

Claudia Alicia Vigil Pérez

2017 “Eficacia de una intervención ocupacional versus la tradicional en síntomas de depresión en adultos mayores”



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería

“Eficacia de una intervención ocupacional versus la tradicional en síntomas de depresión en adultos mayores”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestría en Ciencias de Enfermería

Presenta

Claudia Alicia Vigil Pérez

Minatitlán, Ver a Enero 2017



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Ciencias de Enfermería

“Eficacia de una intervención ocupacional versus la tradicional en síntomas de depresión en adultos mayores”

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado
Maestría en Ciencias de Enfermería

Presenta:

Claudia Alicia Vigil Pérez

Dirigido por:

Dr. Leoncio Miguel Rodríguez Guzmán

SINODALES

Dr. Leoncio Miguel Rodríguez Guzmán
Presidente

Firma

Dra. Aurora Zamora Mendoza
Secretario

Firma

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón
Vocal

Firma

Dra. María Antonieta Mendoza Ayala
Suplente

Firma

M. en C. María del Carmen García de Jesús
Suplente

Firma

MCE.MA. GUADALUPE PEREA ORTIZ
Director de la Facultad

DRA.MA.GUADALUPE FLAVIA LOARCA PIÑA
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Enero 2017
México

RESUMEN

Los problemas de salud mental en los adultos mayores están asociados a depresión, medicalización y automedicación. Una de las propuestas para mejorar la condición de estos pacientes son las terapias ocupacionales. **Objetivo:** Determinar la eficacia de una Intervención de Terapia Ocupacional basada en el Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner para la disminución de síntomas de depresión en adultos mayores de una Unidad Médica Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de Coahuila de Coahuila, Veracruz. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio cuasi-experimental en pacientes adultos mayores de 60 y más que tuvieran algún grado de depresión identificada con la escala de Yesavage y Brink, quienes fueron seleccionados al azar en la Consulta Externa de un Hospital de segundo nivel de atención. La muestra estuvo compuesta en quienes cumplieron criterios de inclusión y se conformó un grupo a quienes se aplicó la escala de Yesavage y Brink pre-test y pos-test. La intervención fue de tipo volitivo y se evaluó con el cumplimiento de más del 80% de sus actividades planeadas en el cronograma de actividades de trabajo. **Resultados:** De la muestra evaluada (n =24) pacientes se eliminaron 3 sujetos del grupo experimental por no cumplir con todas sus actividades. La edad promedio de los adultos mayores fue de 69 ± 7 años. La mayor proporción de la muestra estuvo conformada por Mujeres (57%). El 61.90 % de los adultos mayores padecían una enfermedad crónica (diabetes e hipertensión) de más de 10 años de evolución. La medición de la depresión en los adultos mayores antes de la estrategia mostró que hubo una alta proporción de depresión leve-moderada (85.71%). La medición de depresión en adultos mayores después de la intervención evidenció que el 90.47% ya no presentaba datos de depresión. **Conclusiones:** La terapia ocupacional tiene buena aceptación en los adultos mayores y es un coadyuvante en el tratamiento de la depresión de los mismos, ya que proporciona un sentimiento de utilidad por medio de la ocupación y la actividad volitiva lo cual contribuye a mejorar su salud y sentido de vida. (Palabras clave: Depresión, Adulto mayor, Modelo de Ocupación Humana)

SUMMARY

Mental health problems in the elderly are associated with depression, medicalization and self-medication. One of the proposals to improve the condition of these patients are occupational therapies. **Objective:** To determine the effectiveness of an Occupational Therapy Intervention based on the Kielhofner Human Occupation Model for the reduction of symptoms of depression in older adults of a Family Medical Unit of the Mexican Social Security Institute of Coatzacoalcos, Veracruz. **Material and Methods:** A quasi-experimental study was conducted in patients over 60 years of age and older who had some degree of depression identified with the Yesavage and Brink scale, who were randomly selected at the Outpatient Clinic of a second level Hospital of Attention. The sample consisted of those who fulfilled inclusion criteria and a group was formed to whom the scale of Yesavage and Brink pre-test and post-test were applied. The intervention was of volitional type and was evaluated with the fulfillment of more than 80% of its activities planned in the schedule of work activities. **Results:** Of the sample evaluated (n = 24), 3 subjects were eliminated from the experimental group because they did not comply with all their activities. The mean age of the elderly was 69 ± 7 years. The highest proportion of samples was made up of women (57%). 61.90% of the elderly had a chronic disease (diabetes and hypertension) of more than 10 years of evolution. Measuring depression in older adults prior to the strategy showed that there was a high proportion of mild-moderate depression (85.71%). The measurement of depression in older adults after the intervention showed that 90.47% no longer presented data of depression.

Conclusions: Occupational therapy has a good acceptance in the elderly and is an adjunct in the treatment of depression, as it provides a sense of usefulness through occupation and volitional activity which contributes to improve their health and sense of lifetime.

(Key words: Depression, Older Adult, Model of Human Occupation)

DEDICATORIAS

A mi familia, por el tiempo que les he restado durante mi preparación profesional, a mis hijos, por creer siempre en mí y apoyarme incondicionalmente en cada paso que doy y ser el motor que me impulsa a seguir adelante.

A mis amigas y compañeras de trabajo por impulsarme a concluir este proyecto y seguir creciendo profesionalmente y estar conmigo en cada acierto y desacierto de mis metas.

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros y asesores por su paciencia, apoyo y contribución a mi crecimiento personal y profesional.

A las autoridades institucionales por su apoyo y facilidades para la cristalización de este proyecto y por supuesto a los pacientes que participaron activamente durante la ejecución del mismo.

INDICE

	Pág
1.-INTRODUCCION	8
1.1. Planteamiento del problema	10
1.2.Importancia del estudio	14
2.-OBJETIVOS	16
2.1 Revisión de literatura	16
2.2.Objetivo General	26
2.3.Objetivo específicos	26
2.4 Variables	27
2.5.Definición conceptual de las variables	27
2.6.Hipótesis	30
3. METODOLOGÍA	31
3.1.Tipo y diseño de estudio	31
3.2.Universo y muestra	33
3.3.Criterios de selección	33
3.4.Consideraciones éticas del estudio	34
3.5.Instrumentos de medición	36
Escala de depresión geriátrica de Yesavage y Brink	36
Cuestionario Volitivo adaptado al Modelo de Ocupación Humana	37
3.6.Programa de Intervención de la Terapia Ocupacional Volitiva	38
3.7.Plan de análisis	42
3.8.Procedimientos de la Recolección de datos	42
4.RESULTADOS Y DISCUSIÓN	44
4.1.Características sociodemográficas y de salud del adulto mayor	44
4.2.Evaluación de la depresión en adultos mayores antes de la estrategia de intervención	48
4.3 Evaluación de la depresión en adultos mayores posterior a la estrategia de intervención	48
5.-CONCLUSIONES	52
6.-REFERENCIAS	54
7.-APENDICE	58

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Descripción de las variables e indicador empírico de medición.	29
Tabla 2. Descripción de las actividades a iniciar por los adultos mayores.	39
Tabla 3. Descripción de las actividades elegidas por los adultos mayores durante seis semanas.	41
Tabla 4. Escolaridad de los adultos mayores por sexo.	45
Tabla 5. Proveedor principal de los adultos mayores.	45
Tabla 6. Enfermedades crónicas presente en los adultos mayores.	46
Tabla 7. Actividades de autocuidado del diario vivir que requiere apoyo en el adulto mayor.	46
Tabla 8. Actividades recreativas realizadas por el adulto mayor.	47
Tabla 9. Evaluación de depresión antes de la estrategia.	48
Tabla 10. Evaluación de depresión posterior a la estrategia.	48
Tabla 11. Diferencia de medias entre la depresión pre-prueba y post-prueba	49

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Diagrama del diseño cuasi-experimental	32
Figura 2. Distribución porcentual por sexo de la población adulto mayor	44
Figura 3. Distribución porcentual por estado civil	44

1.-INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS).”La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, la cual puede llegar a ser crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela así como en la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional”.(Torres & Paulina, 2015).

Desde el enfoque individual y bio-psico-social hay varias manifestaciones de envejecimiento. En términos salud-enfermedad, en esta etapa aparecen el deterioro físico y daños crónicos-degenerativos, intelectualmente hay respuestas retardadas, pero se sigue aprendiendo, la declinación varía en forma diferente en cada sistema y aparato. Aparecen problemas de salud mental, como la depresión y demencia. Las cuales cobran mayor importancia debido a los años de vida saludable perdidos. Una de las propuestas para mejorar dicha condición de salud mental en estos pacientes son las terapias ocupacionales, que utilizan los beneficios de una actividad, además de prevenir , restaurar y desarrollar el estado físico, mental y social del adulto mayor con el propósito de ayudar a adaptarse y funcionar efectivamente en su entorno físico y social.

La presente investigación abordó el problema de la depresión en el adulto mayor y la importancia de la Terapia Ocupacional. Describe el crecimiento de la población de adultos mayores a nivel internacional y nacional, y la prevalencia de depresión con los factores de riesgo y protectores. Con base a estos datos se presenta el planteamiento del problema, la importancia del estudio para la práctica de enfermería, los objetivos del estudio, las variables y definición conceptual-operacional y las hipótesis. Se fundamenta el estudio en base a la revisión empírica de estudios relacionados que han indagado el impacto de programas de intervención Ocupacional en la depresión del adulto mayor y se plantea la

importancia teórica del Modelo de la Ocupación Humana de Kielhoner como marco teórico de la investigación. La investigación abordó el problema a través del diseño cuasi-experimental con un solo grupo con pre-test y pos-test, apegándose a las consideraciones éticas de la Ley General de Salud en Materia de Investigación. La intervención de la Terapia Ocupacional se diseñó con base al marco teórico. Los resultados se presentan en tres apartados; Características sociodemográficas y de salud del adulto mayor, Evaluación de depresión en adultos mayores antes de la estrategia y Evaluación de depresión en adultos mayores posterior a la estrategia. Por último se analizan los resultados con la literatura empírica científica y se presentan las conclusiones y sugerencias del estudio.

