

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

“ESTUDIO COMPARATIVO EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE Y NO ASISTE
A LOS PROGRAMAS RECREATIVO/OCUPACIONALES DE LA MUNICIPALIDAD
DE GUATEMALA Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE DEPRESIÓN”.

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE

CONSEJO DIRECTIVO

DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

CLAUDIA MARIBEL CASTILLO MORALES

ANGEL ARMANDO RODRIGUEZ VALLADARES

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGOS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADOS

CIUDAD DE GUATEMALA, JUNIO 2020

CONSEJO DIRECTIVO

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

M.A. MYNOR ESTUARDO LEMUS URBINA

DIRECTOR

LICENCIADA JULIA ALICIA RAMÍREZ ORIZÁBAL

SECRETARIA

M.A. KARLA AMPARO CARRERA VELA

LICENCIADA CLAUDIA JUDITT FLORES QUINTANA

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

ASTRID THEILHEIMER MADARIAGA

LESLY DANINETH GARCÍA MORALES

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

LICENCIADA LIDEY MAGALY PORTILLO PORTILLO

REPRESENTANTE DE EGRESADOS

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR: Claudia Maribel Castillo Morales

Laura Marina Albizú Vielman
CONTADORA PÚBLICA Y AUDITORA
COLEGIADO No: 7587

Luis Pedro Villatoro Meda
M.A. COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL
COLEGIADO No: 24471

POR: Ángel Armando Rodríguez Valladares

Sabrina Alejandra Lima Huevo
MÉDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO NO. 16281

Dedicatoria:

A mi querido esposo Gerson David Osorio Vásquez por ser mi mejor amigo, brindarme su amor y apoyo incondicional y ayudarme en todo momento por un futuro juntos.

A mi madre Rosa Maribel Morales Zarco, por estar a mi lado y haber velado por mi bienestar y superación en todo momento y en todas las facetas de mi vida.

A mis abuelitos maternos María Luisa Zarco Laínez de Morales, por ser mi segunda madre, consejera y compartir mis alegrías y tristezas; y abuelito Jesús Lázaro Morales Arreaga, por estar a mi lado, ser mi guía y ejemplo de fortaleza y dedicación.

A mi Hermano Freddy Augusto Castillo Morales por estar conmigo en todo momento, brindarme su apoyo y amor.

A mis tíos, primos y demás familia que a lo largo de mi vida han sido mi soporte y estado conmigo en los momentos difíciles.

A mi amigo y compañero de tesis Ángel Armando Rodríguez Valladares por estar a mi lado en toda la carrera, compartir experiencias buenas y no tan buenas, brindándonos apoyo, confianza y dedicación, para lograr juntos este éxito.

Claudia Maribel Castillo Morales

Dedicatoria:

A mi esposa, Sabrina Alejandra Lima Huezo de Rodríguez, por darme su amor, comprensión, apoyo, consejos y por estar en cualquier momento a mi lado luchando por nuestra realización como profesionales, por el ejemplo que le daremos a nuestros hijos demostrando que tener una familia no es impedimento para superarse.

En memoria de mis abuelos paternos, Juan Rodríguez Cordero y Cirila Flores Florián; por brindarme su amor y su apoyo en todo momento durante mi infancia y adolescencia, por ser parte de cada uno de mis logros académicos y personales. A mis abuelos maternos, Rosa Castillo García y Gonzalo Valladares Lanuza, por aconsejarme y seguir apoyándome en momentos difíciles de mi vida.

A mis padres Jaime Rodríguez Flores y Verónica Valladares Castillo de Rodríguez; por estar pendientes de mis logros, penas, tropiezos en este largo camino, gracias por ser incondicionales y apoyarme en todo.

A cada uno de los integrantes de la familia Rodríguez Valladares, por brindarme su apoyo y entrega incondicional en todo momento de la vida. A mis hermanas María Victoria Rodríguez Valladares y Lourdes Rodríguez Valladares. Por estar a mi lado las circunstancias difíciles de mi vida, por sus consejos, por su amor.

A mi compañera de tesis, Claudia Maribel Castillo Morales, por estar desde el primer año de Psicología junto a mí, por ser parte de mi grupo inicial de estudio y por ser quien ha compartido este largo camino y proceso.

Ángel Armando Rodríguez Valladares

Agradecimiento:

A Dios por la fortaleza y oportunidad de concluir con ésta etapa tan importante en la vida; guiar nuestros pasos y poner en nuestro camino a personas maravillosas que han tenido un papel importante en nuestra formación, superación y contribuir en las persona que somos ahora.

Agradecemos a la Escuela de Ciencias Psicológicas por darnos la oportunidad de conocer a valiosas personas que gentilmente estuvieron dispuestos a compartir sus conocimientos y sabiduría para hacer de nosotros los profesionales que hoy estamos por convertirnos.

Agradecemos a nuestro asesor Licenciado Leslie Agustín Sechel Vela y a nuestra revisora Licenciada Rosario Pineda de García por su disposición y contribución en todo el proceso.

Agradecemos a la Municipalidad de Guatemala, por brindarnos la oportunidad de conocer profesionales que sin su participación e interés no hubiera sido posible realizar este estudio.

Índice:

Resumen	1
Prólogo	2
Capítulo I	4
1. Planteamiento del problema y marco teórico	4
1.01 Planteamiento del problema	4
1.02 Objetivos	7
1.02.01 Objetivo general	7
1.02.02 Objetivos específicos	7
1.03 Marco teórico	8
1.03.01 Antecedentes	8
1.03.02 Tercera edad	10
1.03.03 Clasificación de las personas mayores	13
1.03.04 Fragilidad en la tercera edad	14
1.03.05 Estado de ánimo	15
1.03.06 Depresión	17
1.03.07 Niveles de depresión	20
1.03.08 Depresión en la tercera edad	21
1.03.09 Genero en la tercera edad	24

1.03.010 Elementos protectores o de afrontamiento	27
1.03.011 Beneficios de la actividad física y la ocupación	29
1.03.012 Programas recreativos ocupacionales	32
Capítulo II	35
2. Técnicas e instrumentos	35
2.01 Enfoque y modelo de investigación	35
2.02 Técnicas	36
2.02.01 Técnicas de muestreo	36
2.02.02 Técnicas de recolección de datos	37
2.02.03 Técnicas de análisis de datos	39
2.03 Instrumentos	40
2.04 Operacionalización de objetivos, categorías/variables	41
Capítulo III	44
3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados	44
3.01 Característica del lugar y de la muestra	44
3.01.01 Características del lugar	44
3.01.02 Características de la muestra	46
3.02 Presentación e interpretación de resultados	46
3.03 Análisis general	55
Capítulo IV	59
4. Conclusiones y recomendaciones	59
4.01 Conclusiones	59

4.02 Recomendaciones	60
4.03 Referencias	61
4.04 Anexos	67
4.04.01 Anexo 1 Escala de Zung	67
4.04.02 Anexo 2 Entrevista	74
4.04.03 Anexo 3 Consentimiento informado	76
4.04.04 Anexo 4 Guía técnica de actividades geriátricas	78

Resumen:

“Estudio comparativo en el adulto mayor que asiste y no asiste a programas recreativo/ocupacionales de la Municipalidad de Guatemala y su relación con los niveles de depresión”. Elaborado por Claudia Maribel Castillo Morales y Ángel Armando Rodríguez Valladares.

El presente estudio fue llevado a cabo con el objetivo general de comparar los niveles de depresión en los adultos mayores que participan y no participan en los programas recreativo/ocupacionales de la Municipalidad de Guatemala. Como objetivos específicos: determinar los niveles de depresión en los adultos mayores que participan en los programas recreativos/ocupacionales de la Municipalidad de Guatemala; identificar los niveles de depresión en los adultos mayores que no participan en los programas; conocer desde la opinión de los adultos mayores participantes, si los programas, han sido de ayuda y han logrado brindarles algún acompañamiento en favorecer su estado de ánimo y determinar si existe una diferencia significativa de los niveles de depresión entre hombres y mujeres. Se llevó a cabo en las alcaldías de zona 19 y zona 2, en los meses de febrero y marzo, realizando el análisis a partir de la aplicación de la Escala de Zung, una entrevista abierta y un grupo focal, utilizando como método de cálculo la t de Student, con una muestra total de 80 personas mayores de 60 años. Siguiendo un enfoque mixto combinando el método cualitativo y el cuantitativo, para un mejor manejo y análisis de los datos, se descubrió que las personas que asisten a los programas presentaron una mayor salud en su estado de ánimo en comparación a los que no asisten; siendo ellos mismos los que expresaron que el asistir a los programas les dio la oportunidad de distraerse, socializar y ser más felices. Dados los resultados se aportó con una guía de actividades geriátricas a la Municipalidad de Guatemala para facilitar herramientas a la población estudiada.

Prologo:

La salud mental de la población guatemalteca en el transcurso de los años ha adquirido mayor relevancia como fuente importante de bienestar, productividad e integración social; cada día se es más consciente de los problemas que aquejan a los guatemaltecos y uno de los principales es la necesidad de afrontar la creciente tasa de trastornos mentales detectados para que las personas que las padecen puedan gozar de una mejor calidad de vida.

Este estudio se enfoca en una población en crecimiento en el país, “el adulto mayor,” instituciones gubernamentales como la Municipalidad de Guatemala en su deber de actuar en la prevención y promoción de la salud mental, la participación ciudadana y la organización comunitaria, implementó dentro del Programa del Adulto Mayor actividades recreativas ocupacionales que le permiten ayudar a la población para dicho fin.

Y debido a que la depresión es un tema de atención en algunos adultos mayores que asisten al programa, se realizó éste estudio con el objetivo general de comparar los niveles de depresión en los adultos mayores que participan y que no participan en los programas recreativos / ocupacionales de la Municipalidad de Guatemala; para esclarecer si los programas recreativos/ ocupacionales han logrado brindarle al adulto mayor desde su opinión algún acompañamiento en favorecer su estado de ánimo y por medio de diferentes herramientas determinar si existe una diferencia significativa de los niveles de depresión entre hombres y mujeres. Se llevó a cabo en las alcaldías municipales de zona 19 y zona 2 de la ciudad de Guatemala, en las que se realizó por medio de una metodología cuali-cuantitativa un análisis a partir de una entrevista, la Escala de Zung, t de Student y un grupo focal. Los cuales ayudaron a esclarecer que efectivamente las

personas que asisten a realizar las actividades recreativo/ocupacionales, presentaron niveles más bajos de depresión en comparación a los que no asisten. Así también se descubrió que el género femenino tiene mayor participación en los programas municipales por lo que es en cuestión el más beneficiado de estos espacios; siendo así que el resultado obtenido en relación al género evidenció que sí existe diferencia significativa en los niveles de depresión entre hombres y mujeres, sin embargo no existió paridad en el tamaño de las poblaciones a comparar, por lo que fue una limitante para poder considerar este hallazgo significativo.

Con la finalidad de fortalecer y facilitar a la Municipalidad de Guatemala herramientas alternativas que puedan ser utilizadas en beneficio de sus programas, se elaboró una guía técnica de actividades cognitivas conductuales enfocadas a la geriatría, diseñadas para la participación activa de los adultos mayores que puntuaron un nivel severo de depresión, pues se infiere que con los resultados obtenidos por medio de éste estudio, propiciará investigar nuevos temas relacionados al adulto mayor, a la vez de mejorar o implementar nuevos planes o actividades para cooperar aún más en beneficio de atender mejor a la población guatemalteca.

Por lo que se le agradece a la Coordinación de Desarrollo Social y a las alcaldías auxiliares de zona 2 y zona 19 de la Municipalidad de Guatemala brindar la oportunidad de realizar éste estudio en beneficio de la salud mental en Guatemala.

Lic. Leslie Agustín Sechel Vela

Asesor

Capítulo I

1. Planteamiento del problema y marco teórico

1.01 Planteamiento del problema:

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS (2017), más del 20% de las personas mayores de 60 años sufren algún trastorno mental, la depresión es uno de los trastornos más comunes que frecuentemente se pasan por alto y no se tratan debido a que sus síntomas suelen coincidir con otros problemas.

Mitchell (2009), sugiere que algunos adultos mayores son más recurrentes en el diagnóstico de depresión comparado con personas de 30 a 59 años. Advierte que al adulto mayor en ciertas ocasiones se le ve propenso a padecer trastorno del estado ánimo depresivo y a menudo en la investigación se pasa por alto sus necesidades de atención y de relacionarse con más personas o de mantener actividades recreativas, sociales, laborales, etc; pues las pocas actividades que realiza no son tomadas como determinantes para pretender saber que puedan padecer de depresión o no y en la mayoría de los casos se hace muy poco al respecto.

Los estudios demográficos de proyección de población en la República de Guatemala dice que la población total del país en el año 2011 era de catorce millones ciento setenta y tres mil setecientos sesenta y tres (14,173,763) habitantes; de acuerdo a la edad de los habitantes del país, se puede destacar que los habitantes entre 60 y 80 años representan un 1% mujeres y 0.5% hombres, es decir, los adultos mayores en Guatemala representan aproximadamente novecientos mil habitantes, un 6.2 % de la población total del país; se estima que para el año 2,040 el índice de guatemaltecos mayores de 60 años será del 14% aproximadamente. (I.N.E., 2017).

En Guatemala los adultos mayores son un porcentaje relativamente pequeño con respecto del resto de la población que son adultos jóvenes, pero según el Ministerio de Salud Pública de Guatemala, (2011) y el Observatorio de Salud Urbana (OSU) en Dirección de Salud y Bienestar de la Municipalidad de Guatemala, (2013); aclaran, que para el Estado, los temas de salud mental no son prioritarios y se convirtieron en un componente pendiente dentro de los programas de Estado debido a que tienen poco presupuesto asignado (menos del 1%) del presupuesto de atención del Ministerio de Salud. Por lo que no se cuentan con políticas de apoyo psicológico o acompañamiento en favor del adulto mayor.

En la ciudad de Guatemala los espacios de recreación que existen, no son propiamente pensados para este tipo de población, principalmente están diseñados para que sean utilizados por personas de edades más jóvenes y los espacios que podrían ser aprovechados por una minoría de adultos mayores se desconoce si en realidad aportan o no algún beneficio a los mismos.

La Municipalidad de Guatemala preocupada por la evidente problemática, implementó dentro de sus programas el brindar acompañamiento con una serie de actividades recreativas y ocupacionales como herramientas que pueden impactar positivamente en el estado de ánimo de los adultos mayores; sin embargo debido a la creciente necesidad de tratar los aparentes casos psicológicos que se fueron presentando dentro de sus usuarios, decidió facilitar a las personas de la tercera edad la posibilidad de asistir a terapia psicológica si estos lo requerían, solicitando participación a la Universidad de San Carlos de Guatemala como una oportunidad de brindarse apoyo mutuo, y la municipalidad prestar sus instalaciones a los practicantes de la escuela de psicología para dar terapia psicológica; así los recurrentes casos de depresión diagnosticados dentro del programa

crearon la interrogante y necesidad de esclarecer si los mencionados programas recreativos/ ocupacionales del programa “Adulto Mayor”, en general logran de alguna manera brindar acompañamiento y beneficiar a su población geriátrica en su estado de ánimo no como tratamiento, sino como una alternativa de recreación y ayuda comunitaria. Haciendo surgir el planteamiento de las siguientes preguntas: ¿Existe diferencia significativa en el nivel de depresión en los adultos mayores que participan en los programas recreativo/ ocupacionales de la Municipalidad de Guatemala, en comparación con los que no asisten a los programas recreativo/ ocupacionales de la Municipalidad de Guatemala?, ¿Existe diferencia significativa en los niveles de depresión entre hombres y mujeres?, ¿Logran los programas recreativo/ocupacionales de la municipalidad de Guatemala brindarle al adulto mayor desde su opinión algún acompañamiento para favorecer su estado de ánimo?.

1.02 Objetivos:

1.02.01 Objetivo general:

Comparar los niveles de depresión en los adultos mayores que participan y que no participan en los programas recreativos / ocupacionales de la municipalidad de Guatemala.

1.02.02 Objetivos específicos:

Determinar los niveles de depresión en los adultos mayores que participan en los programas recreativos/ocupacionales de la Municipalidad de Guatemala.

Identificar los niveles de depresión en los adultos mayores que no participan en los programas recreativos/ ocupacionales de la Municipalidad de Guatemala.

Conocer desde la opinión de los adultos mayores participantes, si los programas recreativos/ocupacionales de la municipalidad de Guatemala han sido de ayuda y han logrado brindarles algún acompañamiento en favorecer su estado de ánimo.

Determinar si existe una diferencia significativa de los niveles de depresión entre géneros.

1.03 Marco teórico

1.03.01 Antecedentes:

En Guatemala, los problemas relacionados a la tercera edad o al adulto mayor es un tema que recién ha comenzado a cobrar importancia.

La Ley de Protección a las Personas de la Tercera Edad que entró en vigencia desde el 21 de octubre de 1996 mediante el decreto número 80-96 del Congreso de la República y sus reformas, en el artículo 32 crea el Comité Nacional de Protección a la Vejez (CONAPROV), establece que estará adscrito en todas sus funciones a la SOSEP. El mismo artículo indica que la SOSEP y el CONAPROV estarán encargados de crear, proponer y promover políticas de la tercera edad a nivel nacional así como realizar, impulsar, coordinar, y orientar programas y acciones relativas al bienestar y seguridad de las personas de edad avanzada por medio del Programa Nacional de la Ancianidad. Pero a pesar de que esta ley de protección para las personas de la tercera edad fue aprobada en el año 1996, sus reformas en el año de 1998 y su reglamento en el año 2002, no es hasta la actual administración de gobierno, que asumió en enero 2016, cuando se inician las acciones pertinentes para la creación formal del CONAPROV. En anteriores administraciones realizaron reuniones con los representantes de cada una de las instituciones con el objetivo de coordinar acciones, ya que por no tener presupuesto para el funcionamiento del CONAPROV y falta de voluntad política, únicamente se conformó una mesa técnica de coordinación interinstitucional. (CONAPROV/SOSEP, 2019).

Por ende a nivel nacional aún son muy pocos los estudios formales realizados sobre temas relacionados al adulto mayor y no existen estudios específicos sobre la importancia

de los programas recreativo/ocupacionales que brinda la Municipalidad de Guatemala o sobre el programa “Adulto Mayor” específicamente. Sin embargo varios autores han abordado temas relacionados con la depresión en la tercera edad, por tal razón a continuación se describe algunos relevantes.

