



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUÍS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

EFFECTO DE DOS ESTRATEGIAS EDUCATIVAS EN LA COMUNICACIÓN
FAMILIAR Y EN LA INCIDENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN LOS
ADULTOS MAYORES.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
RAQUEL JIMÉNEZ MÁRQUEZ

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.
2006-2009






AUTORIZACIONES:



DR. GUILLERMO E. STEVENS AMARO


Secretario de Posgrado de la Facultad de Medicina, S.L.P.



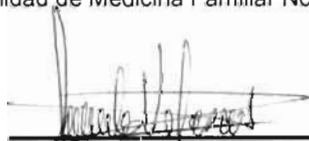
DRA. ANA LUISA GONZALEZ SANCHEZ
Coordinadora Delegacional de Educación
e Investigación en Salud, I.M.S.S.



DRA. MARTHA ELENA VIDALES RANGEL
Coordinadora de Educación e Investigación en Salud,
Unidad Medicina Familiar No.47, I.M.S.S.



DRA. MARÍA GUADALUPE ALVARADO RODRÍGUEZ,
Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar,
Unidad de Medicina Familiar No.47, I.M.S.S.



DRA. LOURDES VELASCO ROJAS
Profesora Adjunta de la Residencia de Medicina Familiar,
Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.



**COMPARACIÓN DEL EFECTO DE DOS ESTRATEGIAS EDUCATIVAS EN LA
COMUNICACIÓN FAMILIAR Y EN LA INCIDENCIA DE
SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN LOS ADULTOS MAYORES.**

Número de registro: R-2008-2402-2

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

RAQUEL JIMÉNEZ MÁRQUEZ

ASESORES:

ASESOR CLÍNICO: Dra. Ana Luisa González Sánchez
Médico Familiar. Profesor titular del Diplomado en Docencia nivel I-II

ASESOR METODOLÓGICO: Dra. Ana Luisa González Sánchez
Médico Familiar. Profesor titular del Diplomado en Docencia nivel I-II

ASESOR ESTADÍSTICO: Dra. Lourdes Cecilia Correa González
Hematólogo Pediatra. Maestría en Investigación

AGRADECIMIENTOS:

Le agradezco a Dios, por la fuerza que me dio para enfrentar las dificultades, a mi madre y a mi hermano porque su presencia iluminó mi corazón en este recorrido, a mis guías y maestras: Martina Chávez Rivera, trabajadora social y Dora Ma. Puente López, psicóloga, a mis asesoras por su ejemplo profesional, por su tiempo y su apoyo, al doctor Fernando Velasco por la orientación y el apoyo moral que me brindo, y a mi novio Carlos Sánchez de Tagle Medina por acompañarme a vivir.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	4
MARCO TEÓRICO	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
JUSTIFICACIÓN	17
OBJETIVOS	18
HIPÓTESIS	19
MATERIAL Y MÉTODOS	20
MUESTRA	21
CRITERIOS DE SELECCIÓN	22
PROCEDIMIENTO	23
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	24
CONSIDERACIONES ÉTICAS	26
ESTADÍSTICA	28
PRODUCTOS ESPERADOS	29
RECURSOS	30
RESULTADOS	31
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	37
SUGERENCIAS	38
BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXO I CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	44
ANEXO II INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	45
ANEXO II CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	51
ANEXO III ESTRATEGIAS EDUCATIVAS	52

INTRODUCCIÓN

Las modificaciones en la pirámide poblacional que se tienen en nuestro país así como en muchos otros, son debidas a los grandes avances de la sanidad pública y a los grandes descubrimientos científicos que han reducido las enfermedades mortales. Los cambios sociales de las últimas décadas han determinado la caída progresiva de las tasas de natalidad, que junto a la reducción de la mortalidad definen la transición demográfica ¹.

En México en el 2004 vivían 7.8 millones de adultos mayores, en el 2010 serán 9 millones y en el 2050 alcanzará una cifra de 34 millones ².

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año 2003 los adultos mayores ya significaban el 13% de la población adscrita a médicos familiares, este grupo poblacional es mayor en los estados importantemente industrializados ³.

Esto es un punto de vista demográfico sin embargo el envejecimiento constituye un evento individual, en cuyo abordaje geriátrico, el médico debe ver al paciente desde una perspectiva que incluya todas las ciencias que estudian el proceso del envejecimiento, no solo desde una perspectiva de salud o enfermedad ⁴.

Un indicador importante para determinar su estado de salud lo constituye la presencia de las enfermedades crónico-degenerativas. Al respecto, se estima que el 88% de las personas mayores de 65 años padece al menos una enfermedad crónica ⁵.

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en los adultos mayores, incide de manera negativa en las enfermedades crónico degenerativas, puede ser confundida con el inicio de un estado demencial o bien encubrirlo o acelerarlo por lo que es importante elaborar un diagnóstico de precisión y manejarla ⁶.

Los adultos mayores con depresión reportan mayor grado de deterioro de su funcionalidad en las actividades instrumentales de la vida diaria que aquellos sin depresión ⁷.

Los cuadros depresivos de inicio en la tercera edad, requieren la consideración de la dinámica familiar en la que el paciente se desenvuelve ya que las personas que viven solas o con personas no cercanas al núcleo familiar (sobrinos, ahijados, etc.) se deprimen más frecuentemente que quienes cuentan con un apoyo familiar más cercano ⁶.

Una escasa proporción de adultos mayores deprimidos recurre a los servicios de salud, solicitando ayuda principalmente a familiares y a amigos.

La nula escolaridad y la disfunción familiar son los principales factores que afectan el uso de la red informal (familiares, amigos y vecinos) por parte de los adultos mayores, con la consecuente afección de uno de los procesos vitales del ser humano: la socialización ⁸.

Una de las funciones primordiales de la familia es el cuidado y atención de sus miembros; esta aseveración, a pesar de lo obvio que parezca, no aplica solamente a quienes están en crecimiento y desarrollo, sino a cualquiera que tenga este requerimiento. Para que estas funciones sean brindadas de manera adecuada, la familia debe comunicar sus conflictos de manera eficaz y expresar con facilidad el afecto ⁹.

El desconocimiento del tratamiento especializado y prejuicios como el estigma social relacionado con los trastornos mentales son otras de las razones para la "no búsqueda" de una red formal, es decir orientación por los miembros que conforman los equipos de salud ⁸.

Envejecer no debe significar pérdida de las facultades y funciones, ya que existen múltiples factores que son decisivos en este proceso. Acorde con este enfoque la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone la implementación de estrategias y programas que estimulen la participación activa de las personas de la tercera edad en la vida, promuevan y mantengan su bienestar físico y psicológico, mediante cambios en los estilos de vida y a través de contextos que proporcionen integración y apoyo social ¹⁰.

El cambio en la población beneficiaria del IMSS, las modificaciones en la pirámide poblacional plantean la necesidad de acciones educativas ¹¹.

El "desarrollo comunitario" es un término utilizado en los países latinoamericanos para referirse al desarrollo de las capacidades de relación,

en donde se pretende fomentar la creación de redes sociales. En los grupos de comunicación, los adultos mayores trabajan mediante técnicas educativas promotoras de la participación, se organizan dinámicas para grupos como mesas redondas, sociodramas, discusiones en grupo, debates, etc., con el objetivo de estimular la colaboración, la comprensión y la comunicación.

Actualmente se reconoce que las intervenciones psicoeducativas son necesarias para desarrollar sociedades que promuevan valores de respeto, desarrollo humano, faciliten la mutua comprensión y la comunicación ¹².

ANTECEDENTES

El Informe Mundial sobre la Salud del 2001, refiere que la prevalencia mundial de depresión es de 1.9% en los hombres y de 3.2% en las mujeres. Se estima que en el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados ¹³.

Excepcionalmente en Canadá, la prevalencia más alta se ubica en sujetos menores de 45 años de edad y la población de adultos mayores solo presenta síntomas disfóricos como los son: sensación de cansancio, debilidad, desasosiego, desorientación, nerviosismo e intranquilidad, los cuales suelen asociarse con una variedad de estresores psicosociales y no llegan a constituirse en episodios depresivos ¹⁴.

En contraste con la mayor parte de los países en vías de desarrollo, en Chile la prevalencia de depresión en el adulto mayor es menor que en el resto de la población ¹⁵. A nivel mundial la prevalencia de depresión varía entre las diferentes poblaciones estudiadas de 3 hasta un 17% ¹⁶.

En México el doctor Frenk y colaboradores afirman que 4 de las 10 enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas: esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo.

A partir de datos de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño en México la prevalencia nacional de depresión en el año 2001 fue de 5.8% en las mujeres y 2.5% en los hombres adultos mayores. La presencia de este padecimiento incrementa poco más de 2% por cada año de edad adicional, con una intensidad ligeramente mayor entre los hombres, sin embargo disminuye al aumentar la escolaridad independientemente del sexo.

La prevalencia de depresión varía entre las 32 entidades federativas del país. Las cifras más elevadas para los hombres corresponden a Jalisco, Veracruz y Tabasco, con 5, 4.6 y 4.5%, respectivamente; las entidades con porcentajes más bajos son Nayarit y Nuevo León, con cifras menores a 1%. En las mujeres las prevalencias más altas corresponden a Hidalgo, Jalisco y el Estado de México, con 9.9, 8.2 y 8.1% respectivamente, mientras que las más bajas son las observadas en Sonora con 2.8% y Campeche con 2.9%.

En el ámbito estatal las cifras más altas de diagnóstico corresponden a Nuevo León, Distrito Federal y Jalisco, cuyos porcentajes son 50, 44 y 43% respectivamente. Las cifras más bajas se observan en Guerrero, Hidalgo y Oaxaca, con 2.4, 7.3 y 7.5% respectivamente.

En sujetos de ambos sexos sin educación formal la prevalencia fue de 8%, disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación superior o mayor

La prevalencia en áreas rurales, consideradas como aquellas de menos de 2500 habitantes, es más alta en hombres que en mujeres.

La prevalencia de depresión en adultos mayores que viven en la comunidad, se ubica 17% por abajo de aquellos institucionalizados: casas de reposo u hogares de ancianos. Incluso la presencia de depresión en pacientes geriátricos hospitalizados por causas no psiquiátricas es un factor de riesgo para morir 30 meses después del diagnóstico.

El diagnóstico es más frecuente en personas con aseguramiento médico. El 37.4% de las mujeres aseguradas con sintomatología de depresión han sido diagnosticadas, contra sólo 21% en las no aseguradas. En el caso de los hombres con depresión 28.9% de quienes tienen seguro médico han sido diagnosticados, contra sólo 14% en los no asegurados ¹⁷.

En el 2002, Velarde-Jurado mencionó que la calidad de vida es un fenómeno complejo, que abarca diferentes niveles de organización y una dinámica espacio-temporal. Implica la racionalidad económica dominante, el bienestar humano espiritual, la salud y la relación entre estos. Para un adulto mayor la mejor percepción de calidad de vida busca conservar su independencia económica, funcional y su capacidad para tomar decisiones ¹⁸.

La pedagogía gerontológica, rama de la pedagogía social, pretende la acciones preventivas en los adultos mayores, ejemplo de este ejercicio son los cursos de preparación a la jubilación, centros de adultos mayores, centros de día, centros residenciales, centros de salud, programas de ayuda a domicilio, escuelas de adultos, aulas de la tercera edad y universidades de mayores. La evaluación gerontológica debe ser guiada por expertos en psicogerontología, geriatría médica, enfermeras o trabajadoras sociales con experiencia en el trabajo en grupo de adultos mayores ¹².

En el siglo XVII, Comenio y Ratichius señalaron las bases de la educación tradicional, esta se desarrolla de acuerdo a los siguientes modelos: magistrocentrismo: el maestro es el modelo y el guía, al que se debe imitar y obedecer; enciclopedismo: el manual escolar es la expresión de esta organización, todo lo que el alumno tiene que aprender se encuentra en él, graduado y elaborado, si se quiere evitar la distracción y la confusión nada debe buscarse fuera del manual; verbalismo y pasividad: el método de enseñanza será el mismo para todos los alumnos y en todas las ocasiones.

El movimiento de renovación pedagógica se empieza a caracterizar desde el Renacimiento con autores como Erasmo de Róterdam (1512), Françoise Rabelais (1532), Michel Eyquem señor de Montaigne (1580), quienes criticaban la forma de enseñanza memorística y alejada de la realidad. En el siglo XVIII el "alumno" aparece como centro y fin de la educación con la publicación de *Emilio* de Jean Jacques Rousseau (1762).

Son John Dewey (1866), Adolphe Ferrière (1899), Maria Montessori (1907), entre otros, los creadores de la educación promotora de la participación, en ella la función del educador es descubrir las necesidades o el interés de sus alumnos y los objetos que son capaces de satisfacerlos. En esta corriente se trata de iniciar al alumno en el proceso de conocer a través de la búsqueda, respetando su individualidad.

Aparece en América un hombre, Paulo Freire, quien resume el fin de la educación participativa: poder de decisión y transformación social. El demostró cómo se puede modificar mediante la "comunicación participativa" las creencias populares de personas inmersas acriticamente en la historia, ayudándoles a descubrir el propio potencial y las limitaciones estructurales y culturales que deben ser superadas para desarrollarse como personas.^{19 y 20}

Las "dinámicas para grupos" desde 1947 hasta nuestros días, son consideradas un proceso de experimento, investigación y evaluación que pretende descubrir las condiciones necesarias para que tenga lugar el aprendizaje significativo de una conducta.

Para que se produzca este aprendizaje se requiere: el deseo, la predisposición para aprender, consideraciones individuales como la presencia de ansiedad o

el dolor físico, un material relacionado con la estructura cognitiva del que aprende que se origine de sus necesidades y problemas, actividades concretas de la vida común; lo cual permite a los participantes aprender mediante la autocrítica, ideas de anclaje o subsumidores adecuados en el sujeto que permitan la interacción con el material que se presenta. Este tipo de aprendizaje se trata de un proceso demorado, cuyo desarrollo requiere de varias sesiones: intercambio de significados y no se puede desarrollar con una organización del contenido escolar lineal y simplista ²¹.

