nolasco

Dra. Sheila Adriana Mendoza Mojica



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Escuela Superior de Tlahuelilpan
Campus Tlahuelilpan

19 de enero del 2026

Asunto: Autorización de impresión formal.

DR. OTILIO ARTURO ACEVEDO SANDOVAL

Director de la Escuela Superior de Tlahuelilpan, Hidalgo

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de la pasante **MENESES MERA ESTEFANIA**, bajo la modalidad de Tesis individual cuyo título es: **EFFECTO DE LA TERAPIA DE JUEGO EN LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DE CENTRO GERONTOLÓGICO DE LA COMUNIDAD DE TLAHUELILPAN, HIDALGO**, debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

“AMOR, ORDEN Y PROGRESO”

Nombre de integrantes del Jurado	Cargo	Firma
Dra. Edith Araceli Cano Estrada	Presidente	
M.C.E. Claudia Atala Trejo García	Secretario	
Dr. Benjamín López Nolasco	Vocal	
Dra. Sheila Adriana Mendoza Mojica	Suplente	H

Ex-Hacienda de San Servando S/N, Col. Centro,
Tlahuelilpan, Hidalgo, México; C.P. 42780
Teléfono: 771 71 720 00 Ext. 50601 y 50603
esc_sup_tlahuelilpan@uah.edu.mx

“Amor, Orden y Progreso”



2025



www.ordenes.com

TITULO

“Efecto de la terapia de juego en los niveles de depresión de adultos mayores de centro gerontológico de la comunidad de Tlahuelilpan, Hidalgo.”

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por darme la dicha de vivir y la oportunidad de cumplir uno de mis más grandes anhelos.

Agradezco profundamente a mis padres, Armando y Esmeralda, por su amor incondicional y por el apoyo constante, incluso a la distancia. Su presencia, aunque lejana físicamente, siempre estuvo conmigo en cada paso de este camino.

A mis tíos, quienes me brindaron su respaldo durante mi estancia en el estado de Hidalgo, les extiendo mi sincero agradecimiento. En especial, a mi tía Gis, por acompañarme de cerca, por su cariño y por hacer más ligera esta trayectoria.

A mis hermanos, Rodrigo y Diego, gracias por estar presentes en mi vida, por su compañía, por sus palabras de aliento y por hacerme reír incluso en los momentos más difíciles. Gracias por alegrar mi vida y hacerla más llevadera.

Asimismo, agradezco a mi institución y a todos los maestros que compartieron conmigo su conocimiento y experiencia, contribuyendo a la realización de una de mis metas más importantes.

De manera muy especial, agradezco al Dr. Benjamín López Nolasco, director de mi tesis, por su invaluable apoyo, paciencia y generosidad al brindarme su tiempo en cada una de las asesorías. Su orientación fue clave en mi formación, y me ha servido de inspiración tanto académica como personal. Considero que fue una de las mejores decisiones contar con usted como guía, y me honraría poder seguir contando con su sabiduría, su ejemplo y su valiosa amistad.

Gracias a todos los que de alguna manera formaron parte de este logro.

DEDICATORIA

Dedico de todo corazón esta tesis a mis padres y hermanos, por su apoyo incondicional, por la confianza y la fortaleza que me brindaron a lo largo de mi formación académica, y por creer siempre en mis capacidades y en todo lo que podía lograr. A mis ángeles en el cielo, en especial a Jabnel, quien siempre confió en mí, me impulsó a superarme y se convirtió en una inspiración constante en mi vida. Este logro es por ti y también para ti. Siempre vivirás en mi corazón, querido hermano.

ÍNDICE GENERAL

I.	INTRODUCCIÓN	12
II.	JUSTIFICACIÓN	13
2.1	Antecedentes del estudio	14
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
IV.	MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL	18
4.1	Adulto mayor	18
4.2	Depresión	20
4.3.	Modelo de adaptación de Callista Roy.....	22
4.4	Relación de la investigación con el modelo o teoría.....	39
V.	HIPÓTESIS	41
VI.	OBJETIVOS	42
6.1	Objetivo general	42
6.2	Objetivos específicos.....	42
VII.	METODOLOGÍA	43
7.1	Tipo investigación.....	43
7.2	Diseño de la investigación	43
7.3	Límites de tiempo y espacio	43
7.4	Universo.....	43
7.5	Muestra	43
7.5.1	Criterios de selección	43
7.5.1.1	Criterios de inclusión	43
7.5.1.2	Criterios de exclusión	43
7.5.1.3	Criterios de eliminación	43
7.6	Variables	44
7.6.1	Definición conceptual	44

7.6.2 Definición operacional	44
7.7 Instrumento de medición	45
7.8 Procedimientos.....	46
7.9 Análisis.....	47
7.9.1 Análisis estadístico descriptivo	47
7.9.2 Análisis estadístico inferencial.....	47
7.10 Recursos	47
7.11 Cronograma de actividades.....	48
7.12 Difusión.....	48
VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.....	49
IX. RESULTADOS.....	52
X. DISCUSIÓN.....	60
XI. CONCLUSIONES	62
XII. RECOMENDACIONES	63
XIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	64
XIV. ANEXOS.....	67
14.1. Anexo instrumentos.....	67
14.2 Anexo constancias	70
XV. APÉNDICES	71
15.1 Apéndice oficios de solicitud y respuesta de instituciones	71
15.2 Apéndice Operacionalización de las variables.....	73
15.3. Apéndice cronograma de actividades.....	78
15.4. Apéndice Carta de consentimiento informado	80
15.5 Apéndice recursos humanos y financieros	82
15.6 Apéndice intervención de enfermería	84

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Datos sociodemográficos	53
Tabla 2. Depresión en adultos mayores pre intervención	57
Tabla 3 Depresión en adultos mayores post intervención.....	57
Tabla 4 Estadísticos de prueba a con signos de Wilcoxon	58

INDICE DE IMAGENES

1 Imagen la persona como un sistema de adaptación.....	31
2 Imagen sistema de adaptación humanos.	32
3 Imagen relación de la teoría con la problemática de investigación	39
4 Imagen diagrama de flujo del proceso de investigación.....	52

RESUMEN

Introducción: La depresión es un gran problema que afecta gravemente a los adultos mayores, es el trastorno afectivo más frecuente en el adulto mayor, en mayor medida es difícil que un adulto mayor se adapte a los cambios constantes. La depresión como trastornos emocionales complejos suelen convertirse en padecimientos negativos que implican una disminución de la calidad de vida del adulto mayor. El adulto mayor puede presentar síntomas como sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, desesperanza, irritabilidad, frustración, culpabilidad, inutilidad. El juego favorece la descarga de energía y tensión, pues facilita el proceso de dicha etapa y dar apoyo en algunos de los síntomas que pueda presentar. **Objetivo:** Evaluar el efecto de la terapia de juego en los niveles de depresión de adultos mayores de centro gerontológico de la comunidad de Tlahuelilpan Hidalgo. **Material y método:** Investigación aplicada con alcance correlacional, con diseño cuantitativo, realizada en un periodo de noviembre del 2022 a febrero del 2023. El universo de estudio estuvo conformado por el total de la población inscrita, integrada por 30 adultos mayores. Se excluyeron de este grupo aquellos que se encontraban en estado de postración. Se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para realizar la evaluación pre y post terapia con juego, con el propósito de determinar los cambios en los niveles de depresión y, de esta manera, aceptar o rechazar la hipótesis planteada en la investigación. **Resultados:** Se utilizó la prueba estadística de los rangos con signo de Wilcoxon, obteniéndose una significación asintótica bilateral de 0.016 en relación con los niveles de depresión. Dado que el valor de p es menor a 0.05, se rechaza la hipótesis nula, lo que indica la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post intervención. Por lo tanto, la terapia con juego influyó en la reducción de los niveles de depresión en los adultos mayores evaluados. **Conclusiones:** En cuanto a la comparación de las mediciones pre y post de las variables depresión se observó significancia estadística 0.016. **Palabras clave:** depresión, ludoterapia, anciano.

ABSTRACT

Introduction: Depression is a major problem that seriously affects older adults. It is the most common affective disorder among the elderly, who often have greater difficulty adapting to constant changes. Depression, as a complex emotional disorder, tends to become a negative condition that leads to a decrease in the quality of life of older adults. They may present symptoms such as persistent feelings of sadness, anxiety, hopelessness, irritability, frustration, guilt, and worthlessness. Play therapy helps release energy and tension, facilitating adaptation to this stage of life and providing support for some of the symptoms that may appear. **Objective:** To evaluate the effect of play therapy on depression levels among older adults at the gerontological center in the community of Tlahuelilpan, Hidalgo. **Materials and Methods:** This is an applied research study with a correlational scope and a quantitative design, conducted from November 2022 to February 2023. The study universe consisted of the entire enrolled population, comprising 30 older adults. Those in a bedridden condition were excluded. The **Geriatric Depression Scale by Yesavage** was used to carry out pre- and post-therapy evaluations, with the purpose of determining changes in depression levels and, consequently, accepting or rejecting the hypothesis proposed in the study. **Results:** The **Wilcoxon signed-rank test** was applied, obtaining an asymptotic significance (two-tailed) value of **0.016** in relation to depression levels. Since the p-value is less than 0.05, the null hypothesis was rejected, indicating the existence of statistically significant differences between the pre- and post-intervention measurements. Therefore, the play therapy influenced the reduction of depression levels among the older adults evaluated. **Conclusions:** When comparing the pre- and post-test depression measurements, a statistically significant difference was observed ($p = 0.016$). **Keywords:** depression, play therapy, elderly person.

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno afectivo frecuente en los adultos mayores, cuya presencia puede pasar desapercibida y no forma parte del envejecimiento normal. La terapia de juego constituye una estrategia efectiva para abordarla, ya que promueve la interacción social, el control emocional, la independencia motora y la participación en actividades significativas.

De acuerdo con la teoría de adaptación de Callista Roy, los individuos responden a los cambios y estímulos del entorno mediante cuatro modos adaptativos: fisiológico, auto-concepto, rol funcional e interdependencia. Estos modos son fundamentales para mantener el equilibrio integral de la persona, y su alteración puede contribuir al desarrollo de trastornos como la depresión.

En este estudio se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para evaluar los niveles de depresión antes y después de la intervención, que consistió en siete sesiones de terapia de juego, con el fin de determinar los efectos de la intervención y generar conclusiones pertinentes.

II. JUSTIFICACIÓN

La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida.¹

La depresión es un trastorno de salud mental común que afecta a más de 264 millones de personas en todo el mundo. Se caracteriza por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras. Además, puede alterar el sueño y el apetito, y es frecuente que concorra con cansancio y falta de concentración. La depresión es una causa importante de discapacidad en todo el mundo, e incide considerablemente en la carga de morbilidad. Los efectos de la depresión pueden ser prolongados o recurrentes.

Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad.²

La población mundial está envejeciendo rápidamente. Entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%.¹

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. La depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores.²

Se ha implementado la ludoterapia para fomentar la afectividad, creatividad y sociabilidad en el adulto mayor. El juego favorece la descarga de energía y tensión, pues facilita el proceso de estimulación cognitiva.³

La investigación sobre el nivel de depresión de los adultos mayores es importante **porque** de acuerdo a la revisión de la bibliografía con la percepción de los estudios de

intervención de terapia de juego son escasos, tomando en cuenta los estudios con los que se tuvieron extensibilidad percibimos que la terapia puede conllevar a beneficios en relación con la depresión del adulto mayor, obteniendo un resultado favorable para un envejecimiento saludable, ya que este consta no solo de un bienestar físico sino también emocional que pasan por una serie de cambios biológicos, psicológicos, sociales, económicos y ambientales convirtiéndolo en un individuo vulnerable.

Es de vital importancia detectar cualquier anomalía que pueda presentarse para poder corregirla y tratarla a tiempo. Cabe mencionar que el abandono en las necesidades mentales de los adultos mayores, tales como la presencia y/o participación en actividades recreo activas familiares causan la depresión en la mayoría de los adultos mayores al pensar que son tomados como un estorbo o una carga en la familia.

Al realizar la investigación, los **beneficiarios** en primer término fueron los adultos mayores, ya que se pretendía mejorar la disminución de los niveles de depresión; en segundo término, fue la familia, puesto que podría mejorar el entorno familiar y la comunicación, y la comunidad, ya que tener un adulto mayor sano disminuyó los gastos en tratamientos de alto costo, lo cual reflejó una mejoría en el estilo de vida y un cambio positivo en su bienestar, utilizando herramientas como las terapias que ayudaron a realizar una evaluación inicial y final de su estado emocional.

La investigación **tuvo** factibilidad, ya que **contó** con los recursos económicos necesarios para su realización, así como con el acceso a la población de estudio (adultos mayores), puesto que se **dispuso** de un grupo de estudio establecido. Por otra parte, el conocimiento **fue obtenido** a partir de los artículos científicos localizados en la revisión sistemática de diversas bases de datos científicas.

2.1 Antecedentes del estudio

Miranda de Jesús y col. (2020) mencionan que la depresión en la vejez produce un impacto negativo en la calidad de vida del adulto mayor provocando ansiedad y variaciones en el estado de ánimo, pudiendo convertirse en una gran problemática a nivel mundial si no se trata a tiempo. Teniendo en cuenta la epidemiología de las enfermedades mentales del adulto mayor en relación con el género, la estadística es

mayor en la mujer que en el hombre. En esta población, la depresión es confundida a menudo con algunas otras patologías, pasando desapercibida debido a que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no una patología; por lo que, con frecuencia, la depresión en el longevo no es detectada, al no ser diagnosticado, ni tratado, ocasiona sufrimiento y discapacidad en quien lo padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad.⁴

Rodríguez y col. (2023) mencionan que el envejecimiento exitoso (EE) es un resultado multidimensional, determinado por factores físicos, psicológicos, sociales y conductuales. Sin embargo, un meta-análisis reciente (Zhou et al., 2024) estimó que solo alrededor del 24 % de los adultos mayores alcanza EE, lo que evidencia la necesidad de intervenciones que vayan más allá del simple tratamiento de enfermedades.⁵ Asimismo, un estudio realizado por Nowak et al. (2022) identificó que la salud autopercebida en la vejez responde directamente a comportamientos saludables, bienestar subjetivo y contexto socioeconómico, lo que sugiere que para promover un envejecimiento sano debe adoptarse un enfoque integral que contemple tanto los aspectos objetivos como los percibidos por los adultos mayores.⁶

Jamei y col. (2024) mencionan que la terapia de juego grupal, aplicada como modalidad holística de intervención geriátrica, puede reducir significativamente los sentimientos de soledad en adultos mayores. En su ensayo controlado aleatorizado, los participantes recibieron sesiones estructuradas de juego grupal, combinando actividades tradicionales y modernas, y se midió la soledad antes y después de la intervención. Los resultados mostraron una disminución significativa de la soledad en el grupo de intervención en comparación con el grupo control. Los autores concluyen que la terapia de juego grupal puede ser una estrategia eficaz para mejorar el bienestar emocional y social de los adultos mayores, contribuyendo a un envejecimiento saludable y a la prevención de trastornos emocionales asociados a la soledad, como la depresión.⁷

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se conoce la depresión es un trastorno mental muy frecuente en la población general y muy presente en la población adulta mayor por lo cual el trabajo a continuación trata sobre el nivel de depresión de los adultos mayores, que afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo, siendo los adultos mayores uno de los grupos más vulnerables.⁸

Existe una afectación global del funcionamiento del individuo, en el que además de tristeza hay una serie de manifestaciones como baja en la voluntad, autoestima, la actividad diaria, sentimientos de inutilidad y recurrentes sentimientos de culpa que afectan su vida cotidiana, familiar, social y laboral.