López, I. (2012), realizó un estudio el que se basa en los diferentes niveles de depresión que padecen las personas internas en asilos para ancianos con el objetivo de establecer el nivel de depresión en que se encontraban para lo cual se evaluó a 25 personas entre 65 y 99 años de ambos sexos del asilo de ancianos Madre Teresa del municipio de Coatepeque en Quetzaltenango, utilizando la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) desde un modelo de estudio de tipo descriptivo, los resultados fueron que de las personas evaluadas el 48% presentó depresión moderada, el 44% depresión leve y únicamente el 8% presentó un nivel depresivo grave, reconociendo que el 100% de las personas evaluadas presentaron algún tipo de depresión. Recomendó establecer un programa de terapia motivacional ocupacional con diversas actividades para las personas internas en los asilos de ancianos para reducir los diferentes niveles depresivos; así como evaluar constantemente los niveles de depresión para verificar su evolución.

García E. (2009), realizó un estudio con el propósito de conocer el tipo de problemática que padecen los adultos de la tercera edad a raíz de la jubilación, con el objetivo de identificar los diferentes factores que afectan el estado emocional de las personas de la tercera edad en el Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (C.A.M.I.P.) con una edad comprendida entre 60 y 70 años, en individuos de ambos sexos. Utilizando una entrevista dirigida, test de depresión y ansiedad de Hamilton y un taller sobre depresión y ansiedad. Los resultados obtenidos detectaron que las personas

participantes podrían a la vez tener síntomas de ansiedad o depresión, asociadas al proceso mismo del retiro laboral, además de reconocer la prevalencia de la depresión entre los adultos mayores.

Molina (2006), realizó un estudio cuyo objetivo era comprobar en qué medida la logoterapia disminuye la depresión, para lo cual evaluó a 22 adultos mayores del Hospital Fray Rodrigo de la Cruz en Jocotenango, Antigua Guatemala; con el instrumento Escala de Autovaloración de la Depresión de Beck; y concluyó que hubo una disminución de los niveles de depresión al utilizar la logoterapia y recomendó capacitar al personal asistencial en conocer la terapia para ejercerla en el área laboral.

Martínez, R. & Morales, D. (2005), realizaron un estudio con el objetivo de encontrar las consecuencias de la depresión en el adulto mayor de 65 años de ambos sexos, que están recluidos en la Casa Geriátrica María en la aldea San Felipe de Jesús, departamento de Sacatepéquez. En el que se evaluaron 25 personas, utilizando una entrevista, el IDB-II de Beck y la Escala de Auto Medición de la Depresión de Zung. Concluyeron un alto porcentaje de depresión por falta de afecto y atención, a consecuencia escasez de motivación para seguir viviendo, recomendando capacitar al personal para un mejor trato a los internos e instalar un centro de práctica permanente como alternativa para abastecer de personal capacitado al centro y compensar por su falta de capital.

1.03.02 Tercera edad:

Desde una perspectiva psicológica varias son las teorías que tratan de explicar el desarrollo del ser humano y enmarcan perspectivas que resaltan diferentes procesos

continuos y organizados por etapas, sin embargo dentro de la psicología cognitiva conductual no existe una teoría única globalizada. (Papalia 2010). Lo que permite que pueda apoyarse de otras disciplinas como la biología y la sociología para explicar el desarrollo del ciclo vital del ser humano.

Las teorías cognoscitivas y los terapeutas e investigadores que han surgido a partir de ellas han influido en forma sustancial en las aproximaciones contemporáneas del desarrollo personal y procesos de cambio humano. (Oblitas, 2008, p. 90-108).

Piaget propuso que el desarrollo cognoscitivo comienza con una capacidad innata para adaptarse al ambiente, Vigotski, veía el desarrollo como un proceso colaborativo con la interacción social en donde los individuos hacen propios pensamientos y conductas que observan. (Papalia, 2010).

El ser humano constantemente esta en desarrollo, hasta llegar a la ancianidad o comúnmente conocida como tercera edad, en ésta etapa se presenta un declive de todas aquellas estructuras que se habían desarrollado en las etapas anteriores, con lo que se enfrentan cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social.

A pesar que esta fase tiene un punto final claro (la muerte), la edad de inicio de la tercera edad biológica no se encuentra establecida específicamente, puesto que no todos los individuos envejecen de la misma forma. No obstante, debido que la edad cronológica es un indicador del estado real de la vejez física del cuerpo, se considera que se trata de un grupo de la población que tiene 60 años de edad o más. (Guillen, 2010, p.159).

Es así que popularmente se refiere a esta época como un momento de descanso, además de la oportunidad de realizar actividades que no habrían podido efectuar por las

responsabilidades laborales y compromisos que se tenían hace algunos años. Sin embargo no siempre se logra ésta realización debido a que como se mencionó anteriormente, el proceso de envejecimiento no es igual para todos y muchas veces se da la aparición de trastornos médicos crónicos, debilitantes, la pérdida de seres queridos, la incapacidad para participar en actividades que antes se disfrutaba etc. Todo esto puede resultar como una carga emocional muy pesada para el adulto mayor a raíz de los diversos cambios y adaptaciones que se dan en el proceso del paso de los años. Los cambios físicos al perder o disminuir la capacidad de vista, audición o movilidad; el perder la autonomía financiera en algunos casos, puede hacer que el adulto mayor se aísle de las actividades sociales y que la soledad lo lleve a desarrollar trastornos como la depresión, baja autoestima, ansiedad entre otros.

Albert Ellis, en su libro “Envejecer con plenitud”; consciente que en el envejecimiento se encuentran retos reales y difíciles de encarar, reproches del pasado o miedos sobre el declive de la salud, pérdidas etc. argumenta que “muchas actitudes no están basadas en la realidad absoluta, si no en el resultado de los miedos de lo que supone la idea de envejecer”; ilustra como las propias personas a través de sus propias ideas revolucionarias pueden cambiar comportamientos, establecer nuevas metas y disfrutar de la vida durante el proceso de envejecimiento. Sin embargo la mayor parte de los desórdenes psicológicos nacen por cogniciones incorrectas y por un procesamiento cognitivo defectuoso. (Ellis, A.; E.Velten. Grian (tr.), 2007).

Coherentemente con lo anterior se consideró importante profundizar en la siguiente clasificación:

1.03.03 Clasificación de las personas mayores:

Según American Psychological Association (2017), en su publicación web sobre la tercera edad y la depresión clasifica a las personas de la tercera edad en:

Persona mayor autónoma: Incluye a las personas mayores de 60 años, sanas y afectas de enfermedades (agudas o crónicas) no potencialmente incapacitantes.

La persona mayor sana es aquella que a pesar de la involución natural sus reacciones físicas o psíquicas no le ocasionan dificultad considerable para la vida de relación, es independiente y es capaz de realizar las actividades de la vida diaria incluso funciones relacionadas con el trabajo o jubilación.

Persona mayor frágil o de alto riesgo de dependencia: Este concepto indica situación de riesgo de dependencia (pero sin padecerla aún), siendo potencialmente reversible, o pudiendo mantener la autonomía mediante una intervención específica.

Paciente geriátrico: Si cumple tres o más de las siguientes condiciones: mayor de 75 años, pluripatología, incapacidad funcional (alto riesgo de dependencia), deterioro mental, problemática social en relación con su estado de salud.

Es evidente que el paso de los años afecta de alguna manera a las personas, debido al deterioro paulatino de los procesos cognitivos, órganos y todos los cambios físicos y anímicos que se sufren, y que los seres humanos deben aprender a sobrellevar; prepararse para tener la capacidad de vivir de la mejor manera esta etapa y adaptarse física y psicológicamente a los cambios de la vejez que no son fáciles, los genes se desarrollan de distinta forma en cada individuo y está considerablemente influenciado por la

alimentación y estilo de vida. Considerando importante centrar la investigación en este tipo de población que aún es tema que necesita fortalecerse.

1.03.04 Fragilidad en la tercera edad:

Otro de los padecimientos dentro de la tercera edad es el estado de fragilidad que según la Revista Cubana de Medicina General Integral (2004) afirma: “el estado de fragilidad es un síndrome clínico biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte”.

También explica que la prevalencia reportada oscila entre un 7 y un 12 % en la población mayor de 65 años.

Por lo tanto recalca que la mayoría de los autores coinciden en que las manifestaciones clínicas más comunes son una disminución involuntaria del peso corporal, de la resistencia y de la fuerza muscular, trastornos del equilibrio y de la marcha y una declinación de la movilidad física. Para los médicos que en su trabajo cotidiano asisten a personas ancianas, el término de fragilidad suele resultar familiar, pero difícil de conceptualizar, y en muchas ocasiones lo asocian a envejecimiento, discapacidad o comorbilidad. La revista también explica que en los últimos 15 años el interés por la fragilidad ha ido en aumento y en la década de los 90 el interés se concentra en la evaluación de la fragilidad en el adulto mayor revelando en MEDLINE que la fragilidad

fue citada en infinidad de artículos desde 1996 hasta la fecha y que en los países más desarrollados existe una incesante búsqueda de marcadores clínicos y biológicos de fragilidad en el adulto mayor.

La identificación de adultos mayores frágiles y con riesgos de declinación funcional constituye una parte esencial de la evaluación geriátrica. Con lo cual se logra traducir tal estado en: pérdida de resistencia (sarcopenia o pérdida de masa muscular) es un componente clave en la aparición de la fragilidad, aumento de la vulnerabilidad o aumento del riesgo de incapacidad.

Sin mencionar que desde la perspectiva cognitiva conductual uno de los grandes impedimentos e incapacidad de las personas mayores son el deterioro cognitivo pues una persona frágil también puede sufrir de forma gradual un desequilibrio entre las cogniciones del sujeto y las exigencias del entorno. (Bonder, 2001).

Con lo cual esta revista enfatiza ciertas características posibles del adulto mayor frágil: problemas de deterioro cognitivo (como mal de alzheimer), pérdida de la capacidad funcional, problemas afectivos (estado de ánimo depresivo), ingresos hospitalarios repetidos, polifarmacia, etc.

Factores que se consideró importantes no dejar fuera de este estudio y reconocer que pueden ser serios predisponentes a causar en el adulto mayor severos casos de trastornos del estado de ánimo.

1.03.05 Estado de ánimo:

La psicología de este siglo se ha caracterizado por ser multifacética en la tensión dinámica entre tres fuerzas en la experiencia humana: “hacer”, “pensar” y “sentir” de tal

modo que para los conductistas, la conducta o acción y sus consecuencias determinan la cognición; y el efecto para los cognitivistas radica en que el papel central se le otorga a la cognición de tal modo que su afirmación esencial es que “como se piensa, se siente y se actúa.” (Mahoney, 1997).

El estado de ánimo se diferencia de las emociones por ser menos específico, menos intenso, más duradero, y menos dado a ser activado por un determinado estímulo o evento. Psicólogos como Robert E. Thayer, define un estado de ánimo como un “sentimiento de fondo que persiste en el tiempo, una actitud o disposición emocional.”

El estado de ánimo sí presenta una determinada valencia pero no cambia tan rápido como el miedo o la sorpresa que son emociones; este puede durar horas o días, a lo que se le suele llamar un buen y mal estado de ánimo. Cuando esta valencia se mantiene habitualmente se habla entonces de un humor dominante o estado fundamental de ánimo.

No obstante, determinados tipos de personalidades, como el optimismo o la neurosis, pueden predisponer al sujeto a determinados estados de ánimo. Las variaciones patológicas de éste pueden hacerse en el sentido, positivo con un carácter muy expansivo o negativo como la depresión. (Thayer, 2001).

Albert Ellis, resalta que la mayoría de individuos desarrollan pensamientos irracionales que hacen ver la realidad de un modo extremadamente negativo. Llegó a encontrar más de 200 tipos de pensamientos que fomentaban esa visión negativa, la cual derivaba en trastornos de ansiedad o depresión. (Ellis, A. & Dryden, W. 1997). En cuestiones patológicas los trastornos del estado del ánimo están divididos en: Trastornos Depresivos, Trastornos Bipolares y dos trastornos basados en la etiología: Trastorno del

estado de ánimo debido a enfermedad médica y Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. (DSM-IV, 2005). Para lo cual la depresión es el trastorno a considerar en este estudio.

1.03.06 Depresión:

La depresión es una enfermedad que altera el estado de ánimo y hace sentir tristeza, melancolía o estar sin ganas de hacer las cosas cotidianas del día a día. Es una experiencia universal, y las emociones de tristeza y pena constituyen una faceta intrínseca de la condición humana, pero en la depresión los sentimientos de tristeza, melancolía, frustración o ira interfieren en la vida diaria de las personas por lapsos de tiempo más largos, algunas semanas o más. Según la Organización Mundial de la Salud afirma que la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. (OMS, 2017).

Rivadeneira, Dahab y Minici (2013), aseguran que una de las ideas claves de los Modelos Cognitivos de la Depresión, es que el modo de pensar de las personas puede enfermarlos, afortunadamente, allí también radica parte de su curación pues, la manera de pensar puede modificarse en el sentido de la salud.

Las causas de la depresión son muchas incluyendo factores psicológicos, genéticos, biológicos y ambientales. Psicológicamente “la depresión tiene su origen en la persona pues ésta visualiza el mundo de una manera negativa y poco realista, donde aparecen sentimientos de dolor profundo”. (Beck, 1979). Cuando se habla de genética el paciente puede estar predispuesto a padecer la enfermedad y que esta predisposición se transmite

por herencia en la familia, también se puede desarrollar por el padecimiento de enfermedades o la ingesta de sustancias como algunos medicamentos, alcohol o drogas. El trastorno depresivo se distingue de otro en base a la gravedad, cronicidad y persistencia. Puede empezar en cualquier edad, ser intermitente entre los episodios y aparentar una posible cura o puede desaparecer completamente.

Según DSM-IV-TR (2005), afirma que el trastorno depresivo se divide en:

Trastorno depresivo mayor: Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañado por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

Trastorno distímico: Se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estados de ánimo depresivos que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen con los criterios para un episodio depresivo mayor.

Trastorno depresivo no especificado: Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen con los criterios para un trastorno depresivo mayor, distímico o adaptativos.

Afortunadamente según la revista del Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento en su artículo titulado “Modelo Cognitivo de la Depresión” publicado en 2013, dice que la terapia cognitivo conductual posee un amplio programa de tratamiento para la depresión, cuya eficacia ha sido claramente contrastada reiteradas veces en estudios empíricos, existiendo así varios modelos que explican la psicopatología de la depresión, entre ellos, el de “Desesperanza aprendida”, el de “Auto-reforzamiento”, el “Socio-ambiental”, y el “Cognitivo” son los más destacados. Aarón Beck propone su “Modelo estructural” para explicar el funcionamiento psicológico tanto normal como

patológico. Postula la existencia de esquemas reconocidos como un filtro o plantilla mental los cuales son el entorno de la terapia cognitiva, pues con estos la persona aborda las diferentes situaciones que le aquejan y deben ser entendidos como un conjunto de significados idiosincrásicos con los cuales el sujeto va dando sentido a las diferentes situaciones vitales, siendo consciente que es a través de su cultura y educación que forma estas estructuras cognitivas.

La tríada cognitiva propuesta por Aaron Beck se refiere a una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. La persona que padece depresión, aplica un sesgo negativo sobre sí mismo, resalta sus aspectos negativos y no percibe nada bueno de sí o de su entorno, incluyendo las personas que lo rodean. Finalmente, la visión negativa del futuro donde cree que en el futuro su vida no cambiará, esta última arista de la tríada cognitiva, se conoce como desesperanza y se encuentra fuertemente relacionada con el riesgo de suicidio. (Rivadeneira et al., 2013).

Ahora bien, el “Modelo de la Terapia Cognitiva de la Depresión” propuso que los esquemas se manifestarán en la consciencia del individuo a través de interpretaciones puntuales y precisas de las situaciones que atraviesa. Tales interpretaciones se denominan pensamientos automáticos y consisten en mensajes específicos, cortos y fugaces; adoptan típicamente la forma de frases breves tales como “soy un inútil”, “la vida es un fracaso”, “he perdido en todo”, “¿para qué vivir así?”. Tal es el bombardeo de verbalizaciones negativas que el depresivo tiene en su consciencia que, naturalmente, la emoción predominante de su estado de ánimo no puede ser otra más que la tristeza.

La manifestación de los esquemas en pensamientos automáticos depende entre otras cosas, de la activación de algunas maneras distorsionadas de procesar la información. Se

entiende que el ser humano posee una habilidad única para procesar información, vale decir, combinarla, transformarla, relacionarla y llegar con esto a ideas nuevas. (Rivadeneira et al., 2013).

1.03.07 Niveles de depresión:

Para fines de este estudio se contempló importante incluir en qué consisten los niveles de depresión que se manejan como puntos de corte en la escala de Zung (1965). Los cuales son utilizados para medir la gravedad de la sintomatología depresiva en las personas. (Conde et al., 1976).

Depresión leve: se caracteriza porque los síntomas que presenta son la tristeza, cierta apatía, baja autoestima, cansancio, falta de interés y desilusión pero de una forma suave que no afecta la vida cotidiana y sus actividades. Las personas que la padecen pueden seguir con sus actividades a nivel social familiar y laboral.

Depresión moderada: Comparte sintomatología con la depresión leve aunque la característica está en la intensidad con que se experimenta y se inicia a paralizar la actividad diaria, afectando las actividades sociales, familiares y laborales de la persona. Síntomas como dolores musculares por motivo de falta de labores, dificultad para concentrarse; hacen que se deterioren las relaciones sociales y laborales existentes disminuyendo así la interacción de la persona que la padece.

Depresión severa: En esta la cantidad de síntomas es mayor a las anteriores y las consecuencias negativas son más evidentes. Se caracteriza por una pérdida de interés total por la vida, la aparición de ideas suicidas y la desaparición de las fuerzas físicas.

Afortunadamente la depresión es tratable asistiendo a terapia psicológica, grupos de apoyo y con psicofármacos debidamente administrados regulados por un profesional.

1.03.08 Depresión en la tercera edad:

La depresión es un problema común entre las personas mayores, pero no es una etapa normal del envejecimiento. Puede pasarse por alto porque en algunas personas mayores que padecen depresión, la tristeza no es el síntoma principal. (Mitchell, 2009 p.63). Se reconoce que la tercera edad es una etapa de la vida en la que el ser humano elabora una reflexión de lo que ha logrado en su trayectoria de vida, así como de las oportunidades que se han dejado pasar o simplemente se han postergado.

"La depresión tiene consecuencias físicas y mentales que pueden complicar un padecimiento ya existente en personas de edad avanzada y con esto desencadenar nuevas preocupaciones o agravar su condición actual." (Mendels, 1982).

Como se ha mencionado anteriormente cabe señalar que en esta etapa se hacen presentes los trastornos biológicos y psicológicos. Es decir, se comienza a tener problemas con la vista, la audición, el habla, el equilibrio y la pérdida de memoria, estos cambios corporales asociados al envejecimiento pueden aumentar el riesgo de padecer algún tipo de depresión. (Feighner, 1991).