- Viniegra et al. explican con mayor profundidad de que se trata esta propuesta pedagógica, así como la forma para ejercerla en situaciones concretas. A esto último se le denomina "estrategia educativa promotora de la participación", en otros artículos es citado como "intervención psicoeducativa", "intervención sociocultural" o "desarrollo comunitario"¹² cuyo propósito es motivar, encauzar y orientar la experiencia reflexiva de los alumnos para que incursionen en la elaboración de su propio conocimiento. La naturaleza de una aptitud debe ser cognitiva, esto significa que es un efecto interiorizado, llevado a este punto con la crítica y la autocrítica. Esto en contraste del antiguo modelo dirigido a "capacitar" para lograr la deseada aptitud ¹¹.
-
-

MARCO TEÓRICO

Una de las diferencias de la familia con otros grupos humanos es la duración e intensidad de los lazos afectivos que unen a sus integrantes.

El ser humano es, un ser racional y social. Necesita de los demás para sobrevivir y ellos necesitan de él. La comunicación, proveniente del latín *communicare*, significa poner en común o compartir, es el instrumento gracias al cual, al ser humano se le considera un ser social. Por medio de ella define su posición en relación con los demás, satisface sus necesidades, se adapta al medio, aprende reglas, jerarquías, límites, etc.

Brian Spitzberg explica que el comportamiento de una persona en una conversación depende de que tan motivado este para llevar a cabo dicha conversación, que tan bien informado este sobre el comportamiento apropiado en situaciones semejantes y de que tan hábil sea para usar, en la práctica, las conductas apropiadas durante la conversación. Puesto que la comunicación es una actividad aprendida, se pueden transformar las habilidades de un individuo en este proceso²².

Los elementos que intervienen en un proceso de comunicación, descritos por Claude Shannon y Warren Weaver en 1947 son:

- a. Emisor.- Sujeto que produce el acto de comunicarse.
- b. Mensaje.- Resultado de la codificación, forma en que se expresa el propósito de la fuente.
- c. Encodificador.- Componente encargado de tomar las ideas del emisor para traducirlas en un código (facultades motoras).
- d. Canal.- Medio físico por el que circula el mensaje.
- e. Receptor.- Sujeto que descodifica y recibe el mensaje.
- f. Retroalimentación.- Señal que le indica al emisor que el receptor ha recibido el mensaje.
- g. Contexto.- conjunto de experiencias y significados por medio del cual los signos adquieren un sentido determinado.
- h. Barreras.- interferencias que deterioran o destruyen el mensaje.

A la comunicación se le atribuyen algunas propiedades de naturaleza axiomática. Un axioma es un enunciado básico que se establece sin necesidad de ser demostrado. No son verdaderos ni falsos en si mismos, son convenciones utilizadas como principios de derivación de los demás enunciados de una teoría.

Los 5 axiomas de la comunicación concretados por Watzlawick y sus colaboradores en 1967 son:

1. No se puede no comunicar: Es imposible no comportarse. la no conducta no existe. En una situación de interacción, toda conducta tiene valor de mensaje, es decir, de comunicación. Actividad o inactividad, palabras o silencio, siempre influyen sobre los demás con valor de mensaje. Por tanto, la conducta (comunicación) "alienada" no es necesariamente la manifestación de una mente enferma, sino quizá la única reacción posible frente a un contexto de comunicación familiar absurdo e insostenible.

2. En toda comunicación existe un nivel de contenido y un nivel de relación: El nivel de contenido de un mensaje transmite la información y el relacional transmite el tipo de relación que quiero lograr con mi interlocutor, el "como" debe entenderse dicha comunicación. Las señales solo tienen el significado que el individuo les da por experiencia o convenio, es decir, solo es posible elaborar mensajes con base a significados conocidos.

En una comunicación eficaz se plantea como vital, la capacidad para metacomunicarse (esto significa hablar de la comunicación), pues a veces solo existen falsos desacuerdos.

3. La naturaleza de una relación depende de la forma de pautar las secuencias de comunicación que cada participante establece: En un intercambio o interacción alguien tiene la iniciativa, el predominio, la dependencia, etc. Una persona con determinado comportamiento es un líder, otra persona es considerada adepto. Cada participante establece sus propias creencias de cómo se esta ejecutando la comunicación.

4. En toda comunicación existe un nivel digital y un nivel analógico: El lenguaje analógico está determinado por la conducta no verbal y será el vehiculo de la

relación. El lenguaje digital se trasmite mediante símbolos lingüísticos o escritos y será el vehículo de contenido de la comunicación.

5. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o la diferencia: Las relaciones complementarias están basadas en la complementariedad de la conducta de uno de los participantes en relación con la conducta del otro. Ejemplo: médico-paciente, maestro-alumno, padre-hijo, jefe-subordinado y la conducta de cada uno favorece la del otro. Ninguno de los participantes impone al otro una relación complementaria sino que se comportan de la forma que presupone la conducta del otro. Las relaciones simétricas por su parte, se basan en la igualdad y pueden ser el resultado de un contexto: Ejemplo: hermanos, esposos, amigos, trabajadores del mismo equipo, etc²³.

La información presente durante el proceso de la comunicación es de naturaleza lingüística, paralingüística y extralingüística. La primera está organizada en un área sintáctica, modo de ordenar o enlazar las palabras de una oración (sintaxis). La segunda, referida a la información paralingüística, es la entonación, velocidad del habla, tono, volumen, pausas, sincronía y ritmo. La información extralingüística, habitualmente considerada como intencionada, abarca entre otros: los gestos faciales, movimientos corporales, la vestimenta, la proxemia del interlocutor, etc. Lo dicho lingüísticamente, lo señalado paralingüísticamente y lo manifestado extralingüísticamente (tanto por el interlocutor como por la situación de comunicación) compiten como portadores de significados²⁴.

A partir de los trabajos de Bateson, las investigaciones sobre la teoría de la comunicación adoptaron un enfoque sistémico, donde toda conducta era concebida de manera relacional y representaba una forma de comunicación²⁵.

En una familia funcional, la comunicación es clara; los mensajes pueden entenderse, directa; los mensajes se dirigen a quien debe recibirlos, específica; sin generalizaciones excesivas, y congruente; los mensajes son recíprocamente compatibles, no contradictorios o dobles. En cambio en una familia disfuncional la comunicación tiende a ser oscura, indirecta, inespecífica e incongruente.

Los estilos de comunicación, afectan que tan productiva y creativamente maneja una familia sus relaciones.

Cuando una familia tiene la habilidad para comunicarse, ante una situación de crisis los integrantes buscaran la solución de sus conflictos. El impacto de estas crisis se cuantifica de manera diferente, un evento vital es cualquier circunstancia o experiencia en la vida de una persona y/o familia que genera un estrés o tensión y un cambio.

Para los adultos mayores el evento más frecuente es la enfermedad de un pariente cercano sin embargo el evento más estresante, que puede llevar a la familia entera a una crisis severa, es la muerte del cónyuge.

Otras crisis asociadas al proceso del envejecimiento son la pérdida de la salud, de la funcionalidad, de la autoimagen física, social y económica (por ejemplo por retiro o jubilación). El impacto de estos eventos requiere de la consideración del médico, ya que la inadaptación origina cambios en la salud: aparición de enfermedades, agravamiento de las ya existentes y datos incipientes de síntomas depresivos ²⁶

Existen estudios que hablan acerca de la salud-competencia familiar, la cual determina la eficacia del apoyo que se da a una persona para resolver las consecuencias emocionales generadas por una enfermedad crónica. Los indicadores para evaluarla son: los estilos de la comunicación familiar, el manejo de conflictos, la cohesión y el manejo de liderazgo ²⁷.

El Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar es un instrumento por medio del cual un miembro de la familia evalúa sus patrones de comunicación familiares, los resultados son interpretados como funcionales o como disfuncionales. Este instrumento también considera otros factores como involucramiento afectivo, resolución de problemas y patrones de control de la conducta ²⁸.

Las relaciones interpersonales constituyen una influencia determinante en el origen de muchas condiciones psiquiátricas y están asociadas al curso que siguen los trastornos y su respuesta al tratamiento ²⁶. En un estudio realizado en Cuba en el 2001 se observó una relación inversamente proporcional entre la

calidad de la comunicación familiar y la presencia de síntomas de depresión en los adultos mayores¹⁶.

Ruesch y Bateson consideran a la comunicación como la matriz de la estabilidad mental²³.

El diagnóstico de depresión mayor en un adulto mayor se ajusta a los mismos criterios que para otras etapas de la vida. Para la Asociación Psiquiátrica Americana, contenidos en el Manual diagnóstico y estadístico, cuarta versión (DSM-IV), los criterios deben tener al menos cinco de los síntomas que se nombran a continuación, durante dos semanas y que representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de estos síntomas es (1) ánimo deprimido o (2) anhedonia.

1. Ánimo deprimido casi todo el día, sugerido por el reporte subjetivo o por la observación de otros.
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día (anhedonia, apatía).
3. Significativo aumento o pérdida de peso (más de 5% del peso corporal en un mes), o disminución o incremento en el apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación psicomotora o enlentecimiento (observable por otros, no la sensación subjetiva).
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada.
8. Disminución de la capacidad para concentrarse o marcada indecisión.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico, o un intento de suicidio, o un plan específico para cometerlo.

Los síntomas excluyen a los criterios para episodio mixto, causan alteraciones que entorpecen el funcionamiento social, ocupacional o en otra área importante, no son el efecto fisiológico de drogas ni medicamentos ni de ninguna condición médica general, ej., hipotiroidismo. Tampoco son explicados por un duelo, aunque este puede complicarse con un cuadro depresivo²⁹.

Existen diferentes grados de depresión, se considera leve cuando la persona presenta alguno de los síntomas y el realizar sus actividades diarias le toma un

esfuerzo extraordinario; moderada cuando presenta muchos de los síntomas y estos le impiden realizar sus actividades diarias; y severa cuando presenta casi todos los síntomas y no puede realizar sus actividades diarias.

Con frecuencia en el adulto mayor, la depresión se presenta en forma atípica, es decir acompañada de síntomas inusuales como: alucinaciones o cursando con delirios, y clínicamente no cumple con los criterios de una depresión mayor, para lo cual se sugieren los criterios de Columbia, en donde el adulto mayor cursa con dos o más de los siguientes síntomas: hipersomnia, aumento del apetito, fatigabilidad, hipersensibilidad interpersonal como rasgo.

La manifestación precoz de estos cuadros puede ser con anhedonia; la tristeza es poco llamativa o ausente, hay marcada disforia, malhumor, intolerancia ante mínimos motivos, insatisfacción con la vida y desconfianza; en tanto que la sensación de cansancio extremo puede provocar una rápida declinación funcional. Estos síndromes incompletos, denominados depresión menor o "depresión NOS" por el DSM-IV, tienen la misma repercusión en cuanto morbimortalidad que la depresión mayor³⁰.

La escala de depresión de Yesavage de 15 ítems, es uno de los instrumentos de tamizaje de depresión recomendado para los adultos mayores que aborda las dimensiones psicológicas y sociales del individuo como la autopercepción y la interacción con el medio^{15, 31, 32 y 33}.

La comorbilidad somática o el daño cognitivo, empeora la evolución de la enfermedad depresiva a cualquier edad. El estándar de tratamiento incluye intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales. Utilizar exclusivamente el apoyo emocional no es efectivo en el manejo de la depresión mayor.

El tratamiento psicosocial consiste en mantener al paciente en un contexto social sano, incluye la incorporación a grupos de ayuda mutua o grupos de voluntarios, casas de la cultura, etc. para favorecer el establecimiento de redes de apoyo social formales e informales³⁴.

La consideración de las personas como agentes autónomos y responsables, participantes activos en la elaboración de sus propias historias y condiciones

de vida es el eje estratégico para alcanzar el máximo de calidad de vida en comunidad para los adultos mayores ³⁵

En un proyecto realizado en México en el 2002, se aplicó un diseño pre-post-test a través de una comparación intergrupala (experimental y control), con el fin de evaluar el impacto del programa de "Aula para Personas Mayores" el cual consistió de doce sesiones a través dinámicas de grupos en las cuales interactuaron los adultos mayores. Los adultos mayores (n=25) que participaron de manera voluntaria en los talleres del programa, se vieron favorecidos y mejoraron la percepción de su calidad de vida y bienestar subjetivo al comparar los puntajes antes (pre-test) y después (post-test) de la intervención. Asimismo disminuyeron las calificaciones en depresión ¹².

Otro ejemplo de una experiencia educativa también realizado en el 2002, incluía la discusión de un grupo formado por adultos mayores. La sesión se iniciaba sugiriendo un tema o dándolo a elegir. Posteriormente este método fue incorporado a las instalaciones del Instituto Nacional del Adulto en Plenitud (INAPLEN) ³⁶.

Proyectos similares a este pueden diseñarse en casi cualquier espacio, las condicionantes básicas para su implementación, es contar con un aula, un número reducido de adultos mayores, entre cinco y veinte, sesiones del grupo formado para intercambiar ideas sobre un tema de manera informal, aunque con un mínimo de normas. El grupo tendrá coordinadores o facilitadores con experiencia en trabajos en grupo para ordenar la discusión. El tiempo que se dedicará a la dinámica será entre una a dos horas, dando tres minutos en promedio a cada integrante durante la discusión. Se llegará a las conclusiones por acuerdo o consenso ³⁷.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo al Censo General de Población y Vivienda del año 2000, en México el 5% de la población era mayor de 65 años⁹. La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes del adulto mayor, según señaló la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en el 2003 y debe considerarse una prioridad de los sistemas de salud por la necesidad de atención especializada que tendremos en el futuro con la transición demográfica y la factibilidad de su abordaje por el equipo de atención primaria¹⁷.

El estudio de los adultos mayores requiere de un enfoque multidisciplinario que comprenda los diversos factores bio-psico-socio-culturales que intervienen en esta enfermedad, los cuales constituyen una amenaza a su funcionalidad³³.

Un componente asociado frecuentemente en la etiología de los síntomas depresivos en el adulto mayor, es la falta de convivencia social y familiar⁶. Los estilos de comunicación, afectan que tan productiva y creativamente maneja un adulto mayor sus relaciones²⁶.