Son varias. Una es la pérdida de su vitalidad, cambio en su ritmo de vida, disminución de sus funciones y capacidades. Otras son las pérdidas que va teniendo a su alrededor de figuras significativas e importantes, como puede ser: gente de su edad, de su pareja, la separación de los hijos y las familias, así como pérdidas laborales. También repercute el inicio de una serie de enfermedades crónicas degenerativas que con la edad empiezan a llegar. La disminución económica puede ser factor predisponente; no es lo mismo que sea trabajador en activo a que tenga alguna limitante, como una pensión o que incluso no tenga ninguna entrada económica.⁸

Es un problema de alta frecuencia y de gran impacto. Se estima que entre un 8% a 16% de las personas de 60 años o más que vive en la comunidad presenta síntomas depresivos. No obstante, su alta prevalencia, usualmente se manifiesta mediante síntomas que suelen ser diferentes a los grupos etarios más jóvenes, por lo que suele ser subdiagnosticada diversas situaciones asociadas al proceso de envejecimiento sumadas a la evolución de algunas enfermedades (deterioro cognitivo, enfermedades vasculares), pueden hacer que las personas mayores sean más propensas a presentar síndromes depresivos.⁹

Es un síndrome altamente frecuente y que puede llevar a diversas complicaciones de salud, las que especialmente están relacionadas con la pérdida de la funcionalidad, dependencia y reducción de la participación en actividades de la vida diaria, asociándose

a una dependencia progresiva, mayor riesgo de caídas y temor a caerse, restricción y reducción en la participación en actividades de interés, y peores resultados en procesos de rehabilitación. De esto se desprende la necesidad de entender los síntomas depresivos en conjunto con las repercusiones funcionales en el adulto mayor, comprendiendo que existe una relación recíproca entre la capacidad que tiene la persona mayor para realizar sus actividades diarias y la presencia de síntomas depresivos.⁹

Es fundamental y de suma importancia que el personal de salud pueda identificar síntomas y señales que presenta un adulto mayor relacionado con la depresión, con la finalidad de elegir las estrategias oportunas para poder iniciar un tratamiento veras y oportuno el cual debe de ser integral e individualizado en función de los hallazgos clínicos y de otros factores (historial de salud).

Con esta investigación el personal de enfermería mejorara e identificara las necesidades de los adultos mayores, así como promover la implementación de acciones que contribuyan al desarrollo de la salud mental, así como problemas psicosociales en primer nivel de atención.

El personal de enfermería desarrolla habilidad para reconocer la depresión en los adultos mayores, tan pronto como sea posible; establecer acciones de enfermería para reducir al mínimo o evitar tales señales y síntomas; supervisar el tratamiento de ancianos con depresión ya instalada, ayudando en su recuperación.¹⁰

El manejo de la depresión debería incluir la coordinación con todos los profesionales involucrados en la recuperación del paciente depresivo.¹¹

Por la problemática antes mencionada surge la presente pregunta de investigación:

¿Cuál es el efecto de la terapia de juego en los niveles de depresión de adultos mayores del centro gerontológico de la comunidad de Tlahuelilpan Hidalgo?

IV. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

4.1 Adulto mayor

Un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de su vida, la que sigue tras la adultez y la que le espera la muerte, sabiendo que todos tenemos que cumplir el proceso de morir. El envejecer implica procesos de crecimiento y de deterioro. Es decir, de ganancia y de pérdida, y se da durante todas las etapas de la vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adulta mayor a toda persona mayor de 60 años. Toda persona de 60 a 74 años es considerada de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y los que sobre pasan los 90 años se les denomina grandes, viejos o longevos.¹²

Para definir cómo se es una persona adulta mayor, es necesario abordarlo desde una perspectiva biopsicosocial o también llamada visión integral. La vejez tiene significados diferentes para diferentes grupos. Para definirla, hay que tomar en cuenta la edad:

- Cronológica
- Física
- Psicológica

La edad cronológica

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años. Si bien la edad cronológica es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien viejo o no, ésta por sí misma no nos dice mucho de la situación en la que se encuentra una persona, de sus sentimientos, deseos, necesidades, relaciones.¹³

La edad psicológica

El significado que para cada grupo y persona tiene la vejez, puede ocasionar cambios en sus emociones, sentimientos y pensamientos según va transcurriendo el tiempo.¹³

Es muy importante tener en cuenta que ningún cambio repentino en la forma de ser de una persona adulta mayor es normal. A veces se piensa que la vejez trae consigo tristeza, enojo o apatía, pero ninguno de estos sentimientos es causado por la edad, en ello pueden intervenir otros factores como la pérdida de seres queridos, del trabajo, la modificación del papel que desempeñaba en la familia, etc.¹³

En cuanto a procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje, normalmente se dan modificaciones de manera gradual. En cuanto al aprendizaje, durante la vejez es posible seguir aprendiendo cosas nuevas, quizá en algunos casos se necesite un mayor tiempo y estrategias didácticas específicas, sin embargo, el aprendizaje es de la misma calidad que cuando se era más joven¹³

Unas características principales de los adultos mayores y el proceso de envejecimiento es la vulnerabilidad de su sistema inmunológico, a consecuencia de esto hace referencia a las afecciones más comunes de la vejez cabe citar la pérdida de audición, las cataratas y los errores de refracción, los dolores de espalda y cuello, la osteoartritis, las neuropatías obstructivas crónicas, la diabetes, la depresión y la demencia. Es más, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo.¹³

La edad física

Para llegar a la etapa de ser considerado un adulto mayor, se necesita tener un proceso de envejecimiento el cual consiste en cambios físicos y biológicos normales durante la vejez se dan a distintos ritmos, según la persona, el lugar en donde vive, su economía, su cultura, su nutrición, su actividad y sus emociones. Un aspecto importante en esta etapa de la vida es logro de la funcionalidad y la autonomía, a pesar de la edad o de los padecimientos que se tengan.¹³

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. La diversidad que se aprecia en la vejez no es una cuestión de azar. Más allá de los

cambios biológicos, el envejecimiento suele estar asociado a otras transiciones vitales, como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y el fallecimiento de amigos y parejas.¹⁴

4.2 Depresión

La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas.¹⁵

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a unos 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave. Puede causar gran sufrimiento a la persona afectada y alterar sus actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio.

Aunque hay tratamientos conocidos y eficaces contra los trastornos mentales, más del 75% de las personas afectadas en los países de ingresos bajos y medianos no recibe tratamiento alguno. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de proveedores de atención de salud capacitados, además de la estigmatización asociada a los trastornos mentales.¹⁵

Síntomas y tipologías

En un episodio depresivo, la persona experimenta un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del disfrute o del interés en actividades, la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas. Se presentan varios otros síntomas, entre los que se incluyen la dificultad de concentración, el sentimiento de culpa excesiva o de autoestima baja, la falta de esperanza en el futuro, pensamientos de muerte o de suicidio, alteraciones del sueño,

cambios en el apetito o en el peso y sensación de cansancio acusado o de falta de energía.¹⁵

En determinados contextos culturales, algunas personas pueden expresar más fácilmente sus cambios de estado de ánimo en forma de síntomas somáticos (por ejemplo, dolor, cansancio, astenia), pese a que esos síntomas físicos no se deben a otra afección médica.

Los episodios depresivos pueden clasificarse en leves, moderados o graves, en función del número y la intensidad de los síntomas, así como de las repercusiones en el funcionamiento de la persona.

Hay diferentes tipologías de trastornos del estado de ánimo:

- Trastorno depresivo de un solo episodio: la persona experimenta un primer y único episodio.
- Trastorno depresivo recurrente: la persona ha padecido ya al menos dos episodios depresivos.
- Trastorno bipolar: los episodios depresivos alternan con periodos de episodios maníacos, que incluyen euforia o irritabilidad, mayor actividad o energía, y otros síntomas como aumento de la verborrea, pensamientos acelerados, mayor autoestima, menor necesidad de dormir, distracción y comportamiento impulsivo e imprudente.

Causas

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, eventos traumáticos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.¹⁵

Hay tratamientos eficaces para la depresión.

Según la intensidad y tipología de los episodios depresivos a lo largo del tiempo, los proveedores de atención de salud, pueden ofrecer tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, y/o medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos. Para el trastorno bipolar se utilizan diferentes medicamentos. Los proveedores de atención de salud deben tener presentes los posibles efectos adversos de los antidepresivos, las posibilidades de llevar a cabo uno u otro tipo de intervención (por disponibilidad de conocimientos técnicos o del tratamiento en cuestión) y las preferencias individuales. Entre los diferentes tratamientos psicológicos que pueden tenerse en cuenta se encuentran los tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo, dispensados por profesionales y por terapeutas no especializados supervisados. Los antidepresivos no son el tratamiento de primera elección para la depresión leve. No se deben utilizar para tratar la depresión en niños ni como tratamiento de primera elección en adolescentes, en quienes hay que utilizarlos con suma cautela.¹⁵

4.3. Modelo de adaptación de Callista Roy

Mención que hace del trabajo de Harry Helson sobre psicofísica, que abarca desde las ciencias sociales hasta las conductuales. En la teoría de la adaptación de Helson, las respuestas adaptativas son una función del estímulo recibido y del nivel de adaptación. Un estímulo es cualquier factor que provoca una respuesta. Los estímulos pueden surgir tanto del entorno interno como del externo. El nivel de adaptación está compuesto por el efecto combinado de tres tipos de estímulos:

1. Estímulos focales son los que se enfrentan inmediatamente al individuo.
2. Estímulos contextuales son los demás estímulos presentes que contribuyen al efecto de los estímulos focales
3. Estímulos residuales son factores del entorno cuyos efectos no están claros en una situación determinada.

A partir del trabajo de Helson se desarrolló el concepto de la zona del nivel de adaptación, que determina si un estímulo provocará una respuesta positiva o negativa. Según la teoría

de Helson, la adaptación es el proceso de responder de forma positiva ante cambios del entorno.¹⁶

Principales conceptos y definiciones

Sistema: es un conjunto de partes conectadas para actuar como un todo, con un objetivo, y en virtud de la interdependencia de sus partes. Además de verse como un todo y como las partes que se relacionan entre sí, «los sistemas también tienen entradas, salidas y procesos de control y de retroalimentación».

Nivel de adaptación

«El nivel de adaptación representa la condición de los procesos de vida descritos en los tres niveles como integrado, compensatorio y comprometido». El nivel de adaptación de una persona es un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el estándar propio de la persona de la gama de estímulos a los que puede reaccionar con respuestas normales de adaptación.

Problemas de adaptación

Los problemas de adaptación son «áreas amplias de interés relacionadas con la adaptación que describen las dificultades relacionadas con los indicadores de la adaptación positiva». Roy (1984) afirma: en este punto, puede observarse que la distinción entre los problemas de adaptación y los diagnósticos de enfermería se basa en el trabajo que se está desarrollando en ambos campos. Así, los problemas de adaptación no se ven como diagnósticos de enfermería, sino como áreas de interés para los profesionales de enfermería en relación con la persona o grupo que se tiene que adaptar en cada uno de los modos de adaptación.

Estímulos focales

El estímulo focal es «el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema humano».

Estímulos contextuales

Los estímulos contextuales «son todos los demás estímulos que están presentes en la situación y que contribuyen al efecto del estímulo focal», es decir, «los estímulos contextuales son todos los factores del entorno que se le presentan a la persona, tanto de modo interno como de modo externo, pero no ocupan el centro de atención y de la energía de la persona»

Estímulos residuales

Los estímulos residuales «son factores del entorno de dentro o fuera del sistema humano que provocan efectos poco definidos en la situación actual»

Procesos de afrontamiento

Los procesos de afrontamiento «son formas innatas o adquiridas de interactuar con el entorno cambiante»

Mecanismos de afrontamiento innatos

Los mecanismos de afrontamiento innatos «están determinados genéticamente o son comunes a las especies y suelen verse como procesos automáticos; los seres humanos ni siquiera tienen que pensar en ellos.

Mecanismos de afrontamiento adquiridos

Los mecanismos de afrontamiento adquiridos «se desarrollan por medio de estrategias, como el aprendizaje. Las experiencias de la vida contribuyen a presentar respuestas habituales ante estímulos particulares.

Subsistema regulador

El subsistema regulador es «un proceso de afrontamiento importante en el que participan los sistemas neural, químico y endocrino».

Subsistema relacionador

El subsistema relacionador es un proceso de afrontamiento importante en el que participan cuatro canales cognitivos y emotivos: perceptivo y de procesamiento de la información, aprendizaje, juicio y emoción».

Respuestas de adaptación

Las respuestas de adaptación son las que fomentan la integridad en términos de los objetivos de los sistemas humanos».

Respuestas ineficaces

Las respuestas ineficaces son las que «no contribuyen a la integridad en términos de los objetivos de los sistemas humanos.

Proceso vital integrado

El proceso vital integrado se refiere al nivel de adaptación en el que trabajan las estructuras y las funciones del proceso vital como un todo, con el fin de cubrir las necesidades humanas.

Moda fisiológico-física

El modo fisiológico-físico «está relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos» en el modo fisiológico-físico se han identificado cinco necesidades con respecto a la necesidad básica de la integridad fisiológica: 1) oxigenación; 2) nutrición; 3) eliminación; 4) actividad y reposo, y 5) protección. Los procesos complejos que comprenden los sentidos, el equilibrio hídrico, electrolítico y ácido básico, la función neurológica y la función endocrina contribuyen a la adaptación fisiológica. La necesidad básica del modo fisiológico-físico es la integridad fisiológica. El modo físico es «la manera en la que el sistema de adaptación humano colectivo manifiesta su adaptación con respecto a las fuentes operativas básicas, los participantes, las instalaciones físicas y los recursos económicos». La necesidad básica del modo físico es la integridad operativa.