1.1. Planteamiento del problema

El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA por sus siglas en inglés) señala que la mayor parte de la población mundial (82.2%) se concentra en las poblaciones menos desarrolladas. Por otra parte la disminución de la fecundidad en la mayor parte del mundo combinada con el aumento de la esperanza de vida da un proceso de envejecimiento que acelera la proporción de adultos mayores y disminuye la población infantil. Por lo tanto la existencia una población de 60 años y más será un grupo que crecerá entre el año 2011 al 2050 en una proporción 2.44 %, siendo los países africanos (3.37%), Latinoamericanos (2.89%) y Asiáticos (2.74%), los que mantendrán un crecimiento por encima de este nivel; en tanto que la población de 0 a 14 años será el segmento de la población que menos crecerá (0.08%). (Crossette, 2011).

Al igual que en las tendencias observadas a nivel mundial, México tuvo un crecimiento en la década de 1990 al 2010 de población de 60 años y más en una proporción de 3.08% a 3.52% y en las próximas dos décadas (2010-2030) este grupo crecerá en un 4.01% a diferencia de la población infantil y joven que mostrará una tasa de crecimiento negativo de -0.96% y -0.8%, respectivamente. (INEGI, 2011).

Estos cambios demográficos en la población adulta mayor de 60 años y más representan grandes necesidades desde el punto de vista económico, social y de salud. En la salud, la repercusión radica en que los ancianos son los mayores consumidores de estos servicios, representando grandes gastos a la seguridad social. De la misma manera el proceso del envejecimiento genera la pérdida de la reserva funcional, transforma la situación de salud individual impactando en la estructura y dinámica familiar, lo que lleva a identificar que el adulto mayor se considere “frágil”, esta condición de fragilidad lo coloca en una situación de riesgo a desarrollar, empeorar o perpetuar efectos adversos para su salud, conduciendo a un riesgo de evolucionar hacia la discapacidad y dependencia. (Alonso Galbán, Sansó Soberats, Díaz-Canel Navarro, Carrasco García, & Oliva, 2007).

Uno de los problemas de salud que enfrenta el adulto mayor es la conexión que existe entre la decadencia física y el bienestar emocional. En un

estudio realizado en población japonesa de adultos mayores se encontró que de 1888 sujetos de 2698 candidatos (70.0%). La prevalencia de episodios depresivos y factores Coexistentes de deterioro cognitivo leve (MCI) entre las personas mayores se presentaron en 4.5% (IC del 95%, 3.4-6.0) y 11.5% (IC del 95%, 4.2-28.0), respectivamente del total de la muestra. Este fue más frecuente en los sujetos con depresión (26.2%) que en los de humor normal (17.9%). Aunque no se reveló ningún perfil prototípico de disfunción cognitiva, el MCI múltiple fue más prevalente en sujetos con depresión (12.2%) que los sujetos con estado de ánimo normal (3.8%). Por el contrario, los sujetos con MCI (26.3%) tenían más probabilidades de desarrollar depresión en comparación con aquellos con función cognitiva normal (18.0%). (Hidaka et al., 2012).

En otro estudio realizado en población mexicana de 60 a 90 años de edad de un Municipio de la Ciudad de México se encontró datos de depresión con una prevalencia del 76%. Para esta población la asistencia o no asistencia a clubes no fue determinante para evitar la presencia de depresión, pero el estado civil y vivir con los hijos fue significativo para los datos depresivos, donde el estar soltero, sin pareja y vivir con los hijos fue determinante.(Hernández, Guadarrama, & Mendoza, 2012).

De un tamizaje realizado en 94 adultos mayores del Estado de Veracruz Sur, México, que esperaban la atención médica familiar en la consulta externa de un hospital de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro social, detectó que el 28% de estos presentaban depresión leve a moderada y el 2.1% depresión severa. (Vigil Pérez, 2009).

Los factores de riesgo que llevan a la depresión al adulto mayor pueden ser diversos. En estudios realizados en adultos mayores de nacionalidad China se encontró que, en la población urbana la depresión estaba asociada al estado socioeconómico bajo, problemas de salud física, baja actividad física de la vida diaria .En el área rural la depresión se asoció con el sentirse viejo, bajo estado socioeconómico y baja actividad física. El Centro de Estudios Epidemiológicos Escala de Depresión (CES-D) se utilizó como la herramienta de medición de los síntomas depresivos. La prevalencia de síntomas depresivos auto administrados

(CES-D \geq 16) en la población total del estudio fue de 39.86% (pre-edad: 3.95%, jóvenes: 39.84%, ancianos: 39.65%, mayores: 45.19 %); CES-D está puntuación fue significativamente mayor en el grupo de edad más antigua que en los tres grupos más jóvenes. El análisis de regresión múltiple indicó que la edad misma no era un predictor efectivo para los síntomas depresivos, mientras que el apoyo familiar y el estado de salud explicaban la mayor parte de la variación. El apoyo familiar y el estado de salud fueron los factores protectores más significativos para la depresión en adultos mayores chinos. (Li et al., 2011; Yu, Li, Cuijpers, Wu, & Wu, 2012) .

Aunque estas son variables importantes asociadas a la depresión, se ha encontrado que el apoyo familiar es el principal predictor para la alta prevalencia de depresión en adultos mayores chinos. (Yu et al., 2012).

Por otra parte, la literatura señala que existen factores protectores que disminuyen la presencia de problemas emocionales en el adulto mayor. Un estudio con abordaje cualitativo efectuado en la Universidad de Long Beach en el estado de California encontró que el 58% de los adultos mayores reconoce que su bienestar emocional está vinculado a su decadencia física, pero hacen mención que la espiritualidad, la aceptación, el optimismo y la actividad contribuye al bienestar emocional positivo. (Leff, 2011).

En una revisión científica realizada por Diener E; Chan M. (2011) evidencian que la presencia de bienestar emocional en el adulto mayor (satisfacción en la vida, ausencia de emociones negativas, emociones positivas y optimismo) contribuye a la longevidad y a la salud. (Diener & Chan, 2011).

Por otra parte se han identificado otros factores protectores que benefician la salud longeva. De un estudio realizado en población de 50 a 65 años empleada en Escocia donde preguntaban qué actividades realizaban para mantener el cerebro activo señalaron actividades lúdicas como: juegos de rompecabezas, lectura, escritura, juegos con instrumentos musicales, uso de computadoras, las cuales referían ser eficaces en el entrenamiento cerebral y en la prevención de demencia senil. De 402 respuestas recibidas de esta encuesta aplicada en línea. La prevención de la demencia fue un factor de motivación para

el 21% de los encuestados. Más mujeres y más de los que viven solos reportaron esta motivación. (Bowes, McCabe, Wilson, & Craig, 2012).

La depresión es un fenómeno complejo en el que se conjugan diversos factores para su desarrollo y mantenimiento, uno de ellos puede ser la propia edad y lo que implica, no como última etapa de la vida, sino como una etapa en que las pérdidas constantes toman fuerza, dejando desprotegido al anciano. Por ejemplo, el pensamiento negativo del anciano puede ocurrir por el hecho de no asumir ya la jefatura familiar debido a que constantemente pueden ser los hijos los que ahora toman las decisiones, además la dependencia de estar al cuidado de otros, lo hace sentir impotente e inútil para realizar actividades que antes realizaba sin mayor problema. Por ende, se sugiere conducir nuevos estudios de programas de atención psicosocial para los ancianos que atiendan las necesidades de ellos y puedan enfocar y re direccionar el trabajo profesional del personal de salud, que permita cambiar en el anciano la visión de inutilidad y soledad. (Hernández et al., 2012).

Por antes expuesto la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del Programa de Envejecimiento y Salud promueve la importancia de implementar programas con actividades para incrementar la salud y el bienestar en las personas adultas mayores .(Organization, 1996).

En este sentido, la alta prevalencia de problemas depresivos en el adulto mayor, relacionado a diversos factores presentes en su vida, fundamenta la necesidad de establecer programas dirigidos a esta población que impacten en su bienestar físico y mental.

Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la eficacia de una Intervención de Terapia Ocupacional basada en el Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner para la disminución de síntomas de depresión en adultos mayores de una Unidad Médica Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de Coatzacoalcos, Veracruz?

1.2. Importancia del estudio

La práctica de la enfermería puede jugar un rol invaluable en la evaluación, detección y manejo de depresión en diversos escenarios debido a la alta necesidad de establecer relaciones de cuidado con pacientes con estos problemas de salud. Es necesario el desarrollo de programas de educación holística para que enfermería en su práctica profesional maneje la depresión en el anciano, y pueda conducir una mejor calidad de atención con resultados positivos en este tipo de pacientes. La educación es un componente crucial en el manejo de depresión en adultos mayores, capacitar a los adultos a través de la adquisición de habilidades de autocuidado es una responsabilidad directa de la enfermería holística. (Delaney & Johnson, 2014).

En este sentido se sugiere la necesidad de mejorar la eficacia de intervenciones educativas específicas de enfermería tales como prevención de caídas, mal uso de medicación, deterioro cognitivo y auditivo, intervenciones nutricionales y otras, en programas que muestren la eficacia en la modificación de riesgos de la declinación funcional en el adulto mayor. (Herbert, Robichaud, Roy, Bravo, & L, 2001).

La implementación de programas preventivos puede reducir los síntomas depresivos en el adulto mayor hasta un 11%, cuando se elige implementar programas principalmente dirigidos a los factores de riesgo y de protección, además de aquellos que se enfocan a síntomas depresivos que pueden llevar a mejorar estos síntomas y otros desordenes. Los cuidadores de la salud mental y de la salud deben estar informados y proveer con previo entrenamiento intervenciones para reducir y prevenir síntomas depresivos en población senil. (Jané-Llopis, Hosman, Jenkins, & Anderson, 2003).

Por ello en la actualidad la gerontología cada vez se enfatiza en la evaluación como precursora del tratamiento de la depresión. Esta evaluación consiste en ayudarles a conservar su actividad, independencia y estabilidad psicológica. Por otra parte, la declinación funcional en los ancianos puede ser lenta y progresiva y es posible que sea tan sutil, que los miembros de la familia y los médicos no detecten lo que está sucediendo, ya que muchos pacientes

aceptan con demasiada facilidad y como un estado normalidad las limitaciones físicas y psicológicas que acompañan el proceso de envejecimiento.

El personal de la salud debe ser capaz de obtener información suficiente para identificar y aminorar muchas de las afecciones que causan deterioro en este grupo de edad, entre la cual tenemos la depresión, que día a día cobra mayor importancia, por lo que el diagnóstico adecuado y oportuno permitirá brindar un manejo integral que incluya psicoterapia y tratamiento médico para coadyuvar de manera significativa la calidad de vida y pronóstico de estas personas.