Para desarrollar las habilidades de comunicación que permitan ser más asertivo en las relaciones humanas se distingue una modalidad metodológica, la estrategia educativa promotora de la participación, este tipo de estrategias tratan de involucrar al adulto mayor en un proceso de búsqueda y reflexión¹².

En el marco de la teoría general de sistemas, se plantea a la salud psicológica del adulto mayor como un producto del comportamiento de su entorno familiar, es decir, al favorecer que establezca relaciones mediante una comunicación familiar funcional también se favorece su salud mental²⁵.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

PRIMERA PREGUNTA

¿Cuál es el efecto de una estrategia educativa promotora de la participación en comparación con el de una estrategia educativa tradicional en la comunicación familiar de los adultos mayores?

SEGUNDA PREGUNTA

¿Cuál es la incidencia de síntomas depresivos en el grupo de adultos mayores que reciben una estrategia educativa promotora de la participación en comparación al grupo que recibe la estrategia de tipo tradicional?

JUSTIFICACIÓN

En México el grupo de adultos mayores ha crecido rápidamente en los últimos quince años, en el año 2005 se estimaba en 7.5 millones de habitantes. Para el año 2050 seremos 32.4 millones de adultos mayores.

En el IMSS, en el año 2003 representaba el 7.3% del total de la población, se estima que en el año 2010 será el 14%, esto implica un desafío para nuestro sistema de salud y seguridad social³.

En el año 2020 la depresión será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial ya que habitualmente se asocia a enfermedades crónicas e incapacitantes^{13 y 40}.

En México se da gran peso y credibilidad a los trabajos realizados en el extranjero, los cuales no se apegan a las características de nuestra población anciana³⁸.

La depresión en el adulto mayor necesita de un abordaje geriátrico desde el primer nivel de atención, ante el riesgo inminente de padecer sintomatología depresiva, cuya acción preventiva sea la de fomentar la transformación de las redes de apoyo⁴¹.

Es indispensable la participación de los adultos mayores en la autoevaluación de las condiciones en las que se está llevando a cabo su proceso de comunicación para que elabore el conocimiento que responda a sus necesidades y situaciones concretas.

Las estrategias educativas promotoras de la participación son un medio útil ya que involucran al adulto mayor de modo efectivo y permanente, en el proceso de selección de las técnicas de comunicación familiar que mejoran el apoyo psicosocial¹².

En el marco de la teoría general de sistemas, se plantea a la salud psicológica del adulto mayor como un producto del comportamiento de su entorno social, es decir, al favorecer que establezca relaciones de comunicación familiar funcionales también se favorece su salud mental²⁵.

OBJETIVOS

Objetivo General

Comparar el efecto de dos estrategias educativas, sobre comunicación familiar, en la comunicación familiar de los adultos mayores.

Comparar el efecto de dos estrategias educativas, sobre comunicación familiar, en la incidencia de síntomas depresivos de los adultos mayores.

Objetivos Específicos

- Evaluar el efecto de las dos estrategias educativas en la modificación de los estilos de comunicación familiar funcional (en el patrón de comunicación "disfuncional" que valora el área afectiva y en el patrón de comunicación "funcional" que valora el área instrumental), por medio del Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar.
- Comparar la incidencia de síntomas depresivos, por medio de la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, en los grupos que recibieron la estrategia promotora de la participación y los que recibieron la del tipo tradicional.
- Investigar la asociación del género, de los adultos mayores, con la incidencia de los síntomas depresivos, post- estrategias.
- Reportar la asociación de la tendencia hacia un determinado estilo de comunicación familiar, de los adultos mayores, con la incidencia de síntomas depresivos, post-estrategias.

HIPÓTESIS

PRIMERA H1

Los patrones de comunicación familiar, de los adultos mayores, mejoran después de recibir una estrategia educativa promotora de la participación en comparación a los patrones de los adultos mayores que recibieron la del tipo tradicional.

PRIMERA Ho

Los patrones de comunicación familiar, de los adultos mayores, no mejoran después de recibir una estrategia educativa promotora de la participación en comparación a los patrones de los adultos mayores que recibieron la del tipo tradicional.

SEGUNDA H1

La incidencia de síntomas depresivos, de los adultos mayores, disminuye después de recibir una estrategia educativa promotora de la participación en comparación con la incidencia de los adultos mayores que recibieron la del tipo tradicional.

SEGUNDA Ho

La incidencia de síntomas depresivos, de los adultos mayores, no disminuye después de recibir una estrategia educativa promotora de la participación en comparación con la incidencia de los adultos mayores que recibieron la del tipo tradicional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Universo de trabajo

- Lugar de estudio: Centro de Seguridad Social del IMSS, San Luis Potosí, México.

Unidad de investigación

- Adultos mayores derechohabientes de 65 a 70 años de edad

Tipo de estudio

- Cuasiexperimental

Diseño del estudio

- Comparativo de pre- y post- prueba (estrategia), con grupo control.

Límite de tiempo

- Dos años: del marzo (2006) a noviembre (2008).

Instrumento de medición

- Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar y
- Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Otros instrumentos

- Dinámica grupal: "Estrategia educativa promotora de la comunicación, sesión 1,2,3 y 4" . (ver anexos)
- Presentación de la estrategia tradicional en versión Power-point: sesiones 1,2,3 y 4. (ver anexos)
- "Guías de trabajo en casa para adultos mayores 1,2,3 y 4." (ver anexos)

MUESTRA

Técnica de muestreo: no probabilística por conveniencia

Tamaño de muestra: 30 adultos mayores: 15 en el grupo control y 15 en el grupo experimental.

Desarrollo de la fórmula para obtener el tamaño de muestra:

La hipótesis del estudio es unilateral ya que se espera que en el grupo que recibe la estrategia educativa promotora de la participación disminuya la incidencia de síntomas depresivo, aumente el puntaje de su comunicación funcional en relación al grupo que recibe la estrategia educativa tradicional, por lo tanto el nivel de confianza deseado $\alpha = 5\%$ (0.05)

Nivel de confianza deseado " α " es la probabilidad de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es cierta, igual a 95%. $Z =$ nivel de confianza de 0.05, por ello $Z_{\alpha} = 1.645$.

La potencia del estudio es del 80% ya que: $(1 - \beta) = (1 - 0.20) = 0.80$, probabilidad beta (β) o error tipo II = 0.20, es decir, la probabilidad aceptar la hipótesis nula cuando esta es falsa. Por ello $Z_{\beta} = 0.84$

Valor de K de acuerdo al nivel de confianza y la potencia propuestas ($K =$ valor de Z_{α} y Z_{β} sumados y elevados al cuadrado) es de 6.2

El porcentaje de éxito en el grupo al que no se aplique la estrategia educativa participativa se espera del 20% (p_1) y en el que se aplique se espera del 60% (p_2).

- p_1 : probabilidad de éxito esperado del grupo 1
- p_2 : probabilidad de éxito esperado del grupo 2
- $q_1 = 1 - p_1$
- $q_2 = 1 - p_2$

$$N = \frac{(p_1 q_1 + p_2 q_2)(K)}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$N = \frac{[(0.2)(0.8) + (0.6)(0.4)](6.2)}{(0.2 - 0.6)^2}$$

$$N = \frac{(0.16) + (0.24)(6.2)}{0.16}$$

$$N = 15 \text{ sujetos por cada grupo de estudio}$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Personas de 65-70 años de edad
- Ambos sexos
- Alfabetos
- Derechohabientes IMSS, San Luis Potosí, México

Criterios de exclusión:

- No deseen participar en el estudio
- Adultos mayores que vivan solos
- Adultos mayores que declaren haber sido hospitalizados en el año en que se realiza la estrategia

Criterios de eliminación:

- Responder incompletamente los instrumentos de evaluación (pre- o post-estrategia)
- Asistencia a la estrategia menor al 75%
- Aquellos que durante el tiempo de aplicación de la estrategia presenten un evento vital que los haga atravesar por una crisis severa (deceso de su cónyuge o de algún hijo)

PROCEDIMIENTO

Una vez aprobado el Proyecto de Investigación por el Comité Local de Investigación y Ética con el número de registro R-2008-2402-2 correspondiente al HGZ con MF No.1 de San Luis Potosí se realizó la invitación a los adultos mayores derechohabientes del Centro de Seguridad Social por medio de la orientadora técnico-médica para formar ambos grupos

A los interesados en participar en la estrategia educativa de tipo activo-participativa se les entregó la guía de trabajo en casa para adultos mayores no.1.

Se realizaron 4 sesiones, con espacio de una semana entre una y otra, tanto para el grupo control (estrategia educativa tradicional) como para el grupo experimental (estrategia educativa activo-participativa) de acuerdo con los procedimientos descritos a detalle en el anexo III.

Durante la primera y la última sesión a ambos grupos se les aplicó la Escala de depresión geriátrica de Yesavage y el Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar; únicamente se les pidió que respondieran los enunciados 5, 8,16, 25, 27, 36 y 40 que evalúan los patrones de comunicación funcional y disfuncional, se muestra la versión dada a los adultos mayores en la sección de anexos (anexo I). El aplicador se abstuvo de dar lectura a los instrumentos, permitiendo que los adultos mayores lo hicieran por si mismos, pudiendo aclarar las dudas con ayuda de una trabajadora social quien evitó sugerirles respuestas. Se repartió durante la última sesión, en ambas estrategias, la carta de consentimiento informado. Los datos se capturaron, analizaron y graficaron en la computadora estudiando las variables pre y post-estrategia, así como comparando al grupo que recibió la estrategia tradicional con el que recibió la estrategia promotora de la participación

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de medición	Fuente
Estrategia de intervención educativa tradicional	Independiente	Secuenciación de acciones y procedimientos de aprendizaje en condiciones de verbalismo y pasividad	Asistir a las sesiones de la presentación en power-point 1 Comunicación estimulante 2 Comunicación considerada 3 Comunicación respetuosa 4 Comunicación incluyente	Cualitativa nominal Sí No	Cita no 11
Estrategia de intervención educativa activo-participativa	Independiente	Secuenciación de acciones y procedimientos de enseñanza - aprendizaje, en condiciones de interacción, crítica y autocrítica	Colaborar en las sesiones de discusión grupal 1 Posición corporal 2 Reacciones 3 Proyecciones 4 Transformación de reglas	Cualitativa nominal Sí No	Cita no 11
Eficiencia de la comunicación	Dependiente	Capacidad de intercambiar información de modo claro y directo	Puntaje obtenido tras contestar una lista de enunciados contenidos en el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF)	Cualitativa nominal Tendencia a ser funcional (>9) o a ser disfuncional (>12) o a no tener tendencia (punto de corte para el factor 3 es 12, para el factor 4 es 9)	Cita no. 28
Incidencia de depresión	Dependiente	Número de casos nuevos de una enfermedad en determinada población que se presentan durante un periodo de tiempo específico	Número de casos nuevos de adultos mayores con síntomas de depresión, identificados como tal mediante el puntaje obtenido con la Escala genérica de depresión de Yesavage de 15 ítems, post-estrategia tradicional o promotora de la participación	Cualitativa ordinal 0-5 Normal 6-9 Leve > / = 10, Establecida	Cita no. 31 y 42
Género	Antecedente	Conjunto de papeles atribuciones y representaciones de hombres o mujeres en una cultura que toman como base la diferencia sexual	Asumir rol de hombre o mujer al contestar los cuestionarios de evaluación (Escala de depresión genérica de Yesavage de 15 ítems)	Cualitativa Nominal Hombre Mujer	Cita no 42

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

(Continuación)

Variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de medición	Fuente
Comunicación	Dependiente	Es el proceso de crear, o compartir significados durante una interacción animada	Es el proceso mediante el cual dos o más individuos crean, moldean y modifican mensajes bajo contextos físicos, sociales , históricos psicológicos y culturales de diversa índole.	Cualitativa nominal Funcional Disfuncional	Cita no 22
Depresión	Dependiente	Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos	Autoevaluación del estado de ánimo calificado mediante la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 15 ítems.	Cualitativa ordinal 0-5 Normal 6-9 Leve > / = 10. Establecida	Cita no 29
Adulto mayor	Independiente	Se consideran como tal a las personas de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados	Se consideran como tal a las personas 65 o más años de edad.	Cualitativa Nominal Sí No	Cita no 10

CONSIDERACIONES ÉTICAS

1. En cumplimiento con los principios de la Declaración de Helsinki de 1989, el presente protocolo:

- a) Fue enviado al comité de ética del Hospital General de Zona no.1 en San Luis Potosí.
- b) El beneficio ético de esta investigación es que los adultos mayores posterior a recibir una estrategia educativa tendrán mayor posibilidad de comunicarse con efectividad en su familia, así como menor incidencia de síntomas depresivos.
- c) De advertir que alguno de los participantes cursa con una evaluación de depresión establecida, medido con la Escala de depresión geriátrica de Yesavage (≥ 10 puntos) se le canalizará al servicio de medicina familiar y se iniciará su seguimiento, de hacerse diagnóstico de depresión severa será excluido de la muestra, aunque podrá continuar asistiendo a las sesiones de así desearlo.
- d) Cada participante será informado de los objetivos de las estrategias educativas y recibirá un duplicado de la hoja de consentimiento informado (anexo II)

2. En cumplimiento con el Código de conducta de profesionales de la salud del 2002 en su apartado referente a los estándares en la formación y desarrollo de personal e investigación, de negarse a participar un paciente en la investigación no se demeritará la atención que reciba en el IMSS.

3. En cumplimiento con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título segundo, Capítulo I, Artículo 17, referente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos se clasifica a esta investigación con riesgo mínimo categoría II, ya se trabaja con dos grupos a los que se les aplicará dos intervenciones educativas sobre comunicación familiar.

4. En cumplimiento con la NOM 168 del expediente clínico, apartado 10: "Otros documentos", se incluyó en la elaboración de la carta de consentimiento informado los siguientes datos: lugar, fecha, firma del participante y testigos (anexo II).