Modo del auto concepto-identidad de grupo el modo de auto concepto-identidad de grupo es uno de los tres modos psicosociales y «se centra específicamente en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. La necesidad básica que subyace al modo del auto concepto individual se ha identificado como la integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir con un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo». «El auto concepto se define como el conjunto de creencias y sentimientos que uno tiene sobre sí mismo en un momento determinado, y se forma por la percepción interna y por la percepción de las reacciones de los otros». Sus componentes son: 1) el yo físico, que engloba las sensaciones y la imagen corporal, y 2) el yo personal, que está formado por la auto coherencia, el ideal de uno mismo o las expectativas, y el yo moral, ético y espiritual. El modo de identidad de grupo refleja «cómo las personas se perciben a sí mismas en los grupos según la retroalimentación del entorno. Se compone de las relaciones interpersonales, la autoimagen del grupo, el entorno social y la cultura». La necesidad básica del modo de identidad de grupo es la integridad de la identidad.¹⁶

Modo de función del rol

El modo de función del rol «es uno de los dos modos sociales y se centra en los roles que desempeña la persona en la sociedad. Un rol como unidad de funcionamiento de la sociedad, se define como un conjunto de expectativas sobre cómo una persona que ocupa una posición se comporta con otra persona que ocupa otra posición. La necesidad básica que subyace al modo de la función del rol se ha identificado como la integridad social: la necesidad de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así poder actuar». Las personas desempeñan roles primarios, secundarios y terciarios.

Modo de interdependencia

«El modo de interdependencia se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o como parte de un colectivo) y en su finalidad, estructura y desarrollo... Las relaciones dependientes entre si afectan al deseo y a la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer, como

amor, respeto, valores, educación, conocimientos habilidades, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento.)

Percepción

«La percepción es la interpretación de un estímulo y su valoración consciente». La percepción une el regulador con el relacionado y enlaza los modos de adaptación.

Principales premisas

Los supuestos surgidos de la teoría de sistemas y los surgidos de la teoría del nivel de adaptación se han unido en un mismo conjunto de supuestos científicos. Según la teoría de sistemas, los sistemas humanos de adaptación se consideran partes interactivas que actúan juntas con un fin. Los sistemas humanos de adaptación son complejos, con multifacetas, y reaccionan ante millones de estímulos del entorno para conseguir la adaptación. A través de su capacidad para adecuarse a los estímulos del entorno, los seres humanos pueden crear cambios en él.

Seleccionando las características ofrecidas por swimme y berry de la creación de la espiritualidad (1992), Roy combinó los supuestos del humanismo y de la verdad en un mismo conjunto de supuestos filosóficos. El humanismo afirma que las experiencias individuales de la raza humana son esenciales para conocer y valorar, y que comparten el poder creativo. La verdad afirma la creencia en la finalidad, el valor y el significado de toda la vida humana. Estos supuestos científicos y filosóficos se han revisado para utilizar el modelo en el siglo xxi.

Adaptación

Roy ha definido el concepto de adaptación con más detalle para que pueda utilizarse en el siglo xxi. Para ella, la adaptación se refiere «al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o en grupos, son conscientes y escogen integrar el ser humano con su entorno». Más allá de ser un sistema humano que simplemente se esfuerza para responder ante los estímulos del entorno con el fin de mantener su integridad, cada vida humana tiene una función en un universo creador, y las personas no se pueden separar de su entorno.

Enfermería

Roy define ampliamente la enfermería como «una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos y patrones de la vida humana, y destaca la promoción de la salud de los individuos, las familias, los grupos y la sociedad como un todo». En concreto, Roy define la enfermería, de acuerdo con su modelo, como la ciencia y la práctica que amplían la capacidad de adaptación y mejoran la transformación de la persona y del entorno. Identifica las actividades de enfermería con el análisis de la conducta y de los estímulos que influyen en la adaptación. Los juicios de enfermería se basan en este análisis, y las intervenciones se programan para gestionar los estímulos. Diferencia la enfermería como ciencia de la enfermería como disciplina práctica la ciencia de la enfermería es «un sistema de desarrollo del conocimiento sobre las personas, que observa, clasifica y relaciona los procesos a través de los cuales las personas influyen de manera positiva en su estado de salud». «La enfermería como disciplina práctica es el cuerpo científico del saber de la enfermería que se usa para proporcionar un servicio esencial a las personas, es decir, fomenta la capacidad de influir en la salud de manera positiva». «La enfermería actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno- para fomentar la adaptación-

Según Roy, el objetivo de la enfermería es «fomentar la adaptación de los individuos y de los grupos en cada uno de los cuatro modos de adaptación, y contribuir así a la salud, la calidad de vida y la muerte digna». La enfermería cumple una función única, ya que facilita la adaptación al analizar la conducta en cada uno de los cuatro modos de adaptación y los factores que influyen en ella, y al intervenir para fomentar las capacidades adaptativas y para mejorar las interacciones con el entorno.

Persona

Según Roy, los seres humanos son sistemas integrales y adaptables «como todo sistema adaptable, el sistema humano se describe como un todo, con partes que actúan como una unidad con una finalidad concreta. Los sistemas humanos comprenden a las personas como individuos y como grupos, que son las familias, las organizaciones, las comunidades y la sociedad como un todo». A pesar de la gran diversidad, a todas las

personas las une un destino común. Los sistemas humanos tienen capacidad para pensar y para sentir, y se basan en la conciencia y en el significado, por lo que se ajustan de manera eficaz a los cambios del entorno y, a su vez, influyen en él». Las personas y el mundo tienen patrones comunes y comparten relaciones y significado. Roy definió a la persona como el foco principal de la enfermería; el receptor de los cuidados de enfermería; un sistema de adaptación vivo y complejo con procesos internos (relacionador y regulador) que actúa para mantener la capacidad de adaptación en los cuatro modos de adaptación (fisiológico, auto concepto, función del rol e interdependencia).

Salud

La salud es un estado y un proceso de ser y de convertirse en una persona integrada y completa, es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interacción entre la persona y su entorno. Roy extrajo esta definición de la creencia de que la adaptación es un proceso en el que se fomenta la integridad fisiológica, psicológica y social, y de que la integración implica un estado intacto que lleva a la unidad. En su primer trabajo, Roy tenía una visión de la salud como un continuo que oscilaba entre la muerte y una salud extremadamente mala, hasta un nivel elevado y máximo de bienestar. A finales de los años noventa, los escritos de Roy se centraron más en la salud como un proceso en el que la salud y la enfermedad pueden coexistir. Teniendo en cuenta lo expuesto por Llach, Roy escribe: «la salud no es la ausencia de la inevitabilidad de la muerte, la enfermedad, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad para afrontarlos de forma eficaz»

La salud y la enfermedad coexisten y conforman una dimensión inevitable de la experiencia de vida completa de una persona. La enfermería se ocupa de esta dimensión. La enfermedad es el resultado de la ineficacia de los mecanismos de afrontamiento. La salud se mantiene cuando los seres humanos se adaptan de forma continuada. Cuando las personas se adaptan a los estímulos, tienen libertad para reaccionar ante otros estímulos. La liberación de energía que tiene lugar durante los intentos de afrontamiento ineficaces puede promover la curación y mejorar la salud.

Entorno

Según Roy, el entorno es el conjunto de «todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y de los grupos, teniendo en cuenta especialmente la relación mutua entre los recursos de las personas y de la tierra, que comprenden los estímulos focales, contextuales y residuales». Es el entorno cambiante [el que] empuja a la persona a reaccionar para adaptarse. El entorno es la aportación a la persona de un sistema de adaptación que engloba tanto factores internos como externos. Estos factores pueden ser insignificantes o relevantes, negativos o positivos. No obstante, un cambio en el entorno requiere un aumento de la energía para adaptarse a la situación. Los factores del entorno que afectan a las personas se clasifican en estímulos focales, contextuales y residuales.

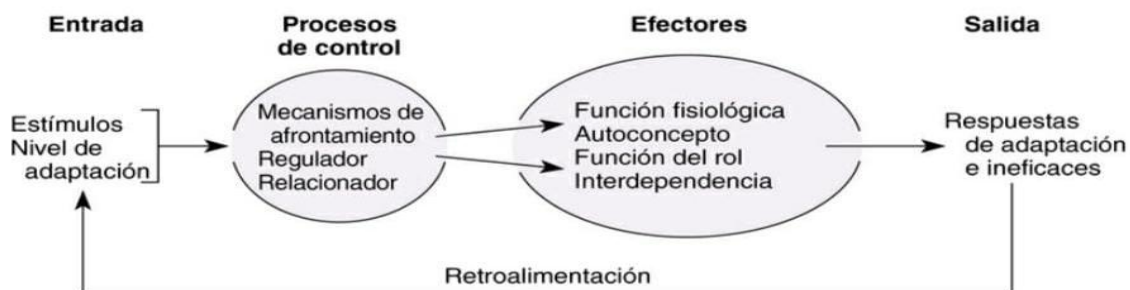
Fundamentos teóricos

El modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona. Sus conceptos de enfermería, persona, salud y entorno están relacionados con este concepto base. La persona recibe continuamente estímulos del entorno. Al final, se genera una respuesta y se produce la adaptación. Esta respuesta puede ser adaptativa o ineficaz. Las respuestas adaptativas fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir los objetivos de la adaptación, es decir, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control, y las transformaciones de la persona y el entorno. Las respuestas ineficaces no consiguen o amenazan los objetivos de adaptación. La enfermería tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse gestionando el entorno. El resultado es la consecución de un óptimo nivel de bienestar para la persona.

Al ser un sistema vivo y abierto, la persona recibe entradas o estímulos tanto del entorno como de sí misma. El nivel de adaptación está determinado por el efecto combinado de los estímulos focales, contextuales y residuales. La adaptación se produce cuando la persona responde de forma positiva a los cambios del entorno. Esta respuesta adaptativa fomenta la integridad de la persona, que da lugar a la salud. Las respuestas ineficaces ante los estímulos alteran la integridad de la persona Andrews y Roy.

En el modelo de Roy hay dos subsistemas que se relacionan entre sí. El subsistema de procesos primarios, funcionales o de control está formado por el regulador y el relacionador. El subsistema secundario y efector está formado por cuatro modos de adaptación: 1) necesidades fisiológicas; 2) auto concepto; 3) función del rol, y 4) interdependencia

Figura 1. Imagen la persona como un sistema de adaptación

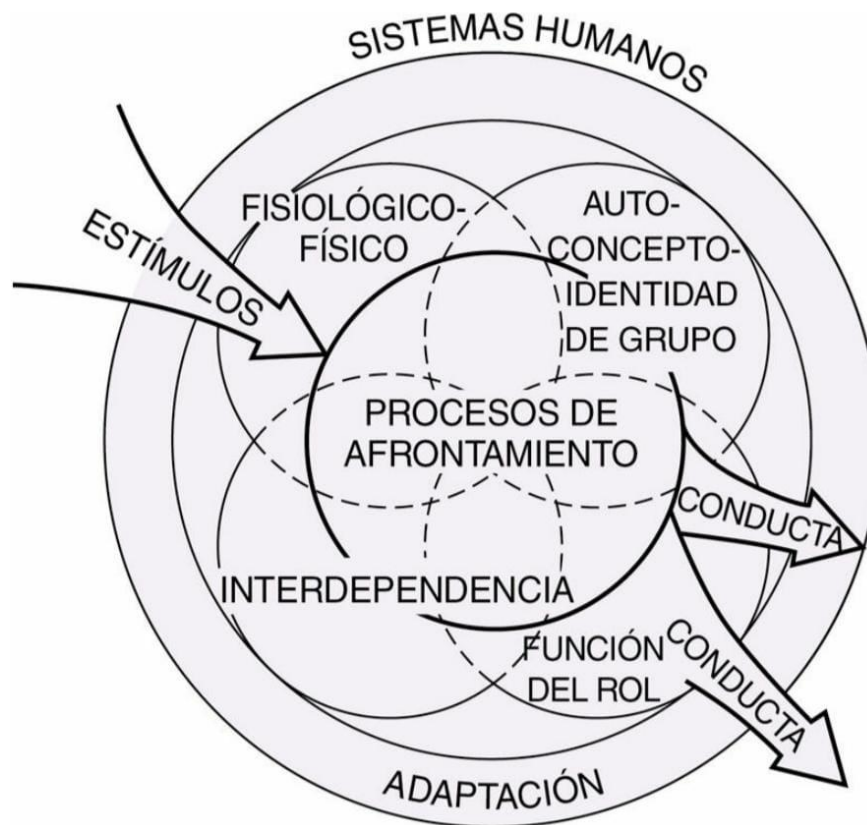


Fuente: Tomado de Roy, c (1984) Introduction to nursing: an adaptation model {2da ed., p. 30} Englewood cliffs, nj: prentice hall

Roy considera que el regulador y el relacionador son métodos de afrontamiento. El subsistema de afrontamiento regulador, por medio del modo de adaptación fisiológico, «responde automáticamente mediante procesos de afrontamiento neurales, químicos y endocrinos» subsistema de afrontamiento relacionador, a través de los modos de adaptación del auto concepto, interdependencia y función de rol, responde por mediante cuatro canales cognitivos y emocionales: el procesamiento de la información sensorial, el aprendizaje, el juicio y la emoción.

La percepción es la interpretación de un estímulo, y enlaza el regulador con el relacionador, porque «la entrada de información en el regulador se transforma en percepciones. La percepción es un proceso del relacionador. Las reacciones posteriores a la percepción son un retorno al relacionador y al regulador»

Figura 2. Imagen sistema de adaptación humanos.



Fuente: Roy, sister callista; Andrews, Heather a., the Roy adaptation model, 2da ed., 1998 reproducido con autorización de pearson education, inc., new york, new york.

La persona vista como un todo está formada por seis subsistemas (regulador, relacionador y los cuatro modos de adaptación), que se relacionan entre sí para formar un sistema complejo cuyo propósito es la adaptación. Los cuatro modos de adaptación se relacionan cuando los estímulos internos y externos afectan a más de un modo, cuando se produce una conducta disruptiva en más de un modo o cuando un modo se convierte en un estímulo focal, contextual o residual para otro modo.

Con respecto a los sistemas sociales humanos, Roy clasifica de forma amplia los procesos de control en los subsistemas estabilizador e innovador. El subsistema estabilizador es análogo al subsistema regulador del individuo y se encarga de la estabilidad.

Con el fin de mantener el sistema, el subsistema estabilizador se compone de una estructura organizativa, valores culturales y la regulación de las actividades diarias del sistema. El subsistema innovador se asocia al subsistema relacionador del individuo y se relaciona con la creatividad, el cambio y el crecimiento.

Planteamiento lógico

El modelo de adaptación de enfermería de Roy es tanto deductivo como inductivo. Es deductivo en que gran parte de la teoría de Roy deriva de la teoría psicofísica de Helson. Este desarrolló los conceptos de estímulos focales, contextuales y residuales, que Roy (1971) redefinió en el campo de la enfermería para formar una tipología de factores relacionados con los niveles de adaptación de las personas. Roy también usa otros conceptos y teorías que no pertenecen a la disciplina enfermera y los sintetiza en su teoría de la adaptación.

La teoría de la adaptación de Roy es inductiva en que ella desarrolló los cuatro modos de adaptación a partir de la investigación y de las experiencias de la práctica de la enfermería, tanto suyas como de sus colaboradores y sus alumnos. Roy se basó en el marco conceptual de la adaptación y desarrolló un modelo. Paso a paso con el que los profesionales usan el proceso de enfermería para proporcionar cuidados de enfermería y facilitar la adaptación en situaciones de salud y enfermedad.