Tal trastorno puede tener efectos secundarios que pueden resultar aún más nocivos para la salud de un adulto mayor, llevar a hábitos alimenticios nocivos y la reducción de niveles de energía, ocasionado a veces otros padecimientos como por ejemplo la anorexia geriátrica. Así mismo, pueden experimentar índices más altos de insomnio y tiempos de

reacción más prolongados de lo normal, lo que aumenta los riesgos asociados; por decir como cocinar o conducir, por mencionar algunos. (Loizaga, 2008).

Como psicólogos es pertinente pensar que muchos de los síntomas usuales de depresión pueden ser fácilmente detectados. Sin embargo, los síntomas comunes como fatiga y problemas para dormir, también pueden ser parte del proceso de envejecimiento o de un padecimiento físico. Como resultado de esto, la depresión temprana puede ser ignorada o confundida con otras afecciones que son comunes en los adultos mayores.

Durante el envejecimiento pueden surgir en el adulto mayor una serie de pensamientos y emociones de carácter negativo, disminución de la autoestima, aumento de inseguridad, sensación de impotencia, pérdida de control sobre su entorno, ausencia o escasez de motivación, sensación de declive, inutilidad, temor a circunstancias no deseadas y desagradables, como por ejemplo, aparición de una enfermedad grave o abandono. (Mendels, 1982).

Ahora bien, al hablar de depresión en el adulto mayor no se puede olvidar que aparte de existir el factor biológico y psicológico también existe un factor o “paradigma social” que incorpora actitudes, valores y labores que debe asumir una persona y que repercute y condiciona el modo en que ve la realidad y actúa en función de ello. Los teóricos del aprendizaje social como Albert Bandura aceptan la idea de que la conducta es aprendida y que el ambiente influye en la forma de pensar. (Bandura, 1982).

En otras palabras esta teoría se refiere a que la conducta que adquiere el ser humano desde la infancia hasta la vejez es por medio de observación e imitación, esto influido mediante la interacción social creando así pensamientos, emociones, sentimientos y

comportamientos que posteriormente le servirán de base a la persona para formar ideas que le servirán para enfrentarse a los retos que se le presentarán a lo largo de su vida.

Por lo regular, los adultos mayores pueden realizar casi las mismas actividades que realizan cuando eran más jóvenes, pero las hacen más despacio. La sociedad no ayuda a que las personas de la tercera edad puedan disfrutar plenamente este periodo, puesto que realizan las cosas con mayor lentitud; todo lo que requiera rapidez los sitúa en desventaja, generándoles tardar más en adaptarse al ambiente y tomar decisiones. Pese a esto muchos ancianos se sitúan en un nivel inferior a su verdadera capacidad intelectual y a menudo, el declive de las actividades intelectuales ha sido atribuido a la vejez por razones no intelectuales, rechazando sus ideas como obsoletas e irrelevantes en lugar de valorar los conocimientos adquiridos a través de la relación con el pasado.

Es así que la jubilación o retiro laboral por lo regular no depende de la capacidad de cada uno para el trabajo, sino es una situación que llega por alcanzar cierta edad.

Crecientes estudios como el de E. García (2009), en su tesis “La jubilación y su relación con padecimientos de ansiedad y depresión en personas de 60 a 70 años que asisten al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (C.AM.I.P.)” demuestra que actualmente el concepto de la jubilación está cambiando al verse como una liberación, la mayor parte de trabajadores jóvenes esperan la jubilación con ilusión y no con miedo; viéndolo como un estadio saludable y dichoso, oportuno para acabar con el estrés de tener que trabajar. Sin embargo para algunas personas de mayor edad todavía persiste la idea de que jubilarse es perjudicial tanto desde un punto de vista emocional como físico y económico.

Se consideró que esta pérdida de posición social, asociada con una inactividad forzosa, para algunos adultos mayores provoca patologías y acelera la muerte. La problemática de la población adulto mayor no solo ocurre debido a las alteraciones de sus capacidades, sino también gracias a que la sociedad influye en su forma de pensar y sentirse en general. Albert Ellis mantiene que una filosofía sana de vida puede librar de la perturbación emocional y presenta la racionalidad como una vía para alcanzar filosofías de vida adecuadas, basadas en la auto aceptación y la alta tolerancia a la frustración. (Ellis & Dryden, 1997).

1.03.09 Género en la tercera edad:

Según la teoría conductual, el ser humano nace con una serie de respuestas innatas incondicionadas que a través del aprendizaje y la experiencia va asociando a otros estímulos generando una multitud de conductas complejas. La teoría cognitiva por su lado plantea que el sujeto es un elaborador de información continuo que va construyendo representaciones internas de acuerdo a como aprende que es el mundo. (Rivadeneira et al., 2013).

La humanidad se relaciona todo el tiempo en distintas situaciones con diferentes estrategias de socialización aprendidas, dependiendo del grupo de interacción. Una constante que se va inculcando para lograr el mejor dominio del rol social es el género, basado en una socialización diferencial que enseña y evalúa distinto a hombres y mujeres.

Vygotski, otro de los grandes referentes en teorías sobre el desarrollo desde una perspectiva cognitivo-constructivista, se centra en los efectos culturales y sociales que

inflúan en el desarrollo. Para él, la cultura y la sociedad es la que transmite las formas de conducta y de organización del conocimiento, el individuo desde la infancia construye su realidad a través de lo que le dice la sociedad. (Vergara, 2017).

Ya desde 1977, A. Oakley consideró la red de creencias, actitudes, sentimientos, valores, comportamientos y actividades que hacen diferentes a las personas en función de su sexo, cómo estos viven ciertos factores ambientales y emocionales producto de un proceso de construcción cultural.

De igual forma la relación entre el género y la edad resulta diferente para hombres y mujeres, debido a la valoración que se tiene de ellos en la jerarquía social. (Osorio, 2007). Sumando a esto la valoración del adulto mayor que no solo es significativo a nivel personal, sino también involucra una interpretación por cada cultura o sociedad. “En las últimas décadas se ha notado un cambio respecto a ello en la historia, pues antes eran menos numerosos y más valorados, al contrario que ahora, más numerosos y menos valorados, debido también a las nuevas tecnologías y a la escasez de trabajos”. (Loizaga, 2008).

Así también una de las teorías que expone un proceso que permite la configuración de funciones y valores según género es la representada por T. Parsons, en 1972 (como se citó en Araque, 2013), quien refiere aspectos diferenciales básicos, con lo que se otorga a la madre una función expresiva y al padre una función instrumental en el contexto de la estructura familiar nuclear burguesa. En general la vejez está prejuiciada, ligada al deterioro o pérdida de funciones desvinculada de la vida productiva aparentemente. Pues a la mujer el tener mayor edad la reviste de cierta vulnerabilidad, guarda relación con la dependencia económica y la coloca en la realización de demandas del cuidado de los

demás familiares, independientemente si participo en la vida asalariadamente, frente a los varones de su misma edad; colocando a estos como proveedores del hogar a partir de ser asalariados o reciban una pensión, lo que les configura un envejecimiento material e instrumental, pues en esta etapa de vida los varones llegan a efectuar tareas de reparación, facilitan procesos de abasto en el hogar, de descanso o quizá de ocio. (Osuna, 2006). Hombres proveedores, mujeres cuidadoras, roles que pueden acarrear sentimientos de inconformidad en las personas adultas mayores que “pagan la factura” de los mandatos sociales que en la mayoría de las ocasiones les dejan poca elección para decidir sus vidas en la vejez. (Osuna, 2006).

Las relaciones intersubjetivas al interior de los hogares se pueden llegar a vivir como una experiencia positiva o negativa si la combinación con la salud y la pobreza lo permiten, acarreando conflictos y diversos síndromes espaciales según el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2011), como por ejemplo el sentimiento de soledad que ambos podrían sentir; en el caso de los hombres podría ser que acostumbran cumplir con el papel social de llevar a las familias un ingreso que en esta etapa de la vida no siempre es posible o el síndrome del nido vacío de muchas mujeres en el que la depresión tiene su causa en la separación o abandono de sus hijos e hijas del hogar; sin dejar de mencionar la viudez que “suele ser el principal desencadenante del sentimiento de soledad en las edades avanzadas”(Ussel, 2001); en donde el adulto mayor se encuentra de pronto sin la compañía y la afectividad que tenía con su pareja.

Ussel opina que cuanto más unida esté la pareja, mayor será el impacto emocional de la muerte de uno de ellos sin que la presencia de otras personas alivie los sentimientos de soledad y tristeza. El modo como las personas viven el acompañamiento de la pareja al

final de sus días es una variable importante para la elaboración posterior del duelo y de la soledad.

La vivencia de la soledad, de hecho Torralba (2004), lo refiere exclusivamente al aislamiento o al hecho de estar separado físicamente de los otros, no literal pero como un modo de estar y vivir en medio de la sociedad. Ya sea por sentir invalides, recibir atención y cuidado, quizá para los varones sea más difícil, explica Cebrián y Quero (2012), debido a que los padres que se acercan emocionalmente a sus hijos dista del modelo tradicional de lo masculino, los abrazos, besos y caricias son con mayor frecuencia hechos por las madres y abuelas, ya que socialmente ser un buen padre o abuelo significa ser un buen proveedor de recursos materiales y no de vínculos afectivos.

Las personas han aprendido que ser masculino significa tomar la iniciativa, tener actitud varonil, no dejarse llevar y tener la última palabra por tratarse de “el señor de la casa”. Todo esto conlleva frustraciones que muy rara vez son expresadas por los varones no sabiendo determinar si existe una diferencia significativa en el nivel de padecimiento de depresión en comparación con las mujeres, quienes se considera tienden a expresar con mayor facilidad sus sentimientos.

1.03.010 Elementos protectores o de afrontamiento:

Dentro de la terapia cognitiva conductual se habla de predisposiciones personales para hacer frente a las distintas situaciones que aquejan a los individuos. Bandura (1982), asegura que según el método que se utilice, existen estilos para trabajar en el problema, ya sean activos, pasivos y de evitación. Se conoce que a nivel cognitivo, los pensamientos

automáticos negativos y espontáneos en la depresión, son pensamientos destructivos sobre la persona, los demás y el futuro, y la posibilidad de poder hacer algún cambio.

La actividad física o deportiva, o simplemente la ocupación puede ser una buena opción, para facilitar no centrarse en los pensamientos destructivos y sobre el abatimiento que aqueja al individuo; actividades que le den una tregua a los pensamientos de autocrítica y desesperanza, y enfoque a la persona en la recompensa que surge de alcanzar pequeñas metas tras cada esfuerzo realizado, podrían servir de ayuda como elemento protector para algún padecimiento. (Meléndez, 2000).

Las habilidades de afrontamiento son estrategias que utiliza el paciente para intentar manejar su problema, por ejemplo, auto instrucciones, distracción, técnicas de respiración profunda, etc. Con su debido sistema de refuerzos, como el hecho de que sea agradable o divertido para el paciente, es un factor relevante a considerar porque a mayor número de actividades reforzantes, mejor es el estado de ánimo. Las probabilidades de presentar síntomas depresivos son mayores en las personas sedentarias que en aquellas que realizan algún tipo de ejercicio físico o de ocupación. (Bandura, 1987).

De la misma manera, Loizaga (2008), en su libro “Psicología de la motivación y emoción” propone que existen factores que protegen al adulto mayor de desarrollar depresión y promueven una mejor y más rápida recuperación; como lo es acudir a psicoterapia, vivir acompañado (la socialización favorece un mejor estado de ánimo), disponer de recursos económicos, realizar ejercicios de estimulación cognitiva (ayuda a no padecer deterioro cognitivo), percibir su propio estado de salud como apropiado, sentirse productivo o participar en actividades recreativas u ocupacionales, contribuye a una mejora en la autoeficacia y la autoestima, pues la realización de actividades lúdicas o

físicas puede ser la respuesta al vacío que puede dejar el aumento de tiempo libre provocado, por la jubilación por ejemplo.

Llegada la vejez, se pueden realizar diferentes actividades lúdicas o físicas que antes no se podían realizar por falta de tiempo etc. Uno de los estudios realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas en cargo del instituto de Migraciones y Servicios Sociales (CIS-IMERSO), afirma que las actividades que más se realizan son salir a pasear por el parque, leer, ir a restaurantes y cafeterías o acudir a algún club de jubilados; actividades que pueden facilitar la interacción y participación en la vida social. Como se dijo anteriormente tener un núcleo de amistades con el que poder intercambiar información, realizar actividades de ocio y tiempo libre puede ser muy importante a la hora de combatir el sentimiento de soledad, señalando que "motivar a las personas mayores tanto a nivel individual como grupal para fomentar su participación voluntaria en el desarrollo de programas de prestación de servicios sociales, servirá para ayudarles en su autonomía y participación en distintas actividades. (Usel J. 2001).

1.03.011 Beneficios de la actividad física y la ocupación:

En referencia a lo anteriormente planteado aquellos que mantienen un estilo de vida activo, aseguran beneficios evidentes para la salud física, social y mental para las personas de todas las edades; pues la actividad física realizada de forma regular produce beneficios sobre el funcionamiento emocional y hace que la gente en general se sienta bien o se sienta mejor tras realizar la actividad.

A pesar de que la teoría cognitiva conductual posee métodos de tratamiento y tenga su propia perspectiva hacia la intervención, es flexible en utilizar herramientas de otros enfoques para el beneficio del paciente. (Lega, Caballo y Ellis, 1997). Además por tratarse de actividades recreativas y ocupacionales de una institución no psicológica sin fines de tratamiento, se hace uso de múltiples herramientas, que aunque parecieran informales o con falta de sustento teórico evidencian resultados positivos en los individuos que las practican. Teniendo en cuenta que la eficacia de los tratamientos farmacológicos y psicológicos para combatir la depresión en la tercera edad, a largo plazo muchas veces acarrear efectos secundarios adversos haciendo necesario implementar terapias alternativas, como los beneficios de la actividad física o recreativa, para contribuir a la recuperación del cuadro depresivo en la tercera edad. La actividad física ha demostrado ser un complemento eficaz para la prevención y el tratamiento de la depresión. (Ramírez, 1997).

Según Meléndez (2000), en su libro “Actividades físicas para mayores, las razones para hacer ejercicio” sustenta que la actividad física estimula la producción de proteínas que reparan las neuronas y sus conexiones, aumenta los niveles de neurotransmisores como la serotonina y el flujo sanguíneo, estimulando la liberación de endorfinas, aumentando la expectativa de vida. También sostiene que entre los beneficios a largo plazo, se tienen mejoras en la autoestima y la autoeficacia, asociado a un marcado descenso en la aparición de estados emocionales negativos, como la ansiedad o la depresión y que el riesgo de desarrollar síntomas depresivos no se asocia con el nivel de actividad física pero sí sugiere que la actividad física puede ser eficaz en el alivio de los síntomas depresivos. (Meléndez, 2000).

Además otro tema importante que va de la mano con la actividad es la ocupación; para los seres humanos participar en ocupaciones, desde la teoría cognitiva conductual es una necesidad innata de las personas para actuar. Por tanto, se puede decir que implica la elección consciente dependiente de procesos cognitivos modelada por una gama de influencias como el estado físico, pensamientos, sentimientos y factores ambientales; es por esto que está íntimamente relacionado con los conceptos de elección ocupacional la cual son decisiones cotidianas respecto a aquellas actividades significativas que la persona decide realizar en un momento determinado.

Al involucrarse en este tipo de actividad, la persona asume un rol ocupacional que debe desempeñar y a través del cual se emprende un proyecto personal. (Laubscher B., Segura A. y Toledo M., 2010).

Se puede decir que la ocupación compone un ente que promueve y favorece tanto la participación como la integración social a través del mantenimiento adquisición y mejora o recuperación del desempeño de acciones ligadas al autocuidado y auto mantenimiento. La productividad, impacta en la salud y por ende el bienestar individual.

En lo que se refiere a capacidades cognitivas, según Helios Pareja, investigador y profesor de la Universidad Europea y el Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre en España, afirma que con la ocupación o la actividad ocurre proliferación de las neuronas en el hipocampo, una región especialmente afectada en desórdenes como la depresión y el alzhéimer. Además, se liberan endorfinas y endocannabinoides, que modulan el cerebro para producir un efecto ansiolítico, analgésico y sensación de felicidad ayudando a las personas deprimidas contrarrestar la alteración de

neurotransmisores (norepinefrina, dopamina y serotonina), que estas poseen; factores que median el humor, de ahí que los fármacos más utilizados sean los inhibidores de la recaptación de serotonina. A nivel sanguíneo y cerebral la actividad física o el ocuparse en algo productivo incrementa los niveles de serotonina, revirtiendo su alteración en los pacientes con depresión, produciendo efectos directos en la mejoría de las funciones cognitivas, produciendo sensación de bienestar. (Melendez, M., Montero, R. y Sánchez. 2001).

Dado a estas evidencias el conocer el beneficio que brinda hacer actividad física, estar ocupado, seguir aprendiendo o simplemente compartir con otras personas y sentirse productivo, hace que el asistir a los programas recreativo/ocupacionales que la municipalidad de Guatemala ofrece sea una oportunidad de mejoría y cambio de hábitos que ayuda en el estado de ánimo de los adultos mayores.

1.03.012 Programas Recreativos/Ocupacionales:

Con el objetivo de favorecer a algún sector de la población, en este caso “adultos mayores” en brindarles los medios para cubrir ciertas necesidades, como lo sería combatir la depresión, instituciones privadas o gubernamentales emplean programas sociales para ayudar con este fin, puede decirse que “un programa social es una iniciativa destinada a mejorar las condiciones de vida de una población orientado a satisfacer las necesidades sociales aun no satisfechas”. (Melendez, M., Montero, R. y Sánchez. 2001). Los programas con fines recreativos de ocupación o educativos usan actividades para ayudar a cumplir con las necesidades físicas y emocionales de las personas, a los cuales ayuda a

desarrollar actividades para la vida diaria, etc.

Se considera que la elaboración de un programa de actividades físicas recreativas para los adultos mayores debe llevar en consideración, básicamente el objetivo para que el mismo pueda cumplir sus necesidades básicas diarias, o sea, intentar impedir que el adulto mayor pierda su auto independencia manteniendo su salud física y mental, a través de estas actividades. Teniendo en cuenta que las actividades físicas/recreativas son aquellas que satisfacen las necesidades e intereses del ser humano para lograr como resultado final salud, alegría y satisfacción.

La recreación es una alternativa de adaptación a los cambios y pérdidas sociales de la vejez. La palabra recreación da la idea de crear nuevamente, motivar y establecerse nuevas metas, nuevos intereses y estilos de vida. Se trata de mejorar la calidad de vida mediante la realización de actividades estimulantes, creativas y de mucho significado. (Ramírez, 1997).

El estudio de la recreación para mejorar la calidad de vida en las personas de la tercera edad se justifica, porque ofrece al adulto mayor un buen uso del tiempo libre, que antes ocupaba en el trabajo; aprende a recrearse y a sentirse verdaderamente comfortable, tanto física como espiritualmente. (Mitchell, 2009).