5. En cumplimiento con la Ley de derechos de las personas adultas mayores publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 junio del 2002, en su título segundo, capítulo segundo, artículo quinto, referente al derecho que ellos tienen de acceder a programas que los capaciten en todo aquello que favorezca su cuidado personal y en su título tercero, capítulo único, artículo noveno, referente a los deberes de la familia del adulto mayor en donde esta debe cumplir con su función social, haciéndola responsable de fomentar la convivencia cotidiana, donde el adulto mayor participe activamente, y de proveerle sus necesidades afectivas, de protección y de apoyo.

ESTADÍSTICA

Debido a que las variables no tuvieron una distribución normal se realizaron pruebas no paramétricas, mediante:

1. el análisis de frecuencias y proporciones,
2. la comparación de medianas del puntaje de los participantes de los grupos antes y después de las estrategias con la prueba "Suma de rangos signados de Wilcoxon".
3. la comparación de medianas del puntaje de los participantes entre grupos (posterior a que recibieron la estrategia promotora de la participación o la estrategia educativa tradicional) con la prueba de rangos de Kruskal Wallis

Para investigar la asociación entre variables se utilizaron las tablas de contingencia:

1. para saber si existía alguna relación del género de los adultos mayores con la incidencia de síntomas depresivos, en ambos grupos post-estrategias educativas.
2. para saber si existía alguna relación entre la tendencia hacia cierto estilo de comunicación familiar ("funcional" o "disfuncional") con la incidencia de síntomas depresivos en los adultos mayores post-estrategias educativas.

PRODUCTOS ESPERADOS

Con la presente investigación se sustentó el examen profesional de la especialidad en Medicina Familiar.

Se pretende presentarla ante miembros del gremio médico, publicarla en revistas y en Internet posterior a realizarle las modificaciones pertinentes.

RECURSOS

Los recursos fueron cubiertos en su totalidad por el investigador. Se contó con el apoyo de las asesoras, la trabajadora social, de la psicóloga, así como de la orientadora técnico médica (recursos humanos) de modo no remunerado.

Tampoco tuvo costo alguno el uso de las instalaciones del Centro de Seguridad del I.M.S.S.

Recursos materiales:

- Impresión del proyecto de investigación, de las hojas para el consentimiento informado, para los instrumentos.
- Uso de internet para realizar investigación bibliográfica
- Lápices

RESULTADOS

Posterior a la convocatoria, de los 22 adultos mayores que aceptaron participar en la estrategia tradicional, solo 17 cumplieron el requisito de la asistencia, de estos 17 restantes se eliminaron dos más por no responder los instrumentos de evaluación de forma completa, quedando con 15 adultos mayores en el grupo.

De los 27 adultos mayores que aceptaron participar en la estrategia promotora de la participación, solo 18 cumplieron el requisito de la asistencia, se eliminaron tres más por no responder los instrumentos de evaluación de forma completa, quedando con 15 adultos mayores en el grupo.

En el grupo que recibió la estrategia promotora de la participación se estudiaron 7 hombres (46.6%) y 8 mujeres (53.3%). En el grupo que recibió la estrategia tradicional fueron 5 hombres (33.3%) y 10 mujeres (66.6%).

Los resultados del tamizaje de síntomas depresivos fueron los que se muestran en el cuadro 1.

Cuadro 1. Número de adultos mayores del Centro de Seguridad Social del IMSS San Luis Potosí, S.L.P calificados por medio de la Escala de Depresión de Yesavage de 15 items antes y después de recibir la estrategia educativa tradicional y la promotora de la participación.

pre-estrategia educativa					post-estrategia educativa				
	tradicional		participativa			tradicional		participativa	
	femenino	masculino	femenino	masculino		femenino	masculino	femenino	masculino
0-5 normal	5	7	9	4	0-5 normal	5	7	10	5
6-9 depresión leve	1	0	1	1	6-9 depresión leve	1	0	0	0
10-15 depresión severa	2	0	0	0	10-15 depresión severa	2	0	0	0
total	8	7	10	5	total	8	7	10	5
n=	15		15			15		15	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Los resultados de los patrones de comunicación familiar en el grupo antes y después de aplicarles la estrategia educativa tradicional fueron los que se muestran en el cuadro 2.

Cuadro 2. Número de adultos mayores del Centro de Seguridad Social del IMSS San Luis Potosí, S.L.P calificados por medio del Cuestionario de Evaluación de la Funcionalidad Familiar antes y después de recibir la estrategia educativa tradicional.

pre-estrategia educativa tradicional					post-estrategia educativa tradicional				
	patrón instrumental		patrón afectivo			patrón instrumental		patrón afectivo	
	femenino	masculino	femenino	masculino		femenino	masculino	femenino	masculino
funcional	6	5	6	3	funcional	6	5	7	3
sin tendencia	1	2	1	2	sin tendencia	1	2	1	2
disfuncional	1	0	1	2	disfuncional	1	0	0	2
total	8	7	8	7	total	8	7	8	7
n=	15		15		n=	15		15	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Los resultados de los patrones de comunicación familiar en el grupo antes y después de aplicarles la estrategia educativa promotora de la participación fueron los que se muestran en el cuadro 3.

Cuadro 3. Número de adultos mayores del Centro de Seguridad Social del IMSS San Luis Potosí, S.L.P calificados por medio del Cuestionario de Evaluación de la Funcionalidad Familiar antes y después de recibir la estrategia educativa promotora de la participación

pre-estrategia educativa promotora de la participación					post-estrategia educativa promotora de la participación				
	patrón instrumental		patrón afectivo			patrón instrumental		patrón afectivo	
	femenino	masculino	femenino	masculino		femenino	masculino	femenino	masculino
funcional	6	4	7	3	funcional	6	4	10	4
sin tendencia	2	0	2	1	sin tendencia	2	0	0	0
disfuncional	2	1	1	1	disfuncional	2	1	0	1
total	10	5	10	5	total	10	5	10	5
n=	15		15		n=	15		15	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Durante el análisis de las tres variables de estudio (depresión, patrones de comunicación funcional y patrones de comunicación disfuncional) se observó que ni antes ni después de las estrategias hubo una diferencia significativa a excepción de la variable denominada "patrones de comunicación funcionales (relativa a la comunicación de tipo instrumental)", la cual tuvo un cambio favorable y estadísticamente significativo posterior a la intervención, en ambos grupos educativos ($p= 0.008$). Ver cuadro 4.

Cuadro 4. Medianas por puntajes de depresión y patrones de comunicación antes y después de recibir la estrategia tradicional y la promotora de la participación en los grupos de adultos mayores de un Centro de Seguridad Social en San Luis Potosí S.L.P.

Grupo	Depresión N = 15		P*	patron de comunicación "funcional" N = 15		P*	patron de comunicación "dysfuncional" N = 20		P*
	antes	después		antes	después		antes	después	
	(-2 a 4)	(0 a 12)		(7-15)	(8 a 16)		(4 a 15)	(4-14)	
1	0	1	0.7418	12	12	0.2506	11	10	0.1638
2	2	1	0.7180	12	12	0.7847	11	10	0.8385
P*	0.2595	0.2506		0.5188	0.8818		0.7923	0.1538	

1 = Estrategia tradicional 2= Estrategia promotora de la participación

P* = Suma de rangos de Wilcoxon/ Kruskal-Wallis. N= rango

Fuente: Instrumento de recolección de datos

No se encontró asociación entre la incidencia de síntomas depresivos en los adultos mayores posterior a que recibieron las estrategias educativas con el género como se ve en el cuadro 5.

Cuadro 5. Correlación estadística entre la incidencia de síntomas de depresión con el género post estrategias educativas en los adultos mayores de un Centro de Seguridad Social en San Luis Potosí, S.L.P.

GENERO	Incidencia de " normal " X ²	Incidencia "depresión leve" X ²	Incidencia "depresión establecida" X ²
Femenino	0.089	0.2667	0.533
Masculino	0.133	0.4000	0.800

X² = Distribución chi cuadrada por medio de análisis de contingencia

Fuente: Instrumento de recolección de datos

No se encontró asociación entre incidencia de síntomas depresivos de los adultos mayores con la tendencia hacia algún estilo de comunicación familiar posterior a que recibieran alguna de las dos estrategias educativas como se ve en el cuadro 6.

Cuadro 6. Correlación estadística de la incidencia de síntomas depresivos post estrategias educativas con los estilos de comunicación familiar en los adultos mayores del Centro de Seguridad Social en San Luis Potosí.

S.L.P.

Incidencia de depresión	"Comunicación funcional"	"Comunicación disfuncional"
	% total	% total
"normal"	5	4
"depresión leve"	21	24
"depresión establecida"	4	30
χ^2	0.83	0.12

χ^2 = Distribución chi cuadrada por medio de análisis de contingencia

Fuente: Instrumento de recolección de datos

DISCUSIÓN

De acuerdo con lo obtenido en el estudio, se puede inferir que el desarrollo de una tendencia hacia el patrón de comunicación "disfuncional" no se asoció al tipo de estrategia educativa que recibieron los adultos mayores.

Cabe aclarar que para el instrumento utilizado en este estudio, el patrón denominado "funcional" hace referencia a estilos de comunicación de tipo instrumental, no a la cualidad comúnmente entendida por el personal de salud como eficiente (sin embargo el autor del instrumento lo denominó así porque los enunciados están redactados como afirmaciones), y el patrón que el autor del instrumento denominó "disfuncional" se refiere en realidad al estilo de comunicación afectiva (estos están redactados como negaciones).

En nuestro estudio pudimos caracterizar un cambio favorable del patrón de comunicación "funcional" de los adultos mayores posterior a recibir ambas estrategias educativas.

La incidencia de síntomas depresivos de los adultos mayores no mostró disminución estadísticamente significativa posterior a recibir algunas de las dos estrategias educativas.

No se identificó alguna asociación entre la incidencia de síntomas depresivos y el género, ni tampoco entre la incidencia de síntomas depresivos y la tendencia hacia algún tipo de comunicación.

Sin embargo en el análisis clínico de los adultos mayores, es decir mediante la observación del puntaje anotado en los instrumentos de evaluación, si se observó disminución del puntaje de depresión así como tendencia hacia los parámetros de funcionalidad en los patrones de comunicación que probablemente no fueron detectados en el análisis estadístico por el poder de la muestra.

Estudios similares realizados en nuestro país son escasos, uno de ellos fue elaborado en el 2005 en un proyecto educativo activo-participativo denominado "Aula para adultos mayores" cuyas actividades estaban enfocadas a promover actitudes de reflexión y comunicación en los adultos mayores, evaluándoles pre y post- intervención el área psicológica, con la "Escala de Bienestar subjetivo

Philadelphia Geriatric Center" y con la "Escala de Depresión de Yesavage". Las calificaciones de depresión mejoraron posterior a la intervención. Es importante mencionar que esta intervención tuvo una duración de seis meses y cada grupo estuvo integrado por 25 adultos mayores¹².

En un estudio de tipo descriptivo realizado en Cuba en el 2001, se evaluaron en 197 adultos mayores, de 60 a 70 años de edad, la comunicación familiar y la proporción de síntomas depresivos con la prueba de relaciones familiares y la escala de depresión geriátrica de Yesavage respectivamente. En dicha investigación, se encontró un predominio entre la apreciación del tipo de comunicación familiar "muy buena" y "buena" con el estado emocional normal y la apreciación del tipo de comunicación familiar "regular" y "mala" con depresión leve¹⁶.

CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio cumplieron los objetivos, aunque no se aceptaron las hipótesis alternas presupuestas, no se demostró la utilidad de una estrategia educativa promotora de la participación en la mejoría de los patrones de comunicación familiar ni en una disminución de la incidencia de síntomas de depresión, los cuales resultaron desde el principio ser escasos en el grupo de adultos mayores seleccionado para formar la muestra. La baja incidencia de síntomas de depresión, nos muestran las amplias posibilidades de intervención que existen con los adultos mayores en un nivel de atención primaria.

La literatura es abundante en la elaboración de estudios de tipo observacional o de tipo descriptivo en los adultos mayores, y es a partir de ellos que surgió la necesidad de desarrollar y evaluar una estrategia que considerara la influencia de las diversas áreas de la funcionalidad familiar en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades psicológicas

Son muchas las variables que afectan al adulto mayor en su situación de aprendizaje, como: la disposición física, emocional y las experiencias del pasado que lo capaciten en lo que se le pretende enseñar, por ello se debe estimular al adulto mayor mediante la formulación de estrategias con objetivos realistas. Además el proceso de aprendizaje significativo requiere tiempos amplios, lo cual indica que son indispensables sesiones sucesivas con objeto de fortalecer la confianza del adulto mayor en cuanto a su capacidad para proseguir el esfuerzo iniciado hasta el logro de los objetivos.

Debido a que con frecuencia se encuentran síntomas de depresión en los adultos mayores es necesario diseñar nuevas investigaciones que fortalezcan la esfera psicosocial del adulto mayor que conlleven la participación activa de ellos y de su familia en la prevención y el mantenimiento de su salud.

SUGERENCIAS

Se requiere experiencia en la planeación del manejo de grupos, y sobre todo en los grupos de adultos mayores, las trabajadoras sociales y las psicólogas de las instituciones como la nuestra tienen una trayectoria profesional que puede ser un modelo para observar y tomar en cuenta ya que surgen durante el desarrollo de las actividades contratiempos como los siguientes:

- Inasistencia de los participantes
- Impuntualidad en las sesiones
- Solicitud de auxilio por déficits visuales al responder los instrumentos

El manejo de un grupo más numeroso necesariamente conllevará a más tiempo de la sesión. Sin embargo, es preferible, no extenderlo a más de dos horas porque puede perderse la atención en el objetivo de la estrategia.

Sugiero que se realice una selección diferente a mi muestra, que podría ser más amplia e incluir a la familia o incluso analizar a los adultos mayores que viven solos.

También es importante que se abarquen menos temas durante una investigación de tipo educativa, como en esta que fueron dos (comunicación familiar y niveles de depresión) para poder enfocar con mayor facilidad los objetivos propuestos.