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

El modelo de adaptación de Roy está profundamente enraizado en la práctica de la enfermería, y esto, en parte, contribuye a su éxito continuado. Sigue siendo uno de los marcos conceptuales más utilizados para guiar la práctica de la enfermería, tanto a nivel nacional como internacional.

El modelo de Roy es útil para la práctica de la enfermería, porque da una idea general de las características de la disciplina, y guía la práctica, la formación y la investigación. El modelo tiene en cuenta los objetivos, los valores, al paciente y las intervenciones del profesional. El proceso de enfermería de Roy está bien desarrollado.

La evaluación en dos niveles ayuda a identificar los objetivos y los diagnósticos de enfermería.

Antes, se aceptaba como una teoría útil para la práctica de la enfermería debido al objetivo que especificaba el propósito de la actividad y una prescripción de actividades para conseguir el objetivo. El objetivo de la enfermería y del modelo es la adaptación en los cuatro modos de adaptación en la salud y la enfermedad de una persona. Las intervenciones prescritas se refieren a la gestión de los estímulos por parte de los profesionales de enfermería, eliminándolos, aumentándolos, disminuyéndolos o modificándolos. Estas prescripciones pueden encontrarse en la lista de hipótesis relacionadas con la práctica generadas por el modelo.

Cuando los profesionales de enfermería utilizan el proceso de enfermería en seis pasos de Roy, realizan las seis funciones siguientes:

1. Evalúan las conductas manifestadas en los cuatro modos de adaptación.
2. Evalúan los estímulos para esas conductas y los clasifican en estímulos focales, contextuales o residuales.
3. Exponen su juicio o establecen un diagnóstico de enfermería sobre el estado de adaptación de la persona
4. Fijan objetivos para fomentar la adaptación.
5. Aplican las intervenciones dirigidas a gestionar los estímulos para fomentar la adaptación.
6. Evalúan si se han conseguido los objetivos de la adaptación.

Al controlar los estímulos y no al paciente, el profesional de enfermería mejora «la interacción de la persona con su entorno, y así fomenta la salud. El proceso de enfermería es muy adecuado para su uso en un contexto práctico la evaluación a dos niveles es exclusiva de este modelo y lleva a la identificación de los problemas de adaptación o los diagnósticos de enfermería. Roy et al. Han desarrollado una tipología del diagnóstico de enfermería desde la perspectiva del modelo de adaptación de Roy. En esta tipología, los problemas recurrentes habitualmente se han relacionado con las necesidades básicas de los cuatro modos de adaptación.

La intervención se basa específicamente en el modelo, pero existe la necesidad de crear una organización de categorías de intervenciones de enfermería. Los profesionales de enfermería proporcionan intervenciones que modifican, aumentan, disminuyen, eliminan o mantienen los estímulos. Roy recomienda el modelo del criterio de enfermería perfilado por McDonald y Harms para guiar la selección de la mejor intervención para modificar un estímulo concreto. Según este modelo, se generan diversas intervenciones alternativas que pueden ser adecuadas para modificar los estímulos. Cada intervención posible es juzgada por las consecuencias esperadas de la modificación de un estímulo, la probabilidad de que se produzca una consecuencia (alta, moderada o baja) y el valor del cambio (deseable o indeseable). Senesac revisó la bibliografía buscando evidencias de la aplicación del modelo de adaptación de Roy en la práctica de la enfermería. Observó que este modelo lo han utilizado en su mayor parte profesionales de enfermería de forma individual para comprender, planificar y dirigir la práctica de enfermería en el cuidado de los pacientes. Aunque se encuentran menos ejemplos de aplicación del modelo de adaptación en entornos prácticos institucionales, también existen. Llegó a la conclusión de que, si el modelo se aplica con éxito como filosofía práctica, debe reflejarse en las declaraciones de la misión y los puntos de vista de la institución, las herramientas de reclutamiento, las herramientas de evaluación, los planes de cuidados de enfermería y otros documentos relacionados con la atención del paciente.

El modelo de adaptación de Roy es útil para guiar la práctica de enfermería en entornos institucionales. Se ha aplicado en una unidad de cuidados intensivos neonatal, una sala de cirugía aguda, una unidad de rehabilitación, dos unidades de hospitalización general, un hospital ortopédico, una unidad neuroquirúrgica y un hospital de 145 camas, entre otros.

Weiland describió el uso del modelo de adaptación de Roy en el entorno de los cuidados críticos por parte de profesionales de enfermería en práctica avanzada para incorporar los cuidados espirituales en la atención de los pacientes y sus familias. El cuidado espiritual es un aspecto importante, que muchas veces se olvida, de los cuidados de enfermería para los pacientes de centros de atención crítica.

El modelo también se ha aplicado en el cuidado de enfermería de grupos de pacientes. En la bibliografía hay numerosos ejemplos del amplio rango de aplicaciones del modelo de adaptación de roy.

Villareal lo aplicó al cuidado de mujeres jóvenes que estaban contemplando dejar de fumar. La autora proporciona un análisis exhaustivo del uso del proceso de enfermería de seis pasos de roy para guiar los cuidados de enfermería para mujeres de entre 20 y 30 años que fumaban y eran miembros de un grupo de apoyo cerrado.

La investigadora realizó una evaluación a dos niveles. En el primer nivel se identificaron estímulos para cada uno de los cuatro modos de adaptación. En el segundo nivel, el profesional de enfermería realizó un juicio sobre los estímulos focales (adicción a la nicotina), contextuales (creencia de que fumar es agradable, les hace sentir bien, les relaja, les da sensación de comodidad y forma parte de sus costumbres) y residuales (creencias y actitudes sobre su imagen corporal, y que dejar de fumar produce aumento de peso). El profesional de enfermería hace el diagnóstico de enfermería que, para este grupo, era una falta de motivación para dejar de fumar relacionada con la dependencia. Las mujeres del grupo de apoyo y la enfermera establecieron mutuamente objetivos a corto plazo para cambiar conductas, más que el objetivo a largo plazo de dejar de fumar. La intervención se centró en el análisis de los efectos del hábito de fumar sobre el organismo, las razones y las creencias sobre fumar y dejar de fumar, el control del estrés, la nutrición, la actividad física y la autoestima. Durante la fase de evaluación se determinó que las mujeres habían pasado de la fase de pre contemplación a la fase de contemplación de dejar de fumar. La autora concluyó que el modelo proporcionó un marco útil para suministrar cuidados a las mujeres que fuman.

Formación

El modelo de adaptación de roy define el propósito inequívoco de la enfermería para los estudiantes, que es fomentar la adaptación de las personas en cada uno de los modos de adaptación en situaciones de salud y enfermedad. Este modelo diferencia la ciencia de la enfermería de la ciencia médica, y enseña el contenido de esas áreas en cursos separados. Ella destaca la colaboración, pero plantea objetivos separados para los

profesionales de enfermería y los médicos. Según Roy, el objetivo de los profesionales de enfermería es ayudar al paciente a aplicar su energía en sentirse bien, mientras que el estudiante de medicina se centra en la posición del paciente sobre la continua salud-enfermedad con el objetivo de provocar un movimiento a lo largo de dicho continuo.

Considera el modelo como una herramienta valiosa para analizar las diferencias entre las dos profesiones de enfermería y medicina Roy considera que el plan de estudios basado en este modelo apoya el conocimiento de los estudiantes del desarrollo de teorías cuando aprenden sobre la comprobación de las teorías y experimentan los puntos de vista teóricos. Roy observó desde el principio que el modelo aclara objetivos, identifica contenidos y especifica patrones para la enseñanza y el aprendizaje.

El modelo de adaptación de Roy se ha utilizado en el ámbito educativo y ha guiado la formación en enfermería en el departamento de enfermería del Mount Saint Mary's College de los Ángeles desde 1970. Ya en 1987 más de 100.000 estudiantes se habían formado en programas de enfermería basados en el modelo de adaptación de Roy en EE. UU. Y en otros países. Este modelo proporciona educadores con una forma sistemática de enseñar a los estudiantes a valorar y a atender a los pacientes dentro del contexto de sus vidas en vez de solo como víctimas de una enfermedad Dobratz evaluó los resultados del aprendizaje de un curso de investigación en enfermería diseñado desde la perspectiva del modelo de adaptación de Roy, y describió con detalle cómo enseñar el contenido teórico a los estudiantes de un curso avanzado de investigación en enfermería. La herramienta de evaluación fue una escala de tipo Likert que contenía siete afirmaciones. Se preguntó a los estudiantes si estaban en desacuerdo, de acuerdo o completamente de acuerdo con las siete afirmaciones. Se incluyeron cuatro preguntas abiertas para obtener información sobre la actividad de aprendizaje más útil, la actividad menos útil, los métodos utilizados por el formador que facilitaron el aprendizaje, y la comprensión de la investigación, y lo que el formador podría hacer para aumentar el aprendizaje. La investigadora concluyó que un curso de investigación basado en el modelo ayudó a los estudiantes a encajar las piezas del puzzle de la investigación.

Investigación

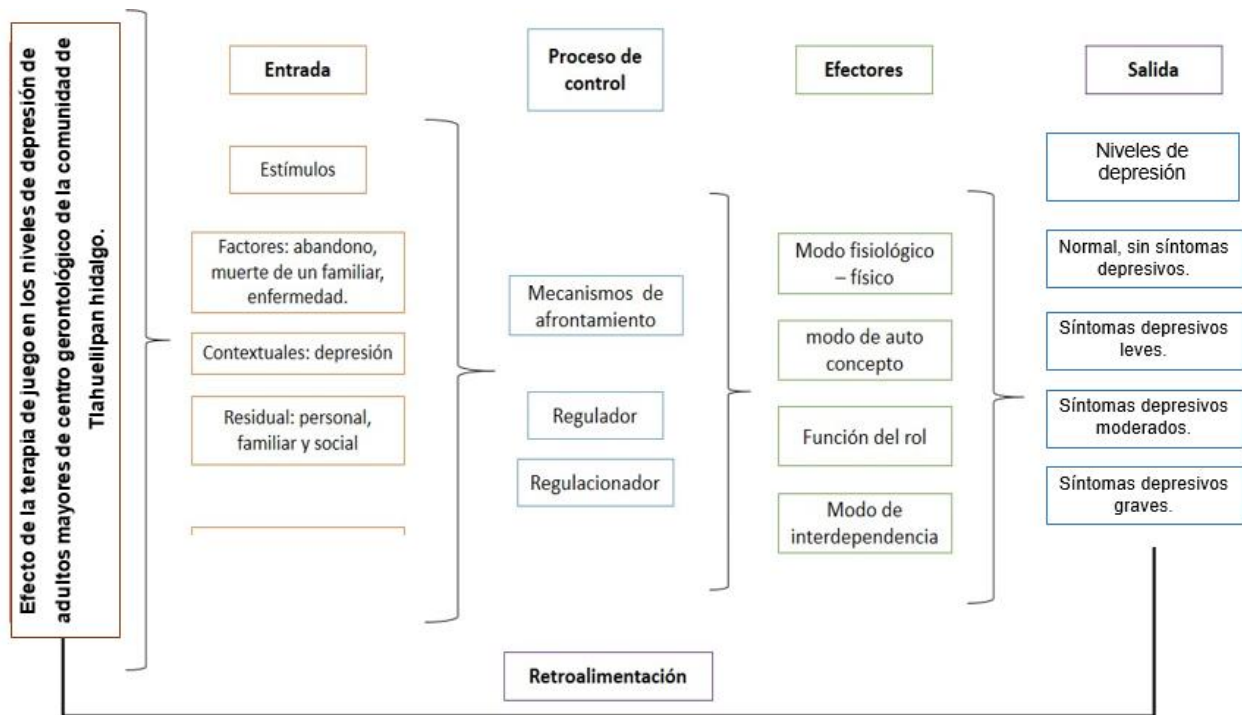
Si la investigación se realiza para influir en la conducta de los profesionales, debe dirigirse a la comprobación una y otra vez de las teorías que derivan de los modelos conceptuales para la práctica de la enfermería. Roy ha declarado que el desarrollo de una teoría y el análisis de las teorías ya desarrolladas son las más altas prioridades para la enfermería. El modelo sigue generando muchas hipótesis comprobables que deben investigarse,

La teoría de Roy ha generado cierto número de propuestas generales, y a partir de estas pueden desarrollarse hipótesis específicas y comprobarse, Hill y Roberts han demostrado *que pueden elaborarse hipótesis comprobables a partir del modelo, como lo hizo Roy. Al comprobar estas hipótesis se crea la información para validar o apoyar el modelo, que sigue generando más investigaciones de este tipo. El modelo de adaptación de Roy se ha utilizado extensamente para guiar el desarrollo del conocimiento a través de la investigación en enfermería.

Roy ha identificado un conjunto de conceptos que forman un modelo, a partir del cual el proceso de observación y clasificación de los hechos daría lugar a postulados. Estos se refieren a la aparición de problemas de adaptación, mecanismos de afrontamiento e intervenciones, basados en leyes derivadas de los factores que componen el potencial de respuesta a los estímulos focales, contextuales y residuales. Roy et al. Han señalado una tipología de problemas de adaptación o de diagnósticos de enfermería. La investigación y la comprobación en áreas de la tipología y de las categorías de las intervenciones que han derivado del modelo continúan. También se han desarrollado y comprobado propuestas generales¹⁶

4.4 Relación de la investigación con el modelo o teoría

Figura 3 relación de la teoría con la problemática de investigación



Fuente: elaboración propia 2023

El modelo de adaptación de Callista Roy con la variable de depresión en los adultos mayores que en este modelo menciona a la persona como un todo formada por subsistemas y los cuatro modos de adaptación: fisiológico – físico, auto concepto – identidad, función del rol, interdependencia, que relacionados entre sí forman un sistema cuyo objetivo es la adaptación.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia enfermedad, por lo cual al existir estímulos (focales, residuales y contextuales) relacionados con la depresión se perciben problemas de adaptación relacionados con los procesos de afrontamiento, que son formas innatas o adquiridas dando como resultado, respuestas de adaptación que en este caso son ineficaces ,lo que casusa un proceso vital integrado ineficaz provocando que el trabajo estructural y funcional no sea capaz de cubrir las necesidades humanas necesarias, iniciando con el procesos de afrontamiento

donde interactúan los cuatro modos adaptativos de forma simultánea para poder dar respuesta a una conducta ante la depresión.

En este sentido, terapia de juego se plantea como una intervención terapéutica coherente con los postulados de Roy, al promover procesos adaptativos más eficaces frente a la depresión. Mediante actividades lúdicas, el adulto mayor estimula funciones cognitivas, emocionales y sociales, fortaleciendo los modos adaptativos: en el fisiológico-físico mejora la movilidad y la estimulación sensorial; en el autoconcepto-identidad refuerza la autoestima y el sentido de valía; en la función del rol favorece la participación y la interacción grupal; y en la interdependencia promueve la comunicación y el apoyo social.