Como ya se mencionó las actividades recreativas/ocupacionales colaboran con una buena calidad de vida, incluso pueden ayudar a llenar otros aspectos que quizá se desgastaron con el paso de los años, nos referimos a las amistades y relaciones sociales. Las personas mayores muchas veces han perdido a sus amistades por diversas razones y al participar en actividades recreativas u ocupacionales, pueden desarrollar nuevos

vínculos, aumentando aún más la calidad de vida otorgando nuevos beneficios para ellos mismos; como podrían ser el liberar tensiones y emociones, canalizar estados de ánimos y la creatividad, diversión y entretenimientos, orientar positivamente las angustias, reflexionar, integrarse a un entorno social, otorgar placer y un mayor bienestar corporal y mental.

Mediante distintas actividades se efectúan, en muchas oportunidades, la transmisión cultural de generación en generación, favoreciendo con su práctica el entendimiento intergeneracional cuando se crean los espacios de participación del padre con el hijo o con el abuelo. La actividad física en la tercera edad cumple una función social y cultural; permite sentir el placer de compartir juntos una actividad común, satisfacer los ideales de expresión, satisfacer los ideales de socialización y también a la obtención de placer en el bienestar corporal y mental. (Ramírez, 1997).

Además se considera que las actividades recreativas se han identificado constantemente como una alternativa de las intervenciones de salud para las personas de avanzada edad. Las personas que se mantienen físicamente activos tienden a tener actitudes más positivas, están en mejor estado de salud y tienen mayor habilidad para lidiar tensiones; se pueden obtener mayores niveles de auto eficacia, control interno, mejoría en los patrones de sueño, relajación muscular entre otros. (Ramírez, 1997).

Por tanto, la recreación y ocupación son una excelente alternativa eficaz en la adaptación del proceso de envejecimiento, teniendo en cuenta las necesidades e intereses de la población adulta mayor que les permite mejorar la integración social para contrarrestar el aislamiento, los efectos de la depresión, entre otros.

Capítulo II

2. Técnicas e instrumentos

2.01 Enfoque y modelo de investigación:

El enfoque de investigación utilizado fué cuanti-cualitativo, el cual recolecta, analiza y vincula dos datos; cuantitativos y cualitativos para responder a la problemática del estudio que se planteó. (Sampieri, 2014).

El enfoque cuantitativo sirvió para comparar los niveles de depresión entre los que asisten y no asisten a las actividades recreativas ocupacionales y comparar si existen diferencias significativas entre los niveles de depresión entre hombres y mujeres; medir estadísticamente los resultados de la Escala de Zung y t de student.

El enfoque cualitativo sirvió en la recolección de toma de opiniones junto con el grupo focal y la entrevista, en donde se recogió la información, donde expresaron su opinión asistiendo a los programas, la meta fue utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación al combinarlos y tratar de minimizar sus debilidades potenciales. El proceso de toma de medidas y opiniones fue central en la investigación pues aportó la conexión fundamental entre la indagación y la expresión matemática que se necesitó, para demostrar numérica y gráficamente lo observado.

Se utilizó el modelo de teoría empíricamente fundamentada por ser un método de investigación en el que la teoría emerge desde los datos (Gualberto, 2017). Es una metodología que tiene por objetivo la identificación de procesos sociales básicos como punto central de la teoría. Con un diseño transversal de tipo descriptivo por describir la situación en un momento dado y no requerir de observación de los sujetos

durante un periodo de tiempo largo. Este tipo de diseño es adecuado para describir el estado del fenómeno estudiado en un momento determinado.

Sampieri (2014), indica que la investigación descriptiva es aquella que busca definir claramente un problema caso de investigación, en donde el equipo de trabajo buscó establecer el "como" y el "donde", sin preocuparse por el "por qué". Es el tipo de investigación que genera datos de primera mano para realizar después un análisis general y presentar un panorama del problema.

2.02 Técnicas:

2.02.01 Técnicas de muestreo:

Se utilizó el muestreo probabilístico, técnica en donde se divide la población en diferentes grupos o estratos, y todos los elementos tienen la misma probabilidad de ser elegidos y así evitar que por azar algún grupo esté menos representado. (Gualberto, 2017). En este estudio, los 40 individuos que formaron parte de la muestra se eligieron al azar siempre y cuando formaran parte de una población adulta mayor; 20 que asistieron a los programas recreativo ocupacionales y 20 que no. Posteriormente se muestreó cada grupo aleatoriamente, para obtener la parte proporcional de la muestra. Este método se aplicó para evitar que por azar algún grupo esté menos representado que otro como ya fue mencionado, ayudando a determinar la parte de la población que se examinó, con la finalidad de hacer inferencias sobre dicha población. Ayudó a considerar categorías típicas diferentes entre sí (estratos) que poseen gran homogeneidad respecto a asistir o no a los programas recreativo/ocupacionales de la Municipalidad de Guatemala, el sexo y la

edad para tener la probabilidad de ser seleccionados como muestra para el análisis de los datos.

2.02.02 Técnicas de recolección de datos:

- **Observación simple:**

Suele ser la base de una investigación exploratoria. Es aquella en la que el investigador se limita a describir los datos que obtiene de su propia indagación y tiene la intención de obtener información sobre un hecho específico a través de observar su contexto natural. (Sampieri, 2014).

Se utilizó con el propósito de evaluar el entorno y presenciar la forma de relacionarse de las personas mayores dentro de los programas y cómo los instructores interactúan con ellos personal y grupalmente con el propósito de descubrir cualquier factor predisponente de inconformidad que pudiera afectar su estado emocional dentro del grupo o que pudiera afectar la posterior evaluación; para ello se tomó notas de registro de lo observado en el momento. Se realizó a inmediaciones de las alcaldías municipales de zona 2 y zona 19 de la ciudad capital, en el área que utilizan con normalidad para cada clase; parque Morazán y parque 10 de Mayo respectivamente. Cada investigador por separado, con diferente grupo asignado, en horarios de 8:00 a 9:00 de la mañana.

- **Entrevista:**

Se utilizó para evidenciar y plasmar la opinión personal de las personas. Es una técnica de recogida de información en donde una serie de preguntas se hace a muchas personas para detectar la opinión sobre un asunto determinado. (Gualberto, 2017. p.9).

Se realizó de forma individual y grupal según el caso dentro de las casas de las personas no participantes de los programas en horario libre y dentro de las alcaldías municipales de zona 2 y 19 de la ciudad capital, en el salón de reuniones a las personas que si participan en los programas, se obtuvo la información por ambos investigadores, dentro de los horarios de las clases de tai chi los días lunes y miércoles y gimnasia rítmica los días martes y viernes en horarios de 8.00 a 9:00 de la mañana. El objetivo fué alcanzar una respuesta partiendo de la opinión personal de los encuestados para comprender desde su postura si el programa “Adulto Mayor” ha logrado favorecer su estado de ánimo.

- **Grupo focal:**

Es una técnica cualitativa de estudio de las opiniones o actitudes de un público, utilizada en ciencias sociales y en estudios comerciales, en el que se utiliza un determinado grupo de personas. Según Sampieri, et al (2010), lo ideal es utilizar entre 10-20 personas para que el grupo de enfoque sea efectivo, con un moderador, investigador o analista; encargado de hacer preguntas y dirigir la discusión, haciendo un ambiente informal y relajado, encauzando la discusión para que no se aleje del tema de estudio. Las preguntas fueron contestadas por la interacción del grupo, en donde a los participantes se les dio la libertad de hablar y comentar sus opiniones. Se requirió cerca de una hora y ambos investigadores en cada grupo para efectuar la técnica, se realizaron cuatro grupos de 20 personas cada uno, en los días lunes y miércoles con la clase de tai chi, y martes y viernes con la clase de gimnasia rítmica, de 8:00 a 9:00 de la mañana en el salón de usos múltiples dentro de las alcaldías de zona 2 y zona 19 de la ciudad capital. En ocasiones fue trabajoso encausar el tema a investigar debido a la cantidad de

información que se proporcionó y la informalidad con que se trabajó. Pero logró su propósito que fue extraer la mayor información sobre cómo se sentían los adultos mayores en los programas y averiguar si al final éstos les han ayudado en favorecer su estado de ánimo.

- **Evaluación Psicológica:**

Se define como un proceso de recogida de información por medio de diferentes técnicas y herramientas. (Sampieri, 2014). Se evaluó a los adultos mayores sujetos de investigación y se solicitó se presentaran a una hora y día previamente programado para evitar contratiempos o sesgos que pudieran afectar el resultado de la evaluación.

Se tomó en cuenta a dos grupos, al primero se le realizó la evaluación dentro de las instalaciones de la alcaldía de zona 2 en el salón de reuniones y al otro grupo a inmediaciones de la alcaldía municipal de zona 19, en el salón donde se imparte la clase de gimnasia rítmica. La evaluación se desarrolló de manera grupal en horario de 8 a 9 de la mañana debido a que ésta es auto aplicable, no surgió mayor complicación para que cada uno de los investigadores evaluara una alcaldía por separado.

2.02.03 Técnicas de análisis de datos:

- **Análisis comparativo:**

El método comparativo es un procedimiento de búsqueda sistemática de cualidades o similitudes entre dos elementos. (Gualberto, 2017. p.9).

Para que fuera un análisis comparativo se tomó en cuenta los datos recolectados de ambos grupos a estudiar, demostrando que existe una diferencia entre los niveles de depresión de los adultos mayores que asisten y los que no asisten a los programas

recreativo/ocupacionales que ofrece la Municipalidad de Guatemala, por la naturaleza de este análisis se buscó similitudes y diferencias entre ambos grupos a estudiar, también se incluyó la diferencia por género de los participantes; cotejando la información obtenida de las evaluaciones que puntuaron alto en la Escala de Zung. Se tabuló con la t de student los datos obtenidos y se realizaron tablas y gráficas para presentar los resultados con su respectiva interpretación.

2.03 Instrumentos:

- **Consentimiento informado:**

No siendo un instrumento como tal, para poder seguir las normas éticas de todo profesional, y cumplir con las exigencias éticas de toda investigación; se redactó un documento donde se le daba detalladamente la información al sujeto de estudio. Fue utilizado previo a la realización de la evaluación con el objetivo de brindar a las personas adultas mayores hacer uso de su derecho de autonomía frente a la decisión de participar en esta investigación y el correcto uso de su información.

- **Escala de auto medición de la depresión (EAMD) de Zung:**

Ficha técnica:

Nombre: Escala de auto medición de la depresión (EAMD).

Autor: Dr. W. Zung.

Aplicación: individual o colectiva.

Ámbito de aplicación:

Duración: Cinco minutos de trabajo efectivo.

Finalidad: Medir las llamadas depresiones ocultas economizando tiempo valioso en la clínica y varias sesiones de estudio.

Material: Cuestionario de auto medición de la depresión (EAMD). Manual y parrillas de calificación Zung – índice EAMD. (Ver anexo No.1).

2.03 Operacionalización de objetivos, categorías/variables:

Objetivos	Definición conceptual categoría/variable	Definición operacional/ indicadores	Técnicas /instrumentos
<p>Determinar los niveles de depresión en los adultos mayores que participan en los programas recreativos ocupacionales de la Municipalidad de Guatemala.</p>	<p><i>Niveles de depresión:</i> Son un tipo de clasificación que ayuda a determinar qué tan severa es la depresión en el paciente y se clasifica en: leve, moderada y severa. (Conde, 1970).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveles de depresión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Llanto • Cansancio • Insomnio • Falta de apetito • Irritabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Observación • Escala de auto medición de la depresión de Dr. W. Zung

<p>Identificar los niveles de depresión en los adultos mayores que no participan en los programas recreativos ocupacionales de la municipalidad de Guatemala.</p>	<p>Niveles de depresión:</p> <p>Son un tipo de clasificación que ayuda a determinar qué tan severa es la depresión en el paciente y se clasifica en: leve, moderada y severa. (Conde, 1970).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveles de depresión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Llanto • Cansancio • Insomnio • Falta de apetito • Irritabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de auto medición de la depresión de Dr. W. Zung
<p>Conocer desde la opinión de los adultos mayores participantes si los programas recreativos/ ocupacionales de la Municipalidad de Guatemala han sido de ayuda y han logrado brindarles</p>	<p>Estado de ánimo:</p> <p>Sentimiento de fondo, actitud o disposición emocional que persiste a través de un tiempo. (E. Tayer, 1989).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ánimo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de amor, odio. • Actitud positiva, negativa. • Emoción de alegría, miedo, tristeza etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Grupo focal

<p>algún acompañamiento en favorecer su estado de ánimo.</p>			
<p>Verificar si existe una diferencia significativa de los niveles de depresión entre género.</p>	<p>Género: Constante inculcada desde el nacimiento para el dominio del rol social, basado en socialización diferencial que enseña y evalúa distinto a hombres y mujeres. (Oakley, 1977).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Género. 	<ul style="list-style-type: none"> • Género • Diferencia 	<ul style="list-style-type: none"> • t de Student • Análisis comparativo

Capítulo III

3. Presentación, análisis e interpretación de los resultados

3.01 Características del lugar y de la muestra

3.01.01 Características del lugar:

El presente trabajo de investigación fue realizado a través de la autorización de la Oficina de la Dirección de Desarrollo Social de la Municipalidad de Guatemala, ubicado en la 6ta. Av. "A" 20-25 zona 1 de la ciudad de Guatemala; el trabajo de campo se realizó en las alcaldías auxiliares ubicadas en la zona 2 y zona 19 de la ciudad capital. Debido al poco espacio en dichas alcaldías auxiliares. La alcaldía de zona 2, toma como lugar de reunión para actividades al aire libre el parque Morazán, también conocido como parque Jocotenango ubicado en avenida Simeón Cañas y 4ª calle zona 1 de la ciudad capital. La alcaldía auxiliar de zona 19, está ubicada dentro del parque 10 de Mayo, en la 8ª avenida 5-54 de la zona 19 colonia La Florida de la ciudad capital, la cual es una casa pequeña con poco espacio interno y pocas habitaciones; por lo que utiliza el parque o aulas dentro de la iglesia católica que está a su alrededor, para la realización de sus actividades, en donde se reúnen un buen número de personas mayores a realizar actividades físicas y clases ocupacionales.

La Municipalidad de Guatemala es la unidad ejecutora municipal de proyectos de infraestructura barrial, ejecuta programas sociales, culturales y de mejoramiento del medio ambiente; enfocado a la niñez, juventud, mujer y adulto mayor, con el objetivo de fortalecer la participación social y económica, sobre todo promover el liderazgo y mejora

de la calidad de vida en todos los barrios y colonias de la ciudad. Actualmente cuenta con ejes de trabajo principal como:

Programas culturales: Se encargan de organizar y planificar actividades de sana entretención, enriqueciendo el acervo cultural y el fortalecimiento de la convivencia integral y participativa de los ciudadanos de todas las colonias y barrios de la ciudad.

Programas sociales: Se encargan de promover y apoyar acciones interinstitucionales en salud, educación y ciudadanía. Se impulsan actividades de capacitación en valores cívicos y culturales. Promueve la ciudadanía y la apropiación del espacio público con perspectiva, sistematización, publicación y difusión de las buenas prácticas de los proyectos.

Programa adulto mayor: Se encarga de atender al adulto mayor integralmente en lo que respecta a participación social y salud en general. Actividades recreativas como clases de Taichi, Gimnasia, caminatas y actividades ocupacionales como cursos de manualidades, bisutería, repostería, panadería, entre otras actividades. (Muniguat, 2018).

Según Siomara Tribouiller coordinadora del programa Adulto Mayor de la Comuna (2017), explica que la Municipalidad también busca la organización social de los adultos mayores y su capacidad de estructura participativa, asegurando la atención integral que les permita condiciones físicas y mentales que faciliten su incorporación a la sociedad; esto en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, en sus diferentes niveles de atención, Liga contra el Cáncer, ONG`s, que aborden y traten aspectos específicos de salud. En la actualidad, 30 grupos forman parte del programa de Adulto Mayor en colonias como: El Mezquital zona12, Bethania zona 7, Santa Bárbara zona18, La Florida

zona 19 y Tikal I y II en zona 7. Tres veces por semana más de 1,300 personas de la tercera edad acuden a clases impartidas por instructores municipales. Además la funcionaria argumenta que las actividades también están enfocadas al desarrollo productivo, muchos adultos mayores venden sus manualidades y productos entre sus vecinos y comunidad.

3.01.02 Características de la muestra

La muestra se obtuvo de manera aleatoria. La Coordinación de Desarrollo Social de la Municipalidad reunió a ciertos grupos de personas que asistían a sus talleres para participar de esta investigación y de forma externa los investigadores fueron al encuentro del segundo grupo no participante de los programas por los sectores aledaños a las alcaldías. El único criterio de importancia era que fueran adultos mayores es decir de 60 años en adelante. El total de participantes fue de 80 personas siendo 40 personas que participan de los programas de la Municipalidad de Guatemala y 40 que no asisten a los programas de la Municipalidad de Guatemala. La mayoría de participantes eran de etnia ladina, jubilados o que se dedicaban solo a ayudar en el cuidado del hogar y oscilaban en un promedio de edad de 60 a 90 años.

3.02 Presentación e interpretación de resultados

Resultados obtenidos de la evaluación con Escala de Zung en adultos mayores que asisten a los programas de la Municipalidad de Guatemala.

Su administración fue de forma grupal, en un lapso de 5 minutos o un poco más dependiendo si existió alguna falta de comprensión por parte de algún adulto mayor. En la tabla #1 se expresan los valores obtenidos de la administración de la Escala de Zung a

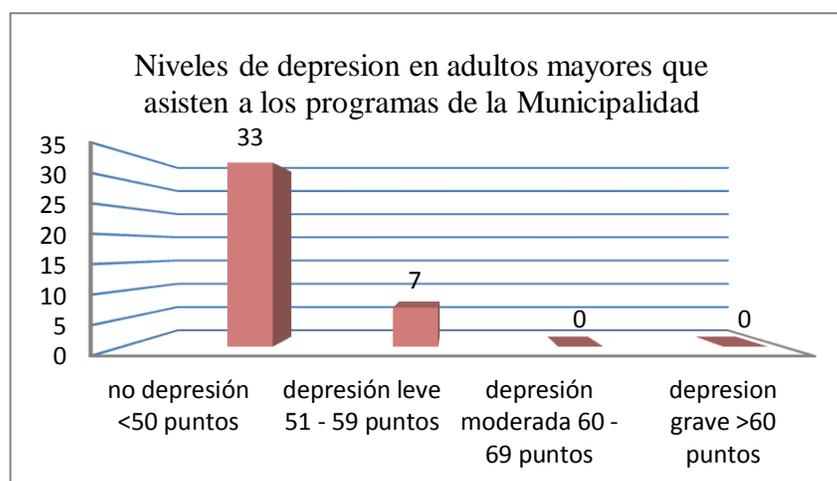
los adultos mayores que asisten a los programas recreativo/ocupacionales y donde se evidenció que de los 40 participantes, 33 están ubicados según la escala en no depresión, mientras que 7 puntuaron en un estado de depresión leve, ninguno en depresión moderada y cero también para participantes con niveles de depresión grave. Concluyendo que solo el 37% de los adultos mayores que realizan actividades recreativas padecen algún tipo de depresión.