Es de gran ayuda durante una estrategia promotora de la participación contar con varios "facilitadores" porque al ampliar el número de participantes en la muestra se complica la organización de las discusiones grupales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leal-Felipe A, Leal-Felipe MM, Arroyo-López MC, et al. Indicadores de calidad de vida en la vejez. *Archivo Geriátrico* 2000; 3(2):46-51
2. Avila-Funes JA, Gray-Donald K y Payette H. *Salud Pública Méx* 2006; 48(6): 446-454
3. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Área de envejecimiento. Coordinación de Investigación en Salud. 2005. En línea, disponible en: <<http://www.insp.mx/.../Trabajo-LibreUSO%20DE%20de%20SERVICIOS%20y%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20DE%20ADULTOS%20M.ppt>
4. Sánchez-Lázaro AM y Pedrero-García E. Intervención socioeducativa con Personas mayores. Ponencia presentada en el segundo congreso virtual "Integración sin barreras en el siglo XXI". España 2002. En línea, disponible en: <http://www.quadernsdigital.net/datos_web/hemeroteca/r_43/nr_479/a_6466/6466.html
5. Rubiera-López G y Riera-Velasco JR. Programa para mejorar la atención de las enfermedades crónicas. Aplicación del Modelo de Cuidados para Enfermedades Crónicas. *Aten Primaria* 2004;34(4):206-209
6. Martínez-Mendoza JA, Martínez-Ordaz VA, Esquivel-Molina CG, et al. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007;45(1):21-28
7. Callahan CM, Kroenke K y Counsell SR. Treatment of Depression Improves Physical Functioning in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(3): 367-373
8. Correa-Muñoz E, Canto-Salinas E, Arronte-Rosales M, Mendoza-Núñez VM, Principales factores que influyen en el uso de las redes de apoyo social (RAS) en una población de ancianos mexicanos. *Archivo geriátrico* 2004;4(2):32-36
9. García-García JJ. Comunicación con el adulto mayor. *Archivo Geriátrico* 2003;6(2):56-60

10. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra, Suiza OMS. 2002;15-18. En línea, disponible en:
<<http://www.who.int/whr/es/>
11. Viniegra VL. El desafío de la educación en el IMSS. Cómo constituirse en la avanzada de la superación institucional . Rev Med IMSS 2005; 43(4):305-321
12. González-Celis AL, Esquivel-Hernández RI y Jiménez-Feres J. Impacto de un aula para personas mayores sobre la calidad de vida. Revista Interamericana de Educación de Adultos. 2005; Año 27(1)
13. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo Ginebra, Suiza OMS. 2001;29-30. En línea, disponible en:
<<http://www.who.int/whr/es/>
14. Patten SB, Sedwack B y Russel ML. Major depression: Prevalence, treatment utilization and age in Canada. Can J Clin Pharmacol 2001; 8: 133-138
15. Hoyl TM, Valenzuela E y Marin PP. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. Rev Med Chile 2000;128 (11):1199-1204
16. Domínguez-González TB, Espin Andrade AM y Bavorre Veá H. Caracterización de las relaciones familiares del anciano. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(5): 418-422
17. Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, et al. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública Mex 2005; 47(sup1):S4-S11
18. Velarde-Jurado E y Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública Mex 2002; 44:349-361
19. Ángeles Ceballos. La escuela tradicional. Universidad Abierta. En línea, disponible en:
<<http://www.universidadabierta.edu.mx/Biblio/C/Ceballos%20Angeles-EscTradicional.htm>

20. Rey-Leyes MA. Paulo Freire: ¿pedagogo o político?. Revista Iberoamericana de educación. 2003. En línea, disponible en: <http://www.rieoei.org/teo_edu3.htm
21. Limón M. y Crespo J. Grupos de debate para mayores. Ediciones Nancea, Madrid, 2002, pp391-395
22. Verderber RF y Verderber KS. ¡Comunicate!. Editorial Thompson, 11ª edición, México, 2005
23. Watzlawick P y Beavin Bavelas J. Teoría de la comunicación humana. Editorial Herder and Herder, Barcelona, 1996
24. Crespo N y Manghi D. Propiedades cognitivas e intersubjetivas del la comprensión del lenguaje oral: Posibles ejemplos para un modelo. Rev Signos 2005; 38 (59): 269-285
25. Corral Corral MJ, García Herrera FA, Hernández-Rodríguez RJ et al. Área de Talleres de Lenguaje y Comunicación. Editorial Colegio de Ciencias y Humanidades, México, 2005
26. Saucedo García JM y Maldonado Durán JM. La familia: su dinámica y tratamiento. Organización Panamericana de la Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Washington D. C., 2003
27. Quiroz-Pérez JR, Castañeda-Limones R, Ocampo-Barrio C et al. Diabetes tipo 2, salud-competencia de las familias. Rev Med IMSS 2002; 40(3):213-220
28. Velasco Campos ML y Luna Portilla MR. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. Pax México, México, 2006
29. American Psychiatric Association: Diagnosis and statistical manual of mental disorders TR (DSM-IV-TR), 4ª ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000
30. Organización Mundial de la Salud y Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaración de Consenso de la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) sobre Psiquiatría Geriátrica. Rev Psicogeriatría 2002;2:6-21

31. Backer FM, Espino DV. A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican American elders. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12 (1): 21-25
32. Fernández-Sanmartín MI, Andrade C, Molina J et al. Validation of the Spanish version of the geriatric depression scale (GDS) in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17:279-287
33. Yesavage JA, Brink TL, Rise T. Development and validation of a geriatric depression screening scale. A preliminary report. *J Psychiatry Res* 1983; 17:37-49
34. Pérez-Franco B y Turabián-Fernández J. ¿Es válido el abordaje ortodoxo de la depresión en atención primaria?. *Aten primaria* 2006; 37(1):37-39
35. Mendoza-Núñez VM. Calidad de vida para los adultos mayores en la comunidad. *Archivo Geriátrico* 2002; 5(4):109-11
36. Martínez-Neira D y Gutiérrez-Herrera RF. La necesidad de participar y ser escuchado. *Archivo Geriátrico* 2002;5(2):40-43
37. Virginia Satir. Ejercicios para la comunicación humana. Editorial Pax, México, 2005
38. López-Jiménez JL, Barrios-Salinas G, López-Salgado BE, et al. Reflexiones metodológicas de investigación psicosocial en viejos. *Archivo geriátrico* 2003; 6(6):74-77
39. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, et al. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):353-361
40. Albala C, Lebrão ML, León-Díaz EM, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Publica* 2005;17 (5-6):307-322
41. Hernández-Zamora ZE. Ocurrencia de trastornos depresivos en una población de jubilados, ponencia presentada en el congreso internacional de psicología y encuentro de egresados. Xalapa, Veracruz,

octubre del 2002. En línea, disponible en:
<<http://www.uv.mx/iip/ACADEMICOS/Zoila.htm>

42. Diccionario de epidemiología. En línea, disponible en:
<<http://profesional.medicinatv.com/links/diccionarios/Default.asp?n=2>

Anexo I

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	en	fe	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic
1. Elaboración del protocolo.												
2. Aprobación y registro por el comité local de investigación y ética												
3. Solicitar autorización a las autoridades del Centro de Seguridad Social												
4. Aplicación de instrumentos pre-estrategia a los adultos mayores												
5. Realización de las maniobras de intervención educativa.												
6. Aplicación de cuestionario "final" a los adultos mayores.												
7. Recolección de datos												
8. Análisis de información												
9. Resultados estadísticos												
10. Conclusiones.												
11. Presentación ante el comité.												
12. Publicación de resultados. (fase aun no realizada)												

- Se encuentran iluminadas de color amarillo las actividades realizadas en el 2006.
- Se encuentran iluminadas de color azul las actividades realizadas en el 2007.
- Se encuentran iluminadas de color rosa las actividades realizadas en el 2008.
- Se encuentran iluminadas de color verde las actividades que se realizarán en el 2009.

CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF)

Es un instrumento de autoevaluación estructurado con una lista de enunciados propuestos para evaluar las siguientes dimensiones del funcionamiento familiar:

Factor 1: "Involucramiento afectivo funcional"

Factor 2: "Involucramiento afectivo disfuncional"

Factor 3: "Patrones de comunicación disfuncionales"

Factor 4: "Patrones de comunicación funcionales"

Factor 5: "Resolución de problemas"

Factor 6: "Patrones de control de conducta"

El cuestionario es del tipo Likert, utiliza cinco opciones para valorar cada reactivo (totalmente de acuerdo (5), acuerdo (4), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), en desacuerdo (2), totalmente en desacuerdo (1)).

Debido a la estructura en la que fue realizado este cuestionario cada factor tiene validez de modo individual, como se observa a continuación:

Factor 3: "Patrones de comunicación disfuncionales"

Evalúa la dificultad en el intercambio de información en el área afectiva (en el nivel verbal y en el no verbal). Agrupa cuatro reactivos (5, 16, 25 y 27) redactados en descripciones de tendencias negativas (de así es la nominación del factor)

Factor 4: "Patrones de comunicación funcionales"

Se refiere al intercambio de información verbal en el área instrumental. Esta formado por tres reactivos (8,36 y 40). Los enunciados están redactados en descripción de tendencias positivas (por ello así se nombró al factor).

Validez: El tercer y cuarto factor tienen un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach igual o mayor a 0.92. Consistencia interna: El tercer factor tiene valorado este parámetro por medio del coeficiente alfa de Cronbach en 0.50 y al cuarto en 0.61.

Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF)

A continuación se muestra al instrumento completo y posteriormente solo los enunciados (5, 8, 16, 25, 27, 36 y 40) entregados a los adultos mayores para fines de esta investigación.

1. Mi familia me escucha	1	2	3	4	5
2. Si tengo dificultades, mi familia optará en la mejor disposición de ayudarme	1	2	3	4	5
3. En mi familia escuchamos lo que nos pasa	1	2	3	4	5
4. En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos	1	2	3	4	5
5. No nos arrevelamos a los hermanos o los demás miembros de la familia	1	2	3	4	5
6. Frecuentemente hablo con la familia sobre lo que me pasa	1	2	3	4	5
7. Cuando se me presenta algún problema me paraliza	1	2	3	4	5
8. En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas	1	2	3	4	5
9. Mi familia es flexible en cuanto a las normas	1	2	3	4	5
10. Mi familia me ayuda desinteresadamente	1	2	3	4	5
11. En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones	1	2	3	4	5
12. Me siento parte de mi familia	1	2	3	4	5
13. Cuando me entiendo con algún miembro de la familia, se lo digo	1	2	3	4	5
14. Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas	1	2	3	4	5
15. Las tareas que me corresponden corresponden a mi capacidad para cumplirlos	1	2	3	4	5
16. Cuando tengo algún problema, se lo pido a mi familia	1	2	3	4	5
17. En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa	1	2	3	4	5
18. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	1	2	3	4	5
19. Me siento apoyado/a por mi familia	1	2	3	4	5
20. En casa acostumbramos expresar nuestras ideas	1	2	3	4	5
21. Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia	1	2	3	4	5
22. Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia	1	2	3	4	5
23. Si falla una decisión, intentamos una alternativa	1	2	3	4	5
24. En mi familia hablamos con franqueza	1	2	3	4	5
25. En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta	1	2	3	4	5
26. Las normas familiares están bien definidas	1	2	3	4	5
27. En mi familia no expresamos abiertamente los problemas	1	2	3	4	5
28. En mi familia, si una regla no se puede cumplir, la modificamos	1	2	3	4	5
29. Somos una familia cariñosa	1	2	3	4	5
30. En casa no tenemos un horario para comer	1	2	3	4	5
31. Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuáles son las consecuencias	1	2	3	4	5
32. Mi familia no respeta mi vida privada	1	2	3	4	5
33. Si estoy enfermo, mi familia me atiende	1	2	3	4	5
34. En mi casa, cada quien se guarda sus problemas	1	2	3	4	5
35. En mi casa, nos decimos la verdad abiertamente	1	2	3	4	5
36. En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos	1	2	3	4	5
37. Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia	1	2	3	4	5
38. En mi familia expresamos la ternura que sentimos	1	2	3	4	5
39. Me molesta que mi familia me cuente sus problemas	1	2	3	4	5
40. En mi casa respetamos nuestros reglas de conducta	1	2	3	4	5

Instructivo:

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente).

Por favor, no deje enunciados sin contestar

La forma de responder es cruzando con una X el número que mejor se adecue a su respuesta, con base en la siguiente escala:

Totalmente en desacuerdo (1)

En desacuerdo(2)

Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)

De acuerdo (4)

Totalmente de acuerdo (5)

5 No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia.

1 2 3 4 5

6 En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas.

1 2 3 4 5

16 Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.

1 2 3 4 5

15 En mi casa, mis opiniones no son tomadas en cuenta.

1 2 3 4 5

17 En mi familia no expresamos abiertamente los problemas

1 2 3 4 5

16 En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos

1 2 3 4 5

40 En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta

1 2 3 4 5

Forma de calificación del Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF).

Para obtener la calificación es necesario:

- a. Seleccionar los reactivos que pertenecen a cada factor
- b. Sumar la calificación de los puntajes (1,2,3,4 o 5) dados por el sujeto
- c. El puntaje obtenido es la calificación para ese factor
- d. Comparar el puntaje con el punto medio o punto de corte, tomando en cuenta también el puntaje máximo que podemos obtener, así como el mínimo.

Para saber si la calificación de cada factor tiende hacia la categoría o definición de ese factor, habrá de obtenerse el punto medio del puntaje, también llamado punto de corte, que es diferente en cada factor.

Este punto de corte o punto medio se obtiene multiplicando el número total el número total de reactivos de cada factor por 3, que en la escala de Likert es el puntaje medio.

Digamos que si una persona contesta en todos los reactivos con el número 3, significará que no está de acuerdo ni en desacuerdo con cada una de las preguntas, es decir, que no tiene una tendencia positiva ni negativa. Por ello al obtener el punto medio o punto de corte, ya se puede evaluar si la persona está por encima o por debajo de éste.