Por lo cual enfermería busca detectar cuáles son esos estímulos perjudiciales a través de instrumentos de evaluación, para poder realizar estrategia buscando una mejora en los procesos de adaptación para tener una mejor calidad de vida.

V. HIPÓTESIS

Hi. La terapia de juego produce cambios significativos, reduciendo los niveles de depresión medidos con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en los adultos mayores del centro gerontológico de la comunidad de Tlahuelilpan Hidalgo.

Ho. La terapia de juego no produce cambios significativos en los niveles de depresión medidos con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en los adultos mayores del centro gerontológico de la comunidad de Tlahuelilpan Hidalgo.

VI. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Evaluar el efecto de la terapia de juego en los niveles de depresión de adultos mayores de centro gerontológico de la comunidad de Tlahuelilpan hidalgo.

6.2 Objetivos específicos

Definir los niveles de depresión en los adultos mayores del centro gerontológico de la comunidad de Tlahuelilpan, Hidalgo.

Analizar los cambios en los niveles de depresión de los adultos mayores del centro gerontológico de Tlahuelilpan, Hidalgo antes y después de la aplicación de la terapia de juego.

Examinar cómo la terapia de juego influye en la modificación de los niveles de depresión en los adultos mayores del centro gerontológico de Tlahuelilpan, Hidalgo.

VII. METODOLOGÍA

7.1 Tipo investigación

Esta investigación es de tipo aplicada.

El nivel de alcance correlacionar.¹⁶

7.2 Diseño de la investigación

Se trata de una investigación cuantitativa.¹⁷

7.3 Límites de tiempo y espacio

El presente proyecto de investigación se realizó en un periodo del mes de noviembre del 2022 a febrero del 2023 en el centro gerontológico de la comunidad de Tlahuelilpan. Hgo.

7.4 Universo

El universo estuvo conformado por el 100% de la población de los adultos mayores del centro gerontológico integral de Tlahuelilpan

7.5 Muestra

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia se tomó el 100% de la población inscrita (30 adultos mayores) en el padrón del centro gerontológico de la comunidad de Tlahuelilpan

7.5.1 Criterios de selección:

7.5.1.1 Criterios de inclusión

Adultos mayores que vivan en el municipio de Tlahuelilpan

Adultos mayores que participaron voluntariamente

Adultos mayores que tengan la edad de 60 años y más

7.5.1.2 Criterios de exclusión

Adultos mayores que estén en estado de postración

7.5.1.3 Criterios de eliminación

Retiro voluntario de la investigación.

7.6 Variables

(Ver apéndice 15.2)

Variables dependientes

Depresión

Variable independiente

Terapia de juegos

Variables intervinientes

- Edad
- Sexo
- Género
- Con quien vive
- Estado civil
- Vivienda propia o de familiar
- Antecedentes de familia extensa

7.6.1 Definición conceptual

La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas.^{15,18}

Terapia de juego es un método empleado en psicología para el análisis y tratamiento de las problemáticas de los pacientes, generalmente en el caso de niños o sujetos con trastornos del neuro desarrollo o discapacidad intelectual severa.¹⁹

7.6.2 Definición operacional

Definición operacional → trastorno mental del adulto mayor caracterizado por humor depresiva, sentimiento de culpa, suicidio, insomnio precoz, inmediato tardío, trabajo y actividad, inhibición psicomotora, agitación psicomotora, ansiedad psíquica, ansiedad

somática, síntoma somáticos, gastrointestinales, síntomas genitales, hipocondría, pérdida de peso.

Definición operacional→ proceso y resultado por los adultos mayores, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, caracterizado por oxigenación, nutrición, actividad/ descanso, etc.

7.7 Instrumento de medición

Escala de depresión Geriátrica Geriatric Depression Scale (GDS)

Introducción. 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 como el comunitario, hospitalario y de cuidados prolongados. (Instrumento encontrado en el apartado de anexo 14.1)

Es un instrumento de tamizaje breve y de fácil aplicación, ampliamente utilizado en la clínica y la investigación para detectar síntomas depresivos.

Objetivo: evaluar el estado afectivo de la persona mayor

Validez y confiabilidad: 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. Desde su versión original de 30 reactivos, la EDG ha mostrado una excelente confiabilidad (valores alfa entre 0.80 - 0.95),^{23,24} y distintos tipos de validez. Las versiones abreviadas (como la de 15 reactivos) también han mostrado su validez y confiabilidad.

Corresponde a 15 ítems de los cuales 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.

Calificación: el puntaje máximo es de 15 puntos. Suman los puntos por cada respuesta Sí o No en negritas.

Interpretación: de acuerdo a la sumatoria del puntaje obtenido por las respuestas de la persona mayor se puede considerar lo siguiente:

Normal: 0 - 4 puntos.

Presencia de síntomas depresivos: 5 o más puntos.²⁰

7.8 Procedimientos

Se expuso ante el comité de ética de la Escuela Superior de Tlahuelilpan adscrita a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, el cual se presentó en el XX foro de investigación para su aprobación, obtenido el dictamen de aprobación (Apéndice 15.1), se acudió con las autoridades del centro gerontológico de la comunidad de Tlahuelilpan Hidalgo, a solicitar el permiso para llevar a cabo dicha intervención e investigación.

Una vez obtenido el permiso de las autoridades, se hizo la invitación a los participantes mediante una plática presencial para la participación voluntaria y se les solicitó a los participantes que realicen la firma de consentimiento informado (Apéndice 15.5), el cual firmaron y después de esto se realizó la aplicación de la primera valoración a los adultos mayores.

Después se aplicaron las terapias de juegos establecidas, posteriormente se realizó la última medición con los instrumentos. Llevándose a cabo una clausura como cierre de las actividades realizadas por el personal, y los participantes.

7.9 Análisis

Se elaboró una base de datos utilizando el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), donde se registraron los resultados obtenidos de las evaluaciones pre y post intervención aplicadas a los adultos mayores.

7.9.1 Análisis estadístico descriptivo

Se realizó estadística inferencial para las variables de estudio depresión pre y post terapia de juego utilizando la prueba estadística de Wilcoxon para comprobar la hipótesis, la terapia de juego produce cambios significativos, reduciendo los niveles de depresión medidos con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en los adultos mayores del centro gerontológico de la comunidad de Tlahuelilpan Hidalgo.

7.9.2 Análisis estadístico inferencial

La estadística inferencial para la prueba de la hipótesis mediante (prueba de *Wilcoxon*).

7.10 Recursos

(Ver apéndice 15.6)

Recursos materiales:

- Hojas
- Lapiceros
- Goma
- Copias
- Carpeta
- Impresora
- Equipos de computo
- Libros

Recursos humanos:

- Investigadores:
 - E.L.E. Meneses Mera Estefanía
 - Dr. Benjamín López Nolasco
 - M.C.E. Ariana maya Sánchez

-
- Población de estudio
 - Adultos Mayores

7.11 Cronograma de actividades

Actividades sintetizadas del apartado de procedimientos. (Ver apéndice 15.4)

Aprobación de comité de ética 3ra semana de noviembre 2023, solicitud de autorización del centro gerontológico 3ra semana de noviembre 2023, solicita el consentimiento informado 4ta semana de noviembre 2023, aplicación de instrumentos primera medición 4ta semana de noviembre -2023, intervención 1 1ra semana de diciembre 2023, intervención 2 1ra semana de diciembre 2023, intervención 3 1ra semana de diciembre 2023, intervención 4 2da semana de diciembre 2023, intervención 5 2da semana de diciembre 2023, intervención 6 2da semana de diciembre 2023, intervención 7 3ra semana de diciembre 2023, aplicación de la segunda medición, base de datos 4ta semana de enero 2023, análisis de datos 4ta semana de enero 2023. (la tabla se encuentra en el apartado de anexos).

7.12 Difusión

Se presentó el protocolo de investigación en el XX foro de investigación en la escuela Superior de Tlahuelilpan ante el comité de ética. Los resultados se expondrán en el Congreso Nacional XIX reunión anual Y Vi internacional de investigación en enfermería. La complejidad actual en salud, como un desafío para el cuidado humanizado en la investigación y educación en enfermería. Se realizará un artículo original, en una revista científica indexada. Posteriormente se ejecutará 1 artículo científico para la obtención del grado de Licenciatura en Enfermería.

VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

La declaración de Helsinki fue creada por la asociación médica mundial (AMM) durante la 18ª asamblea médica mundial en 1964, convirtiéndose en uno de los documentos de excelencia en materia de protección y regulación ética de la investigación en seres humanos. Debido a los cambios que se han ido presentando en esta materia, la declaración de Helsinki ha sido objeto de varias enmiendas y aclaraciones, la última en Japón en 2004, quedando así la versión que actualmente se utiliza.²¹

La declaración de Helsinki es uno de los marcos de referencia más utilizados y aceptados a nivel global, ya que las asociaciones mundiales médicas como sus diferentes miembros se han concentrado en promover sus disposiciones, en los que resalta la presencia de los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia.

Artículo 100.- la investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

II. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

V. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

Vi. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad, muerte del sujeto en quien se realice la investigación;

Artículo 20.- la investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y la investigación no puede realizarse en una población no vulnerable. Además, la población o comunidad deberá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones que resulten de la investigación.

Artículo 23.-el protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y deberá estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta declaración.

El reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.

Titulo segundo “de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos” capítulo i, disposiciones comunes, artículo 13 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar

Artículo 3o.- la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;

Artículo 6o.- las secretarías de salud y de educación pública, en la esfera de sus respectivas competencias, podrán celebrar convenios de colaboración o de concertación con las instituciones educativas que realicen investigación en salud, a fin de que éstas, sin perjuicio de la autonomía que por ley les corresponda contribuyan con las expresadas dependencias en el desarrollo de las acciones tendientes a impulsar la investigación en salud, así como para el cumplimiento de lo dispuesto en el título quinto de la ley.

Artículo 14.- la investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

III. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.

V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables; fracción reformada

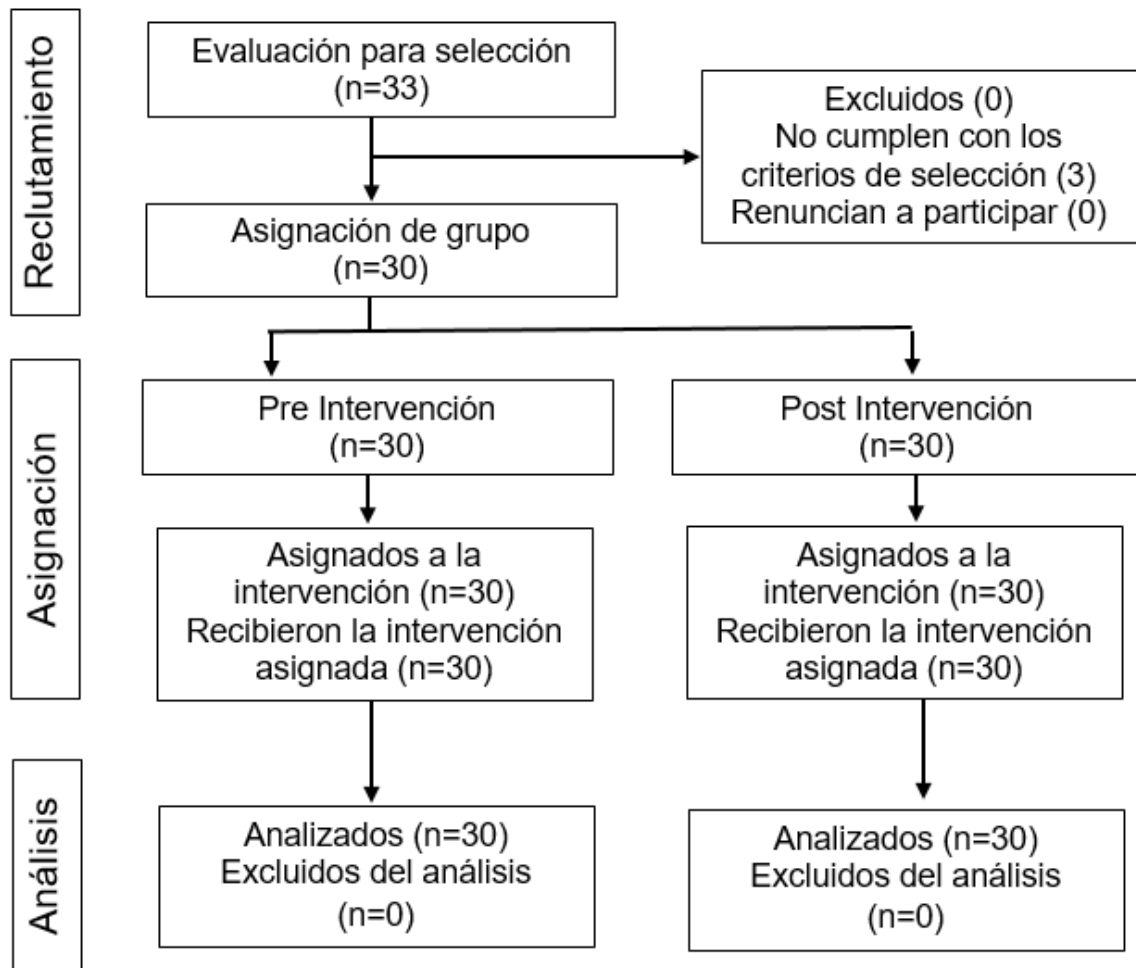
Vi. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación

Artículo 99.- la secretaría de salud, en coordinación con la secretaría de educación pública, y con la colaboración del consejo nacional de ciencia y tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizando un inventario de la investigación en el área de salud del país.²²

IX. RESULTADOS

En este capítulo se presentaron los resultados obtenidos en el trabajo efecto de la terapia de juego en los niveles de depresión y adaptación de adultos mayores de centro gerontológico de la comunidad de Tlahuelilpan hidalgo con una población de 30 participantes.