En México la población adulta mayor se ha convertido una prioridad en el sector salud. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) plantea el Proyecto de Viabilidad y Factibilidad Técnica para el Diseño del Plan Gerontológico Institucional 2006-2025, por que a mediados del siglo XXI habrá más de 36 millones de adultos mayores; por tanto, México será una sociedad envejecida, donde los adultos mayores de 70 y más superaran al grupo de adultos mayores de 60 a 69 años alrededor del año 2040. Este programa tiene como objetivo lograr un envejecimiento saludable, envejecimiento activo y envejecimiento en casa. Sin embargo, es un programa que está centralizado en la ciudad de México y no se ha aplicado en el resto del país. Entre las causas de esta limitante es la falta de personal capacitado en el área gerontológica y estructura física en las unidades de salud de primer nivel ("El Plan Gerontológico Institucional 2006-2025, aprobado por el Consejo Técnico mediante acuerdo 58/2006 del 22 de febrero de 2006," 2006).

No obstante, enfermería puede iniciar realizando un diagnóstico de salud del adulto mayor, para la aplicación de intervenciones preventivas individuales y grupales encaminadas a mantener la funcionalidad física y salud mental del adulto mayor a través de programas específicos de enfermería.

2. OBJETIVOS

2.1 REVISIÓN DE LITERATURA EMPÍRICA DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN OCUPACIONAL EN LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR.

Moruno, P. (2009), define a la terapia ocupacional como la “Praxis que aplica o utiliza la ocupación como agente, entidad o medio terapéutico, con el propósito de preservar, promover, mantener, restablecer y mejorar la salud o aliviar una situación penosa que afecta al bienestar del individuo”.

Romero, A. (2009) a este respecto nos dice lo siguiente: “La esencia de la Terapia Ocupacional descansa en el análisis y evaluación del impacto de la disfunción en la ocupación y en el uso de esta ocupación (rol, tarea, actividad), como “herramienta” legítima para evaluar, facilitar, restaurar y mantener la función”.

La Terapia Ocupacional contempla la ocupación como un fin en sí, y como un medio de tratamiento, a través del cual se pretende asistir al individuo en sus necesidades funcionales.

Forsman K., Nordmyr J., Wahlbeck K. (2011), a través de la revisión sistemática de la literatura (meta-análisis) de 69 ensayos controlados los cuales se dividieron en ejercicios físicos, entrenamiento de habilidades, reminiscencias, actividades sociales, apoyo grupal e intervenciones multicomponentes. En general, las intervenciones psicosociales tuvieron un efecto positivo sobre la calidad de vida y la salud mental positiva. Las intervenciones agrupadas también tuvieron un efecto estadísticamente significativo en la reducción de los síntomas depresivos. Las actividades sociales mejoraron significativamente la salud mental positiva, la satisfacción con la vida y la calidad de vida y los síntomas depresivos reducidos. Sobre la base de los resultados de este estudio, la duración de las intervenciones es importante, ya que las intervenciones de duración > 3 meses mostraron efectos más positivos en comparación con intervenciones más cortas. Se deben considerar actividades sociales significativas, adaptadas a las capacidades y preferencias del individuo mayor, con el fin de mejorar la salud mental de las personas mayores. (Forsman, Nordmyr, & Wahlbeck, 2011).

Cabrera P., et al. (2011) Realizaron una intervención educativa en adultos mayores que asistían al Centro de Atención del Adulto Mayor, en Ocotlán, Jalisco; en población con escolaridad mínima de cero y máxima de seis años de primaria, sin deterioro cognitivo el cual fue evaluado con el Mini-Examen del Estado Mental de Folstein (MMSE) (Folstein, Folstein y McHugh, 1975), y sin síntomas o signos de depresión de acuerdo con la Escala Geriátrica de Depresión (GDS) de Yesavage (Yesavage et al., 1983), que no tuvieran alteraciones sensoriales importantes como (audición, visión y no usaran aparato auditivo o lentes adaptados) y que desearan participar, el diseño del estudio fue cuasi-experimental, se realizaron mediciones antes y después de la intervención en 25 personas de 65 años o más, distribuidas equitativamente en dos grupos, a partir de sujetos que participaron en una asamblea, que manifestaron su interés y reunieron los criterios de inclusión para ambos grupos. Reportando que la intervención educativa con actividades de esparcimiento a través de juegos, tiene efecto favorable en la memoria operativa de trabajo y salud mental del adulto mayor. (Cabrera, 2011).

Raglio A, et al. (2012) a través de una revisión sistemática del año 2000 al 2012 sobre artículos de ensayos controlados aleatorios, ensayos casos-control y estudios pilotos, publicados en las bases de datos Cochrane, centrados en la comparación de la musicoterapia como tratamiento no farmacológico en las personas mayores de 65 años con demencia moderada, depresión, ansiedad, frente a su tratamiento terapéutico-ocupacional habitual, dichos estudios tenían como periodo mínimo de 8 semanas de intervención, concluyendo que la musicoterapia es eficaz en la reducción de los síntomas depresivos de los pacientes adultos mayores. (Raglio et al., 2012).

Wang J., Wang H., Zhang D. (2011) a través de la aplicación de un programa de intervención de musicoterapia, reportan su efectividad en la reducción significativa de la depresión. (Jinliang, Haizhen, & Dajun, 2011).

Morgan K, O'Farrell J, Doyle F, McGee H. (2011) investigaron las asociaciones entre los niveles de actividad física y los síntomas depresivos básicos en los adultos irlandeses de 50 años o más., utilizando datos de la Encuesta de Estilos de Vida, Actitudes y Nutrición (SLÁN) 2007, una encuesta

nacional de individuos que viven en la República de Irlanda (n = 4.255 adultos de 50 años o más) y la Encuesta de Salud y Bienestar Social de Irlanda del Norte (NIHSWS), 2005-2006, una encuesta de individuos que viven en Irlanda del Norte (n = 1.904 adultos mayores de 50 años). Se midió el estado de ánimo depresivo y anhedonia (dos síntomas depresivos básicos según criterios diagnósticos (DSM IV) utilizando elementos de las encuestas.

Los patrones de actividad física se categorizaron utilizando el Short Form de International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) (Craig et al., 2003). También se consideraron los factores demográficos (edad, sexo y clase social), el tabaquismo y el uso de los servicios de salud. Un poco más del 5% (5,4%) de los participantes del SLÁN 2007 y el 11,1% de los participantes del NIHSWS 2005-2006 habían experimentado un estado de ánimo depresivo y una anhedonia en el pasado reciente.

En la muestra general esto fue 7.2% de los participantes. En general, el 45% de los participantes reportaron ser moderadamente activos físicamente, pero el 36.6% de los participantes reportaron actividad en niveles bajos (SLÁN 2007: 35,6% y NIHSWS 2005-2006: 38,8%). Para la muestra global, los síntomas depresivos se asociaron negativamente con el ser masculino, siendo mayores y altos niveles de actividad física. Los síntomas depresivos se asociaron significativamente y positivamente con el hecho de ser separados / divorciados o viudos, y las clases sociales 3-6. En general, las personas mayores de 50 años que se dedicaban a niveles moderados a altos de actividad física tenían una reducción del 50-56% en las probabilidades de tener síntomas depresivos elevados. El aumento de los niveles de actividad física entre los adultos mayores de 50 años tiene el potencial de mejorar la salud mental. (Debra & Lyn, 1990).

Hallford D. Mellor D. (2013). Realizaron un estudio piloto basado en la psicología positiva, en 67 adultos mayores voluntarios usuarios de dos centros para mayores de la Comunidad de Madrid que respondieron a la invitación para participar en el estudio. La muestra fue (77% de mujeres y 23% de varones), con un rango de edad de 60 a 89 años. La media de edad fue de 69.3 años \pm DT = 6.5). Los criterios de exclusión fueron tener deterioro cognitivo, diagnóstico de trastorno de depresión o ansiedad o estar recibiendo atención

psicológica.se utilizo el Cuestionario sociodemográfico *ad hoc* y Escala de experiencias positivas y negativas ,versión española . La intervención fue de tipo psicoeducativo y constó de nueve sesiones de 1.5 h de duración realizadas con una frecuencia semanal. Las sesiones, en formato grupal, se realizaban en los centros para mayores y eran dirigidas por dos psicólogas, con 8 a 10 participantes por grupo. Los contenidos del programa incluyeron, en la primera sesión, una presentación del concepto de bienestar emocional, el envejecimiento con éxito y sentirse bien durante el envejecimiento, seguido de dos sesiones (segunda y tercera sesión) orientadas al conocimiento de las fortalezas de carácter y práctica para su desarrollo, haciendo énfasis en las conductas prosociales.

Se trabajaron principalmente la gratitud, la perseverancia, el sentido del humor, el perdón, el coraje y el altruismo. La cuarta sesión estuvo dedicada a la comprensión e identificación de emociones, así como a la relación entre pensamiento y emoción. La quinta sesión se dedicó a la potenciación de las emociones positivas y a la relación entre estas y el bienestar y la salud. La sexta sesión se centró en la regulación emocional, así como al afrontamiento de adversidades y la aceptación. En la séptima sesión se trabajaron aspectos cognitivos del bienestar emocional, incluyendo cómo mantener una visión positiva y la interpretación de la ambigüedad. La octava sesión tuvo como objetivo la importancia de los proyectos personales y el sentido de propósito de la vida en el bienestar emocional. La última sesión se dedicó a la revisión de los contenidos de las sesiones previas, con el fin de que los participantes consolidaran su compromiso con el bienestar y reflexionaran sobre la elaboración de un plan personal en este sentido.

Los resultados obtenidos en la comparación de los grupos control y tratamiento con respecto a las variables relacionadas con el bienestar indicaron algunas mejoras, si bien menores a las esperadas. Específicamente, los participantes que realizaron el programa, a diferencia de los que estuvieron en el grupo control, incrementaron su nivel de felicidad y redujeron los niveles de preocupación y la presión arterial sistólica. El resultado más relevante fue el incremento en el nivel de felicidad de las personas que participaron en el

programa de intervención. Las Intervenciones cognitivas a través de técnicas terapéuticas como la pintura y resolución de problemas tiene un efecto positivo en la disminución de la depresión en adultos mayores. (David & David, 2013).

Arrobo, L., & del Rocío, D. (2014). Investigaron el efecto de la terapia ocupacional en el estado emocional de los adultos mayores del centro de día "san José", de la ciudad de Loja, durante el año 2013-2014 utilizando el test de Yesavage y Brink para evaluar el estado emocional depresivo que presentan los adultos mayores, de los 12 pacientes que participaron se encontró que en 10 adultos mayores que equivale al 83% presentaron depresión leve, en cuanto al 17% correspondiente a 2 personas mostraron depresión normal. El tipo de terapia que se aplicó al 100% de la población investigada fue de tipo lúdica, misma que favoreció al estado emocional.