Para obtener el puntaje máximo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por cinco, que en la escala de Likert es el puntaje más alto, y para obtener el puntaje mínimo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 1, que en la escala de Likert es el puntaje más bajo asignado. Se calificará de la siguiente manera:

Factor 3: patrones de comunicación disfuncionales (reactivos 5,16,25 y 27)

Total: 4 reactivos, redactados en negativo

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte: $4 \times 3 = 12$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 12 puntos indica el grado de patrones de comunicación disfuncionales. El máximo de puntaje a obtener es de 20 y el mínimo de 4

Factor 4: patrones de comunicación funcionales (reactivos 8,36 y 40)

Total: 3 reactivos, redactados en positivo

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte: $3 \times 3 = 9$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 9 puntos indica el grado de patrones de comunicación funcionales. El máximo de puntaje a obtener es de 15 y el mínimo de 3.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA

1. ¿En general, está satisfecho/a con su vida? **Si No**
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones? **Si No**
3. ¿Siente que su vida está vacía? **Si No**
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a? **Si No**
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo? **Si No**
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle? **Si No**
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? **Si No**
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a? **Si No**
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas? **SiNo**
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente? **SiNo**
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo? **Si No**
12. ¿Actualmente se siente un/una inútil? **Si No**
13. ¿Se siente lleno/a de energía? **Si No**
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento? **Si No**
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted? **SiNo**

Las respuestas que indican depresión están en negrita.

Cada una de estas respuestas cuenta un punto.

Puntuación total:

0-5: Normal.

6-9: Depresión leve.

> o igual a 10: Depresión establecida.

Anexo III



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente yo (nombre y firma) _____

autorizo participar en el protocolo de investigación titulado: Comparación del efecto de dos estrategias educativas en la comunicación familiar y en la incidencia de síntomas depresivos en los adultos mayores.

Firma del testigo _____

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: R-2008-2402-2.

Los objetivos del estudio son: Comparar el efecto de dos estrategias educativas, sobre comunicación familiar, en los patrones de comunicación familiar de los adultos mayores./Comparar el efecto de dos estrategias educativas, sobre comunicación familiar, en la incidencia de síntomas depresivos de los adultos mayores.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: asistir a las cuatro sesiones educativas.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, así como de cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

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.

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 hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Raquel Jiménez Márquez Matrícula 99253714

Anexo IV

ESTRATEGIAS PROMOTORAS DE LA PARTICIPACIÓN

Estrategia educativa promotora de la participación

PRIMERA SESIÓN

Objetivos:

- Informar los objetivos del taller y las actividades que en el se realizarán.
- Conocer las necesidades, preocupaciones y expectativas del grupo
- Explorar lo que le ocurre a la gente cuando habla entre sí desde diferentes posiciones físicas

Contenido:

1. Se pone música calmada mientras la gente del grupo se reúne y se pasa la lista de asistencia.
2. Presentación del organizador y del conductor
3. Se escuchan las expectativas de los participantes sobre el taller:
¿qué es lo que en este momento necesitan durante la comunicación con su familia?
¿qué les preocupa de su modo de solucionar conflictos en su familia?
Las respuestas son anotadas.
4. Se explica, brevemente, las ideas que sustentan en taller
 - a) Cada sesión durará de una a dos horas. tendrá una sección positiva, dinámicas grupales y discusión grupal.
 - b) De vez en cuando el conductor los interrumpirá para darles instrucciones, las cuales podrían sentir las extrañas al principio y que es normal que la gente se sienta así cuando está intentando algo que antes no había hecho.
 - c) Los objetivos de la sesión correspondiente (cuatro sesiones)
5. Se pregunta: ¿alguien tiene dudas o necesita alguna información?

¿alguien tiene alguna preocupación que quiera comentar? ¿alguien quiere expresar algo?

6. Se entregan dos hojas, "Formato de respuestas a la Escala geriátrica de depresión de Yesavage" y "Consentimiento informado para participar en la Intervención promotora de la participación alusiva a la comunicación familiar", se realiza la primera evaluación con la escala de depresión abreviada de 15 ítems de Yesavage por medio de un proyector que incluye una diapositiva por cada una de las preguntas de la escala, las cuales los participantes responderán en el formato entregado. Se recogen las dos hojas.

7. A continuación se realiza el primer grupo de ejercicios denominado "Posición corporal".

8. Al concluir se pide retroalimentación sobre lo que les pareció esta sesión.

9. Se invita a aceptar de lo aprendido lo que les parezca adecuado o descartar lo que no les parezca así.

10. Se invita a una reflexión sobre el tema repartiendo la guía no 2 que se tratará en la siguiente sesión.

Metodología:

"Sesión 1. Posición corporal"

"Los pensamientos, los sentimientos, las reacciones corporales y la conducta que resultan de las diferentes posiciones físicas afectan tanto la comunicación como la relación.

Para muchas personas, ésta es la primera acción consciente y deliberada que se dirige específicamente a conocer las respuestas corporales, y los sentimientos de uno mismo."

Parte 1

Hay que pedir a todos los participantes que echen un vistazo a todos los que están en la habitación considerando con qué persona del grupo les gustaría estar. Unos cuantos minutos después, hay que pedir a

todos que se levanten y que, sin hablar, escojan una persona que no sea su familiar.

Hay que sentarlos luego por parejas, cómodamente, con suficiente espacio para que las conversaciones de cada pareja no interrumpen a las demás parejas.

Una vez que todas las parejas están sentadas, hay que pedirles su atención y explicarles que cada una va a iniciar una conversación sobre:

¿qué sintieron al elegir a alguien?

¿cómo se sienten más cómodos, cuando eligen a alguien conocido o a un extraño?

Las parejas deben estar sentadas frente a frente y hablar sin dejar de mirarse, hay que pedirles que se fijen cuando esto ocurra

Después de 10 minutos, o en el momento en que todos parezcan enfrascados en la conversación, el conductor los interrumpirá.

Hay que pedir a todos los participantes que muevan las sillas hasta que estén respaldo con respaldo para que los miembros de la pareja, al sentarse, se den la espalda; entre las sillas debe haber una separación de unos veinte centímetros (de manera que los respaldos no se toquen). Las parejas continúan su conversación en esta posición. El conductor anuncia: "Ahora voy a interrumpirlos" Esta expresión ayuda a que la gente se vuelva conciente de las múltiples interrupciones del vivir cotidiano y de que generalmente uno no reconoce los sentimientos que eso trae consigo; igualmente, que la gente se dé cuenta de la forma en que maneja esos sentimientos y de qué forma se ve por lo tanto afectada su comunicación.

Se solicita se forme un círculo con las sillas. Hay que iniciar una discusión grupal sobre cómo ha sido la experiencia hasta este momento:

¿Qué diferencias notaron en su cuerpo entre la posición de estar cara a cara y luego espalda con espalda?

¿De que manera cada posición hizo que se sintieran respecto de ustedes mismos?

¿De que manera cada posición hizo que se sintieran respecto de su pareja?

¿De que manera cada posición hizo que se sintieran respecto del tema sobre el cual estaban hablando?

¿En qué parte del cuerpo sintieron eso?

Cuando estaban espalda con espalda ¿qué tuvieron que hacer para poder escuchar?

¿Qué efectos tuvo eso en el contenido de su conversación?

Cuando estaban espalda con espalda ¿qué notaron respecto del interés dirigido a su pareja en comparación con el interés por las otras personas y cosas que los rodeaban?

Las respuestas del grupo pueden ser una oportunidad para que el conductor anime a los participantes a reconocer, amplificar y clarificar sus sentimientos y reacciones, sin interpretar ni juzgar.

Si el conductor se da cuenta de que alguien no ha participado, debe tratar de hacerlo participar mediante un comentario adecuado:

"Debido a que todos tenemos derecho a participar vamos a escuchar que opina el señor.. "

Cuando los participantes comiencen a comentar entre si sus experiencias, el conductor podrá hacer comentarios similares al siguiente:

"Los estoy interrumpiendo porque sólo una voz puede escucharse a la vez y porque quiero que todos puedan escuchar y ser escuchados."

Esto destaca la importancia de cada participante así como la de todo el grupo.

"El conductor señalará que no siempre se puede estar en la mejor posición para tener una comunicación clara y directa. El simple hecho de saber que las posiciones corporales afectan la comunicación ya es importante; pueden surgir dificultades por el simple hecho de la

posición física y no a consecuencia de falta de afecto de la otra persona. En otras palabras, si uno está dando la espalda al otro, puede darse cuenta de que podría haber malos entendidos porque no se está escuchando bien. en vez de llegar a la conclusión de que si la otra persona lo amara, sabría lo que uno está diciendo o entendería lo que uno quiere decir.

Una sugerencia práctica es que antes de discutir un asunto de vital importancia o de comentar hechos importantes que también podrían despertar sentimientos intensos, lo mejor es comenzar con ambas personas en la posición que más se preste a comunicar los mensajes de manera clara, directa y específica.

Esto significa que, cuando cada persona está físicamente cómoda, las distracciones del exterior se reducen al mínimo, las dos personas pueden mirarse a los ojos y la distancia que las separa permite ver y escuchar adecuadamente.

Estas condiciones no garantizan un intercambio tranquilo de palabras e ideas. También influye cómo se siente cada quien respecto de sí mismo y de la otra persona. Sin embargo si partimos de estos requisitos básicos, todos tendremos una mejor oportunidad de ser productivos y creativos.”

Con un fondo de música ambiental, se proyectan cinco diapositivas cuyo contenido es el siguiente:

Diapositiva 1 “La posición corporal afecta la comunicación”

Diapositiva 2: “El grado de comodidad afecta la comunicación”

Diapositiva 3: “Las interrupciones afectan la comunicación”

Diapositiva 4: “El vínculo entre las personas afecta la comunicación”

Diapositiva 5: “El grado de autoestima afecta la comunicación”

Estrategia educativa promotora de la participación

SEGUNDA SESIÓN

Objetivos:

- Demostrar que los acontecimientos ordinarios como las interrupciones, la toma de decisiones y la planeación a menudo producen tensión tanto física como emocional.
- Concientizar la forma en que, sin darnos cuenta imponemos juicios de valor (quien tiene el poder, quien es el jefe) y reglas en determinados sentimientos y estos son filtros a través de los cuales pasa nuestra comunicación.

Contenido:

1. Con un fondo musical se reúne al grupo y se pasa la lista de asistencia.
2. Se pregunta: ¿alguien tiene dudas o necesita alguna información? ¿alguien tiene alguna preocupación que quiera comentar? ¿alguien quiere expresar algo?
3. Se realiza el segundo grupo de ejercicios denominado "Reacciones"
4. Al concluir se pide retroalimentación sobre lo que les pareció esta sesión.
5. Se invita a aceptar de lo aprendido lo que les parezca adecuado o descartar lo que no les parezca así.
6. Se invita a una reflexión y se reparte la guía no.3 sobre el tema que se tratará en la siguiente sesión.

Metodología:

"Sesión 2. Reacciones"

Hay que pedir a todos los participantes que piensen en alguien del grupo con quien les gustaría estar y darles el tiempo suficiente para que su elección sea deliberada y basada en una razón específica.

Pedirles que se pongan de pie y, en silencio, se sienten frente a ella y aguardar callado a que se le den más indicaciones. Se les explica que la razón de permanecer en silencio es que todos estén en contacto con lo que sienten durante estos momentos de cambio.

Cuando ya todas las personas están sentadas, el conductor les pide que cierren los ojos y que reflexionen en silencio mientras se les hacen las siguientes preguntas:

¿Qué les pareció haber tenido que hacer una elección?

¿Su decisión se basó en ir hacia alguien o esperar para ver quien acudía?

¿Qué sintieron ustedes cuando la persona que habían elegido ya había sido elegida por otra, si esto fue lo que ocurrió?

Hay que pedirles a los participantes que abran los ojos e inicien una conversación en parejas. Podrían comentar qué les pareció esta experiencia. Después de diez minutos, el conductor los interrumpe y les pide que vuelvan a cerrar los ojos. Hay que estar conscientes de lo que sintieron cuando los interrumpieron.

Una vez hecho esto, se les pide que abran los ojos mientras el conductor explica la siguiente parte.

Cada pareja discute para decidir con qué otra pareja les gustaría unirse, para formar grupos de cuatro personas. Hay que fijar un límite de diez minutos para que tomen la decisión. El conductor advertirá con tres minutos antes de antelación que el plazo está a punto de terminar. Una vez concluido el lapso, el conductor hará una indicación para que dejen de conversar y se reúnan con las parejas que seleccionaron. Una vez formados los nuevos grupos. Cada persona manifestará a los otros como decidieron entre elegir a una pareja o esperar a que una pareja los eligiera y que sintieron cuando la pareja que habían escogido ya había sido contactada por otra, si tal fue su caso.

Se pide formen un círculo con las sillas para iniciar la discusión grupal. Cuando toman una decisión interna ¿qué sienten de tener que

manifestar su preferencia a los demás?

¿Qué les ocurrió internamente cuando tuvieron que esperar más su turno de hablar porque había cuatro personas para dividir el tiempo y el espacio, en vez de los dos originales?

¿Qué sintieron al querer interrumpir?

¿Qué habilidades y reglas tienen cuando quieren interrumpir a otros y cuáles usan cuando otros los interrumpen?

"¿Qué es lo que hace que razonemos correctamente para tomar la decisión más beneficiosa? Parece ser que una de las fallas es la incapacidad para anticipar emociones de las posibles decisiones a tomar. Al comportarnos como personas muy frías, incapaces de valorar como nos sentiremos y como se van a sentir otros con las posibles elecciones, no valoramos emocionalmente las opciones, decidimos impulsivamente.

Al tomar una decisión están presentes cambios fisiológicos, las emociones: tensión, angustia, miedo, saciedad, satisfacción, paz..., todas ellas nos llevan a formular juicios al tomar una decisión. Es decir las emociones crean nuestra realidad."

Con un fondo de música ambiental se proyectan diapositivas con el siguiente contenido:

Diapositiva uno: ¿qué afecta la comunicación?

Diapositiva dos: 1)tomar decisiones 2)planear 3)cambiar el número de integrantes de un grupo

Diapositiva tres: 4)dejar una situación ya en marcha 5)entrar en una situación nueva

Diapositiva cuatro: 6)que los demás acepten la propia decisión 7)que los demás rechacen la propia decisión

Diapositiva cinco: 8)quedar desilusionado 9)tener reglas sobre cómo manejar las situaciones 10)ser incluido 11)ser excluido.