1 Figura 3. Imagen Diagrama de flujo del proceso de investigación



Fuente: Elaboración propia 2022

A continuación, se presentan los siguientes resultados sociodemográficos de adultos mayores de centro gerontológico de la comunidad de Tlahuelilpan Hidalgo

Tabla 1 Datos sociodemográficos

Edad	F	%
60-65	15	50
66-70	8	26.7
71-75	5	16.7
76-80	2	6.7
Genero		
Masculino	3	10.0
Femenino	27	90.0
Escolaridad		
Primaria incompleta	7	23.3
Primaria completa	10	33.3
Secundaria incompleta	1	3.3
Secundaria completa	6	20.0
Preparatoria completa	5	16.7
“Profecinales”	1	3.3
Estado civil		
Soltero	3	10.0
Unión libre	3	10.0
Casado	11	36.7

Viudo	11	36.7
Divorciado	2	6.7
Ocupación		
Trabajador	3	10.0
Ama de casa	21	70.0
Comerciante	4	13.3
Jubilados	2	6.7
Recibe algún beneficio por parte del gobierno		
Si	16	53.3
No	14	46.7
Está afiliado a seguro medico		
Si	16	53.3
No	14	46.7
Seguridad medica		
Ninguno	14	46.7
Seguro popular	2	6.7
IMSS	8	26.7
ISSSTE	5	16.7
SEDENA	1	3.3
Con quien vive		

Solo	10	33.3
Hijos	7	23.3
Pareja	11	36.7
Familiar	2	6.7
Tiene casa propia		
Si	25	83.3
No	5	16.7
Recibe visitas		
Si	28	93.7
No	2	6.7
Quien lo visita		
Hijos	16	53.3
Familia	9	30.0
Vecinos	2	6.7
“Nadie”	3	10.0
Cuantas veces lo visitan		
0-5 veces	19	63.3
6-10 veces	2	6.7
11-15 veces	1	3.3
16-20 veces	3	10.0

21-30 veces	5	16.7
Solvencia económica		
Hijos	9	30.0
Pareja	4	13.3
Gobierno	5	16.7
Ninguno	12	40.0
Religión		
Católico	23	76.7
Cristiano	3	10.0
Creyentes	3	10.0
Ninguno	1	3.3

Fuente. Ficha de datos sociodemográficos

n=30

En la tabla no. 1 se puede apreciar las características sociodemográficas de la población de estudio la variable edad predominante fue de 60-65 años representada por el 50 % (f=15), de acuerdo al género femenino fue el más predominante con un 90 % representado por f=27, en relación con la variable escolaridad encontramos que la predominante es primaria completa con un 33.3% representado por una f=10, con la variable estado civil podemos observar que las de mayor predominante es casado y viudo representados cada uno con 33.7% (f=11).

En cuanto a la variable de esta afiliado a seguro médico podemos encontrar que la respuesta si esta con mayor prevalencia con un 53.3% (f=16), con la variable de con quien vive podemos observar que la predominante es pareja representada con el 36.7% (f=11), la variable de tiene casa propia podemos observar que la más predominante fue

si con un 83.3% (f=25), en relación con la variable de recibe visitas podemos observar que la más predominante es si con un 93.3% (f=28), con la variable de solvencia económica se observa que la mayor predominante es ninguno con un 40% (f=12) y por último en la variable de religión se observa que la predominante es católica con un 76.7% representado con una f=23.

Tabla 2. Depresión en adultos mayores pre intervención

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Depresión normal	6	20%
Depresión moderada	10	33.3%
Depresión severa	14	46.7%
Total de participantes	30	100%

Fuente. Elaboración propia

n=30

En relación con la Tabla 2, se observa el nivel de depresión en adultos mayores antes de la intervención, correspondiente a una muestra de 30 participantes. Los resultados muestran que el 20% presenta un estado emocional dentro de los rangos normales, el 33.3% manifiesta signos de depresión moderada, y el 46.7% evidencia depresión severa. Estos hallazgos evidencian una alta prevalencia de sintomatología depresiva en la población evaluada previo a la intervención, lo que resalta la importancia de implementar estrategias terapéuticas, como la terapia de juego, orientadas a favorecer el bienestar emocional y mejorar el estado de ánimo en los adultos mayores.

Tabla 3 Depresión en adultos mayores post intervención

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Depresión normal	20	66.7%

Depresión moderada	8	36.7%
Depresión severa	2	6.6%
Total de participantes	30	100%

Fuente. Escala de Yesavage

n=30

En relación con la Tabla 3, se presentan los resultados correspondientes a los niveles de depresión en adultos mayores después de la intervención. En una muestra de 30 participantes, posterior a la aplicación de la terapia de juego, se evidencia una mejora significativa en los niveles de depresión. Del total de la población, el 66.7% (20 adultos mayores) se encuentra dentro de los rangos normales, el 26.7% (8 adultos mayores) presenta depresión moderada, y únicamente el 6.6% (2 adultos mayores) muestra depresión severa.

Estos resultados demuestran la efectividad de la terapia de juego como estrategia de intervención, al evidenciar una reducción considerable de los síntomas depresivos y contribuir de manera positiva al bienestar emocional y a la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores participantes.

Tabla 4 Estadísticos de prueba a con signos de Wilcoxon

	Sumaepredepression-sumapostdepression
Z	-2.416 ^b
Sig. Asintótica(bilateral)	.016

Fuente: estadísticos de prueba a con signos de Wilcoxon

n=30

Fuente: **Escala de depresión geriátrica geriátrica depression scale (GDS)**n=30

En la tabla 4 muestra los resultados de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, empleada para comparar los niveles de depresión en los adultos mayores antes y después de la intervención. El estadístico obtenido fue $Z = -2.416$, lo que evidencia un

cambio en la dirección esperada tras aplicar la terapia. El valor de significación asintótica bilateral ($p = .016$) indica que la diferencia entre las mediciones pre y post es estadísticamente significativa, al encontrarse por debajo del umbral de .05.

Tabla 5 Prueba de rangos con signos de Wilcoxon

Rangos				
		N	Rango promedio	Suma de rangos
Depresión Pre – Rangos negativos		20 ^a	13.45	269.00
Deoresion post Rangos positivos		6 ^b	13.67	82.00
Empates		4 ^c		
Total		30		

Fuente: signos de Wilcoxon n=30

Se observa que 20 participantes presentaron rangos negativos, lo que indica una disminución en los puntajes de depresión tras la terapia; estos rangos negativos registraron un rango promedio de 13.45 y una suma de rangos de 269.00. Por otro lado, 6 participantes mostraron rangos positivos, es decir, un incremento en sus puntajes de depresión, con un rango promedio de 13.67 y una suma de rangos de 82.00. Además, se registraron 4 empates, correspondientes a casos en los que los puntajes pre y post se mantuvieron sin cambio. En total, la prueba consideró a los 30 adultos mayores de la muestra.

X. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar el efecto de la terapia de juego en los niveles de depresión del centro gerontológico de la comunidad de Tlahuelilpan Hidalgo.

Con respecto a las variables sociodemográficas, esta investigación evidencia que el 90 % de la población participante corresponde al género femenino y el 10 % al masculino. En cuanto al estado civil, se observa un predominio de personas casadas y viudas, ambas con una representación del 33.7 % (f = 11). Estos resultados difieren de los reportados por Malvin R. y colaboradores (2022) en su artículo titulado *Depresión en la tercera edad*, donde evaluaron la frecuencia de depresión en adultos mayores residentes en casas de abuelos del municipio de Holguín. En dicho estudio, predominó el sexo masculino con 35 adultos mayores (53 %) frente al 47 % femenino (n = 31), destacándose además el estado civil viudo con un 51 % (n = 34).²³

Los resultados de esta investigación, en los que se observó que tras la aplicación de la terapia de juego la mayoría de los adultos mayores presentó rangos negativos en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, coinciden con los hallazgos de Alomoto Mera, Calero Morales y Vaca García (2018), quienes reportaron que la intervención con actividad físico-recreativa redujo los niveles de depresión en adultos mayores, aumentando la frecuencia de participantes “no deprimidos” y disminuyendo los niveles de depresión ligera y moderada. Aunque los instrumentos difieren, ambos estudios muestran que las estrategias lúdicas y recreativas tienen un efecto positivo en el bienestar emocional, fomentando la adaptación emocional, la interacción social y el envejecimiento saludable, en consonancia con los principios de la teoría de adaptación de Callista Roy²⁴

Acerca de los resultados usando la prueba de Wilcoxon teniendo un valor de 0.016 en relación con los niveles de depresión por lo que podemos decir que se rechaza la hipótesis nula y se puede concluir que hay evidencia significativa para plantear que la terapia de juego tuvo efecto en los adultos mayores, tiene similitud con la Lic. Dulce F y col. con el artículo publicado en 2022 titulado Beneficios de la ludoterapia en el deterioro cognitivo de los adultos mayores en una casa de reposo de Aguascalientes donde nos mencionan los adultos mayores mejoran su rendimiento cognitivo en las evaluaciones

posteriores a la ludoterapia ($W = -3.85$; $p = 0.0002$), los beneficios permanecen después de 6 semanas del programa ($W = -3.53$; $p = 0.0004$).²⁵

XI. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, se obtuvo una significación asintótica bilateral de 0.016, lo que permite rechazar la hipótesis nula y confirmar que La terapia de juego produce cambios significativos, reduciendo los niveles de depresión medidos con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en los adultos mayores del centro gerontológico de la comunidad de Tlahuelilpan Hidalgo.

XII. RECOMENDACIONES

Basándonos en los resultados anteriores:

Se recomienda aplicar la terapia de juego en adultos mayores que presenten signos de depresión, adaptando las actividades a sus capacidades físicas, cognitivas y emocionales. Esta intervención debe fomentar la socialización, la expresión emocional y la estimulación cognitiva, como medios para mejorar el bienestar integral y reducir el aislamiento.

Asimismo, se sugiere capacitar al personal facilitador para asegurar una adecuada implementación de las dinámicas lúdicas y una atención sensible a las necesidades individuales. La terapia de juego puede emplearse como complemento de otras estrategias psicológicas y recreativas, potenciando sus efectos terapéuticos.

En el ámbito académico, se recomienda realizar investigaciones cualitativas centradas en la variable depresión, así como nuevos estudios sobre la aplicación y efectividad de la terapia de juego en adultos mayores. Finalmente, se propone replicar y comprobar los instrumentos de evaluación utilizados en esta investigación, con el fin de comparar resultados y fortalecer la evidencia científica sobre su impacto positivo en la salud emocional de esta población.

XIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2022 [citado 20 mar 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/depression>
2. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. 2022 [citado 20 mar 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
3. Flores-Gutiérrez D, Ortega-Tovar M, Martínez-Rodríguez J, Rodríguez-Cuellar M, Gómez-Cardona J. Beneficios de la ludoterapia en el deterioro cognitivo de los adultos mayores en una casa de reposo de Aguascalientes. Rev Enferm Neurol [Internet]. 2020 [citado 1 sep 2023];19(1):25–31. Disponible en: <https://revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/287>
4. Miranda de Jesus Y, Álvarez Orozco ME, Álvarez Hernández HJ, Jaimes Cortés D, Alvarado Reyes ER. Factores que desencadenan depresión en el adulto mayor de la comunidad de Santiaguito Maxda, Estado de México. Dilemas Contemp Educ Política Valores [Internet]. 2020 [citado 1 sep 2023];8(SPE5). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78902020000800003
5. Rodrigues, C. E., Grandt, C. L., Abu Alwafa, R., Badrasawi, M., & Aleksandrova, K. (2023). *Determinants and indicators of successful aging as a multidimensional outcome: A systematic review of longitudinal studies*. Frontiers in Public Health, 11, 1258280. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1258280> Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2023 [citado 1 sep 2023]. Disponible en: <https://revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/287>
6. Associations Between Healthy Behaviors and Persistently Favorable Self-Rated Health in a Longitudinal Population-Based Study in Switzerland. (2024). *Journal of General Internal Medicine*, 39, 1828–1838. <https://doi.org/10.1007/s11606-024-08739-1>
7. Jamei, F., Saleh Moghadam, A. R., Mazlom, S. R., Namazinia, M., Asghari Nekah, S. M., & Mohajer, S. (2024). Effect of group play therapy as holistic geriatric interventional modality on feelings of loneliness among older people: A randomized control trial.

-
- Journal of Geriatric Mental Health. Advance online publication. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39205512/>
8. Instituto Mexicano del Seguro Social. Depresión en el adulto mayor [Internet]. [citado 29 mar 2022]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>
 9. Aravena JM. Comprendiendo el impacto de los síntomas depresivos en la funcionalidad de las personas mayores. Rev Chil Neuropsiquiatr [Internet]. 2017 [citado 29 mar 2022];55(4):255–65. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-92272017000400255&lang=es
 10. Santos SSC, Tier CG, Silva BT, Barlem ELD, Felicianni AM, Valcarenghi FV. Diagnósticos e intervenciones de enfermería para ancianos con depresión y residentes en una institución de larga estancia (ILE). Enferm Glob [Internet]. 2010 [citado 29 mar 2022];20:0–0. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/s1695-61412010000300003>
 11. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Depresión en el enfermo mayor [Internet]. [citado 29 mar 2022]. Disponible en: <https://digital.csic.es/bitstream/10261/165022/1/depresionenfermayor.pdf>
 12. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. [citado 29 abr 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
 13. Secretaría de Inclusión y Bienestar Social de la Ciudad de México. ¿Quiénes son las personas mayores? [Internet]. [citado 29 abr 2022]. Disponible en: <https://sibiso.cdmx.gob.mx/blog/post/quienes-son-las-personas-mayores>
 14. Ministerio de Salud de Colombia. Envejecimiento y vejez [Internet]. [citado 29 abr 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
 15. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. [citado 29 abr 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
 16. Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 9ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2018. ISBN: 978-84-9113-339-1

-
17. Monje Álvarez CA. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa: guía didáctica [Internet]. Universidad Veracruzana; [citado 5 oct 2022]. Disponible en: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
 18. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. [citado 29 abr 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
 19. Mimenza OC. Terapia de juego: principios teóricos, usos y aplicación [Internet]. Psicologiaymente.com; [citado 7 ago 2022]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-de-juego>
 20. Yesavage JA. Aula Virtual INGER [Internet]. INGER; 1986 [citado 16 may 2022]. Disponible en: <http://inger.gob.mx>
 21. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado 3 sep 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
 22. Congreso de la Unión. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud [Internet]. [citado 3 sep 2023]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
 23. Rodríguez-Vargas M, Pérez-Sánchez L, Marrero-Pérez Y, Rodríguez-Ricardo A, Pérez-Solís D, Peña-Castillo Y. Depresión en la tercera edad. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2022 [citado 28 ago 2023];26. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100024
 24. Alomoto Mera M, Calero Morales S, Vaca García MR. Intervención con actividad físico-recreativa para la ansiedad y la depresión en el adulto mayor. Rev Cubana Investig Bioméd [Internet]. 2018 [citado 28 ago 2023];37(1):47–56. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864
 25. ResearchGate. Beneficios de las actividades lúdicas en adultos mayores [Internet]. [citado 1 sep 2023]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/343579269_beneficios_de_las_actividades_ludicas_en_adultos_mayores

XIV. ANEXOS

14.1. Anexo instrumentos

Escala de Depresión geriátrica Geriatric Depression Scale (GDS)

Introducción. 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 ha moderado; en distintos contextos como el comunitario, hospitalario y de cuidados prolongados.

Material requerido. Cuestionario de la versión de 15 ítems de escala de depresión geriátrica y una pluma.

Instrucciones: vea directamente a la persona, logre su atención y explíquele: “le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana, por favor responda con sí o no”.

Hágale a la persona las preguntas de la escala de depresión geriátrica en el orden indicado a continuación:

¿En general, está satisfecho con su vida?	Si = 0 No =1
Ha abandonado muchas de sus tareas habitualmente y aficiones	Si = 1 No =0
¿Siente que su vida está vacía?	Si = 1

	No =0
Se siente con frecuencia aburrido(a)	Si = 1 No =0
Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo	Si = 0 No =1
Teme que algo malo pueda ocurrirle	Si = 1 No =0
Se siente feliz la mayor parte del tiempo	Si = 0 No =1
¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Si = 1 No =0
¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Si = 1 No =0
Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente	Si = 1 No =0
En estos momentos, piensa que estupendo estar vivo	Si = 0 No =1
Actualmente se siente un(a) inútil	Si = 1 No =0
¿Se siente lleno(a) de energía?	Si = 0 No =1
¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si = 1 No =0
¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Si = 1 No =0

Registre la fecha, el nombre completo, la edad y el sexo de la persona evaluada.