Modelos de terapia ocupacional en geriatría.

La terapia ocupacional se definió por primera vez en 1986 por la American Occupational Therapy Association (AOTA) como el uso terapéutico de las actividades de auto cuidado, trabajo y juego para incrementar la independencia funcional, aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad; puede incluir la adaptación de tareas o del entorno para alcanzar la máxima independencia y para aumentar la calidad de vida. La esencia de la terapia ocupacional descansa en el uso de las actividades como medio de tratamiento, con una meta mínima de mejorar la calidad de vida y una máxima de completar la rehabilitación o habilitación para una plena incorporación y un desarrollo satisfactorio en la sociedad.

La base filosófica de la Terapia ocupacional descansa sobre la actividad intencionada. Conocer y comprender desde el principio hasta el fin esta actividad es crucial para el terapeuta ocupacional, ya que esta comprensión es una forma particular de pensar sobre la actividad como medio de ayudar a la gente a alcanzar, mantener o volver a la vida productiva, la actividad es la base de la profesión, ya que fomenta conductas adaptativas, satisface objetivos específicos y favorece la participación activa del individuo en el control o tratamiento de sus problemas y necesidades. El individuo no solo debe de estar involucrado en la ejecución de la actividad, sino que también debe colaborar en el proceso de

determinar cual es la actividad importante, ya que esta requiere la cooperación, participación y consentimiento del usuario y reflejar en mayor o menor medida las funciones y tareas que el individuo mantiene en su vida cotidiana por lo tanto debe ajustarse a las necesidades sentidas por él.

En Geriátría la Terapia ocupacional centra sus objetivos en mantener durante el mayor tiempo posible la independencia funcional de la persona, a través de muchos caminos, esta disciplina es muy rica en cuanto a esquemas teóricos de conceptualización de los problemas. Existen **Modelos de Terapia ocupacional que han sido aplicados a la Geriátría**, los cuales tiene una forma propia de entender los problemas de la terapia ocupacional, planteando diferentes tipos de soluciones para ellos. A continuación estos modelos se describen brevemente:

Modelo rehabilitador. En este modelo aparecen claramente definidas las metas de la rehabilitación, que son: posibilitar al individuo el alcanzar la independencia en las áreas de auto cuidado, trabajo y ocio; Restaurar la capacidad funcional del individuo al nivel previo al traumatismo o lo más que sea posible; maximizar y mantener el potencial de las destrezas indemnes o conservadas; compensar la incapacidad residual mediante ayudas técnicas, ortesis o adaptaciones ambientales. Las metas del tratamiento deben girar en torno a las necesidades del individuo.

Modelo de discapacidad cognitiva de Allen. Está basado en la teoría de la discapacidad cognitiva, que refleja la incapacidad de un individuo para procesar la información necesaria para llevar a cabo las actividades cotidianas de manera segura., según Allen, la discapacidad está causada por una situación médica que restringe la manera de operar al cerebro. La restricción resulta aparente cuando ocurre algo anormal, por ejemplo, si la información necesaria para aprender algo con el fin de adaptarse a una situación no se procesa, la actividad puede resultar peligrosa y se requiere ayuda o apoyo social para la protección del individuo. La teoría de la discapacidad cognitiva está relacionada con el aprendizaje, establece 6 niveles cognitivos clasificados en una escala ordinal, para describir los distintos modelos sensitivos motores: 0 coma, 1 acciones automáticas, 2 acciones posturales, 3 acciones manuales, 4 acciones dirigidas a un objetivo, 5 acciones exploratorias, 6 acciones planeadas.

La descripción breve de los anteriores modelos señala que éstos se enfocan únicamente en la recuperación de la funcionalidad física y deterioro cognitivo, pero no a otras esferas importantes del ser humano, el cual no puede ser fraccionado únicamente a lo biológico. Por lo tanto, estos modelos no pueden ser aplicables al fenómeno de interés de la presente investigación.

Modelo de la Ocupación Humana (MOH) de Kielhofner (1984). Proporciona un Marco Teórico idóneo para la intervención, dado que conceptualiza al ser humano como un sistema abierto que interactúa con un medio ambiente y que es capaz de mantener y cambiar por sí mismo.

El adulto mayor interactúa con un medio ambiente que le puede afectar en la salud mental, sin embargo, este ambiente puede ser modificable a través actividades interactivas, acordes a las necesidades particulares del adulto mayor que les ayuden a mejorar la calidad de vida. El (MOH) proporciona un marco teórico y de intervención que facilita la orientación y dinámica de este tipo de trabajo.

Los postulados teóricos del MOH han sido probados a través de la investigación, los cuales son:

1. La perturbación de una parte del sistema afecta a todo el sistema. Bajo niveles pueden restringir altos niveles, mientras que altos niveles pueden llevar a la desorganización de niveles más altos.
2. La salida del sistema (es decir, conductas ocupacionales) y el estado de la organización interna del sistema, están interrelacionados.
3. La realimentación del sistema está influenciado por la dinámica general del sistema, incluyendo las relaciones volitivas o la elección del comportamiento.
4. El comportamiento (es decir, conducta ocupacional) del sistema está influenciado por el ambiente del sistema y por la característica del sistema.

En el MOH el sistema abierto representado por el ser humano y su conducta ocupacional se compone de tres subsistemas: El habituacional (SSH), el ejecutivo (SSE), y el **Volitivo (SSV)**.

Subsistema de habituación. Organiza el comportamiento ocupacional dentro de patrones o rutinas. Las elecciones conscientes hechas en base a valores, intereses y causalidad personal formalizan una serie de hábitos y roles, que son los componentes del subsistema de habituación. Estas rutinas tratan de satisfacer las demandas internas (las del sujeto) y las demandas externas (las del ambiente).

Por lo tanto, una de las claves de bienestar consistirá en el equilibrio entre ambas. Referente a **hábitos** consistirá en la sistematización de rutinas, cuando estas se establecen tenemos que valorar el grado de organización de las mismas (uso de horarios, el desempeño en distintos ambientes); la adecuación social, es decir, en qué medida nuestros comportamientos son los esperados y valorados y grado de flexibilidad de los hábitos, si somos capaces de acomodar los hábitos a las circunstancias.

Por roles entenderemos cada uno de los papeles que elegimos, o estamos obligados a desempeñar, dentro de un grupo social y a lo largo de nuestra vidas (estudiante, padre, trabajador, amigo). Cada rol que podamos ejercer conlleva unas obligaciones y expectativas.

El cumplimiento del rol, la satisfacción del rol está en función de otra serie de componentes: Incumbencia percibida: es la creencia de que uno posee el estatus, los derechos, las obligaciones de un rol y que los demás nos aceptan y valoran dentro de ese rol. Expectativas internas: son imágenes que uno tiene acerca de lo que los otros esperan que uno haga por el hecho de pertenecer a un rol específico. Cuando las expectativas están integradas son percibidas como obligatorias y llegan a ser impuestas por uno mismo. Equilibrio: es la integración de un número óptimo de roles y de roles apropiados dentro de la vida. El equilibrio existe si los roles no están en conflicto, ni están mal ajustados respecto a la estructuración del tiempo.

Subsistema de ejecución. Formado por un conjunto de estructuras biológicas y procesos que permiten la organización de habilidades y la puesta en marcha de comportamientos. Incluye Tipo de habilidades: Perceptivo-motoras, de procesamiento o elaboración y de comunicación.

Subsistema Volitivo. Es aquel que gobierna todas las operaciones del sistema y es el responsable de escoger e iniciar el comportamiento. El término volición connota voluntad o elección. Es un proceso de la conducta voluntaria que puede ser dirigida más allá de la satisfacción de necesidades básicas. Los componentes de la volición son imágenes creadas por el conocimiento y las creencias que las personas tenemos de nosotros mismos, generadas y modificadas a través de la experiencia.

Este subsistema contiene tres conjuntos de imágenes personales que influyen las decisiones para la acción: a) valores, b) causalidad personal e c) interés.

a) Causalidad personal: se define como el conjunto de creencias y expectativas que una persona tiene acerca de su efectividad en el ambiente.

b) Valores. Definidos como las imágenes que son buenas, verdaderas e importantes. Los valores implican un compromiso para actuar de manera socialmente aceptada que nos permite experimentar un sentido de pertenencia a un grupo. Los valores determinan el sentido e importancia de las ocupaciones que realizamos, determinan el grado de satisfacción que se deriva de desempeñarlas.

c) Interés. Es la disposición para encontrar ocupaciones placenteras. Los intereses representan nuestra imagen o conocimiento del gozo y se ponen mayormente en manifiesto en aquellos aspectos en que las elecciones se producen de manera más libre. Es decir, las actividades en nuestro tiempo de descanso pueden estar basadas exclusivamente en intereses (creativos, deportivos), mientras que las actividades productivas están sujetas a una combinación de intereses, destrezas, restricciones ambientales, etc.

Los valores, la causalidad personal y los intereses influyen a que la persona elija urgentemente un sistema para explorarlo o dominarlo. Debido a que en el subsistema de volición se elige y se inicia la conducta, se

convierte en un postulado determinante del comportamiento crítico del sistema del comportamiento o conducta ocupacional.

2.2 Objetivo General:

Determinar la eficacia de una Intervención de Terapia Ocupacional basada en el Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner para la disminución de síntomas de depresión en adultos mayores de una Unidad Médica Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de Coatzacoalcos, Veracruz

2.3 Objetivos específicos:

Evaluar en la población en estudio: Edad, sexo, estado civil.

Conocer el principal proveedor económico.

Estimar las comorbilidades presentes.

Evaluar la escolaridad.

Conocer si el adulto mayor requiere apoyo para realizar actividades básicas de autocuidado del diario vivir.

Conocer actividades de recreación habituales.

Evaluar la depresión antes y después de la intervención con la escala de Yesavage y Brink.

Comparar los resultados de la depresión para determinar la eficacia de la intervención ocupacional

2.4 Variables

Variable dependiente. Depresión en el adulto mayor

Variable independiente. Terapia Ocupacional basada en el Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner

Variables confusoras:

Variables sociodemográficas. Edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, recursos económicos, recursos sociales e ingreso económico.

Variables de salud: antecedentes patológicos, actividades de autocuidado, recreativas y físicas.