Estrategia educativa promotora de la participación

TERCERA SESIÓN

Objetivos:

- Demostrar de que manera las ideas preconcebidas, los prejuicios y los supuestos influyen en una relación.
- Permitir que la gente reconozca y experimente los mensajes y reglas internos que impiden, distorsionan o reducen el crecimiento de relaciones que tengan sentido.

Contenido:

1. Se pone música mientras la gente del grupo se reúne y se pasa asistencia.
2. Se pregunta: ¿alguien tiene dudas o necesita alguna información? ¿alguien tiene alguna preocupación que quiera comentar? ¿alguien quiere expresar algo?
3. Se realiza el tercer grupo de ejercicios denominado "Proyecciones".
4. Al concluir se pide retroalimentación sobre lo que les pareció esta sesión.
5. Se invita a aceptar de lo aprendido lo que les parezca adecuado o descartar lo que no les parezca así.
6. Se invita a una reflexión mientras se reparte la guía no.4 sobre el tema que se tratará en la siguiente sesión.

Metodología:

"Sesión 3. Proyecciones"

Hay que pedir a todos los participantes que se sienten en parejas, recordándoles que inicialmente no sea su familiar. Una vez ya sentados frente a frente cierren un minuto sus ojos. Se les dirá lo siguiente:

"Abran sus ojos y miren a la persona que está frente a ustedes. Está

bien mirar. Busquen cualquier indicio de a quién les recuerda esta persona: alguien de su presente o de su pasado, celebridades, figuras históricas, personajes literarios, etc. No importa si el parecido es poco o mucho, hay que dejar que entre en la conciencia.

Miren cuidadosamente y cuando tengan a alguien en mente, alternen esta imagen con la de la persona que está frente a ustedes. Fijense en cualquier cambio que pudiera ocurrirles en el cuerpo, cualquier cambio en el ritmo de la respiración. Pregúntense: ¿Qué piensan de esa persona?

¿Qué sienten al ir tomando conciencia de lo que están pensando?

¿Qué cambios perciben en su cuerpo?

Cierren sus ojos y pregúntense ¿qué creen que está pensando y sintiendo respecto de ustedes la persona que está enfrente?

Dejen volar la imaginación a este respecto, no importa que lo que imaginen sea muy positivo o muy desagradable. Hay que tomar conciencia de cómo se sienten al ir diciéndose lo que creen que piensa y siente respecto de ustedes en este momento su pareja. Nuevamente fijense en la respiración y en cualquier zona tensa que se les haya presentado en el cuerpo durante estos momentos de su vida.

Relájense y se incrementará su estado de alerta.

Hay que darse cuenta que toda esta información ha sido creación de ustedes mismos. Ustedes la han creado toda. Si en este momento fuera a terminar el contacto que han establecido con la persona que está frente a ustedes, con lo único que se quedarían es con los pensamientos y sentimientos generados por ustedes mismos en el transcurso de este ejercicio. Ahora permitan comentar a su pareja:

- la persona a quién les recordó, su "proyección"
- que fue lo que más destacó para ustedes, su edad, el sexo, el color, el peinado, los dientes, etc.
- que pensamientos y sentimientos se imaginaron que su pareja podía haber pensado y sentido respecto de ustedes.

Si pensaron algo que los avergüenza, relájense y traten de comentarlo de todas maneras.

Después de quince minutos de discusión se pregunta:

¿Alguna pareja desearía pasar a comentar su experiencia con todo el grupo?, si no lo desean, se piden comentarios de la totalidad del grupo.

Se proyecta una diapositiva con el contenido siguiente:

Diapositiva 1: " La comunicación se afecta por: proyecciones, ideas preconcebidas, estereotipos, prejuicios, rumores"

Estrategia educativa promotora de la participación

CUARTA SESIÓN

Objetivos:

- Evidenciar las reglas que nos impiden expresar libremente nuestros pensamientos y sentimientos.
- Transformar los obstáculos arriba referidos en un enunciado realista cómodo y valioso
- Consolidar el sentido de exploración y cambio de la gente que participó.

Contenido:

1. Se pone música mientras la gente del grupo se reúne y se pasa asistencia.
2. Se pregunta: ¿alguien tiene dudas o necesita alguna información? ¿alguien tiene alguna preocupación que quiera comentar? ¿alguien quiere expresar algo?
3. Se realiza el cuarto grupo de ejercicios denominado "Transformación de reglas".
4. Al concluir se solicitan comentarios sobre los aspectos que hicieron falta en el taller y su sentir respecto de la experiencia.
5. Se invita a aceptar de lo aprendido lo que les parezca adecuado o descartar lo que no les parezca así.
6. Se reparten las hojas para que respondan a las preguntas de la Escala geriátrica de depresión abreviada de 15 ítems de Yesavage que se pasará pregunta por pregunta en cada diapositiva proyectada
6. Se pide a todos los participantes que se despidan unos con otros.

Metodología:

"Sesión 4. Transformación de las reglas"

"En ocasiones, nuestra conducta o nuestros sentimientos interfieren y

nos impiden hablar con entera libertad.

A menudo, tenemos "reglas" sobre qué debemos y qué no debemos decir.

Cuando estas reglas nos restringen demasiado y nos hacen sentir incómodos, podemos identificar cuál es la regla que nos está bloqueando y comenzar a ponerla en claro y trasformarla.

Si se quiere identificar la presencia de una regla, hay que estar atentos a las siguientes palabras: siempre..... nunca..... debería.... tendría.. tengo.

Estas palabras pueden servirnos de indicio de que probablemente estamos respondiendo más a una regla que a la situación misma"

El conductor pide un voluntario que esté dispuesto a trabajar con una de sus reglas, la cual esté interfiriendo con la comunicación. El conductor comienza a conversar con el voluntario hasta que detecta el obstáculo. Esta se escribe y se proyecta en la pantalla, se le pregunta al voluntario si podría expresar de algún otro modo el enunciado. Se modifica y se proyecta en la pantalla bajo el enunciado anterior. Se continúa modificando el enunciado solicitando al participante que indique en que momento ya no acepta cambios a lo que dijo. Ejemplo:

"Debo ocuparme siempre de los demás"

"**Puedo** ocuparme de los demás"

"Puedo ocuparme de los demás **cuando me conviene**"

"Puedo ocuparme de los demás cuando me conviene y **les conviene**"

"Puedo ocuparme de **mi mismo**"

"Puedo ocuparme de mi mismo y de los demás cuando me conviene y cuando les conviene".

El conductor inicia una discusión generalizada y pregunta a los participantes ¿qué les ha parecido la experiencia? Se repite la experiencia con otro voluntario.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SAN LUIS POTOSÍ, MEXICO.

GUÍA 1 “Comunicación estimulante”



Responda las siguientes preguntas con sus palabras,
ampliamente y en base a su experiencia.

1. ¿Qué es la comunicación ?

2. ¿La comunicación siempre debe ser satisfactoria ?

3. En su familia para que no haya problemas ¿ tiene que estar de acuerdo con las opiniones de alguien en particular ?

4. Además de la voz ¿ existen otros medios con los que se comunica? Si es así mencione algunos.

5. ¿En tu familia tienen que ser tomados en cuenta las opiniones de todos y cada uno?

6. Si tu crees que existen cosas que no estimulan la comunicación, ¿cuáles crees que sean?

7. Para que exista una buena comunicación: ¿hay que decir lo que pensamos tal y como lo pensamos, aunque duela?

CONTESTE FALSO O VERDADERO Y ARGUMENTE SU RESPUESTA.

8. "Como ya estoy viejo y no entiendo con claridad lo que se me dice en ocasiones... ¿ mejor no digo nada ?"

9. "Como no soy el que manda en la casa donde vivo ¿ debo de hacer las cosas que se me dicen que haga ?"

10. Para no tener problemas ¿ es mejor que me calle lo que siento ?

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SAN LUIS POTOSÍ, MEXICO.

GUÍA 2 "Comunicación considerada"



Responda las siguientes preguntas con sus palabras
,ampliamente y en base a su experiencia.

1. ¿Es posible no comunicarse ?

2. Cuando estamos callados ¿ no comunicamos nada ?

3. "Si dije que estaba contento es porque lo estaba, ¿ porque lo duda?"

4. En relación con los valores, ¿ se predica con el ejemplo ?

5. ¿Una buena comunicación va mas haya del hecho de hablar y escuchar ?

6. "Si realmente me quiere ¿debe de darse cuenta de lo que me pasa ?"

7. ¿Solamente existe conflicto en las familias problemáticas ?

8. "No importa lo que digan los menores... son solo niños."

9. ¿Es muy difícil ponerse en los zapatos de otro para entender sus sentimientos ?

10. ¿Puedo ser responsable de que alguien se sienta mal ?

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SAN LUIS POTOSÍ, MEXICO.

GUÍA 3 “Comunicación respetuosa”



Responda las siguientes preguntas con sus palabras, ampliamente y en base a su experiencia.

1. ¿Qué piensa que es una comunicación respetuosa ?

2. De tus vivencias, ¿en que circunstancias es más fácil que se pierda la comunicación respetuosa ?

3. Con que escuche a mis familiares es suficiente... ¿es necesario poner buena cara?

CONTESTE FALSO O VERDADERO Y ARGUMENTE SU RESPUESTA.

4. "No hay que poner atención a los hechos violentos que se presentan en la familia ya que eso es normal."

5. "No hay que poner atención a los detalles insignificantes."

6. "Lo mas importante para entender lo que nos comunican es que hagamos caso a nuestras corazonadas."

7. "Los adultos mayores casi siempre contestan con monosílabos."

8. "Mi vida es muy ocupada, no tengo tiempo para escuchar los problemas de mis familiares."

9. "En ocasiones me siento avergonzado de mis sentimientos."

10. "Yo hablaría de mis cosas si sintiera que les importa."

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SAN LUIS POTOSÍ, MEXICO.

GUÍA 4 “Comunicación incluyente”



Responda las siguientes preguntas con sus palabras
,ampliamente, y en base a su experiencia.

1. ¿El adulto mayor debe ser prudente y reservarse su opinión ?

2. ¿Los ancianos deben tener una actitud de ancianos ?

3. ¿El adulto mayor podrá hacer cosas útiles para la familia ? si
es así ¿ cómo cuales ?

4. ¿Está bien que las familias formadas por mujeres y hombres
jóvenes o niños convivan con otros jóvenes y no con ancianos ?

CONTESTE FALSO O VERDADERO Y ARGUMENTE SU
RESPUESTA.

5. “Para tener una conversación basta con tener la voluntad de
realizarla, no importa donde, ni cuando se lleve a cabo.”

6. "Hay veces que es importante dar un buen sermón."

7. "La verdad hay que decirla aunque duela."

8. "Si alguien quiere hablar... que hable."

9. ¿Es necesario que con quien estoy hablando me exprese que opina de lo que digo ?

10. ¿Es importante decirle a nuestra familia cuáles son y cuáles eran nuestros sentimientos, sueños y proyectos ?

ESTRATEGIA EDUCATIVA TRADICIONAL
TEXTO DE LAS DIAPOSITIVAS PROYECTADAS.

1ª sesión "Comunicación estimulante"

1. ¿Qué es la comunicación? Poner algo en común, intercambiar mensajes: verbales...escritos...expresiones... incluso a través del silencio.
2. Elementos de la comunicación: emisor, mensaje, canal y receptor
3. La comunicación: Durante todo nuestro ciclo de vida estamos en permanente comunicación ¿pero realmente nos comunicamos?
4. Origen de los problemas de comunicación: ¿por qué expresamos erróneamente nuestros mensajes? Decimos mas de lo que creemos, decimos menos de lo que pensamos.
5. Utilizamos entonaciones inadecuadas, realizamos gestos u otros elementos que tergiversan el mensaje.
6. Aunque no esta presente la intención de comunicarse, el solo hecho de estar con otras personas implica comunicarnos.
7. La comunicación ¿es siempre estimulante?
8. Compartir: Para que la comunicación sea abierta requiere que se expresen los sentimientos: como aquellos de amor y aprecio, como los de resentimiento y tristeza.
9. Como lograr compartir: Es importante que estemos conscientes de que nadie es perfecto, es decir, ser tolerantes.
10. Tener opinión propia: Cada quien habla por si mismo, defiende su punto de vista.
11. Por su puesto esta libertad de expresión no quiere decir que van a estar de acuerdo todos con las opiniones de los demás.
12. Respeto: Mientras mas somos tomados en cuenta, a pesar de que no estemos completamente de acuerdo con lo que piensan los otros, más fácilmente podemos comunicarnos en familia.
13. ¿Qué no estimula la comunicación? Fingir que se esta escuchando a la otra persona.
14. Descalificar "Tu opinión es absurda"

15. Negar los sentimientos del otro "Estás equivocado, no hay razón para que te pongas así"
16. Confundir la honestidad con ser destructivo
17. Las personas nos expresamos de maneras muy diferentes.
Comunicación: agresiva, pasiva y asertiva.
18. ¿Cómo expresar el enfado? Ejemplo: 1. Decir lo que nos molesta
"Cuando me chiflas"
19. Decir como te sientes: "Me siento mal"
20. Explicar como nos afecta la conducta molesta "Porque me asusto y no puedo pensar para intentar comprenderte".
21. Decir lo que queremos "Prefiero que cuando te dirijas a mi me llames por mi nombre sin chiflarme"
22. Decir como me haría sentir eso "Porque eso me haría sentir bien y podríamos intentar llegar a un acuerdo"
23. ¿Cómo responder a las críticas? Escuchar la crítica que te hacen.
Pedir detalles que aclaren lo que hace referencia a la crítica.
24. ¿Cómo negarse a hacer algo que no deseas? Reconocer la situación con rapidez para no vernos desbordados por ella.
25. Asegúrate de comprender bien lo que se te está pidiendo decir o hacer.
26. Pide tiempo para pensarlo. Si es un asunto grave quizá no se pueda decidir en ese momento, por lo que se puede postergar la contestación.
27. Si la petición no te agrada, se puede rechazar de forma clara y sencilla
28. Dar una razón por la que nos negamos a hacer lo que se nos pide, es mejor evitar dar excusas.
29. Razón y excusa: Una razón es diferente de una excusa. Una razón es una explicación de porqué no hacemos lo que se nos pide y que si cambiase lo haríamos.
30. Una excusa es una explicación que utilizamos, pero que no es verdadera, por lo que, aun si cambiase seguiríamos sin querer hacer lo que se nos pide.