Calificación

Se otorga 1 punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos (sí o no en negritas) mientras mayor el puntaje, mayor la presencia de síntomas depresivos.

Calificación total: sumar los puntos por cada respuesta sí o no en negritas. La calificación máxima alcanzable es de 15 puntos.

Interpretación

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• 0 a 5 puntos: Estado normal (sin depresión)• 6 a 9 puntos: Depresión leve o moderada• 10 a 15 puntos: Depresión severa | <p>Se considera normal, sin síntomas depresivos.</p> <p>Indica la presencia de síntomas depresivos leves.</p> <p>Indica la presencia de síntomas depresivos moderados.</p> <p>Indica la presencia de síntomas depresivos graves.</p> |
|--|--|

14.2 Anexo constancias



La Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Escuela Superior de Tlahuelilpan

Cuerpo Académico: Respuestas Humanas a la Salud y la Enfermedad

Otorga la presente

CONSTANCIA

a

Meneses Mera Estefanía, Hernández García Abiam,
Hernández Reyes Yadira, Dr. Benjamín López
Nolasco M.C.E. Ariana Maya Sánchez

Por su participación como ponente con la presentación del Protocolo de Investigación titulado:

Efecto de la terapia de juego en los niveles de depresión y adaptación de adultos mayores de centro gerontológico de la comunidad de Tlahuelilpan Hidalgo.

En el XX Seminario de Investigación de Enfermería, que se llevó a cabo en el auditorio de la Escuela Superior de Tlahuelilpan los días 11 y 12 de octubre de 2022.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"
Tlahuelilpan, Hidalgo; 12 de octubre de 2022

Lic. Rosalva Meneses Noeggerath
Directora de la ESTLa

DCS. Gabriela Maldonado Muñiz
Líder del Grupo de Investigación

XV. APÉNDICES

15.1 Apéndice oficios de solicitud y respuesta de instituciones



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Escuela Superior de Tlahuelilpan
Campus Tlahuelilpan

ASUNTO: dictamen del comité de ética en investigación

Aprobación

Título del proyecto:

"Efecto de la terapia de juego en los niveles de depresión y adaptación de adultos mayores de centro gerontológico de la comunidad de Tlahuelilpan Hidalgo"

Código asignado por el Comité: 2022-II-14XX

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

	N° de la versión	Decisión
Protocolo	2	Aprobado
Consentimiento informado	2	Aprobado

Este protocolo tiene vigencia del 01 de noviembre de 2022 al 01 de noviembre de 2023 y se autoriza su ejecución por parte de los estudiantes de la licenciatura en enfermería Meneses Mera Estefanía, Hernández García Abiam y Hernández Reyes Yadira; bajo la asesoría de la D.C.E. Benjamín López Nolasco y M.C.E. Ariana Maya Sánchez.

ATENTAMENTE

Amor, Orden y Progreso

Tlahuelilpan, Hidalgo; a 24 de octubre de 2022.



D.C.S. Gabriela Maldonado Muñiz
Representante del Comité de Ética e Investigación
Escuela Superior de Tlahuelilpan
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo





Ex-Hacienda de San Servando S/N, Col. Centro,
Tlahuelilpan, Hidalgo, México; C.P. 42780
Teléfono: 771 71 720 00 ext. 5500, 5501
esc_sup_tlahuelilpan@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Escuela Superior de Tlahuelilpan
Tlahuelilpan University Campus

ESTL/S/N/2022

José Alfredo Cruz Mota
Coordinador del centro gerontológico
P R E S E N T E.

Asunto: solicitud realizar proyecto de investigación.

Por este medio me permito saludarle al mismo tiempo solicitar su autorización para que la estudiantes **MENESES MERA ESTEFANÍA, HERNÁNDEZ GARCÍA ABIAM, y HERNÁNDEZ REYES YADIRA** quienes cursa el 5º semestre de la Licenciatura en Enfermería realicen el protocolo de investigación titulado. **"Efecto de la terapia de juego en los niveles de depresión y adaptación de adultos mayores de centro gerontológico de la comunidad de Tlahuelilpan Hidalgo."** Asesorado por su servidor.

Cabe mencionar que la presente investigación es de tipo cuantitativa y es de riesgo mínimo.

Esperando contar con su apoyo agradezco de antemano enviándole un caluroso saludo.

27-10-2022

Recibido

S. Alfredo Cruz Mota
COORDINADOR GERONTOLÓGICO

RESPETUOSAMENTE

"Amor, Orden y Progreso"

Tlahuelilpan Hgo. a 26 de octubre del 2022

D.C.E. BENJAMÍN LOPEZ NOLASCO.

PROFESOR DE TIEMPO COMPLETO

INVESTIGADOR UAEH.



Ex Hacienda de San Servando S/N
Col Centro
Tlahuelilpan, Hidalgo, Mexico, C.P. 42780
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 5500, 5501
esc_sup_tlahuelilpan@uaeh.edu.mx

www.uaeh.com.mx

15.2 Apéndice Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones / indicador	Escala de medición	Prueba estadística
Nivel de depresión	La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las	Trastorno mental del adulto mayor caracterizado por humor depresiva, sentimiento de culpa, suicidio, insomnio precoz, inmediato tardío, trabajo y actividad, inhibición psicomotora, agitación psicomotora, ansiedad psíquica, ansiedad	Depresión Sin síntomas depresivos:0-4 Síntomas depresivos leves:5-8 Síntomas depresivos moderados: 9-10. Síntomas depresivos graves:12-15	Ordinal	

	actividades cotidianas, durante al menos dos semanas.	somática, síntoma somáticos, gastrointestinales, síntomas genitales, hipocondría, perdida de peso.			
--	---	--	--	--	--

Código	Nombre	Definición conceptual	Indicador	Escala de medición
Edad	Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	60-69 años 70-79 años 80-más años	Frecuencias y porcentajes
Edocivil	Estado civil	Estado: situación en que se encuentra alguien o algo, y en especial cada uno de sus sucesivos modos de ser o estar. Civil: perteneciente o relativo a las relaciones e intereses	Soltero Casado Unión libre Divorciado	

		es privados en orden al estado de las personas, r égimen de la familia, sucesiones, condición de lo s bienes, contratos y responsabilidad por daños.	Viudo	
Resi	Residencia	Casa en que se vive.		
C.q.v	Con quien vive	Cuidador: persona que presta servicios de atención a una o más personas en situación de dependencia	Familia externa o interna	
Vda	Vivienda	Lugar cerrado y cubierto construido para ser habi tado por personas.	Propia Familiar Rentada	

15.3. Apéndice Tabla de fundamentación, codificación y niveles de medición

Concepto	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
Depresión	Satisfacción	¿En general, está satisfecho con su vida?	1) Si = 0 2) No =1	Nominal

Concepto	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
	Actividades diarias	Ha abandonado muchas de sus tareas habitualmente y aficiones	1) Si = 1 2) No =0	Nominal
	Soledad	¿Siente que su vida está vacía?	1) Si = 1 2) No =0	Nominal
	Aburrimiento	Se siente con frecuencia aburrido(a)	1) Si = 1 2) No =0	Nominal
	Estado de animo	Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo	1) Si = 0 2) No =1	Nominal
	Seguridad	Teme que algo malo pueda ocurrirle	1) Si = 1 2) No =0	Nominal
	Autopercepción	Se siente feliz la mayor parte del tiempo	1) Si = 0 2) No =1	Nominal
	Seguridad	¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	1) Si = 1 2) No =0	Nominal

Concepto	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
	Actividades diarias	¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	1) Si = 1 2) No =0	Nominal
	Autopercepción	Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente	1) Si = 1 2) No =0	Nominal
		En estos momentos, piensa que estupendo estar vivo	1) Si = 0 2) No =1	Nominal
		Actualmente se siente un(a) inútil	1) Si = 1 2) No =0	Nominal
		¿Se siente lleno(a) de energía?	1) Si = 0 2) No =1	Nominal
		¿Se siente sin esperanza en este momento?	1) Si = 1 2) No =0	Nominal

Concepto	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
		¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	1) Si = 1 2) No =0	Nominal

15.3. Apéndice cronograma de actividades

Actividades	Noviembre 2022				Diciembre 2022				Enero 2023			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Aprobación de comité de ética												
Solicitud de autorización del centro gerontológico												
Solicita el consentimiento informado												
Aplicación de instrumentos primera medición												
Intervención 1												

Intervención 2												
Intervención 3												
Intervención 4												
Intervención 5												
Intervención 6												
Intervención 7												
Aplicación de la segunda medición												
Base de datos												
Análisis de datos												

15.4. Apéndice Carta de consentimiento informado

Estimado(a) participante:

Se solicita su cordial participación voluntaria en el proyecto de investigación titulado “efecto de la terapia de juego en los niveles de depresión y adaptación de adultos mayores de centro gerontológico de la comunidad de Tlahuelilpan hidalgo”, el cual es desarrollado por investigadores Dr. Benjamín López Nolasco y M.C.E Ariana maya Sánchez

E.L.E. Meneses mera Estefanía, Hernández García Abiam, Hernández Reyes Yadira de la licenciatura en enfermería de la universidad autónoma del estado de hidalgo, en su sede en la escuela superior Tlahuelilpan.

Si usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

El propósito del presente estudio es: evaluar el efecto de la terapia de juego en los niveles de depresión y adaptación de adultos mayores de centro gerontológico de la comunidad de Tlahuelilpan hidalgo.

Procedimientos:

Su participación consistirá en:

- Responder 2 instrumentos de medición, escala de depresión geriátrica de Yesavage que permitirá conocer la presencia de depresión y la escala de adaptación del adulto mayor activo permitiendo la identificar el nivel de adaptación presente pre y post actividades.
- Participación de actividades dinámicas que favorecerán diferentes aspectos con relación a su vida cotidiana con una duración de 7 intervenciones.

Participación voluntaria/retiro: usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación de este en cualquier momento, la participación o permanencia en

este estudio no tendrá repercusión alguna para su persona. Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria.

Confidencialidad: toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre.

Riesgos potenciales/compensación: los riesgos en la implementación de los procedimientos son mínimos, usted puede sentirse incomodo al responder alguna de las preguntas del cuestionario.

Nombre, firma o huella del participante

Primer testigo

segundo testigo

15.5 Apéndice recursos humanos y financieros

Recursos humanos	
Investigador	E.L.E. Meneses Mera Estefanía
2 asesores	Doc. Benjamín López Nolasco M.C.E. Ariana maya Sánchez
Población de estudio	Adultos mayores

Materiales	Precio unitario	Cantidad	Costo total
Internet	\$1200.00	24	\$28,800
Hojas	\$0.50	500	\$250
Lápiz	\$6.00	3	\$18
Lapicero	\$7.00	3	\$14.00
Goma	\$5.00	2	\$10.00
Carpeta	\$30.00	1	\$30.00
Corrector	\$17.00	2	\$34.00
Copias	\$1.00	85	\$85.00
Memoria USB	\$95.00	1	\$95.00
Folders	\$4.00	2	\$8.00
Transporte	\$910	9	\$8,190.00
Viáticos	\$300	9	\$2,700.00

Equipos de cómputo portátiles	\$27,166.66	1	\$27,166.66
Impresora	\$6,500	1	\$6500
Impresión y engargolado	\$105.00	1	\$105.00
Impresión de cuestionarios	\$1.00	180	\$180
Empastado final	\$600		\$600
			\$129,119.00

15.6 Apéndice intervención de enfermería

Programa de cuidado de enfermería

I. Identificación del curso

Nombre del curso: “nunca es tarde para dejar de jugar. “

Dirigido a: adultos mayores

Duración: 7 secciones

Lugar: centrogerantológico de tlahuelilpan

Elaborado por:

E.I.E. Meneses Mera Estefania

E.I.E. Hernandez Garcia Abiam

E.I.E. Hernandez Reyes Yadira

Fecha:

Días:

II. Descripción

El uso del juego en la práctica psicomotora se concibe como una estrategia educativa orientada a ofrecer a las personas adultas mayores una experiencia significativa y placentera. A través de actividades lúdicas se busca generar alegría, fortalecer la autoestima y promover el autoconocimiento. Asimismo, el juego favorece la creatividad, mejora la comunicación y las relaciones interpersonales, y contribuye a la reducción de la ansiedad, el estrés, el sedentarismo y las tensiones acumuladas. En conjunto, esta intervención pretende potenciar el bienestar físico, emocional y social de los participantes, fortaleciendo su integración y calidad de vida.

III. Objetivo general

Favorecer su bienestar físico, cognitivo y emocional, permite que el adulto mayor se desenvuelva de una manera más integrada a su entorno.

IV. Objetivos específicos

- Ayudar a desarrollar las habilidades sociales del anciano y a mejorar las relaciones con otras personas

- Mejorar el estado físico y mental del adulto mayor
- Favorecer la imaginación y el desarrollo de la creatividad de la persona.
- Elevar el autoestima.

V. Contenidos

Conceptuales	Procedimentales	Actitudinales
• Reconocimiento de la importancia del trabajo en equipo, la comunicación y la cooperación para el logro de metas comunes en entornos sociales. • Identificación de la memoria, la atención y la concentración como procesos cognitivos que intervienen en la realización de actividades lúdicas y cotidianas. • Comprensión del valor de la socialización y la convivencia como medios de fortalecimiento emocional y bienestar psicológico en la persona. • Comprensión de reacción motriz y cognitiva ante estímulos visuales, auditivos y táctiles como mecanismo	• Lanzamiento de aros: favorece el control del tono muscular así como la fuerza y la coordinación. • Sigue la ronda: ayuda a mejorar la destreza y, además, la memoria. • Esquivar en zig-zag: fomenta la coordinación • Luz roja, luz verde: mejora la capacidad de reacción • La búsqueda del tesoro: fomenta las relaciones sociales • El cuadrado perfecto: fomenta las relaciones sociales • Adivina qué es: ayuda a la atención y concentración	Es esencial que cuenten con una gran motivación y participación para una mejor experiencia a la realización de los juegos, teniendo en cuenta la unión del trabajo en equipo, así como la imaginación para la diversión de cada juego y teniendo determinación para poder ganar cada uno de los juegos propuestos.

de adaptación y respuesta		
------------------------------	--	--

Vi. Metodología

Actividades preinstruccionales:

Presentacion de los participantes.

Explicacion de las reglas de los juegos seleccionados.

Actividades coinstruccionales:

Aplicación de las actividades seleccionadas.