2.5. Definición conceptual de las variables

Definición conceptual depresión. La depresión es un trastorno que se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que está presente la mayor parte del día, causa debilitamiento, baja concentración, alteraciones en el apetito y patrón del sueño, disminución de las funciones físicas y mentales acompañado de sentimientos de desesperanza, desamparo, culpa y ansiedad.

Definición operacional de depresión. Los datos de síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo que puede ser leve moderada y severa en el adulto mayor. Para su valoración se utilizó la Escala de Yesavage y Brink (GDS-30), con respuesta dicotómica de SI y No, con puntajes de 0-10 puntos =no depresión, de 11-14 puntos=depresión leve moderada y > 14 puntos=depresión severa.

Definición conceptual de Terapia Ocupacional basada en el Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner. Patrón de pensamientos y sentimientos acerca del propio ser como actor en el mundo, el cual tiene un conjunto de imágenes que influyen las decisiones para la acción, valores y causas personales e interés hacia la conducta ocupacional. El subsistema Volitivo es motivado por el impulso innato del ser humano hacia el dominio y la exploración de una conducta. (Kielhofner G., 1984)(Gary, 1984).

Definición operacional de Intervención de la Terapia Ocupacional basada en el Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner. Es la motivación del impulso del adulto mayor para elegir e iniciar el dominio de una conducta ocupacional evaluada a través del **Cuestionario Volitivo** adaptado al Modelo de Ocupación Humana (Kielhofner G et al., 1995), por el investigador durante el desarrollo de la estrategia asignando según el cumplimiento de tareas una calificación de 1= Pasivo, 2= Dudoso, 3= Involucrado y 4= Espontaneo.

Tabla 1. Descripción de las variables e indicador empírico de medición

VARIABLE	INDICADOR EMPIRICO
1.- Depresión en el adulto mayor	Escala de Yesavage y Brink (GDS-30)
2.- Intervención de la Terapia Ocupacional basada en el Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ejercicio</i> • <i>Juegos de mesa</i> • <i>Musicoterapia</i> • <i>Manualidades</i> • <i>Actividades de recreación social.</i> 	Cuestionario Volitivo adaptado al Modelo de la Ocupación Humana (subsistema volitivo). (Kielhofner G 1984).

2.6. Hipótesis

Ho: No existe diferencia significativa en la disminución de síntomas de depresión en adultos mayores abordados con la Terapia Ocupacional basada en el Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner y las terapias tradicionales

Hi: Si existe diferencia significativa en la disminución de síntomas de depresión en adultos mayores abordados con la Terapia Ocupacional basada en el Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner y las terapias tradicionales.

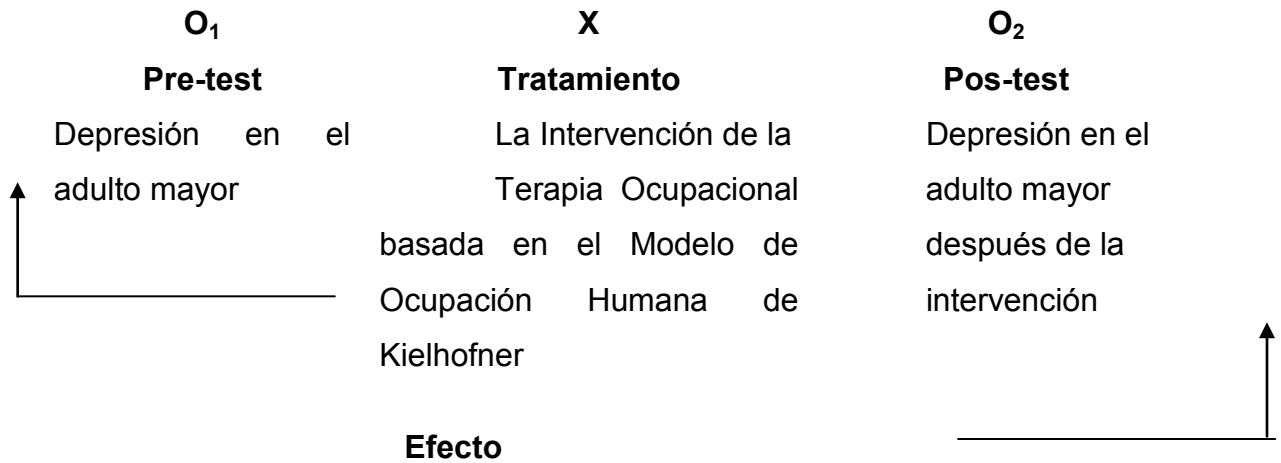
3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de estudio

Diseño cuasi-experimental con un solo grupo con pre-test y pos-test. Es cuasi-experimental porque le faltan algunos de los rasgos científicos de experimentación, se lleva a cabo fuera de un laboratorio y no implica asignación aleatoria de las unidades experimentales a las condiciones de tratamiento. Pretende establecer relaciones de causalidad entre la variable independiente y la variable dependiente. Por otra parte, la investigación es cuasi-experimental porque hace referencia a diseño pre-test y pos-test, cuyo objetivo es evaluar las conductas antes y después de la intervención terapéutica para luego hacer una respectiva comparación estadística. La evaluación de la intervención debe ser lo más cercano posible para evitar que las variables extrañas influyan en los resultados del pos-test. (Hernández et al., 2012).

En la presente investigación la aplicación del pre-test (O_1) fue la medición de la variable dependiente “depresión en el adulto mayor”. La aplicación de la variable independiente “la Intervención de la Terapia Ocupacional basada en el Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner” (x) y, por último, aplicación de nuevo de un pos-test para la medida de la variable dependiente (O_2). El efecto del tratamiento se comprobó cuando se compararon los resultados del pos-test con los del pre-test. Este diseño se diagrama de la siguiente manera:

Figura 1. Diagrama del diseño cuasi-experimental



3.2. Universo y muestra.

Universo: Derechohabientes de la Unidad Médica Familiar N0.36 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Coatzacoalcos, Veracruz

Población: 100 Derechohabientes adultos mayores de 60 años que tuvieron control médico en la consulta externa.

Muestreo: No aleatorizado.

Muestra: Estuvo compuesta por 24 adultos mayores.

Periodo del estudio: Diciembre 2015 al Marzo 2016

3.3 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Personas mayores de 60 años
- Sin discapacidad física
- Sin datos de deterioro cognitivo
- Que supieran leer y escribir

Criterios de no inclusión:

- Que fueran integrantes de algún grupo de autoayuda
- Con tratamiento psicológico o psiquiátrico
- Que fueran integrantes de centros de aprendizaje ocupacional

Criterios de eliminación: Pacientes que no desearán seguir con la estrategia, y aquellos que no acudieron al 80% de las actividades planeadas o que fallecieron durante el estudio.

3.4. Consideraciones éticas del estudio.

La presente investigación se apega a los aspectos éticos de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México.

Artículo 14. Fracción VII. Contar con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación Ética.

La presente investigación tuvo dictamen favorable por el comité local de investigación No. 3103 del Hospital General de Zona No. 32 de Minatitlán, Veracruz. (Anexo 1).

Fracción V. Contar con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.

En la investigación se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los participantes del estudio.

Artículo 16. Proteger la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolos sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

En la presente investigación los adultos mayores auto diligenciaron los instrumentos con carácter anónimo, es decir, se les orientó que no deberían escribir sus nombres, a fin que no pudieran ser reconocidos. Por lo tanto, no podría identificarse durante la divulgación de los resultados en eventos científicos.

Artículo 17. Considerar las investigaciones con riesgos donde el sujeto tenga la probabilidad de sufrir algún daño como consecuencia inmediata del estudio.

La presente investigación fue cuasi-experimental pero se considera que no fue de alto riesgo debido que no se realizaron procedimientos de exámenes de diagnóstico físico tratamiento médico-quirúrgicos, ensayo con medicamentos u otro tipo de métodos invasivos.

La presente investigación es considerada de riesgo mínimo, debido a que se realizó una evaluación psicológica (medición de la depresión) y se manipulo las conductas del sujeto de investigación a través de la intervención de Terapia Ocupacional.

Artículo 18. Suspender la investigación de inmediato al advertir algún riesgo o daño de la salud en quien se realice la investigación, así mismo será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

En la presente investigación se le orientó al adulto mayor que su participación era voluntaria y que se conservaba el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento aun cuando hubieran firmado el consentimiento informado, sin que ello tuviera repercusiones en la atención médica que reciben en la institución de salud.

Artículo 21. El consentimiento informado debe darse con explicación clara y completa de tal forma que pueda comprenderse.

Al adulto mayor se le dio a conocer los objetivos de la investigación, el papel de su participación, los beneficios que obtendrían, la confidencialidad de su identidad y la libertad de retirar su participación del estudio.

Artículo 22. Fracción I. El consentimiento debe ser elaborado por el investigador principal. Fracción III. Debe incluir los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que estos tengan con el sujeto de investigación.

El consentimiento informado fue elaborado por el investigador principal.

(Anexo 3).

3.5. Instrumentos de medición

Escala de Depresión Geriátrica: GDS-30 de Yesavage y Brink, 1983.

Actualmente es la herramienta más útil para la detección de depresión en ancianos. Con una sensibilidad y especificidad de 84% y 95% respectivamente. En la versión de 30 reactivos se considera positiva para depresión cuando 15 preguntas son afirmativas. La respuesta negativa (“No”) de los ítems 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30, indica depresión, para cada uno de estos ítems la respuesta “NO” equivale 1 punto.

La respuesta positiva (“Si”) de los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28, indica depresión. Para cada uno de estos ítems la respuesta “SI” equivale 1 punto.(Yesavage & Brink, 1983).

Califica no depresión (0-10 puntos) depresión leve-moderada (11-14 puntos) y depresión severa (>14 puntos). (Ver anexo 3). En México, es un instrumento útil en los programas gubernamentales de salud y es utilizado en la guía práctica Clínica de Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio(Valeriano-Ocampo, Sosa, García-Juárez, del Carmen, & Manuel, 2005).

Cuestionario Volitivo adaptado al Modelo de la Ocupación Humana de Kielhofner G.

Este cuestionario fue desarrollado a partir del MOH. La técnica de valoración del Cuestionario Volicional (CV) es la observación específica. Valora indicadores como la motivación, intereses y valores. La aplicación del CV se realiza con una observación directa en actividades y contextos. Como característica más importante destaca que es una herramienta diseñada para evaluar los componentes volicionales en personas. Proporciona una visión integradora de la volición en el proceso de desempeño ocupacional de la persona y facilita la intervención clínica del Terapeuta Ocupacional y la comunicación afectiva con el equipo interdisciplinario. Como resultado se observa el grado de satisfacción y compromiso que tiene la persona en diversas actividades.