Tabla #1:

no depresión <50 puntos	33
depresión leve 51 - 59 puntos	7
depresión moderada 60 - 69 puntos	0
depresión grave >60 puntos	0

Fuente: Trabajo de campo Municipalidad de Guatemala 2019.

Gráfica #1:



Fuente: Trabajo de campo Municipalidad de Guatemala 2019.

Resultados de la Escala de Zung en adultos mayores que “no” asisten a los programas recreativos/ocupacionales de la Municipalidad de Guatemala:

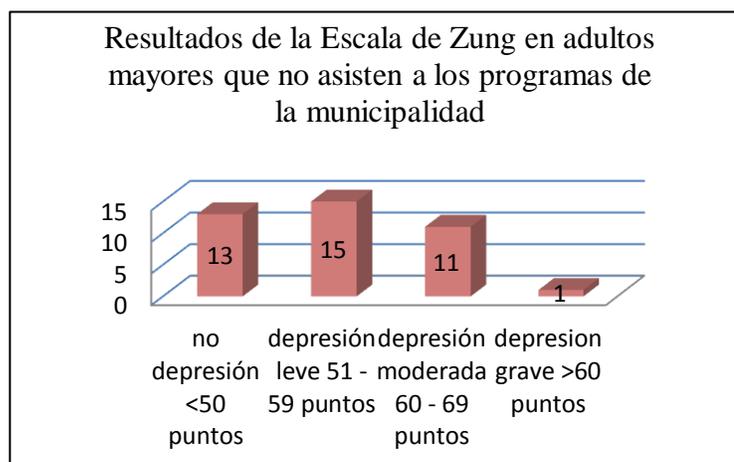
Con finalidad de responder al segundo objetivo de la investigación, se demuestra en la tabla #2 y gráfica #2 los valores obtenidos a través de la administración de la prueba Escala de Zung a los adultos mayores que no asisten a los programas recreativo/ocupacionales y evidenció que de los 40 adultos mayores participantes, 13 están ubicados según la escala del test en no depresión, mientras que 15 en un estado de depresión leve, 11 en depresión moderada y 1 con nivel de depresión grave. Concluyendo 27 de 40 personas padecen depresión siendo un aproximado del 65% de la población adulta mayor que no realiza actividades recreativos/ocupacionales padece algún tipo de depresión.

Tabla #2:

no depresión <50 puntos	13
depresión leve 51 - 59 puntos	15
depresión moderada 60 - 69 puntos	11
depresión grave >60 puntos	1

Fuente: Trabajo de campo Municipalidad de Guatemala 2019.

Gráfica #2:



Fuente: Trabajo de campo Municipalidad de Guatemala 2019.

Diferencias según género encontradas con la Escala de Zung:

En la tabla #3 se presentan el número de personas de la tercera edad separadas por su género el cual indica que de la muestra total 15 fueron participantes masculinos representando un 19% de la población evaluada, mientras que 65 participantes fueron femeninos que representan un 81% de la muestra total evaluada. Siendo una muestra de 80 participantes totales representando el 100% de la población. Se demostró que para este estudio la mayoría de participantes son del género femenino siendo esta la población que mayormente participó para este estudio.

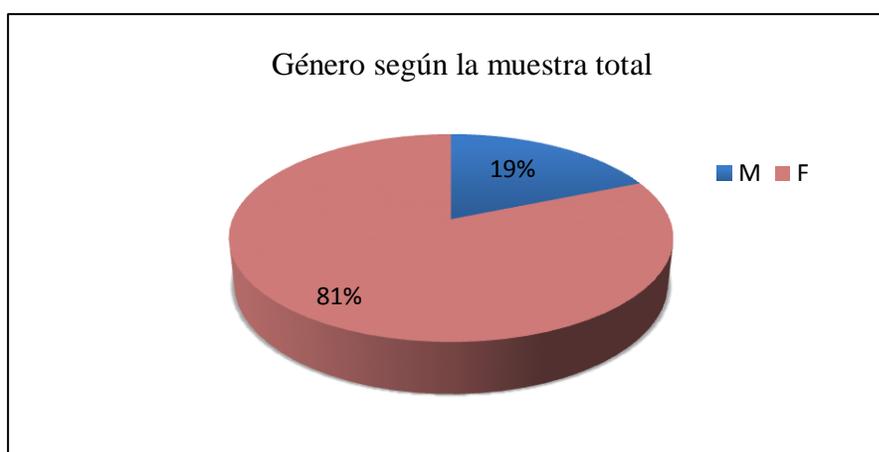
Tabla #3:

Género en la muestra		%
Masculinos	15	19%
Femeninos	65	81%
Total	80	100%

Fuente: Trabajo de campo

Municipalidad de Guatemala 2019.

Gráfica #3:



Fuente: Trabajo de campo Municipalidad de Guatemala 2019.

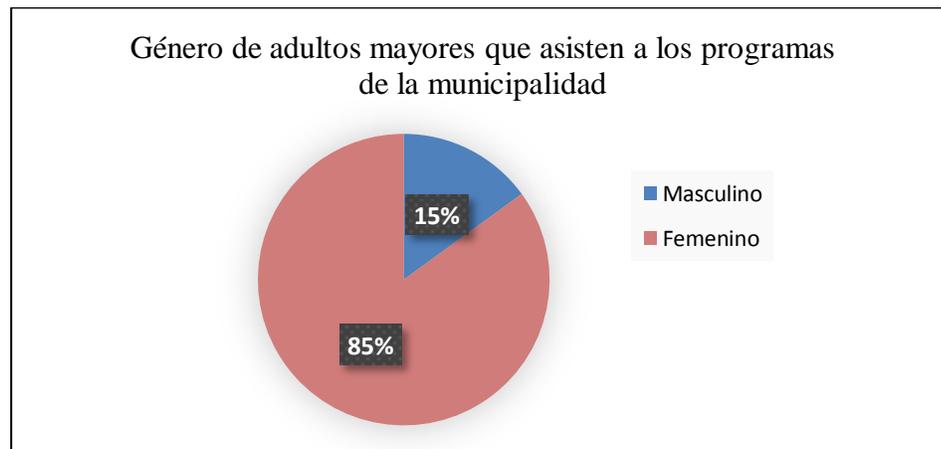
Ésta grafica demuestra que de los adultos mayores que participan en los programas recreativos/ocupacionales que la municipalidad ofrece, el género femenino es el mayor usuario de los programas representado con un 85% de la población; el género masculino por el contrario evidenció que solo asiste un 15% de la población.

Tabla # 4:

Género en los adultos mayores que participan en los programas de la Municipalidad		%
M	6	15%
F	34	85%
Total	40	100%

Fuente: Trabajo de campo Municipalidad de Guatemala 2019.

Gráfica #4:



Fuente: Trabajo de campo Municipalidad de Guatemala 2019.

Resultados obtenidos a través de la medición de t de Student para diferencia significativa de depresión entre los adultos mayores que asisten y los que no asisten a los programas de la municipalidad.

Al comparar los resultados entre los adultos mayores que sí participan de los programas recreativo/ocupacionales de la municipalidad con los que no participan en ellos, se observó que efectivamente existen niveles más bajos de depresión en las personas que asisten y realizan actividades recreativo/ocupacionales en comparación con las que no. Comparar esto constituía el objetivo principal de la presente investigación y se pudo corroborar con el resultado obtenido a través de t de student, la cual calculó una diferencia significativa al analizar los datos.

Tabla #5: Prueba t de student para medir diferencia significativa de depresión entre las personas que asisten y no asisten a los programas de la municipalidad.

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>No asisten</i>	<i>Si asisten</i>
Media	10	10
Varianza	38.6666667	246
Observaciones	4	4
Coeficiente de correlación de Pearson	0.45798117	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	3	
Estadístico t	0	
P(t<=t) una cola	0.5	
Valor crítico de t (una cola)	2.35336343	
P(t<=t) dos colas	1.000000	
Valor crítico de t (dos colas)	3.18244631	

Fuente: Trabajo de campo Municipalidad de Guatemala 2019.

El cuarto objetivo específico de esta investigación pretendía medir si “*existe o no diferencia significativa en los niveles de depresión por género*” en cuanto a los resultados obtenidos de la aplicación del test escala de zung, se evidenció que sí existe una diferencia significativa estando en niveles más altos de depresión los del género masculino pero haciendo la observación que en este caso la participación de los hombres es menor, no habiendo una paridad en el tamaño de las poblaciones a comparar, por lo que no se consideró representativo el cálculo obtenido.

Tabla #6: Resultado de Escala de Zung, depresión en género masculino.

No depresión <50 puntos	7
Depresión leve 51 - 59 puntos	4
Depresión moderada 60 - 69 puntos	3
Depresión grave >60 puntos	1

Fuente: Trabajo de campo Municipalidad de Guatemala 2019.

Tabla #7: Resultado de Escala de Zung, depresión en género femenino.

No depresión <50 puntos	39
Depresión leve 51 - 59 puntos	18
Depresión moderada 60 - 69 puntos	8
Depresión grave >60 puntos	0

Fuente: Trabajo de campo Municipalidad de Guatemala 2019.

Tabla #8: Prueba t de student para medir diferencia significativa en depresión por género:

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>
Media	3.75	16.25
Varianza	6.25	284.25
Observaciones	4	4
Coeficiente de correlación de Pearson	0.99052681	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	3	
Estadístico t	-1.73762012	
P(t<=t) una cola	0.09033495	
Valor crítico de t (una cola)	2.35336343	
P(t<=t) dos colas	0.18066989	
Valor crítico de t (dos colas)	3.18244631	

Fuente: Trabajo de campo Municipalidad de Guatemala 2019.

Resultados Obtenidos en la entrevista y grupo focal:

La realización de la entrevista sirvió para evidenciar y plasmar de forma concisa la opinión de los participantes, misma información que se obtuvo de manera más extensa con la ayuda del grupo focal, como recurso adicional para los investigadores que se pudo o no utilizar dependiendo de la situación. Los resultados obtenidos son en base a 4 grupos focales, 2 en cada alcaldía auxiliar respectivamente, en los cuales se tuvo la participación de las personas que obtuvieron depresión en la escala de Zung. Se abordó temas relacionados a la problemática, tal es el caso de inicialmente: la depresión, signos y síntomas de la depresión en adultos mayores y tercera edad. Durante estos grupos focales

se motivó la participación de los adultos mayores presentes para que estos se empoderaran del tema y así poder dar un primer acercamiento a la problemática y motivar la búsqueda de ayuda profesional si así lo consideraban conveniente, se compartieron opiniones en donde hablaron de su buena experiencia en los programas o de su entusiasmo por iniciarse en ellos según el caso; también opinaron sobre la importancia de pertenencia a un grupo, la convivencia y el deseo de cuidarse unos a otros dado que son las motivaciones que hacen que se sientan a gusto siendo algunos parte además de los grupos que promueven los espacios para los adultos mayores.

Algunos participantes se identificaron como personas que han sufrido de depresión anteriormente y que gracias a las actividades que realizan en sus grupos han ayudado a sobrellevar su padecimiento. También hay personas que expresaron de cómo las limitantes físicas y desgaste del envejecimiento natural a veces no ayuda para la movilización de sus hogares hacia las actividades al aire libre, sin embargo han buscado la manera de poder asistir o faltar lo menos posible.

Las opiniones de los participantes son variadas y van desde asistir para distraer la mente, buscar apoyo para sobrellevar la pérdida de un ser querido, hacer amistades con personas que a veces son vecinos y por la inseguridad que se vive nunca se habían visto fuera de estos programas recreativos/ocupacionales. Por lo que el conocer la opinión de los adultos mayores sobre si los programas recreativos/ocupacionales les han ayudado o les han acompañado de alguna forma en favorecer su estado de ánimo la respuesta es sí.

3.03 Análisis general

Al solicitar la autorización para llevar a cabo el trabajo de campo dentro de la Municipalidad de Guatemala, la Coordinación de Desarrollo Social se mostró entusiasmada con la propuesta de realizar éste estudio en favor al programa: “Adulto Mayor”. Debido a que la depresión es un tema que ve necesario afrontar especialmente en la población que participa dentro de sus programas, surgió la problemática que dio pie a esta investigación. Expresando estar de acuerdo, que desde una perspectiva psicológica se evaluara y esclareciera si los programas recreativos ocupacionales que han implementado, han logrado brindar al adulto mayor algún acompañamiento en favorecer su estado de ánimo.

A través de este estudio se dio a conocer, que para el adulto mayor el entrar en la etapa de la tercera edad idealmente debería ser una etapa de descanso y de realizar todas aquellas actividades que durante la época de trabajo no pudo realizar a causa de las exigencias familiares o de auto realización que se esperaría de la etapa de la vida productiva. Sin embargo se ve propenso a padecer distintos tipos de depresión según el declive o deterioro paulatino de los procesos cognitivos, físicos, anímicos u orgánicos, genéticos, emocionales y sociales que se le presentan; así como la influencia que recibe del ambiente; sobre su forma de afrontar estos cambios y otros muchos factores debido a que gran parte de padecer depresión radica en el modo de pensar de las personas y cómo éstas enfrentan los cambios por los que pasan pero que paradójicamente, también allí está parte de su curación, pues depende de la persona misma la forma de visualizar el mundo.

Durante la realización de las técnicas de recolección de datos, en especial los grupos focales y la entrevista, los participantes en todo momento expresaron su opinión sobre

distintas circunstancias de vida que a lo mejor los llevó a padecer de depresión en algún momento; sobre cómo el haberse quedado sin un oficio, haber perdido a sus parejas o seres queridos y muchas veces sentirse inútiles dentro de sus propias casas, propició a que buscaran formas de entretenerse u ocuparse y cómo enfocar los pensamientos en nuevos intereses dentro de los talleres ayudó poco a poco a mantenerse activos, alegres y estar más sanos física y mentalmente; sin mencionar que el ocuparse les benefició a recuperar su desempeño en acciones ligadas al auto cuidado, impactando en su salud y bienestar; por lo que expresaron que asistir a los programas sí ha logrado favorecer su estados de ánimo. El resultado obtenido a través del test Escala de Zung evidenció que los adultos mayores evaluados que participan del programa adulto mayor el 63% no padecen depresión; en comparación con el 65% de los adultos mayores que no participan del programa y que sí padecen de depresión, lo que valida el hecho de lo anteriormente planteado.

Al hablar de cuestiones de género se fundamentó teóricamente aspectos diferenciales en cuanto a situaciones culturales socialmente influenciadas en donde a la madre se le otorga una función expresiva y cuidadora; y al padre una función instrumental y proveedora. Una vejez prejuiciada en donde reviste e la mujer de cierta vulnerabilidad y demanda cuidado de los demás y del hombre demanda protección y fortaleza más que vulnerabilidad. Factor que se pudo apreciar en cuanto a que durante el trabajo de campo, se logró identificar dentro de los programas y fuera de ellos, solo el 19% de la población evaluada era de género masculino mientras que el 81% eran femeninos; mostrando al género femenino como el mayor usuario de los programas y el que más participó en este estudio, por lo que se pudo suponer que gran parte de la participación que se apreció entre

hombres y mujeres es debido al aspecto cultural mas no del padecimiento o necesidad. No pudiendo determinar si existe una diferencia significativa en el nivel de padecimiento de la depresión entre géneros, pero sí que dado a la experiencia dentro de la institución el género femenino es el grupo que más está en la disposición de solicitar apoyo en estos casos.

Por último más allá de la propia fundamentación teórica y los datos obtenidos, las actividades del programa son buenas para la recreación y ocupación de los adultos mayores pero hace falta reforzar más la integración de nuevas personas, por parte de los instructores municipales, debido a que algunos adultos mayores expresaron conocer de los programas y el haberse interesado por asistir en alguna ocasión, pero no quedarse por no sentirse cómodos con la interacción y de no recibir apoyo para integrarse a las actividades, por lo cual propiciar la interacción y promover la aceptación de nuevos miembros haría que los programas tengan un mayor alcance y beneficien a más personas.

Dentro de las limitaciones encontradas para la realización del estudio, siendo pocas, se resaltan tres: la primera de ellas fue la dilación en la concesión del permiso para trabajar con los adultos mayores; se entiende que dado que es una institución estatal, esta serie de permisos son obligatorios y requieren un proceso protocolario pero que llegó a tener una extensión excesiva de dos meses, pues el permiso tenía que ser autorizado por la junta directiva de la Municipalidad de Guatemala, la Coordinación de Programas Sociales y en específico la Dirección del Programa del Adulto Mayor. La segunda fue la adaptación al horario y el poco tiempo otorgado por los instructores municipales para realizar la investigación debido a que no se interrumpió las actividades del programa sino solo se dio el tiempo que los instructores estuvieron dispuestos a brindar, que no fue lo oficialmente

acordado y que muchas veces una hora era demasiado justo; la tercera, debido a que la municipalidad solo cuenta con plazas o espacios prestados por otras instituciones aledañas a las alcaldías, el recurso para realizar una actividad teórica como pasar un test para un grupo grande es limitado y la disposición de mesas o asientos para que los participantes escribieran a gusto fue escaso por lo que la actividad se dificultó debido a la edad de la población estudiada; afectando la comodidad y especialmente el factor tiempo para preparar y adaptar improvisadamente por los investigadores y sus propios medios el lugar. Sin embargo a pesar de sus dificultades y contratiempos la experiencia con los grupos estudiados fue buena, muy colaboradores y participativos. Y por el interés despertado durante el proceso a petición de la dirección del programa Adulto Mayor, se llevó a cabo un taller participativo dirigido a los instructores y personal encargado de las actividades recreativas/ocupacionales que a partir de los resultados, se les habló de la relación entre depresión y tercera edad y se hizo el aporte de entregar una guía técnica de actividades enfocadas a la geriatría para su aplicación según discreción de las autoridades que dirigen la institución, para fortalecer y facilitar herramientas alternativas que puedan ser utilizadas en beneficio de los programas municipales; se infiere que los resultados obtenidos en este estudio propicie la investigación de nuevos temas relacionados, así como cooperar en beneficio de la salud de la población guatemalteca.

Capítulo IV

4. Conclusiones y recomendaciones

4.01 Conclusiones

Las personas que asisten a los programas recreativo / ocupacionales presentaron una mayor salud en su estado de ánimo en comparación a los que no asisten, por lo que sí se logró brindar acompañamiento y mejorar el estado de ánimo de los participantes.