Actividades postinstruccionales:

Retroalimentacion

Agradecimientos de participaciones

VII. Recursos didácticos

- Aros
- Pelota
- Hojas de papel
- Bolígrafos
- Diversos objetos
- Cuerdas
- Paliacates
- Bolsa obscura

VIII. Criterios de evaluación

Los criterios de evaluacion seran divididos en dos rangos: participativos / activos, no participativo / inactivos

Plan semanal

Curso:		Educador: E.L.E. Hernández Reyes Yadira, E.L.E. Meneses Mera Estefanía, E.L.E. Hernández García Abiam		
Nunca es tarde para jugar				
Sesión 1		Tiempo: Una sesión de 60 a 90 minutos		
Lanzamiento de aros				
Objetivo: Mejorar la capacidad funcional del adulto mayor mediante el desarrollo del control, del tono muscular, la fuerza y la coordinación, a través de un juego interactivo				
Contenido	Formas organizativas	Estrategias de intervención	Recursos Didácticos	Evaluación
Desarrollo de Capacidades Motoras y Cognitivas en el Adulto Mayor a través de un juego de lanzamiento de aros. Esta actividad está diseñada para que los participantes logren	DESCRIPCIÓN: En un espacio amplio ubicar 5 filas de 6 participantes donde se les otorgara un aro a cada uno para lanzar, se colocarán a una distancia de 10m. del área de lanzamiento. En dicha	Juego de movimiento, en donde los participantes dan a conocer sus habilidades motoras de manera individual sin dejar de convivir y socializar con sus compañeros	Material psicomotor: aros de 50 cm de diámetro. Gises para el trazo de líneas.	• Participativo • No participativo

una mayor conciencia corporal y mental.	zona se trazarán tres líneas horizontales por cada participante, separadas entre sí por una distancia aproximada de 2 a 3 metros. Cada línea representará un valor distinto: la primera y la última línea otorgarán 2 puntos, mientras que la línea central tendrá un valor de 4 puntos. La persona que logre obtener mayor puntuación será la ganadora. PROPOSITO: Contribuir al fortalecimiento y flexibilidad de brazos,			
--	--	--	--	--

	hombros y cintura, favoreciendo el movimiento corporal y la coordinación motriz. Promover bienestar emocional del adulto mayor, ayudando a reducir sentimientos de soledad y depresión mediante la participación activa y el disfrute del juego en grupo.			
Referencias: <i>juegos recreativos para adultos mayores</i> . (2019, december 5). Canitas; canitas.mx. https://canitas.mx/guias/juegos-recreativos-para-adultos-mayores/				

Curso: Nunca es tarde para jugar	Educador: Hernández Reyes Yadira, Meneses Mera Estefanía, Hernández García Abiam
Sesión 2	Tiempo: Una sesión de 60 minutos.

Sigue la ronda				
Objetivo: Favorecer que las personas mayores ejerciten de manera sencilla sus habilidades y memoria, mediante actividades lúdicas que promuevan la convivencia y el intercambio de palabras con sus compañeros.				
Contenido	Formas organizativas	Estrategias de intervención	Recursos Didácticos	Evaluación
Fortalecer la memoria inmediata, atención sostenida e interacción social de los adultos mayores mediante una dinámica grupal participativa. Busca estimular la capacidad de recordar secuencias simples, promoviendo al mismo tiempo la convivencia y la escucha activa entre los participantes.	DESCRIPCION: Ubicar a los participantes sentados a manera de círculo, elegir una categoría temática (ej: frutas, ciudades, animales, cosas de la playa), el primer participante dice una palabra de esa categoría, lanza la pelota al siguiente participante, quien debe repetir esa palabra y añadir una	Actividad de memoria, donde los adultos mayores estimulan la memoria a corto plazo, la concentración y la coordinación verbal, promoviendo la activación cognitiva de manera divertida y significativa.	Material psicomotor: pelota.	• Participativo • No participativo

	nueva, cada participante siguiente repite toda la secuencia anterior en el orden correcto y agrega una nueva palabra, la cadena se va haciendo más larga en cada turno. PROPOSITO: A través de esta actividad se busca favorecer memoria, interacción social, fortaleciendo los vínculos entre los participantes y reduciendo los sentimientos de soledad, aislamiento y tristeza. El juego permite que los			
--	---	--	--	--

	adultos mayores se sientan escuchados, valorados y partícipes dentro del grupo, lo que contribuye a mejorar su autoestima, estado de ánimo y bienestar emocional.			
Referencias: <i>juegos recreativos para adultos mayores</i> . (2019, december 5). Canitas; canitas.mx. https://canitas.mx/guias/juegos-recreativos-para-adultos-mayores/				

Curso: nunca es tarde para jugar	Educador: Hernández Reyes yadira, Meneses mera Estefanía, Hernández García Abiam
Sesión 3 Esquivar en zig-zag	No. De horas: 1-2hrs

Objetivo: Promover el bienestar físico y social de los adultos mayores a través de un juego recreativo, cuyo propósito central sea el desarrollo y el mantenimiento de la coordinación.

Contenido	Formas organizativas	Estrategias de intervención	Recursos Didácticos	Evaluación
Favorecen el equilibrio y control del movimiento, su atención y concentración al identificar patrones y direcciones para mantener el ritmo del juego.	DESCRIPCION: El Zig-Zag es un juego de desplazamiento controlado en la que los participantes deben formar equipos de 5 personas y caminar siguiendo una trayectoria entre serie de conos dispuestos en línea, el equipo que logre llegar primero a la meta, será el ganador.	Favorece la mejora de la coordinación óculo-pédica, permitiendo una mayor precisión en los movimientos que implican la relación entre la vista y el desplazamiento de los pies, promueve el desarrollo del equilibrio dinámico, fortaleciendo la estabilidad corporal durante el movimiento y la ejecución de actividades motoras, contribuye a la estimulación de la	Material psicomotor: conos	• Participativo • No participativo

	PROPOSITO: Con la finalidad de favorecer coordinación motriz, equilibrio corporal y concentración, contribuyendo fortalecimiento de capacidades físicas y cognitivas de los participantes. Su práctica promueve el bienestar emocional en los adultos mayores, ya que estimula autoestima, motivación y socialización, elementos fundamentales para	atención sostenida, facilitando la capacidad de mantener el enfoque y la vigilancia durante la realización de la tarea, propicia el fortalecimiento de la autoeficacia motriz, incrementando la seguridad personal y la confianza en las propias habilidades físicas.		
--	---	--	--	--

	disminuir síntomas de depresión.			
Referencias: <i>juegos recreativos para adultos mayores</i> . (2019, december 5). Canitas; canitas.mx. https://canitas.mx/guias/juegos-recreativos-para-adultos-mayores/				

Curso: nunca es tarde para jugar		Educador: Hernández Reyes Yadira, Meneses mera Estefanía, Hernández García Abiam		
Sesión 4 luz roja, luz verde		Tiempo: Una sesión de 60 minutos		
Objetivo: Implementar el juego "Luz Verde, Luz Roja" como una actividad recreativa para adultos mayores, con el fin de estimular y evaluar su capacidad de reacción, tiempo de respuesta y control inhibitorio, contribuyendo así a la mejora de sus reflejos, la coordinación y la agilidad mental de manera lúdica y social.				
Contenido	Formas organizativas	Estrategias de intervención	Recursos Didácticos	Evaluación
“Luz Verde, Luz Roja” se presenta como una actividad recreativa dirigida a los adultos mayores, orientada a estimular y evaluar capacidad de reacción, tiempo de respuesta y	DESCRIPCION: Se designará un participante como “Semáforo” deberá indicar las órdenes correspondientes mediante las	Activa de manera simultánea el cuerpo y la mente en un contexto de diversión y grupo. Mientras los participantes se ríen y compiten	No aplica	• Participativo • No participativo

control inhibitorio. Esta dinámica lúdica, favorece el desarrollo de los reflejos, la coordinación y la agilidad mental, promoviendo al mismo tiempo la socialización, la participación activa y el disfrute en un entorno divertido y motivador.	expresiones “luz roja” o “luz verde”, según la fase del juego. Al escuchar “luz roja”, los jugadores deberán permanecer inmóviles en sus posiciones. En cambio, cuando el Semáforo se coloque de espaldas y anuncie “luz verde”, los adultos mayores deberán avanzar intentando acercarse lo más posible al Semáforo, manteniendo siempre el control y la coordinación de sus movimientos.	amistosamente, están realizando un valioso entrenamiento que ayuda a mantener su independencia, agilidad mental y bienestar emocional.		
---	--	--	--	--

	PROPOSITO: Favorece el control motor y el equilibrio, Estimula atención y concentración. Promueve la interacción social, fortaleciendo la camaradería y el disfrute en grupo.			
Referencias: <i>juegos recreativos para adultos mayores</i> . (2019, December 5). Canitas; canitas.mx. https://canitas.mx/guias/juegos-recreativos-para-adultos-mayores/				

Curso: Nunca es tarde para jugar	Educador: Hernández Reyes Yadira, Meneses mera Estefanía, Hernández García Abiam
Sesión 5 La búsqueda del tesoro	Tiempo: Una sesión de 60 a 120 minutos.
Objetivo: Fomentar la convivencia y el trabajo en equipo entre los adultos mayores mediante actividades lúdicas sencillas y dinámicas, fortaleciendo su comunicación y su capacidad para socializar de manera agradable y segura.	

Contenido	Formas organizativas	Estrategias de intervención	Recursos Didácticos	Evaluación
Se busca fortalecer los lazos sociales, mejorar la capacidad de socialización y crear un espacio donde los adultos mayores se sientan escuchados, valorados y motivados. Fomentar un ambiente de colaboración y confianza entre los participantes, propiciando la interacción y el trabajo en equipo.	DESCRIPCION: El grupo será dividido en dos equipos, a los cuales se les asignarán diversas tareas de carácter recreativo y de fácil cumplimiento, tales como buscar un objeto específico o realizar un dibujo determinado. Al entregar las listas de actividades, se deberá establecer un límite de tiempo para su realización, que podrá variar entre 30 minutos y una hora, dependiendo de la	Adaptación cognitiva y sensorial, física y de seguridad, y social y emocional La conformación de los equipos se considerando tanto las capacidades cognitivas y físicas de los participantes como sus características sociales y emocionales. Se procurará integrar en cada grupo una combinación equilibrada de niveles de habilidad y distintos tipos de personalidad, fomentando la	Material psicomotor: Hojas blancas Bolígrafos	• Participativo • No participativo

	extensión y complejidad de las tareas asignadas. PROPOSITO: Estimular de manera integral y lúdica las capacidades cognitivas, físicas y socioafectivas de los participantes, fomentando un envejecimiento activo y saludable a través de una experiencia motivadora y cooperativa.	inclusión y la cooperación.		
Referencias: <i>juegos recreativos para adultos mayores</i>. (2019, december 5). Canitas; canitas.mx. https://canitas.mx/guias/juegos-recreativos-para-adultos-mayores/				

Curso: nunca es tarde para jugar			Educador: Hernández Reyes yadira, Meneses mera Estefanía, Hernández García Abiam		
Sesión 6			Tiempo: 60 minutos		
El cuadrado perfecto					
Objetivo: Desarrollar y fortalecer las habilidades de liderazgo y comunicación de los adultos mayores, para fomentar una participación más activa, segura y efectiva en sus entornos familiares, sociales y comunitarios.					
Contenido	Formas organizativas	Estrategias de enseñanza	Recursos Didácticos	Evaluación	
Fortalecer las habilidades de liderazgo y comunicación en los adultos mayores, promoviendo su participación activa, segura y efectiva dentro de sus entornos familiares, sociales y comunitarios. A través de la actividad de "El	DESCRIPCION: Los participantes se colocan en círculo y toman cada uno un extremo de la cuerda, formando una figura irregular, se les vendaran los ojos, posteriormente el grupo debe coordinarse verbalmente y mover	Mantener enfoque y escucha activa al seguir instrucciones precisas, favoreciendo control cognitivo y respuesta oportuna ante indicaciones del grupo o del facilitador. Impulsa expresión clara y respetuosa de ideas, así como capacidad de guiar y	Material psicomotor: Cuerda larga con los extremos atados	• Participativo • No participativo	

cuadro perfecto se busca que los participantes adquieran mayor confianza en sí mismos, mejoren su capacidad para interactuar y tomar decisiones, y desarrollen un sentido de pertenencia y responsabilidad colectiva, favoreciendo así su bienestar integral y su integración social.	la cuerda hasta formar un cuadro perfecto (o la figura que se indique: triángulo, rectángulo, etc.), sin soltarla. PROPOSITO: Fortalecer las habilidades cognitivas, físicas y sociales de los adultos mayores mediante una dinámica grupal que estimula la comunicación, la coordinación motriz y la cooperación.	cooperar con los demás, favoreciendo el liderazgo positivo y la coordinación efectiva de acciones dentro del grupo.		
Referencias: <i>Juegos recreativos para adultos mayores.</i> (2019, december 5). Canitas; canitas.mx. https://canitas.mx/guias/juegos-recreativos-para-adultos-mayores/				

Curso: nunca es tarde para jugar			Educador: Hernández Reyes Yadira, Meneses mera Estefanía, Hernández García Abiam	
Sesión 7 Adivina qué es			Tiempo: Una sesión de 60 minutos	
Objetivo: Estimular la memoria, la atención y las habilidades de comunicación mediante la descripción y el reconocimiento de objetos.				
Contenido	Formas organizativas	Estrategias de enseñanza	Recursos Didácticos	Evaluación
A través de la descripción y el reconocimiento de objetos, se busca estimular la memoria, la atención y las habilidades de comunicación en las personas mayores, favoreciendo su agilidad mental y la	DESCRIPCION: Se forma un círculo con los participantes y el facilitador presenta una bolsa opaca con objetos comunes. Cada jugador, por turno, introduce la mano sin mirar para identificar un objeto mediante el tacto y	Fortalece atención y concentración al requerir enfoque en sensaciones táctiles, y activa memoria semántica al recordar el nombre, forma y función de los objetos percibidos. Además, estimula percepción sensorial y tacto fino	Bolsa o caja opaca. Objetos de uso cotidiano	• Participativo • No participativo

expresión verbal en un ambiente participativo.	decir su respuesta en voz alta. Si acierta, se refuerza positivamente; si no, se brinda una pista. La dinámica continúa hasta que todos hayan participado. PROPOSITO: Fortalecer la estimulación cognitiva y sensorial de los adultos mayores mediante el tacto, la memoria y la asociación. Promover la participación activa, la socialización y la autoestima al reconocer	mediante el reconocimiento de texturas. fomenta expresión verbal e interacción social, al compartir sus respuestas, promoviendo participación activa y reconocimiento grupal.		
--	--	---	--	--

	correctamente los objetos.			
Referencias: <i>Juegos recreativos para adultos mayores.</i> (2019, december 5). Canitas; canitas.mx. https://canitas.mx/guias/juegos-recreativos-para-adultos-mayores/				

Xi. Bibliografía

Juegos recreativos para adultos mayores. (2019, december 5). Canitas; canitas.mx. <https://canitas.mx/guias/juegos-recreativos-para-adultos-m>