31. No siempre es necesario dar razones.
32. Si quien nos hace la petición es un amigo... darle nuestras razones para negarnos a hacer lo que nos pide le permitirá comprender y aceptar nuestra postura.
33. Cuando la petición viene de un extraño no tenemos porque dar explicaciones de nuestra postura, ya que puede utilizar esas explicaciones para intentar persuadirnos.

2ª sesión "Comunicación considerada"

1. Esta forma de comunicarnos implica reflexionar o examinar con atención nuestros mensajes.
2. Puede no haber palabras. Ejemplo: Entre pasajeros de un medio de transporte, donde se cree no nos comunicaremos con extraños.
3. Si no hablamos igual estamos comunicando ya sea con la posición de nuestro cuerpo o con la expresión facial.
4. Es necesario que el mensaje que se transmite sea coherente en nuestra expresión verbal y no verbal.
5. "¡no estoy enojado!" voz muy fuerte, ceño fruncido ¿a qué parte de la comunicación hacerle caso? ¿a las palabras o a los gestos?
6. Una comunicación considerada comprende que: cada miembro de la familia tiene una personalidad y necesidades distintas. "Por lo que cada persona es apreciada y aceptada por ser quien es"
7. Una comunicación considerada es crucial en la formación de los valores: En el hogar los hijos aprenden del ejemplo de sus padres para interiorizar sus valores. Con los valores la familia podrá tener una verdadera cohesión y estabilidad.
8. Una buena comunicación va mas allá del hecho de hablar y escuchar
9. Implica saber que decir y cómo decir las cosas. Así como saber escuchar de una manera activa y atenta.
10. El lenguaje corporal es una parte muy importante. Abarca habilidades como la comprensión y la empatía.
11. Con nuestra familia podemos expresar nuestras necesidades.

12. Sin embargo... dificultades habituales en las familias: Creer que los otros van a adivinar lo que necesito (material o afectivo)
13. Ejemplo: Alguien pone cara de abrumado y espera que los otros le pregunten que le pasó , en vez de contar lo que le sucedió y por lo cual está molesto o triste.
14. Importantes momentos para practicar la comunicación considerada: El conflicto; Es un hecho básico de la vida y una oportunidad permanente para crecer y aprender.
15. "Conflicto" Situación familiar, laboral, de pareja...que coloca en pugna a personas, parejas, familias, grupos, etc...
16. Identificar situaciones conflictivas. Diferencias en cuanto a intereses, necesidades y deseos de cada uno.
17. Causas de conflictos: Diferencia de opinión de un proceso a seguir (como hacer las cosas)
18. Criterio de repartición de algo (quien se lleva que parte) Diferencia de valores.
19. ¿Cómo vemos a los conflictos? El conflicto desestabiliza a las personas y les causa daño o dolor.
20. Es algo natural que ocurra y puede ser un desafío interesante de crecimiento y comprensión del otro.
21. ¿cómo practicar la comunicación considerada? Clima adecuado para conversar. Un televisor encendido, o una radio o el teléfono sonando, son interruptores comunes.
22. Ideas preconcebidas o prejuicios. "Los niños no entienden". Promueven un trato desigual y la exclusión de personas en la toma de decisiones.
23. Empatía...¿ qué es? La empatía es de vital importancia para la comunicación.
24. Es la capacidad de penetrar dentro de los sentimientos y motivos del otro.
25. Lo opuesto "Invalidación" Es lo que sucede cuando usted expresa un sentimiento y la persona a quien le habla contradice o rechaza el mismo.

26. Cuando uno se encuentra ansioso, triste, temeroso o mal en algún modo... el rechazo es muy doloroso.
27. La pena por el rechazo puede ser aún mas profunda ¡cuando la otra parte no tolera su dolor!
28. Acompañaba a una amiga, cuyo bebé de 8 meses era tratado por cáncer...
29. Me sentaba con ella y escuchábamos un visitante tras otro decir: "No te preocupes, todo saldrá bien"
30. Cuando finalmente nos encontrábamos a solas me decía: "¿no saben que tanto optimismo me hierde? ¿no se dan cuenta de que no me dejan hablar acerca de lo que mas pienso, de que podría no mejorar? Es como si pusieran una mano en mi boca para callarme"
31. ¿Por qué toda esa gente no para con su optimismo y escucha un poco?
32. Respuestas a la pena de un amigo "Te sentirás mejor mañana", "No te preocupes, el tiempo lo cura todo".
33. Esas respuestas pueden significar: Debe haber algo mal en ti para quejarte cuando no existe nada de que quejarse.
34. Un rabino judío, sufrió un repentino ataque cardiaco en medio de un litigio.
35. En Urgencias del hospital... el doctor, quien conocía y respetaba a este paciente, ante la pregunta de su estado de salud le respondió al rabino "No hay de que preocuparse"
36. El juez fue colocado en un equipo donde se mezclaban muchos tubos.
37. Lo llevaron a la "Sala de Terapia Intensiva"
38. El rabino preguntó sin mas reparo cuando el doctor regresó ¿por qué me engaña?
39. "Usted no está en realidad muy enfermo" contesto sorprendido el doctor
40. "Pero a diario me enfrento a cientos de preguntas éticas y no tengo respuestas. Pienso que sería bueno tenerlo a mi lado por un tiempo, y ¡usted podría responder las mias!"
41. Entonces ¿por qué estoy conectado a todos estos aparatos? Respondió escépticamente el rabino.

42. Quiero que una enfermera lo vigile cada minuto. De este modo ella podrá ver todo desde su escritorio.
43. El rabino permaneció en el hospital durante 3 semanas, respondiendo bien al tratamiento.
44. Luego de su alta, comentó su experiencia entre sus colegas:
45. "El doctor me mintió continua y consistentemente" dijo,
46. "Pero sus mentiras me curaron mas que cualquier otra medicina que me suministraron"

3ª sesión "Comunicación respetuosa"

1. Es la manifestación de cuidado que tenemos por alguien.
2. En la convivencia multigeneracional la comunicación puede no ser respetuosa porque...las diversas necesidades se contraponen en determinadas circunstancias.
3. Puede llegar a ser violenta si alguno de sus integrantes abusa de su autoridad, su fuerza o su poder.
4. Ejemplo: coscorrónes, pellizcos, gritos, golpes, humillaciones, burlas, castigos, silencios...
5. El que una persona dependa económica, moral y emocionalmente de otra en ocasiones facilita que esta última abuse de su autoridad.
6. En la mayoría de los casos comienza con reclamos mutuos por: falta de atención, por cansancio, por problemas económicos, laborales, por frustración... y estos pueden desencadenar que se pierda el respeto.
7. Es necesario reconocer cuando este tipo de situaciones puedan estar afectando nuestra familia.
8. Recursos con que contamos para comunicarnos respetuosamente: La observación sensible, la escucha atenta y la actitud receptiva.
9. La observación: apreciación de un hecho que aporta datos acerca de un aspecto de la realidad.
10. Observación sensible. Se ha dicho muchas veces que no existen hechos puros.
11. Toda constatación de hechos se hace desde un marco previo.

12. Como unas gafas con cristales de color que hacen que la observación este teñida por la coloración del cristal.
13. Como aumentar nuestra observación sensible: Visualiza a través de tu imaginación posibles soluciones a todo lo que te preocupa.
14. Presta atención a tu interior, a las señales de tu cuerpo, a los sentidos y reacciones.
15. Ignoramos lo que no nos interesa y no consideramos importante, pero tenemos que aprender a mirar el mundo que nos rodea con interés y atención, ya que a veces la clave está en los detalles "insignificantes"
16. Observa a la gente, interpreta sus gestos, sus reacciones e intenta imaginar e inventar historias sobre la vida de cada uno.
17. Asocia relaciones: Estímulos → las consecuencias que después se producen. Recordar todo tiene un significado.
18. Es importante que la observación sensible se complemente con el pensamiento racional, de esta forma nuestra información será mas precisa.
19. Escucha atenta. Cuando uno escucha las personas se muestran mas dispuestas a expresarse libremente.
20. ¿Cómo escuchar con atención? No haga preguntas que se puedan contestar con un "si" o un "no", mejor, ¿qué opinas de...? ¿por qué crees que... ocurrió? o ¿qué harías si...?
21. Escuche antes de expresar sus propias ideas. Luego de su opinión y sus "porques". Si no está seguro sobre ciertos temas, también dígalos.
22. Si quieren hablar con usted pero usted está ocupado. Trate de dejar de hacer lo que está haciendo y escuche o elija un momento en que pueda dedicarle todo su tiempo.
23. Préstele atención a su familiar cuando hablen: mírelo, escúchelo, no lo interrumpa, no lo critique antes de escucharlo, piense sobre lo que su familiar quiere decirle.
24. Hable con su familiar cuando las cosas están bien..No querrá que piense que usted solamente le habla o lo escucha cuando hay un problema.

25. Ayúdele a que pueda expresar sus sentimientos: "Me siento decepcionado porque...", "Me siento confundido porque...", "Tengo miedo que...ocurra"
26. El aprender a expresar sus sentimientos con palabras le ayudará a controlar sus emociones y a tomar buenas decisiones.
27. Si se enoja, porque le dice la verdad sobre algo, no volverá a confiarle sus problemas. Hágale sentir seguro con usted, aunque a usted no le guste lo que diga.
28. Este atento a lo no verbal. Esto pudiera ayudarle a entender como se siente con respecto a un tema.
29. Si su familiar esta: triste, herido o frustrado por algo. Pregúntele si quiere hablar del asunto, pero no lo obligue a hablar si no quiere. Dígale que está listo para escucharle cuando quiera hablar.
30. Actitud receptiva. Implica una actitud de curiosidad y aceptación.
31. Todo nuestro organismo es receptivo. A través de los sentidos tomamos contacto tanto con el mundo como con las sensaciones del cuerpo.
32. Permitete sentir sin juzgar. No te precipites hacia el papel de víctima. O a tener que hacer algo enseguida.
33. ¿Acaso no escuchas, Sancho, la música orquestal que se oye tras esos cerros?

4ª sesión "Comunicación incluyente"

1. En la familia pueden existir señales de desequilibrio.
2. Ejemplo: Ignorar algún miembro, entrar en coalición unos contra otros.
3. Ejemplo: Esperar a que los adultos mayores se queden quietos, que no protesten, que ocupen mas lugar que el reservado para sus pies...
4. Para encuadrarse en el estereotipo y no ser señalado, es habitual ver encorvarse a viejos que podrían caminar erguidos.
5. Incluso autoexcluirse del campo de la seducción y renunciar al adorno y al atuendo atractivo por miedo al mote de "viejo verde".
6. El adulto mayor suele iniciarse en un comportamiento retraído, rehuyendo el contacto con otros. En esta nueva etapa es necesario crear una nueva comunicación y valoración para adaptarse.

7. Es importante tener vigente al adulto mayor. Integrarlo a las conversaciones. Que sea una persona que pueda opinar frente a un tema.
8. Pueden participar en la crianza de los niños. Los límites y las normas son misiones para los padres, de manera que la relación abuelo-nieto pueda ser más libre.
9. Vínculos intergeneracionales. Aunque los abuelos no vivan en la casa, los padres deben fomentar la relación entre ellos y sus nietos, ya que estos vínculos son de gran riqueza para el desarrollo de los niños.
10. Envejecimiento activo: A pesar de los cambios físicos y psicológicos que conlleva el envejecimiento... los adultos mayores desempeñan roles al interior de la familia y la sociedad.
11. Esto significa que el adulto mayor se mantenga participando en la comunidad.
12. Reuniones o encuentros familiares. Costumbre positiva que se puede efectuar cada cierto tiempo.
13. Facilita el poner en práctica la "comunicación incluyente" así como compartir a través del diálogo y la conversación.
14. Estos encuentros pueden enriquecer a cada integrante como miembros de un mismo equipo.
15. Pueden establecerse como una reunión: fija, bisemanal o mensual, para resolver conflictos en conjunto o simplemente para conversar y conocerse más.
16. Acciones que facilitan una comunicación incluyente. Cuando se quiere conversar sobre algo que merece una mayor atención, se requiere buscar el momento y el lugar adecuado.
17. Demostrar interés en lo que la otra persona quiere transmitir o comunicar.
18. Es imprescindible que haya reglas establecidas en cuanto a no permitir que a nadie se le juzgue, se le critique o se le ofenda.
19. Estas son acciones que no deben ser aceptadas si se desea que haya un ambiente positivo en el encuentro.

20. Al juzgar... las conversaciones terminarán siendo interrumpidas o desviadas hacia asuntos que son irrelevantes en el momento y la comunicación quedará bloqueada.
21. Otro aspecto importante es evitar sermones.
22. Cuando alguien toma el papel "del sermoneador" se pierde la escucha activa y la tranquilidad de compartir libremente los sentimientos y pensamientos.
23. Retroalimentación. Esto significa que toda persona puede expresar su opinión y a la vez recibir un mensaje.
24. Mensaje de apoyo, de desacuerdo, constructivo (no destructivo ni ofensivo)
25. Cualquier persona tiene derecho a oponerse a lo que se está diciendo, mientras reine ante todo el respeto y se apoyen en razones válidas.
26. La costumbre de ser escuchados aunque sean temas triviales equivale a: fortalecer sus habilidades de comunicación y adquirir seguridad para manejar temas que pueden ser conflictivos.
27. Reconocer los espacios. Por ejemplo, el cuarto, enfrente de toda la familia, etc...
28. Ejemplo: A alguien le es más fácil comunicarse a través de cartas o mensajes escritos.
29. ...a otro escuchando música de fondo
30. Es muy importante incentivarlos a que hablen de sus sentimientos y que compartan sus pensamientos.
31. Para ello, ayuda mucho que contemos sobre nuestros propios sentimientos, sueños, proyectos, recuerdos, etc...
32. El ser humano, desde que comienza a vivir esta construyendo su vejez.