Al aplicar la Escala de Zung y la t de Student se evidenció niveles más bajos de depresión en las personas que asisten a realizar actividades recreativo/ ocupacionales obteniendo una diferencia significativa al comparar los datos.

Según las opiniones de los participantes, las actividades que se realizan en las alcaldías municipales son buenas para la recreación, distracción y socialización de los adultos mayores que participan en ellas.

Se evidenció que el género femenino hace mayor uso de los programas municipales por lo que la mujer es la que obtiene mayor beneficio de estos espacios.

Debido a la disparidad encontrada en la muestra respecto al género, no se consideró confiable o veraz afirmar que se evidenció con certeza si existe o no diferencia significativa en los niveles de depresión entre hombres y mujeres.

La efectividad y eficacia de la guía de actividades geriátrica proporcionada, dependerá de la adaptación a cada caso ya sea individual o grupal y la habilidad con que se trabaje por parte del personal a cargo.

4.02 Recomendaciones

Aunque se evidenció que sí existe diferencia significativa en los niveles de depresión entre géneros no existió paridad en el tamaño de las poblaciones a comparar, por lo que se recomienda a la Municipalidad de Guatemala fortalecer posteriores estudios para profundizar y esclarecer dicho tema.

A los instructores municipales se recomienda enfatizar en la participación de los nuevos miembros a las actividades, para mejorar la integración y promover la aceptación al grupo debido a que varios participantes expresaron sentir incomodidad al inicio y dejado de asistir a algunas otras actividades por este aspecto.

A la Municipalidad de Guatemala se recomienda continuar la realización de estudios y evaluaciones dentro de los programas municipales debido a que permiten complementar y verificar la efectividad de los mismos en ayuda prevención y promoción de la salud mental de los guatemaltecos.

A la Dirección de Desarrollo Social se recomienda adaptar la utilidad de las actividades realizadas dentro del programa Adulto Mayor a otro tipo de población, con el fin de promover actividades que fortalezcan la salud mental sin delimitar la edad que posean los participantes a quienes se dirija.

4.03 Referencias:

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Edition). Washington, DC: Recuperado de AmericanPsychologicalAssociation.Laterceraedadyladepresión.centrodeapo/edad.asp
- Araque, B. (2013). *Una aproximación teórica-conceptual para el estudio de las organizaciones familiares*. México. p.103 -116.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del Aprendizaje Social*. (tr.) Angel Rivière; Barcelona.España. Editores: Espasa
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción. Fundamentos sociales*. España: Martínez Roca.
- Beck, A. (1979) *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao. Editorial descolé de Brouwer.
- Cebrián, S. y Quero, I. (2012). *Mayores y género: hombres mayores una oportunidad para el cambio*. España: Instituto Vasco de la Mujer.
- Bonder, B., & Wagner, M. (2001). *Functional Performance in Older Adults*. Philadelphia: Davis Company.
- CONAPROV/SOSEP. (2019).Guatemala. Secretaria de Obras Sociales de la Esposa del Presidente. Gobierno de la República de Guatemala. Disponible en: http://www.sosep.gob.gt/?page_id=735
- Ellis, A., & Dryden, W. (1997). *La práctica de la terapia racional emotiva conductual* (2da.Ed.). New York, NY, US: Springer Publishing Co.

- Ellis, A.; E. Velten. Grian (tr.). (2007). *Envejecer con plenitud: 20 reglas para vivir y envejecer con alegría*. Ediciones Obelisco S.L. (1ª ed.) ISBN: 8497773764.
- Disponible en: <http://www.vejezyvida.com/envejecer-con-plenitud-20-reglas-para-vivir-y-envejecer-con-alegria/>
- Feighner, J. (1991). *Tratamiento a largo plazo de la depresión*. Chichester, Inglaterra: John Willey & Sons.
- García E. (2009). *La jubilación y su relación con padecimientos de ansiedad y depresión en personas de 60 a 70 años que asisten al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (C.A.M.I.P.)*, (tesis de grado). Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.
- Gualberto, G. (2017). *Metodología para la investigación*, Madrid: McGraw-Hill.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2011). *Envejecimiento activo*. Libro blanco. Madrid. Ed. Ministerio de sanidad política social e igualdad.
- Instituto Nacional De estadística INE (2017). *Adultos mayores*. Recuperado de: <http://www.ine.cl/estadisticas/sociales/adultos-mayores>
- Laubscher B., Segura A. y Toledo M. (2010), *Impacto de la ocupación en el envejecimiento una investigación en Magallanes*, (Tesis de grado) universidad de Magallanes. Puntarenas, Chile.
- Lega, L.; Caballo, V.; Ellis, A. (1997). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo Conductural*. Español: Siglo XXI Editores. p13.

- Loizaga, F. (2008). *Psicología de la motivación y la emoción*. Madrid: McGraw Hill Interamericana de España, pp.700
- López, F. (2012). *Sexualidad y afectos en la vejez*. Madrid: Pirámide, D.L.
- López, I. (2012), *Depresión en las personas internas del asilo de ancianos Madre Teresa de Coatepeque, Quetzaltenango*, (Tesis de grado). Universidad Rafael Landívar. Retalhuleu. Guatemala.
- López-Ibor J., Valdés M.,(Ed.).(2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR. Texto revisado*. Barcelona, España: Editorial Masson, S.A.
- Mahoney, M. (1997). *Psicoterapias cognitivas y constructivistas*, España, Editorial Desclee de Brouwere.
- Martínez, R. & D. Morales, (2005). *La depresión y sus consecuencias en pacientes mayores de 65 años, de ambos sexos, recluidos en Casa Geriátrica María de Antigua Guatemala*. (Tesis de grado), Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.
- Meléndez, A. (2000). *Actividades físicas para mayores: las razones para hacer Ejercicio*. Ed.Gymnos
- Meléndez, M., Montero, R. y Jiménez-Sánchez, C. (2001). *Autopercepción de salud en ancianos no institucionalizados*. Atención Primaria, 28(2), 91-96.
- Mendels, J. (1982). *La depresión*. Barcelona España: Herder
- Mitchell, A. (2009). *Pronóstico de la depresión en la tercera edad en Comparación con la edad adulta. ¿Existe una diferencia clínica Significativa?*. España: Actas.

- Molina, (2006). *Logoterapia como medida de tratamiento para la depresión en adultos mayores* (Tesis de grado). Universidad Mariano Gálvez. Jocotenango, Guatemala.
- Oakley, A. (1977). *La mujer discriminada: biología y sociedad*. Madrid, España: Debate
- Oblitas L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*, México: Cengage Learning. p. 90-108
- Observatorio de Salud Urbana (OSU). Guatemala. Municipalidad de Guatemala: *Salud Mental, Aproximaciones Teórico Prácticas*. (en línea). Guatemala. Municipalidad de Guatemala; 2013 (acceso:2018,20octubre). Disponible en:<http://www.muniguate.com/images/2014/user01/0403/saludmentaldoc.pdf>
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2017). La salud mental en los adultos mayores. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Osorio, P. (2007). Construcción social de la vejez y expectativas ante la jubilación en mujeres chilenas. Santiago de Chile: Editorial Universum.
- Osuna, M. (2006). *Relaciones familiares en la vejez: vínculos de los abuelos y de las abuelas con sus nietos y nietas en la infancia*. Revista Multidisciplinar de Gerontología.16, p.16-25.
- Papalia, E., Wendkos, S, Duskin, R. (2010). *Desarrollo humano* (11.^a edición). México: McGraw Hill. p. 810. ISBN 978-607-15-0299-5.
- Ramírez, M. (1997). *El deporte en la tercera edad*. México: Diana
- Revista Cubana Medica General Integral v.20 n.4 Ciudad de La Habana jul.-ago. 2004.
versión On-line ISSN 1561-3038

- Rivadeneira, C., Dahab, J. y Minici, A. (2013, 4 de marzo). *El Modelo Cognitivo de la Depresión*. Revista de Terapia Cognitiva Conductual CETECIC (22). Recuperado de: cetecic.com.ar/revista/el-modelo-cognitivo-de-la-depresion/
- Rodríguez, M. (2008). *Loneliness in the elderly*. Tesis Postgrado en Enfermería Gerontológica y Geriátrica, EUI Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (UAB). Recuperado de: Gerokomos, Barcelona (2018.20 de diciembre) versión on-line ISSN 1134928X.
- Sampieri, R. Collado, C. y Lucio, B. (2010). *Grupo focal*. Wikipedia la enciclopedia libre. (web).(acceso:2019,20 junio).Disponible en:https://es.wikipedia.org/wiki/grupo_focal
- Sampieri, R. (2014) Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill.
- Thayer, Robert E. (1989). *The Biopsychology of Mood and Arousal*. New York, NY: Oxford. University Press.
- Thayer, Robert E. (2001). *Calm Energy*. New York, NY: Oxford University Press.
- Torralba, F. (2004). *La soledad como experiencia*. Revista Crítica, (914), Madrid: Ed.Fundación Castroverde. p.26-92.
- Tribouiller S. (2017) programa del adulto mayor de la comuna de Guatemala. Recuperado de: <http://osu.muniguate.com/index.php/salud/28-temas/10632-adulto-mayor>.
- Ussel J. 2000. *La soledad en las personas mayores: Influencias Personales, Familiares y Sociales*. Análisis cualitativo. Madrid: CIS-IMSERSO. p. 14, 25, 115, 120, 149-65.
- Ussel, J. (2001). La Soledad en las personas mayores: Influencias Personales, Familiares y Sociales. Análisis Cualitativo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria

General de Asuntos Sociales. Recuperado de [http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/La % 20soledad % 20en % 20las % 20personas % 20mayores.pdf](http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/La%20soledad%20en%20las%20personas%20mayores.pdf).

Vera, O. (2016, 29 enero). *El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica*. Revista médica La Paz. Vol. 22 (1) versión on-line ISSN17268958

Vergara, C. (2017, 26 de julio). Vigotsky y la teoría sociocultural del desarrollo cognitivo. Revista Actualidad en psicología. Recuperado de: actualidadenpsicologia.com/vigotsky-teoría-sociocultural/

4.04 Anexos:

4.04.01 Anexo#1 Escala de Zung

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. D.
POR W. W. K. ZUNG

Iniciales _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Fecha: ____/____/____ Fecha de nacimiento. ____/____/____
 Dirección: _____

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento abatido y melancólico.					
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.					
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.					
4	Duermo mal.					
5	Tengo tanto apetito como antes.					
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.					
7	Noto que estoy perdiendo peso.					
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.					
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.					
10	Me canso sin motivo.					
11	Tengo la mente tan clara como antes.					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.					
14	Tengo esperanza en el futuro.					
15	Estoy mas irritable que antes.					
16	Me es fácil tomar decisiones.					
17	Me siento útil y necesario.					
18	Me satisface mi vida actual.					
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.					
TOTAL DE PUNTOS						

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. D.
POR W. W. K. ZUNG

Iniciales _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Fecha: ____/____/____ Fecha de nacimiento. ____/____/____
 Dirección: _____

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento abatido y melancólico.	1	2	3	4	
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.	4	3	2	1	
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.	1	2	3	4	
4	Duermo mal.	1	2	3	4	
5	Tengo tanto apetito como antes.	4	3	2	1	
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.	4	3	2	1	
7	Noto que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4	
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.	1	2	3	4	
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.	1	2	3	4	
10	Me canso sin motivo.	1	2	3	4	
11	Tengo la mente tan clara como antes.	4	3	2	1	
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	4	3	2	1	
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.	1	2	3	4	
14	Tengo esperanza en el futuro.	4	3	2	1	
15	Estoy mas irritable que antes.	1	2	3	4	
16	Me es fácil tomar decisiones.	4	3	2	1	
17	Me siento útil y necesario.	4	3	2	1	
18	Me satisface mi vida actual.	4	3	2	1	
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	2	3	4	
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.	4	3	2	1	
TOTAL DE PUNTOS						

Test Escala de Zung:

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 items para cada grupo, completándose la escala con dos items referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente” en otras se hace referencia a “su situación actual” o a la semana previa.

Interpretación:

La escala de Likert de cada item puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada item expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

En la bibliografía anglosajona se utiliza la puntuación normalizada, con los siguientes puntos de corte:

- **No depresión ≤ 50 (≤ 40 puntos)**
- **Depresión leve 51-59 (41-47 puntos)**

- **Depresión moderada 60-69 (48-55 puntos)**
- **Depresión grave > 69 (> 55 puntos)**

En nuestro medio se utilizan de forma indistinta ambos sistemas, el de puntuación normalizada y el de puntuación total, con diferentes propuestas en lo que respecta a los puntos de corte. Conde y Cols proponen los siguientes puntos de corte:

- **No depresión < 35 (< 28 puntos)**
- **Depresión leve 36-51 (28-41 puntos)**
- **Depresión moderada 52-67 (42-53 puntos)**
- **Depresión grave > 68 (> 53 puntos)**

Otros autores han utilizado categorizaciones distintas. Así, (Seva-Díaz A. 1982), propone la siguiente categorización:

- **No depresión < 40 (< 32 puntos)**
- **Depresión leve 41-59 (33-47 puntos)**
- **Depresión moderada-severa ³ 60 (> 47 puntos)**

Se ha cuestionado su validez de contenido, por el escaso peso que en la puntuación total tienen los síntomas psicológicos indicativos de alteración del estado de ánimo, y por la inespecificidad y el elevado peso relativo de los items de contenido somático. Se ha señalado también su escasa sensibilidad al cambio en relación al tratamiento instaurado, Tampoco valora adecuadamente algunos síntomas presentes en depresiones atípicas, como la hiperfagia o la hipersomnia.

La existencia de un doble sistema de puntuación, que se refleja en la bibliografía de forma indistinta y, sobre todo, la falta de estandarización de los puntos de corte dificulta

la comparabilidad de resultados y limita su utilidad tanto en la tipificación de intensidad / gravedad, como para la detección de casos.

Propiedades psicométricas:

Fiabilidad: Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92) 6,20.

Validez: Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80 3,6,18,20. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico . La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

Referencias:

- American Psychiatric Association.(2000),*Handbook of Psychiatric Measures*. Washington.
- Conde V, Escribá JA, Izquierdo J. (1970).*Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung*. Arch Neurobiol; 33: p.185-206.
- Conde V, Escribá JA, Izquierdo J. (1970).*Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung*. Arch Neurobiol; 33: p.281-303.
- Conde V, Esteban T, Useros E, (1976), *Evaluación crítica de la SDS (Self-rating Depression Scale) de Zung: experiencia propia y revisión de la literatura*. Rev. Psicol.Gen. Aplic.; 43: p.842-857.
- Hedlung JL, Vieweg BW. (1979). *The Zung Self Rating Depression Scale: a comprehensive review*. J Operat Psychiatr; 10: p.51-64.
- Lopez VC, Esteban T. (1975), *Validez de la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung*. Arch Neurobiol; 38: p.225-246.
- Zung WW. A (1965). *Self Rating Depression scale*. Arch Gen Psychiatr; 12: p. 63-70.
- Zung WW. Zung (1986). *Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory*. En: Sartorius N, Ban TA (eds.). *Assessment of depression*. Berlin: Springer-Verlag y W.H.O. p. 221-231.

4.04.02 Anexo#2 Entrevista



Universidad De San Carlos De Guatemala
Centro Universitario Metropolitano CUM
Escuela De Ciencias Psicológicas
Centro De Investigación en Psicología –CIEPs-
Mayra Gutiérrez

Entrevista:

Preguntas extra para conocer la opinión de los participantes del programa

“Adulto Mayor”

1. ¿Cómo ha sido su experiencia participando en los programas recreativos ocupacionales de la municipalidad de Guatemala?

2. ¿Cuál fue la razón por la que decidió participar?

3. Si alguna vez ha sentido síntomas de depresión, ¿cree que asistir a los programas le ha servido de distracción, recreación y le ha brindado de alguna forma mejoría en su estado de ánimo?

4.04.03 Anexo #3 Consentimiento informado

Universidad De San Carlos De Guatemala
Centro Universitario Metropolitano CUM
Escuela De Ciencias Psicológicas
Centro De Investigación en Psicología –CIEPs-
Mayra Gutiérrez

Fecha: _____

Yo: _____ con documento de identificación DPI: _____ certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico investigativo que el/la estudiante _____ me ha invitado a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita de ningún documento y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico.

Que se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Firma: _____

4.04.04 Anexo #4 Guía técnica de actividades geriátricas

Guía de actividades geriátricas:

Existen ciertas normas, comunes al inicio de todas las actividades y muy recomendables por sus buenos resultados:

1. Al empezar cada sesión de trabajo, una vez sentados, saludaremos a cada uno de los participantes, llamándolo por su nombre e interesándonos por su estado. (Procurando que su respuesta sea más explícita que un simple: bien, mal, o regular)
2. A continuación iniciaremos una breve charla con todo el grupo. Puede ser sobre lo que nos hayan contestado, u otros acontecimientos del día. Cualquier tema puede valer con tal de lograr un buen grado de distensión.
3. Explicaremos un poco lo que vamos hacer y los motivos y objetivos que perseguimos al realizarlo. Recordándoles que quien hace lo que puede no está obligado a más, pero también insistiendo que cuanto mejor lo realizamos, más importantes serán, los beneficios que obtendremos.

Las actividades o ejercicios se repartirán en grupos: A, B, C, D, etc. Según las áreas a que vayan dirigidas.

GRUPO A: Mantener y mejorar las condiciones mentales y su capacidad de comunicación y de relación con los demás. Actividades que consisten en el desarrollo de ejercicios que estimulan los procesos cognitivos básicos de la persona (memoria, lenguaje, evocación, atención, orientación)

- I Grupos de conversación y prensa
- II Ruedas con el balón de espuma
- III Jugando con las palabras

- IV Jugando con las palabras II
- V Activando la atención
- VI Toca toca

GRUPO B: Mantener y mejorar las capacidades físicas. Actividades que inciden sobre la movilidad del sistema musculoesquelético, los reflejos, el equilibrio, la disociación de movimientos, amplitud articular, fuerza muscular y coordinación.

- I Ejercicios respiratorios
- II Ejercicios faciales (juego de las muecas)
- III Ejercicios cabeza y cuello
- IV Ejercicios de hombros
- V Ejercicios de manos y muñecas
- VI Ejercicios de los pies
- VII Ejercicios de piernas

GRUPO C: Mantener y mejorar la motricidad manual. Actividades con un amplio abanico de ejercicios encaminados a potenciar la autoestima y el sentimiento de utilidad, promover la interrelación, la creatividad y el trabajo en grupo mejorando al mismo tiempo la coordinación viso manual.