El CV tiene 16 puntos a evaluar en la persona con una calificación que va del 1 al 4, donde 1= pasivo, 2= dudoso, 3=involucrado y 4= espontáneo.

3.6. Programa de la Terapia Ocupacional basado en el modelo de la Ocupación Humana de Kielhofner.

La intervención incluyó el elemento teórico **Subsistema Volitivo del MOH.**

1.- Elección de la actividad o comportamiento dirigida a la satisfacción.

Se les dio un listado de actividades que estén dispuestos a iniciar y que les pueda generar satisfacción personal, de las cuales son:

- *Ejercicio*
- *Juegos de mesa*
- *Musicoterapia*
- *Manualidades*
- *Actividades de recreación social (Cine, museos, fiestas en fechas conmemorativas).*
- **2.- Iniciar una actividad o comportamiento.**

Los adultos mayores inician todas las actividades elegidas durante dos semanas. La finalidad es que durante este tiempo el adulto mayor experimente y conozca qué actividad le dará mayor satisfacción.

Tabla 2. Descripción de las actividades a iniciar por los adultos mayores.

Actividades	Duración	Recursos humanos	Recursos físicos
Musicoterapia teclado y guitarra	1 día de clases para cada instrumento, con duración de 2 horas.	Un maestro de teclado y guitarra.	Aula de enseñanza. 24 teclado 24 guitarras
Juegos de mesa: juego: lotería, domino, damas chinas, rompecabezas	3 vez a la semana con dos horas de duración. 1 día para cada juego:	5 pasantes de enfermería de nivel Licenciatura.	Aula de enseñanza. 4 juegos de domino. 4 juegos de damas chinas. 4 juegos de lotería 4 juegos de rompecabezas.
Ejercicio de gimnasia aeróbica de bajo impacto: coordinación, ritmo, amplitud articular, caminata. Duración de 30 a 40 minutos	3 veces a la semana, de 30 a 40 minutos.	Un maestro de aerobics y educación física.	1 reproductor de CD. 1 CD "Ejercicio para el alivio del cuerpo y alma". 1 parque público. 1 salón de clases desmontable.
Manualidades: piñatas, bordado en listón y pintura, arreglos de mesa de papel.	3 veces a la semana con duración de 2 horas	1 instructora de bordado. 1 instructora de piñatas. 1 instructora de arreglos de mesa.	Papel china Cartulinas Resistol Engrudo Periódicos Papel crepe Papel oropel Manta Aros Listones de diversos colores. Madejas de hilos de colores Agujas Pinturas textil de diversos colores Maceta Café en polvo Pinceles
Actividades de recreación: cine, museo, fechas conmemorativas.	3 veces a la semana	5 Pasantes de enfermería a nivel de licenciatura y los participantes del estudio.	1 cine 1 museo local

3.- Decisión para realizar la actividad o comportamiento a través de imágenes personales que influyen las decisiones para la acción: valores, causalidad personal e interés.

Después de la participación en las actividades (acción), los adultos mayores, elegirán aquella actividad (s) que le den mayor satisfacción en sus necesidades personales y que realizaran durante 6 semanas.

La realización de la actividad (s) elegida tienen una duración de 6 semanas; esta decisión debe ser con base a la causalidad personal, valores e interés.

Causalidad personal: el adulto mayor identifica que posee las habilidades personales para realizar la actividad (s).

Valores: el adulto mayor identifica la importancia que representa en su vida (reconocimiento, propósito, seguridad, pertenencia) el realizar la actividad (s).

Interés: el adulto mayor tiene la disponibilidad de identificar libremente la actividad (s), que les resulte más placenteras y la disposición de llevarlas a cabo.

Tabla 3. Descripción de la actividad (s) elegida por los adultos mayores durante seis semanas.

Actividades	Duración	Recursos humanos	Recursos físicos
Musicoterapia (teclado y guitarra)	2 días a la semana con duración de 2 horas, durante 6 semanas	Un maestro de teclado y guitarra.	Aula de enseñanza. 24 teclado 24 guitarras
Juegos de mesa: juego: lotería, domino, damas chinas, rompecabezas	2 días a la semana con duración de 2 horas, durante 6 semanas	5 pasantes de enfermería de nivel Licenciatura.	Aula de enseñanza. 4 juegos de domino. 4 juegos de damas chinas. 4 juegos de lotería 4 juegos de rompecabezas.
Ejercicio de gimnasia aeróbica de bajo impacto: coordinación, ritmo, amplitud articular, caminata. Duración de 30 a 40 minutos	3 días a la semana con duración de 30 a 40 minutos, durante 6 semanas	Un maestro de aerobics y educación física.	1 reproductor de CD. 1 CD "Ejercicio para el alivio del cuerpo y alma". 1 parque público. 1 salón de clases desmontable.
Manualidades: piñatas, bordado en listón y pintura, arreglos de mesa de papel.	2 días a la semana con duración de 2 horas, durante 6 semanas.	1 instructora de bordado. 1 instructora de piñatas. 1 instructora de arreglos de mesa.	Papel china Cartulinas Resistol Engrudo Periódicos Papel crepe Papel oropel Manta Aros Listones de diversos colores. Madejas de hilos de colores Agujas Pinturas textil de diversos colores Maceta Café en polvo Pinceles
Actividades de recreación: cine, museo, fechas conmemorativas.	2 días a la semana con duración de dos horas, durante 6 semanas.	5 Pasantes de enfermería a nivel de licenciatura	1 cine 1 museo local

3.7. Plan de análisis:

El análisis estadístico incluyó el uso de estadística descriptiva y medidas de tendencia central para los datos sociodemográficos. Para el análisis de las variables y comprobación de hipótesis se utilizó la t de Student. Como herramienta estadística se utilizó el paquete SPSS versión 18.0

3.8. Procedimiento de la recolección de datos.

El desarrollo de la investigación se desarrolló a través de 3 fases:

Primera fase: conocer el total de población adulto mayor adscrita a la institución de salud, donde se desarrollaría la investigación. Se instruyó a 5 auxiliares de investigación de nivel de Licenciatura en Enfermería sobre el contenido del instrumento a aplicar.

Una vez que se identificó la población de interés con base a los criterios de inclusión y exclusión, fueron citados vía telefónica dando a conocer el motivo del llamado. Los que acudieron fueron reunidos en la consulta externa de Medicina Familiar, donde se detalló ampliamente los objetivos del estudio y se les solicitó el consentimiento informado. Un total de 24 adultos mayores aceptaron participar, a los cuales se les aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Brink de 30 ítems. La recolección de los datos estuvo a cargo del investigador principal y 5 auxiliares de investigación de nivel de Licenciatura en Enfermería.

Segunda Fase: Se contactaron a los 24 adultos mayores vía telefónica para invitarlos a participar en el programa de Intervención de la Terapia Ocupacional Volitiva, obteniendo respuesta positiva al llamado.

Se les citó en el turno de la mañana en horario de las 9:00 a.m., para explicarles en qué consistía el programa, su duración y cómo sería la participación de ellos. Al término de la sesión se les solicitó el consentimiento informado de participación en la intervención.

La intervención tuvo 2 momentos: el primero tuvo una duración de 2 semanas y el segundo momento una duración de 6 semanas.

En el primer momento, se reunieron a los adultos mayores, se les proporciono un listado de actividades que realizarían durante 2 semanas con la finalidad de que identificaran cual de todas las actividades les daba más satisfacción durante el tiempo estipulado.

En el segundo momento, el adulto mayor identifico aquella actividad (s) que le daba mayor satisfacción en las necesidades personales y que realizó durante 6 semanas consecutivas. Se orientó la importancia de la asistencia y que mínimo debería cubrir el 80% de la asistencia y que al finalizar la intervención, se les volvería a aplicar la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Brink.

Tercera fase: En la última semana de la intervención (sexta semana), los adultos mayores volvieron a auto diligenciar la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Brink, al finalizar este proceso se les realizo un convivio social como retribución a la participación activa.

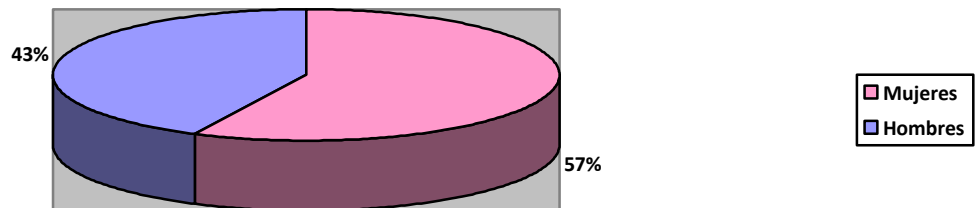
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De la muestra evaluada (n =24) pacientes se eliminaron 3 sujetos del grupo experimental por no cumplir con todas sus actividades planeadas en su cronograma de actividades del estudio.

4.1. Características sociodemográficas y de salud del adulto mayor

La edad promedio de los adultos mayores fue de 69 ± 7 . La figura 2 muestra que la mayor proporción de la muestra estuvo conformada por Mujeres (57%). En los adultos mayores participantes solo el 29% no contaba con una pareja en el momento del estudio (Figura 3).

Figura 2. Distribución porcentual por sexo de la población adulto mayor.



Fuente: Datos derivados de la muestra de adultos mayores, Coatzacoalcos, Veracruz. n=21.

Figura 3. Distribución porcentual por estado civil de la población adulto mayor.

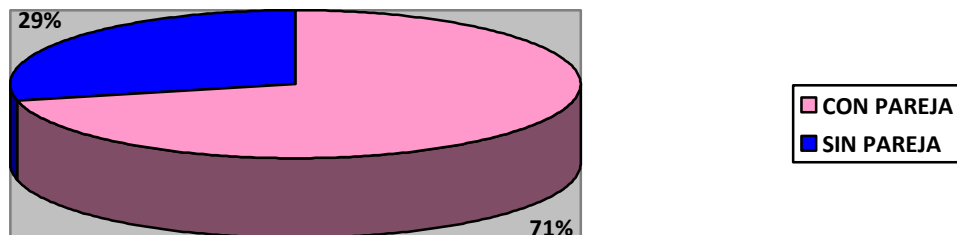


Tabla 4. Escolaridad de los adultos mayores

ESCOLARIDAD	TOTAL	
	F	%
Sin estudios	0	0
Primaria	17	80.96
Secundaria	3	14.28
Preparatoria	1	4.76
TOTAL	21	100

Fuente: Datos derivados de la muestra de adultos mayores, Coatzacoalcos, Veracruz. n=21.
Se detectó en los adultos mayores el predominio de un nivel educativo básico en (80.96%).