- I Taller de abalorios
- II Taller de reciclaje.
- III árbol navideño

GRUPO D: Mantener la conexión con el mundo exterior, reviviendo y recordando las fiestas tradicionales. Actividades dedicadas a celebrar las festividades más populares y

tradicionales. Promueve reminiscencias de la infancia y el reencuentro con vivencias familiares. Además, ahora Internet nos permite dar a conocer tradiciones de otros países lejanos, enriqueciendo su cultura popular. Por ello, si bien estas actividades van relacionadas con fechas concretas en el calendario, aquí se irán publicando sin tener en cuenta su orden cronológico anual.

I El día de los santos

II Fiestas navideñas

Detalles de actividades:

GRUPO “A”:

I Grupos de conversación y prensa:

Objetivo: A través de estos grupos se pretende favorecer, mantener y dinamizar la comunicación entre las personas mayores y entre las personas mayores y el personal.

Los grupos de conversación son encuentros, charlas y discusiones programadas en días concretos y en el lugar y horario establecido. El tema o los temas a tratar son elegidos de antemano por el personal o preferiblemente por las personas mayores, de este modo será más fácil lograr su participación evitando que se conviertan en consumidores pasivos de la actividad.

Una buena manera de iniciar esta actividad es que el terapeuta realice una lectura en diagonal de la prensa del día, para comentar las noticias, discutir sobre ellas y escuchar el punto de vista de cada uno de los participantes.

El moderador, debe procurar en todo momento que la participación de los contertulios sea por igual, frenando a los más habladores e incitando a participar a los más callados. Aprovechando aquellos temas que más interés despierten para provocar los comentarios. Siempre en un ambiente lúdico, distendido y atento a frenar cualquier dialéctica de enfrentamientos personales.

Algunos temas de conversación que suelen dar buenos resultados son:

- Charlas sobre las distintas regiones de origen de los componentes del grupo.
- El antiguo oficio.
- Aficiones, intereses y actividades que habían realizado.
- Tomar notas para confeccionar un libro con las recetas que las participantes nos aporten.
- Lo mismo que con las recetas podemos hacerlo con adivinanzas.
- Tratar temas políticos o sociales de interés para ellos, etc.
- Confrontar opiniones sobre cosas de la propia residencia.

Estos grupos hacen trabajar la memoria, ya que son un medio de hacer resurgir los recuerdos, revivir el pasado y encontrar una capacidad de expresión que se creía perdida. Es muy importante, nombrar a cada participante por su nombre e insistir en que ellos hagan lo mismo al referirse a sus compañeros. Si logran evitar el “este/a” o “aquel/la”, lograran una dinamización social del grupo de efectos prolongados.

II Ruedas con el balón de espuma

Objetivos: Activar los reflejos, físicamente al coger el balón y mentalmente al contestar a la pregunta. Mejorar la coordinación de movimiento y pensamiento al tiempo que trabajamos el aspecto cognitivo de los participantes.

Con la repetición constante de los nombres de cada participante y sin olvidarnos de darle a la actividad un marcado carácter lúdico, logramos también una notable dinamización social de todo el grupo.

Balón (II) Ruedas con el balón de espuma (esponja):

Para esta actividad solo necesitamos un balón de espuma de 18/20 cm. de diámetro (de venta en los establecimientos de material deportivo) y una entrenada habilidad por parte del monitor en dirigir el balón hacia cada uno de los participantes, SIEMPRE MEDIANTE UN BOTE EN EL SUELO, de forma que cada participante pueda coger el balón con sus manos, cuando después de botar en el suelo va a caerle sobre su regazo.

La primera vez que realicemos esta actividad, es conveniente dejar que los participantes toquen y tengan en sus manos el balón, para que comprueben su poco peso, su textura y su blandura. En definitiva que no le tengan miedo cuando se lo tiremos a cada uno de ellos mediante un bote en el suelo.

Colocaremos a los participantes en semi círculo, sentados en sus sillas. El primer ejercicio será para saludar. Con gracia y buen humor, iremos saludando a cada uno por su nombre (Buenos días señora María) al tiempo que le tiramos el balón. Y la “Sra. María” deberá devolvernos el balón, rebotándolo también contra el suelo, al tiempo que con voz

firme nos devuelve el saludo diciendo: “Buenos días (el nombre del monitor o terapeuta)”. Y así con cada uno de ellos.

Siguiendo con la misma dinámica, ahora cambiaremos el saludo por una pregunta: “Señora María, dígame el nombre de una flor”. Pregunta que deberá responder la “Sra. María” en el preciso momento en que nos devuelve el balón.

Las preguntas pueden ser ruedas de nombres de cosas previamente anunciadas para que puedan ir pensándose la respuesta: Flores, frutas, animales, ciudades, etc. O podemos añadirle el factor sorpresa preguntando a cada uno cosas diferentes, o variantes dentro del mismo tema, por ejemplo animales en general y luego a cada uno se le matiza: Animal de pluma, animal de pelo o animal de escamas....

Para terminar y con la excusa de mover la cintura, se le entrega a mano el balón al primero, y este tendrá que entregarlo al segundo diciéndole: “Muchas gracias Sra. María” y la “Sra. María” hará lo mismo con el siguiente y siempre nombrando al receptor por su nombre. Cuando se llega al final podemos repetir lo mismo en sentido contrario de forma que todos y cada uno, deberá recordar el nombre de quienes tiene a su lado. Como podéis ver la actividad admite múltiples variantes para no caer en la monotonía.

III Jugando con las palabras

Objetivos: Potenciar la memoria al tiempo que prevenir la aparición y desarrollo de trastornos de la misma. Favorecer el pensamiento y el razonamiento lógico.

Como todas las actividades realizadas en grupo, si queremos obtener de ellas los máximos beneficios “además de los objetivos propios de cada actividad, deberemos tener en cuenta tres cosas:

1. Colocar cada vez a los asistentes en lugares distintos, cambiándoles los compañeros de al lado en cada jornada.
2. Una vez sentados en el semicírculo, saludar a cada uno por su nombre con energía y buen humor y repetir su nombre cada vez que nos dirijamos a un participante en concreto.
3. No olvidar nunca que la actividad tiene que tener un marcado aspecto lúdico y esto implica entre otras cosas saber el momento justo en que es necesario cambiar de tema.

Aclarados estos consejos generales y válidos para toda actividad grupal, pasemos a la actividad de hoy.

El juego consiste en aportar, inicialmente una letra y pedir a cada uno, que digan palabras que empiecen con esta letra: Palabras que empiecen con la letra B (Baltasar, Bastón, Barítono, Baloncesto, Burro...

Podemos subir el listón si limitamos las respuestas: Cosas de comer que empiecen con la letra M (Manzana, membrillo, morcilla, mantequilla...

Si queremos complicarlo un poco más podemos pedir: Palabras que empiecen con las letras (silaba) CAN Canción, canica, cántaro, canario....

Cuando todo esto ya está dominado, podemos pedir palabras que empiecen con las dos letras con que termina la palabra dicha por el participante anterior: Camisa, sábado, domino, novedad, administrador, organizar, artículo.....

Para terminar podemos intentar que se numeren con sus nombres propios por orden alfabético o en su defecto que diga cada uno el nombre de los compañeros que tiene a su lado.

IV Jugando con las palabras II

Objetivos: Estimular la memoria, la comunicación verbal y la integración en el grupo. Prevenir la aparición y desarrollo de trastornos de la memoria. Favorecer el pensamiento y el razonamiento lógico.

El lenguaje es la expresión de un comportamiento colectivo. No es de extrañar pues que toda actividad grupal, que se realiza utilizando las palabras como vehículo, tenga un notable efecto positivo de dinamización sociocultural entre los componentes del grupo.

Para esta actividad, sentaremos a los participantes según las normas generales indicadas en las actividades anteriores y en semicírculo.

En esta ocasión el monitor o terapeuta, presentará una palabra “gancho” a la que cada participante contestara con otras palabras que estén relacionadas con ella, por ejemplo: invierno evoca, frío, abrigo, nieve, bufanda...

El responsable, aprovechará cada respuesta para ahondar en los recuerdos personales que nos inducen a relacionar una palabra con otras.

Otra variante será presentar palabras más abstracta, por ejemplo: “Tranquilidad”, ante la cual los mayores irán evocando sensaciones que les sugieren: Naturaleza, paz, dinero, salud...

Para terminar y acentuando la parte más lúdica de la actividad, pediremos a los participantes que cada uno diga una palabra agradable, que encaje con la persona que tiene a su lado.

V Activando la atención:

Objetivos: Fomentar la atención y la concentración. Potenciar la memoria, prevenir la aparición y desarrollo de trastornos cognitivos y fomentar la comunicación verbal.

Suele ser normal, que la mayoría de los asistentes a las actividades nos digan que su memoria ha disminuido mucho o que la han perdido. Pero esto es verídico solo parcialmente. Por ello, para los ejercicios siguientes, es recomendable recordarles primero, que cuando los mayores decimos que hemos perdido la memoria, en realidad lo que más hemos perdido es la atención y alertarlos de que con los siguientes ejercicios podremos comprobar como prestando atención a lo que se dice, tenemos muchas más posibilidades de recordarlo.

Para la actividad de hoy, tendremos de tener preparados algunos textos cortos que aparezcan en cada uno, fechas y datos en un número superior al de participantes. Suelen funcionar bien las biografías cortas de personajes famosos que les sean próximos a ellos: Franco, Charlot, Carrillo, Felipe Gonzáles, el Rey o la Reina.... o cuentos cortos populares, con una duración que su lectura no exceda los tres minutos.

Primer ejercicio: Después de pedirles que presten toda su atención en escuchar lo que se va a leer, especialmente los datos (Año de nacimiento o de boda, número de hijos,

nombres, etc.) que irán apareciendo, empezamos la lectura. Esta será lenta, bien pronunciada y remarcando cada uno de los datos factibles de ser recordado.

Cuando terminamos la lectura, empezaremos a preguntar cosas sobre lo leído.

Esto podemos hacerlo de dos maneras diferentes:

- Dirigiéndonos a cada uno con una pregunta concreta, sobre algo concreto: ¿dónde nació...? ¿Cómo se llamaba...?
- Pidiéndoles en general y a cada uno que diga algún dato que recuerden.

Segundo ejercicio: En este caso se sustituye la lectura, por la propia narración de cada uno de los asistentes. El protagonista tendrá de decirnos tantos datos de su vida, como compañeros estén en el grupo: Donde nació, año, nombre del marido, número de hijos, nombres, profesión, edad actual, etc.

Cuando termine, los demás deberán recordar cada uno, un mínimo de tres datos. Y pasamos a otro narrador.

VI Toca – toca:

Objetivos; Estimular el léxico y la memoria a través del tacto. Fomentar la atención y la concentración. Prevenir trastornos de memoria y fomentar la comunicación verbal.

Para esta actividad necesitaremos un número igual o mayor al número de participante, de objetos de pequeño y mediano tamaño (ejemplos): un encendedor, una grapadora, una pulsera, una llave de las antiguas, figuras de plástico, una caja de cerillas (vacía), en fin... cualquier objeto no mayor que nuestro puño puede servir siempre que no sea punzante, cortante o que se pueda romperse.

También necesitaremos una bolsa, mejor de tela, en la que podamos poner todos los objetos.

En la actividad de hoy, como insinúa su nombre, trabajaremos el tacto y la memoria inmediata relacionada con este sentido.

Para empezar, después del saludo y la charla, repartiremos un objeto a cada uno de los participantes, que como siempre estarán sentados en un sema-circulo.

Pediremos y explicaremos a cada uno de ellos, que toquen y palpén muy bien el objeto con el fin de memorizar su forma y su textura, ya que después los introduciremos todos en la bolsa y cada uno de ellos tendrá de encontrar dentro de la bolsa y SIN MIRAR, el objeto que ha tenido en sus manos.

Una vez tenga cada participante el objeto en las manos, (se repartirán teniendo en cuenta el grado de dificultad de identificación del objeto, con el grado de capacidad de cada participante) se les pedirá que mientras tocan y examinan el objeto entre sus manos, cada uno por turno, nos explique sus sensaciones: fino, rugoso, esférico, cuadrado, frío, etc. Y que recuerdos le trae en su cabeza el objeto que tiene entre sus manos.

Cuando todos y cada uno de los participantes terminen de darnos sus explicaciones, procederemos a recoger los objetos y uno a uno los iremos introduciendo en la bolsa.

Con todos los objetos dentro de la bolsa, los removemos con gran alarde para aumentar la dificultad de encontrarlos. Después depositaremos la bolsa en el regazo del primer participante, quien metiendo la mano en la bolsa y sin mirar dentro, irá palpando. Cuando crea que ya ha encontrado “su” objeto, lo sacará y mostrará a los demás, que lo obsequiarán con un aplauso.

Introduciremos de nuevo el objeto de la bolsa y entregándola al siguiente participante, repetiremos la misma acción, y así con cada uno de los asistentes.

Es conveniente que cada participante “logre” sacar su objeto, aún que para ello, tengamos que ofrecerle a más de uno, una disimulada ayuda.

Grupo B:

I Ejercicios respiratorios

Objetivos: Favorecer la coordinación de movimientos y el conocimiento del cuerpo. Mejorar la respiración, activando el diafragma y potenciando las musculaturas que intervienen en el proceso respiratorio. (Diafragma, músculos abdominales e intercostales).

Sentaremos a los participantes en un semi círculo, procurando como en todas las actividades, cambiarles la ubicación de cada uno (1).

Este es un ejercicio muy indicado para realizar al inicio de cualquier actividad (2) Consiste en dos formas variantes de realizar una respiración profunda:

Para la primera, pediremos a los participantes que coloquen sus manos sobre las costillas y les indicaremos que muy lentamente cojan aire por la nariz y noten como se van expansionando las costillas (caja torácica), mantengan unos segundos la respiración y seguidamente expulsen el aire suavemente por la boca... y descansen.

Para la segunda, pediremos que coloquen sus manos en el abdomen y al igual que la vez anterior, les indicaremos que muy lentamente cojan aire por la nariz y noten como se hincha el abdomen, mantengan la respiración unos segundos y apretando con las manos el abdomen, expulsen suavemente el aire por la boca y descansen.

Si vemos que tienen tendencia a solar el aire de golpe, suele dar buen resultado, indicarles que expulsen el aire suavemente emitiendo un pequeño silbido.

Estos ejercicios pueden repetirse diez veces cada uno, aun que es preferible alternar cinco veces cada uno para que resulten menos monótonos.

1. Es necesario romper la tendencia de los ancianos en sentarse siempre en los mismos lugares, para facilitar la sociabilidad del grupo.
2. mayor oxigenación que proporcionan estos ejercicios, suelen producir una estimulación general, muy válida para iniciar cualquier actividad.

II Ejercicios faciales o el juego de las muecas:

Esta actividad se realiza como todas, sentados en semi círculo los participante y en esta más que en cualquier otra debe reinar el buen humor. Para vencer la inhibición propia de los mayores a hacer según qué cosas, debe enfocarse el ejercicio como un juego donde el monitor les invita a imitarle los gestos que él hace con la cara.

Así pues predicando con el ejemplo, les pedirá que repitan los siguientes movimientos:

Elevar las ceja durante tres segundos y volver a la posición normal, repitiendo cinco veces y descansar.

Arrugar la frente tres segundos y relajarla. Repetirlo cinco veces y descansar

Hinchar los carrillos todo lo posible y mantenerlos tres segundos hinchados, soltar el aire y repetirlo cinco veces. Descansar.

Emitir un silbido (aunque no suene) durante cinco segundos, descansar y repetirlo cinco veces.

Arrugar la nariz, durante cinco segundos y descansar. Repetirlo cinco veces.

Abrir la boca al máximo, manteniéndola abierta tres segundos, descansar y repetirlo cinco veces.

Mover la boca a la derecha durante tres segundos y después a la izquierda, tres segundos más. Repetirlo cinco veces a cada lado y descansar.

Abrir al máximo los ojos durante tres segundos, luego cerrarlos fuerte tres segundos más y descansar.

Guiñar los ojos alternativamente, cinco veces con cada ojo.

Apretar los dientes durante cinco segundos, descansar y repetirlo cinco veces.

Podemos repetir toda la sesión otra vez. Si queremos hacerlo más divertido, dividimos el grupo en dos (Pares e impares) y de esta manera mientras unos hacen el ejercicio los otros contemplan las muecas con regocijo.

Estos ejercicios activan y potencian los músculos faciales, mejoran la circulación sanguínea de la zona y mejoran la coordinación de movimientos y la simetría corporal.

III Ejercicios de cabeza y cuello

Objetivos: Aumentar la movilidad y potenciar la musculatura del cuello. Mejorar el sentido del equilibrio, paliar la sensación de mareos y evitar caídas.

Esta actividad debe realizarse en una secuencia lenta, suave y progresiva, para evitar mareos.

Para trabajar con las personas mayores este tipo de ejercicios y considerando que muchos de ellos no habían realizado anteriormente ejercicios gimnásticos, es conveniente además de mostrarles los movimientos haciéndolos nosotros mismos, “bautizarlos” con sugerentes nombres para que en próximas sesiones, les resulte más y fácil de recordar. Así pues no les extrañe si en la descripción de los ejercicios se emplean expresiones menos técnicas y más llanas o “familiares”

Sentados en las sillas en semi círculo, les pediremos que para estos movimientos de cabeza y cuello, dejen de recostarse en sus asientos por un momento, echando sus “culos” hacia atrás y manteniendo la espalda recta, sin apoyarla en el respaldo.

Después de cada tanda de movimientos, tendremos de recordarles esta actitud de mantener la espalda recta.

- Primer movimiento: Con la cara levantada, mirando al frente, girar la cabeza hacia la derecha como si quisiéramos ver lo que hay detrás.. Mantenerla aquí tres segundos y volver la cabeza en su posición inicial. Hacer el mismo movimiento hacia la izquierda. Repetirlo cinco veces a cada lado y descansar. (Pueden reclinar su espalda).
- Segundo movimiento: Todo es exactamente como el anterior, pero ahora en vez de girar la cabeza, la inclinamos como si quisiéramos tocar el hombro con la oreja, pero sin levantar el hombro. Cinco veces a la derecha y cinco a la izquierda y descansar.
- Tercer movimiento: Sentados, el “culito” hacia atrás y la espalda recta, Giramos un poco la cabeza hacia la derecha y en esta posición, bajamos la barbilla hasta tocar la clavícula. Sin levantar la cabeza, giramos lentamente el cuello como si

quisiéramos ver el techo con el ojo izquierdo. Lentamente pero forzando el giro. Descansar y repetir lo mismo en el lado izquierdo y mirando hacia la derecha. Podemos hacerlo tres veces a cada lado.

IV Ejercicios de hombros

Objetivos: Aumentar/mantener la movilidad de la articulación escapular y potenciar la musculatura de los hombros y la parte troncal del cuerpo.

Al igual que en anteriores ejercicios, sentaremos a los participantes, colocando las sillas en semi-círculo.

- Primer ejercicio: “El saludo”. Primero estiramos el brazo derecho hacia adelante como si quisiéramos coger alguna cosa que está lejos. Después lentamente vamos levantado este brazo estirado hasta ponerlo vertical, una vez arriba saludamos con la mano abierta y girando la muñeca, (Como lo hace el Rey de España), durante tres segundos; después bajamos el brazo despacio y repetimos el mismo movimiento con el brazo izquierdo. Cinco veces con cada brazo.
- Segundo ejercicio: “A mí que”. Emulando el movimiento de hombros de cuando decimos “a mí que”, subimos los hombros y los mantenemos subidos durante tres segundos y los bajamos relajándolos. Repetimos el mismo movimiento seis veces, descansando diez segundos entre cada subida de hombros.
- Tercer ejercicio: Colocamos las manos detrás de la nuca y con suavidad llevamos los codos hacia atrás y después hacia delante, repitiendo este movimiento seis veces seguidas. Para quienes tengan dificultad en poner las manos detrás de la nuca, pueden ponerlas tapándose las orejas.

- Cuarto ejercicio: Con las manos tocándose los hombros, haremos círculos con los codos. Cinco veces girando hacia adentro y cinco girando hacia fuera.
- Quinto ejercicio: “Hombros seductores”. Colocaremos ambas manos sobre nuestro estomago con los dedos entrelazados. Con la espalda recta, iniciaremos un movimiento de rotación hacia delante con el hombro derecho cinco veces e invirtiendo el sentido de rotación rotaremos cinco veces más. Descansamos y repetiremos lo mismo con el hombro izquierdo.

En estos ejercicios, como en muchos otros, deberemos valorar las limitaciones de cada uno de los participantes.

V Ejercicios de manos y muñecas

Objetivos: Prevenir rigideces y bloqueos articulares en muñecas y dedos de las manos. Mantener y mejorar la coordinación de movimientos y aumentar la independencia funcional.

Sentados todos los participantes en un semicírculo, después de saludarlos y una breve charla, explicaremos en qué consisten los ejercicios y los objetivos que perseguimos.

- Primer ejercicio: No es tan fácil como parece, por ello lo realizaremos a modo de juego a la vez que despertando toda la atención. Colocamos la mano derecha sobre la rodilla derecha, con la palma hacia abajo y la mano izquierda sobre la rodilla izquierda, con la palma hacia arriba. A partir de esta posición contaremos uno, dos y tres: Y giraremos las dos manos al mismo tiempo (La derecha palma arriba y la izquierda palma abajo). Así sucesivamente diez o doce veces, rectificando cada vez a los que se equivocan.

- Segundo ejercicio: Con los antebrazos pegados al cuerpo, nos cogemos las manos entrelazando los dedos. Las manos deben quedar un poco por debajo de la barbilla. Sin mover los brazos, inclinamos las manos hacia la derecha primero y luego hacia la izquierda. Diez veces a cada lado.

Después de descansar, con los brazos y manos en la misma posición anterior; sin mover los brazos, giramos las manos hacia abajo y luego hacia el pecho, repitiendo el movimiento diez veces en cada sentido.

Por último y después de descansar, colocamos brazos y manos en la misma posición e imprimimos a las manos, girando las muñecas un sentido de rotación: derecha, abajo, izquierda y hacia el pecho. Hacemos diez giros hacia la derecha y diez hacia la izquierda.

- Tercer ejercicio: (Contar con los dedos) Mostrando las palmas de ambas manos y siguiendo la voz del terapeuta, tocaremos el pulpejo del dedo pulgar con el del dedo índice, luego el pulgar con el dedo corazón, luego el pulgar con el dedo anular y finalmente el pulgar con el dedo meñique. Y así vamos repitiendo, con ambas manos a la vez, mientras el terapeuta va diciendo en voz alta: Índice, corazón, anular y meñique.

Después de una docena de repeticiones, invertiremos el sentido ordenando con la voz: meñique, anular, corazón e índice. (A veces resulta conveniente remarcar los nombres de cada dedo. Podemos hacerlo explicando un motivo para cada nombre, en tono de humor: Meñique porque es el pequeño, anular porque ponemos el anillo, corazón porque está en el medio, índice porque es el que indicamos o señalamos y pulgar porque se utilizaba para matar pulgas).

- Cuarto ejercicio: Mostramos las manos con las palmas hacia abajo. Separamos los dedos entre si lo máximo posible durante tres segundos y cerramos el puño fuertemente durante diez segundos, para luego abrir la mano y relajarla. Repetimos cinco veces.

VI Ejercicios de los pies.

Objetivos: Prevenir rigideces y bloqueos articulares en los tobillos. Mejorar la coordinación y amplitud de movimientos. Aumentar la independencia funcional.

Quisiera aclarar aquí, que con los ejercicios de este Grupo, no se trata de suplantar el trabajo del fisioterapeuta. Aquí estos ejercicios los utilizamos como vehículo para mantener una actividad grupal, de dinamización social, en un ambiente predominantemente lúdico. Así pues, sentados los participantes en semá círculo, con los dos pies en el suelo, después del saludo y la charla inicial, empezaremos los siguientes ejercicios:

Primero: Levantaremos las puntas de los pies, sin levantar los tacones del suelo. Aguantaremos cinco segundos en esta posición y descansaremos los pies en el suelo para repetir el mismo ejercicio entre cinco y diez veces.

Segundo: Emulando el antiguo baile “con la punta y el tacón”, levantaremos sucesivamente el tacón (punta en el suelo) y la punta (tacón en el suelo). Con movimiento lento repetiremos la acción diez veces.

Tercero: Con los pies en el suelo, juntos, abriremos las puntas sin separar los tacones (imitando a Charlot) y cerraremos de nuevo las puntas. Repetimos el movimiento diez veces.

Cuarto: “Escondemos” la pierna izquierda debajo la silla y con la derecha sin levantarla del suelo, describimos un círculo, cuanto más grande mejor, rodando cinco veces hacia fuera y cinco veces hacia adentro. Descansamos y repetimos lo mismo con la pierna izquierda, “escondiendo” la derecha debajo de la silla.

La cuenta de las repeticiones, (una, dos, tres, cuatro, cinco...) la van a hacer en voz alta y de forma sucesiva, cada uno de los participantes. Una vez de menor a mayor y otra de mayor a menor, (...cinco, cuatro, tres, dos, una).

VII Ejercicios de piernas

Objetivos: Prevenir bloqueos articulares en las rodillas. Facilitar la movilidad de la articulación y mantener o mejorar la coordinación y amplitud de movimientos. Y también desinhibir la expresión oral, activar la concentración y la memoria.

Nos sentaremos en círculo o semicírculo y después de saludar por su nombre a cada uno de los participantes e interesarnos por su estado, mantendremos una pequeña charla de conversaciones distendidas e informales, intentando que participen todos los presentes, dominando a los más parlanchines e interrogando a los menos habladores. Es importante introducir alguna pincelada de humor, hasta lograr un ambiente relajado, agradable y con ciertos aires esperanzados.

A continuación explicaremos un poco lo que vamos a hacer y los objetivos que con ello perseguimos.

1º Ejercicio. Levantaremos la pierna derecha y la mantendremos estirada y lo más elevada posible, mientras un participante cuenta en voz alta del 10 hasta el 1. Llegado al uno, bajamos la pierna y repetimos lo mismo pero con la pierna izquierda. Ahora se

encargará de contar del 10 al 1, el siguiente participante y así vamos repitiendo hasta haber contado en voz alta todos los participantes o repetirlo al menos cinco veces con cada pierna.

2º Ejercicio. A este ejercicio lo llamamos “subir escaleras” y subiremos hasta el 3º piso en tramos de 10 peldaños y descansando en cada rellano. Vamos allá:

Levantamos la rodilla derecha hasta donde podamos, bajamos y levantamos la izquierda. Cada vez que levantamos una rodilla es un peldaño y todos juntos en voz alta contaremos del uno al diez. Llegado el diez descansaremos durante 30 segundos y así hasta el “tercer piso”.

3º Ejercicio. Es te ejercicio es muy parecido al primero, solo que ahora una vez estirada y levantada la pierna derecha, haremos girar el pie diez vueltas hacia la derecha y diez vueltas hacia la izquierda. Ahora lo que contaremos todos juntos en voz alta serán el número de vueltas. Después de descansar unos 30 segundos, repetiremos exactamente lo mismo pero con la pierna izquierda.

Grupo C:

I Taller de abalorios:

Para esta actividad, necesitaremos de una mesa grande o la posibilidad de juntar varias mesas de forma que podamos reunir el máximo de participantes alrededor de ella. De no ser posible reunirlos a todos en una sola mesa, lo haremos por grupos, homogéneos en sus capacidades manuales.

Iniciamos este grupo C de actividades con el “*taller de abalorios*” por ser de los más populares y porque con él podremos aclarar algunos errores que suelen cometerse muy a menudo, en este y otro tipo de talleres similares.

El taller en si, por si alguien no lo conoce, se trata de realizar collares, pulseras, pendientes o adornos, en un ejercicio de ensartar objetos en un cordón, cinta o goma.

Puede hacerse de libre creación de cada participante o a partir de la referencia de un modelo.

En mi experiencia profesional, he visto hacer este taller con todo tipo de materiales:

Botones, macarrones o cualquier objeto con agujero para ser ensartado. No me cabe ninguna duda que con este tipo de materiales también se consiguen los objetivos de motricidad manual, pero es fácil comprender que si utilizamos materiales como cuencas de vidrio, madera, metal, esmaltadas y de colores, hilos, enganches, cierres y tenazas, que se pueden conseguir en tiendas especializadas a precios irrisorios, el resultado serán objetos (pulseras, collares, etc.) de una calidad de acabado digna para ser regalada a sus nietas o familiares, con lo cual, además de mantener y aumentar la destreza manual y la coordinación visual-manual, también lograremos el aumento de la autoestima y con la sensación de sentirse útiles, también potenciaremos su concentración y creatividad.

En este tipo de actividades, hay que evitar caer en el ambiente de “*Guardería Infantil*”.

Solo lograremos una buena interrelación de trabajo en equipo y una buena dinamización social del grupo, si los que está, en mejor estado cognitivo pueden sentir “su trabajo” como una cosa importante.

II Taller de reciclaje:

Objetivos: Activar los mecanismos de aprendizaje, mejorar la coordinación visual y manual, potenciar la concentración y la creatividad. Aumentar la autoestima y la sensación ser útil. Promover la interrelación y trabajo en grupo.

La actividad se realizará sentados alrededor de una mesa grande y necesitaremos haber guardado con anterioridad una caja de guantes vacía para cada participante. Además, necesitaremos algunos rollos de papel higiénico, cola blanca y pinceles; esto será para el...

Primer día: Cada participante forrará su caja con papel higiénico, procediendo de la forma siguiente: se pinta de cola una parte de la caja y a continuación se le van pegando trozos de papel higiénico, procurando que estos trozos sobresalgan tanto por la parte de debajo de la caja como por la parte del agujero superior, para finalmente encolar, doblar y pegar las partes que sobresalen, hacia debajo y hacia dentro del agujero.

Terminada esta primera capa, repetiremos la misma operación pero esta vez procuraremos que al pegar el papel higiénico vaya formando arrugas desiguales. Por último pegaremos una tercera capa, arrugando el papel hasta conseguir una superficie extremadamente rugosa. Después tendremos de esperar que se seque.

Segundo día: Para este día necesitaremos, los pinceles, pintura acrílica, algunos trozos de esponja y un poco de purpurina dorada.

Una vez seco el forro rugoso de la caja, se pintará toda ella del color elegido y cuando esta pintura ya esté secándose (20 minutos), pasaremos un trocito de esponja untada con purpurina, rozando las partes más salientes de la superficie arrugada.

Si terminada esta tarea, nos quedan ganas de darle a la caja un toque de distinción, manualidad 001 podemos pegarle en forma de pequeño centro floral, algún detalle, con hojas secas, briznas de paja o florcillas artificiales, como hicimos en la que aparece en la foto.

La caja una vez terminada, se le pueden dar utilidades muy variadas que en nuestra experiencia van desde servilletero, hasta caja para guardar los tiques mensuales de la compra.

III El árbol navideño

Objetivos: Activar los mecanismos de aprendizaje, mejorar la coordinación visual y manual, potenciar la concentración y la creatividad. Aumentar la autoestima y la sensación ser útil. Promover la interrelación y trabajo en grupo.

Se trata de realizar un pequeño árbol de navidad, para ser utilizado como centro en las mesas del comedor. Para esta actividad sería bueno, reunir en cada mesa de trabajo a los mismos compañeros que se sientan en la mesa del comedor, de esta forma podrá trabajar juntos y realizar su propio árbol, aparte de hacer algún otro para las mesas de quienes no están con aptitudes de hacerse el propio.

Lo primero será sacar el patrón del abeto. Para ello cogeremos un folio de papel y lo doblamos por la mitad a lo largo. De esta forma solo tenemos de dibujar la mitad derecha o izquierda del abeto, luego lo recortamos y al abrirlo ya tenemos un abeto totalmente simétrico. Luego con la ayuda del patrón dibujaremos en una cartulina de color verde, dos abetos y con el mismo sistema y la ayuda de un CD, dibujamos un círculo que nos servirá de base.

Una vez dibujadas las tres figuras en la cartulina, procederemos a recortarlas. Después a uno de los abetos, practicaremos un corte vertical en el centro que vaya desde la punta superior hasta la mitad, y en el otro haremos el mismo corte pero desde el final árbol inferior del tronco hasta la mitad del abeto. Para montar el abeto, introduciremos la parte con el corte inferior dentro del corte superior de la otra parte, formando, visto desde arriba, una cruz.

Doblabamos el tronco un centímetro para poderlo pegar sobre la base circular y ya tendremos montado el abeto. A partir de aquí, la decoración del árbol navideño ya depende de los gustos personales de los participantes: Podemos poner una estrella culminando el árbol, podemos pegarle algodón si lo queremos nevado, bolitas de papel de colores, estrellitas o simular cajitas de regalos.

Grupo D

I El día de los santos:

Los días uno y dos de noviembre, se celebra la “Festividad de todos los Santos” o “Día de los Difuntos”. Fiestas de origen religioso con raíces otoñales que varía la forma de celebrarlas según países y culturas.

En Guatemala, donde también se llevan flores a los difuntos, las costumbres culinarias se centran en la elaboración de dulces o postres que varían según las regiones, abundando los “buñuelos de viento” y los más apreciados, los dulces confeccionados con mazapán (Pasta de almendra) como los “Huesos de Santo” La elaboración de los “dulces típicos sencillos de hacer”, nos brinda una fantástica actividad de motricidad manual, seguida de una espléndida fiesta para degustar el resultado de nuestro propio trabajo.

Para esta actividad podemos adaptar cualquier receta como ejemplo haremos “rellenitos” necesitamos: plátanos, azúcar, frijoles volteados, harina, canela en polvo

El día anterior a la actividad prepararemos la masa de plátano, de esta manera lograremos que no esté tan pegajosa para trabajarla el día siguiente: Cocer los plátanos con canela y machacarlos, agregar un poco de harina, mezclar con el azúcar, machacando con un tenedor hasta formar un puré, añadir la canela molida si hace falta, amasar bien y guardar en el frigorífico.

Sentados los participantes alrededor de la mesa, con un plato grande para cada uno, les pondremos guantes, apercibiéndolos de la necesidad de mantener unas estrictas normas de higiene. A continuación repartiremos la masa con la ayuda de una cucharada sopera, en pequeñas porciones del tamaño de una pequeña bolita, depositándolas en los platos.

En una primera fase, los participantes tendrán de convertir, (rodándola entre las palmas de las manos enguantadas), con los dedos les abrirán un agujero no muy profundo y les pondrán frijol volteado previamente endulzado, luego cerraran cada porción de masa convirtiéndola en una bola redonda que depositarán en una bandeja.

La segunda fase consiste en freír las bolitas y darles vuelta con una sartén o solo sumergirlas en una freidora. Aquí deberemos elegir a los participantes según sus posibilidades de motricidad, puesto que el grado de dificultad varía. A los más capacitados los pondremos a freír con supervisión. A otros, se les pondrá una cantidad de masa en el plato y ellos tendrán que formar la bola y meter frijol al medio; para los menos capacitados les pondremos azúcar para que les coloquen por encima a cada bola de plátano, apretándola un poco y aplanando ligeramente la bola.

En esta fase tendremos que estar alerta para ir recogiendo cada “rellenito”. Y Ponemos la mesa. Mientras se enfrían, y si, además, hemos preparado cafecito caliente y unas tostadas puedo asegurarles que la fiesta se convertirá para todos ellos, en una fiesta – merienda inolvidable. ¡Que aproveche!

II Fiestas Navideñas:

En estas fiestas de Navidad, Año Nuevo y Reyes, se nos presenta la oportunidad de organizar actividades en la Residencia encaminadas a conseguir la presencia y participación de los familiares.

Desde aquí es difícil señalar fechas concretas, pues esto dependerá de la zona en la que está ubicada la Residencia y las costumbres sociales y tradiciones populares del lugar. Es necesario respetar las fechas de compromisos y reuniones familiares, para conseguir un éxito de participación.

De mi experiencia profesional puedo aportar las siguientes ideas:

- Cantada de Villancicos.- Existen un buen número de villancicos tradicionales que conocen la mayoría de los residentes y que con unos días de “ensayos” podemos conseguir un nivel muy aceptable de recital. Es interesante imprimir un cancionero para cada participante con las letras en tamaño grande no solo para recordarlas, también para darle más oficialidad a la “coral”. (Siempre podemos reforzarlo con las voces de algunas auxiliares).
- Recital de Poesías Navideñas.- Se trata de organizar una fiesta donde la participación de los nietos de los residentes, tome el protagonismo. Ellos deberán recitar para sus abuelo/a y sus compañeros, una poesía navideña, También pueden

replicar los mismos residentes con alguna poesía de antaño y terminar todos juntos con algún villancico.

- Papa Noel o los Reyes Magos. Aquí necesitaremos de alguien que se disfrace de alguno de los personajes para repartir los regalos a cada participante, después de que hayan dicho cada uno, tres cosas buenas hechas durante el año.

Como es lógico suponer cada una de estas actividades debe terminarse con una festiva degustación de los dulces o pastas típicas de estas fechas para compartir con los familiares invitados.

Por descontado con anterioridad habremos decorado el salón con la decoración propia de navidades que de ser posible, habremos fabricado con los propios residentes. A ellos les encantará mostrar sus trabajos a los invitados.

Referencias:

Extraído de:

Meléndez, A. (2000). *Actividades físicas para mayores: las razones para hacer ejercicio*.

Ed.Gymno.

Adaptaciones para Guatemaltecos realizados para propósito de tesis por:

C. Castillo & A. Rodríguez (2019). *Estudio comparativo en el adulto mayor que asiste y no asiste a los programas recreativos/ocupacionales de la Municipalidad de Guatemala y su relación con los niveles de depresión*. (Tesis de grado), Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.