Tabla 5. Proveedor principal de los adultos mayores.

PROVEEDOR	F	%
Independiente (pensión)	9	42.86
Dependiente (Hijos, nietos, familiares)	12	57.14
TOTAL	21	100

Fuente: Datos derivados de la muestra de adultos mayores, Coatzacoalcos, Veracruz. n=21.

La tabla 5 muestra que la mayoría de los adultos mayores (57.14 %) tienen dependencia económica.

Tabla 6. Enfermedades crónicas presentes en los adultos mayores.

ENFERMEDAD	F	%
Enfermedad crónica: diabetes e hipertensión más de 10 años	13	61.90
Enfermedad crónica: diabetes e hipertensión menor de 10 años	0	
Ninguna	8	38.10
TOTAL	21	100

Fuente: Datos derivados de la muestra de adultos mayores, Coatzacoalcos, Veracruz. n=21.

Como se aprecia en la tabla 6, el 61.90 % de los adultos mayores padecían una enfermedad crónica (diabetes e hipertensión) de más de 10 años de evolución.

Tabla 7. Actividades de autocuidado del diario vivir que requieren apoyo en el adulto mayor

ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO	F	%
Apoyo ortopédico: silla de ruedas, bastón, barandales, andadera.	3	14.28
Sin apoyo ortopédico	18	85.72
Apoyo de algún familiar para vestirse, bañarse y comer	0	0
TOTAL	21	100

Fuente: Datos derivados de la muestra de adultos mayores, Coatzacoalcos, Veracruz. n=21.

Por lo que se aprecia en la tabla 7 el 85.72% de ellos es independiente para realizar actividades básicas de autocuidado.

Tabla 8. Actividades recreativas realizadas por el adulto mayor

ACTIVIDADES RECREATIVAS	F	%
Realiza	13	61.90
No realiza	8	38.10
TOTAL	21	100

Fuente: Datos derivados de la muestra de adultos mayores, Coatzacoalcos, Veracruz. n=21.

De esta población el 61.90 % realiza alguna actividad principalmente: ver televisión, escuchar música y visitar amigos.

4.2. Evaluación de depresión en adultos mayores antes de la estrategia

Tabla 9.

DEPRESIÓN	F	TOTAL
		%
No depresión	0	0
Leve-moderada	18	85.71
Depresión severa	3	14.29
TOTAL	21	100

Fuente: Datos derivados de la muestra de adultos mayores, Coatzacoalcos, Veracruz. n=21.

La medición de la depresión en los adultos mayores detecto que hubo una alta proporción de depresión leve-moderada con un 85.71% del total de la muestra.

4.3. Evaluación de depresión en adultos mayores posterior a la estrategia

Tabla 10. Grado de depresión en adultos mayores

DEPRESIÓN	F	%
No depresión	19	90.47
Leve-moderada	2	9.53
Depresión severa	0	0
TOTAL	21	100

Fuente: Datos derivados de la muestra de adultos mayores, Coatzacoalcos, Veracruz. n=21.

La medición de depresión en adultos mayores después de la intervención detectó que el 90.47% ya no presentaba datos de depresión. (Tabla10).

Para verificar la hipótesis planteada en el estudio “Si existe diferencia significativa en la disminución de síntomas de depresión en adultos mayores abordados con la Terapia Ocupacional basada en el Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner y las terapias tradicionales” se compararon las medias obtenidas antes y después de la estrategia.

Tabla 11. Diferencia de medias de la depresión antes y después de la intervención

Se compararon los resultados de la Escala de Yesavage y Brink antes y después de la estrategia señalando una diferencia significativa de ($t=5.839$; $p= .000$) posterior a la estrategia como se observa en la siguiente tabla:

Depresión	t	P
Antes	14.606	.000
Después	5.839	.000

Fuente: Datos derivados de la muestra de adultos mayores, Coatzacoalcos, Veracruz. $n=21$.

DISCUSIÓN

En la población en estudio prevaleció el sexo femenino 57%, el nivel educativo básico predominó en 80.96 %, el 71% tenía pareja al momento del estudio, su proveedor principal económico 57.14 % son los hijos y nietos, el 61.90 % de los adultos mayores padecían una enfermedad crónica (diabetes e hipertensión) de más de 10 años de evolución. El 85.72% de ellos es independiente para realizar actividades básicas de autocuidado de la vida diaria. Estos hallazgos sociodemográficos siguen el mismo patrón de prevalencia en estudios que han indagado el perfil sociodemográfico, de salud y de depresión en adultos mayores.(Lara & Mardones, 2009).

Un bajo nivel educativo en los adultos mayores toma relevancia, debido que puede ser una variable que pueda repercutir en el conocimiento de su salud e influir en la capacidad que tenga el adulto mayor para su autocuidado, principalmente en la salud mental. Por otra parte destaca la dependencia económica del adulto mayor, situación riesgosa debido al peso del factor socioeconómico como una característica que pueda representar una desventaja para el proceso de envejecimiento y el apoyo familiar en este proceso. Al respecto hallazgos señalan que la severidad de la depresión en adultos mayores está relacionada con las características de los cuidadores en cuanto al nivel de ingreso económico, edad y tiempo dedicado a los cuidadores, así como a menor nivel de ingresos aumenta el riesgo de depresión en los adultos mayores(Serrani, 2014).

Aunque en el presente estudio se identificó que la mayoría de los adultos mayores tienen independencia en el autocuidado para realizar actividades de la vida diaria, tienen un alto riesgo de presentar dependencia a corto plazo, porque presentaron alta proporción de hipertensión y diabetes mellitus, aunado que se identificó en ellos un estado depresivo moderado previo a la Intervención de la Terapia Ocupacional Volitiva. Esto es preocupante, la conjugación de las enfermedades crónicas y la depresión, tiene repercusiones en las capacidades funcionales del adulto mayor.

Existe evidencia que muchas personas mayores se están volviendo más solitarios, insatisfechos y deprimidos, muchos de ellos viven con bajos niveles de satisfacción con la vida y el bienestar (Allen, 2008). La transición a la edad adulta

puede verse afectada por muchas variables diferentes incluyendo la salud física, seguridad financiera, la responsabilidad de su salud al cuidado de otros, el acceso a poyo a servicios entre otros que puede llevar a síntomas depresivos.

En el presente estudio las mujeres presentaron mayor proporción de depresión leve-moderada y severa que los hombres, estos hallazgos son consistentes con lo reportado en población adulta mayor Chilena (Mühlenbrock S. et al. 2011), en población adulta mayor de la Ciudad de México afiliada al Instituto Mexicano del Seguro Social (Sánchez G., et al 2012) (Sánchez, 2012) y en población adulta mayor del estado de Zacatecas de dos instituciones de salud gubernamental (Chávez R. Zegbe J. Sánchez M. Castañeda I. 2014).

Se identificó diferencia significativa en la pre-prueba de depresión y post-prueba; es decir, disminuyó la sintomatología depresiva de los adultos mayores, después de su participación en la intervención de terapia ocupacional.

Esto coincide con lo reportado por (García, 2013). La terapia ocupacional aplicada en adultos mayores demuestra mejoría en su estado de ánimo y autoestima, lo cual permite disminución de la incidencia de periodos de ansiedad-depresión, incapacidad y sentimiento de culpa/carga en familiares y cuidadores.

Y lo reportado por (Cabrera, 2011), quienes realizaron una intervención educativa en adultos mayores que asistían al Centro de Atención del Adulto Mayor, en Ocotlán, Jalisco; en población con escolaridad mínima de cero y máxima de seis años de primaria, sin deterioro cognitivo el cual fue evaluado con el Mini-Examen del Estado Mental de Folstein (MMSE) (Folstein, Folstein y McHugh, 1975), y sin síntomas o signos de depresión de acuerdo con la Escala Geriátrica de Depresión (GDS) de Yesavage, que no tuvieran alteraciones sensoriales importantes como (audición, visión y no usaran aparato auditivo o lentes adaptados) en 25 personas de 65 años o más, reportando que la intervención educativa con actividades de esparcimiento a través de juegos, tiene efecto favorable en la memoria operativa de trabajo y salud mental del adulto mayor. Coincide con lo reportado (Arrobo, L., & del Rocío, D.2014). El efecto de la terapia ocupacional en el estado emocional de los adultos mayores de tipo lúdica, favorece al estado emocional.

6.-CONCLUSIONES

Después de haber realizado el análisis e interpretación de los resultados obtenidos en la investigación: La terapia ocupacional como pudo observarse tiene un efecto benéfico en la disminución de síntomas de depresión en adultos mayores.

Es vital fomentar las investigaciones continuas en este grupo de edad a fin de establecer una infraestructura capaz de facilitar la mejora y bienestar en la vejez, por los cambios demográficos en la población adulta mayor de 60 años y más ya que esto tiene impacto desde el punto de vista económico, social y de salud. En la salud, la repercusión radica en que los ancianos son los mayores consumidores de servicios, representando grandes gastos a la seguridad social.

Las nuevas tecnologías de la comunicación pueden ser útiles en el diseño de nuevas intervenciones, hoy en día, los sitios de redes sociales (por ejemplo, Twitter, Facebook y Skype) y el correo electrónico son métodos habituales de comunicación, que puede hacer posible la socialización y enriquecer la vida de los adultos mayores en el hogar o en hogares de ancianos, promoviendo la comunicación y la ampliación de las conexiones. Empoderar a los adultos mayores puede ayudar en la prevención de la soledad y reducir el aislamiento social. Las intervenciones y la tecnología, juntas pueden ser prometedoras ("Complementary Therapies for Older People in Care Tay Sharon Complementary Therapies for Older People in Care 216pp pound14.99 Jessica Kingsley/Singing Dragon 9781848191785 1848191782 [Formula: see text]," 2014).

Existen en todas las instituciones del IMSS centros de seguridad social, donde enfermería puede integrar acciones en colaboración con otras disciplinas afines, enfocadas a:

- La detección oportuna de la depresión en adultos mayores.
- Detección de los factores de riesgo que pueden llevar al adulto mayor a un estado depresivo: eventos de estrés psicológicos viudez, pérdida de un familiar significativo, divorcio, abandono familiar, enfermedades crónicas, pérdida del funcionamiento físico y del autocuidado, entre otras.
- Realizar intervenciones individuales, grupales y diferenciadas con base los factores de riesgo detectados, a fin de satisfacer las necesidades de los adultos mayores.

Son necesarias diversas fuentes de financiamiento, revisando estructuras físicas, legales y económicas institucionales, para garantizar, ahora y en el futuro, los derechos de los ancianos, ya que las terapias ocupacionales en los ancianos determinan intereses, habilidades y actitudes que permiten un desempeño ocupacional agradable y satisfactorio utilizando su tiempo libre.

6.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alonso Galbán, Patricia, Sansó Soberats, Félix J, Díaz-Canel Navarro, Ana María, Carrasco García, Mayra, & Oliva, Tania. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1), 0-0.
- Allen, J. (2008). Older people and wellbeing. *London: institute policy research*.
- Arrobo, L., & del Rocío, D. (2014). *La Terapia Ocupacional En El Estado Emocional De Los Adultos Mayores Del Centro De Día San José, De La Ciudad De Loja, Periodo 2013-2014* (Bachelor's thesis).
- Bowes, Alison, McCabe, Louise, Wilson, Mike, & Craig, David. (2012). 'Keeping your brain active': the activities of people aged 50–65 years. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(3), 253-261.
- Cabrera, P. (2011). Efecto de una intervención educativa sobre la memoria operativa de trabajo del adulto mayor: estudio cuasi experimental con juegos populares. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 13(2), 1-10.
- Complementary Therapies for Older People in Care Tay Sharon Complementary Therapies for Older People in Care 216pp pound14.99 Jessica Kingsley/Singing Dragon 9781848191785 1848191782 [Formula: see text]. (2014). *Nurs Older People*, 26(6), 10. doi: 10.7748/nop.26.6.10.s12
- Crossette, B. (2011). Estado de la población mundial 2011. 7 mil millones de personas, su mundo, sus posibilidades: Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, New York.[Links].
- Chávez, R, Zegbe, J, Sánchez, M, & Castañeda, I. (2014). Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. *Rev Educación y Desarrollo*, 29, 73-78.
- David, Hallford, & David, Mellor. (2013). Cognitive-remembrance therapy and usual care for depression in young adults: study protocol for a randomized controlled trial. *Hallford and Mellor Trials*, 14, 343.
- Debra, Morgan, & Lyn, Jongbloed. (1990). Factors Influencing Leisure Activities Following a Stroke: An Exploratory Study *CJOT*, 57(4), 223-229.

- Delaney, Kathleen R, & Johnson, Mary E. (2014). Metasynthesis of Research on the Role of Psychiatric Inpatient Nurses What Is Important to Staff? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 20(2), 125-137.
- Diener, Ed, & Chan, Micaela Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43.
- El Plan Gerontológico Institucional 2006-2025, aprobado por el Consejo Técnico mediante acuerdo 58/2006 del 22 de febrero de 2006. (2006).
- Forsman, Anna, Nordmyr, Johana, & Wahlbeck, Kristian. (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promotion Internationa*, 26(s1), i85-i107.
- García, I. (2013). Eficacia de un programa de terapia ocupacional de estimulación cognitiva en personas validas, mayores de 65 años y evaluación de la repercusión en los niveles de ansiedad y depresión. *TAZ-TFG*, 896.
- Gary, Klelhofer. (1984). An Overview o Research on the Model of Human Occupation. *CJOT*, 51(2), 59-67.
- Goodman, C., Gordon, A. L., Martin, F., Davies, S. L., Iliffe, S., Bowman, C., . . . Denning, T. (2014). Effective health care for older people resident in care homes: the optimal study protocol for realist review. *Syst Rev*, 3, 49. doi: 10.1186/2046-4053-3-49
- Herbert, R, Robichaud, L, Roy, P, Bravo, G, & L, Voyer. (2001). Efficacy of a nurse-led multidimensional preventive programe for older people at risk af functionaldecline. A randomized controled trial. *Age and Agein*, 30, 1-16.
- Hernández, Alma Ayllon, Guadarrama, Rosalinda Guadarrama, & Mendoza, Octavio Márquez. (2012). Depresión: estudio comparativo en adultos mayores asistentes y no asistentes a los clubes del DIF de la Ciudad de México. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 4(1), 58-66.
- Hidaka, Shin, Ikejima, Chiaki, Kodama, Chiine, Nose, Mayumi, Yamashita, Fumio, Sasaki, Megumi, . . . Takahashi, Hideto. (2012). Prevalence of depression and depressive symptoms among older Japanese people: comorbidity of

- mild cognitive impairment and depression. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(3), 271-279.
- (INEGI), Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). *Censo de población y vivienda*. Mexico.
- Jané-Llopis, Eva, Hosman, Clemens, Jenkins, Rachel, & Anderson, Peter. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes. *the British Journal Of Psychiatry*, 183, 384-397.
- Jinliang, Wang, Haizhen, Wang, & Dajun, Zhang. (2011). Impact of group music therapy on the depression mood of college students. *Health*, 3(3), 151-155.
- Lara, J, & Mardones, H. (2009). Perfil sociodemografico de salud y funcionalidad en adultos mayores de la comunidad de Chillan. *Theorya*, 18(2), 81-89.
- Leff, A. (2011). El deterioro físico y el bienestar emocional de los adultos mayores. *California State University Logn Beach*, 1-9.
- Li, Ning, Pang, Lihua, Chen, Gong, Song, Xinming, Zhang, Jun, & Zheng, Xiaoying. (2011). Risk factors for depression in older adults in Beijing. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 56(8), 466-473.
- Moruno P, Romero DM. Definición de la terapia ocupacional. Edit. Romero DM. Barcelona: Masson; 2009.
- Mühlenbrock, S. (2011). Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Militar en Santiago. *Rev Chil Neuro-psiquiat*, 49(4), 331-337.
- Organization, World Health. (1996). *he Heidelberg Guidelines for Promotion Physical Activity Among Older Persons*.
- Raglio, A, Giovagnoli, AR, Farina, E, Stramba-Badiale, M, Gentile, S, Gianelli, MV, . . . Trabucchi, M. (2012). Music, music therapy and dementia: A review of literature and recommendations of the Italian Psychogeriatric Association. *Maturitas*, 72, 305-310.
- Romero, A., Moruno, D., Miralles, P. *Terapia Ocupacional, teoría y práctica*. Edit. Masson. Londres 2009
- Sánchez, G. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la ciudad de México. *Rev Salud Mental*, 35, 71-77.

- Serrani, D. (2014). Influencia de apoyo social y uso de servicios de salud sobre la depresión en cuidadores de adultos mayores en zona rural. *Rev Chil Salud Pública*, 18(1), 61-71.
- Torres, Licas, & Paulina, Martha. (2015). Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral SJM-VMT 2014.
- Valeriano-Ocampo, José, Sosa, José Manuel, García-Juárez, Alicia, del Carmen, María, & Manuel, Juan. (2005). Guía de práctica clínica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 43(5), 425-441.
- Vigil Pérez, Claudia. (2009). Prevalencia de depresión en adultos mayores. *Congreso Foro Sur de Investigación en Salud*(1), 1.
- Yesavage, j, & Brink, T. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. . *J. Psychiat. Res*, 17.
- Yu, Jing, Li, Juan, Cuijpers, Pim, Wu, Shengtao, & Wu, Zhenyun. (2012). Prevalence and correlates of depressive symptoms in Chinese older adults: a population-based study. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(3), 305-312.

7.-APÉNDICE

Anexo 1

Tabla. Escala de depresión geriátrica de Yesavage y Brink (Yesavage 1983)		
ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA DE YESAVAGE		
ITEM	PREGUNTAS	PUNTUACION (1 punto si responde)
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida esta vacía?	SI
4	¿Se siente frecuentemente aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene pensamientos que le molestan?	SI
7	¿Suele estar de buen humor?	NO
8	¿Tiene miedo que le suceda algo malo?	SI
9	¿En general se siente usted feliz?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Esta muchas veces intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa antes de salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Se suele preocupar por el futuro?	SI
14	¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo triste?	SI
17	¿Se siente inútil?	SI
18	¿Se preocupa mucho por el futuro?	SI
19	¿Cree que la vida es muy interesante?	NO
20	¿Le resulta difícil poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Se siente sin esperanza?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Suele estar preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Siente a menudo ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Está contento de levantarse por la mañana?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Le resulta fácil tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como antes?	NO
PUNTUACIÓN TOTAL		
0 - 10 Normal		
11 - 14 Depresión (sensibilidad 84%, especificidad 95%)		
> 14 Depresión (sensibilidad 80%, especialidad 100%)		

Anexo 2

EVALUACION DE TERAPIA OCUPACIONAL CUESTIONARIO VOLITIVO

FECHA DE INGRESO	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
ÁREA A EVALUAR									
1 muestra curiosidad									
2 inicia acciones									
3 intenta cosas nuevas									
4 muestra orgullo									
5 busca desafíos									
6 busca responsabilidades									
7 Trata de corregir errores									
8 Intenta resolver problemas									
9 Intenta a apoyar a otros									
10 Muestra preferencias									
11 Involucra a otros									
12 Realiza las actividades hasta completarlas									
13 Permanece involucrado									
14 Es enérgico									
15 Indica objetivos									
16 Muestra que una actividad es especial.									

USUARIO:

EDAD:

El CV tiene 16 puntos a evaluar en la persona con una calificación que va del 1 al 4, donde 1= pasivo, 2= dudoso, 3=involucrado y 4= espontáneo.

Anexo 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA	
Lugar y Fecha	Coatzacoalcos, Veracruz 2016
Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:	Eficacia de una intervención ocupacional en disminución de depresión en adultos mayores
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:	3103
El objetivo del estudio es:	Determinar la eficacia de una Terapia Ocupacional basada en el Modelo de la Ocupación Humana de Kielhofner para la disminución de síntomas de depresión en adultos mayores de una Unidad Médica Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de Coatzacoalcos, Veracruz.
Se me ha explicado que mi participación consistirá en:	Responder un cuestionario y asistir de manera voluntaria a unas clases que me interesen como son música, juegos de mesa, manualidades, ejercicios pasivos, actividades recreativas.
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:	
ninguno	
<p>El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.</p> <p>Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.</p> <p>El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.</p>	
<p style="text-align: center;">_____ Nombre y firma del paciente CLAUDIA ALICIA VIGIL PEREZ 11597887</p> <p style="text-align: center;">_____ Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.</p>	
Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:	
9221041777	
Testigos	
Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.	
Clave: 2810 – 009 – 013	