



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE PREGRADO

CARRERA DE ENFERMERIA

**“TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LAS PERSONAS ADULTAS
MAYORES DE LA ASOCIACION DE ANCIANOS VILCABAMBA Y
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PARA POTENCIAR SU SALUD
MENTAL”.**

Tesis previa a la obtención
del título de Licenciada en
Enfermería.

Autora:

SILVANA ELIZABETH MACAS GRANDA

Directora:

Lic. ROSA MARÍA ARAUJO ALVAREZ

Loja – Ecuador

2015

CERTIFICACIÓN

Lic. ROSA MARÍA ARAUJO ALVAREZ
DOCENTE DEL NIVEL DE PREGRADO DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Haber asesorado, revisado detenida y minuciosamente durante todo su desarrollo, la tesis titulada. **“TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DE LA ASOCIACION DE ANCIANOS VILCABAMBA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PARA POTENCIAR SU SALUD MENTAL”**. Realizada por la estudiante SILVANA ELIZABETH MACAS GRANDA.

Esta tesis ha sido formulada bajo los lineamientos del Nivel de Pregrado del Área de la Salud Humana, y estructurada de acuerdo a la normatividad de la Universidad Nacional de Loja.

Por lo tanto, autorizo proseguir los trámites legales, pertinentes para su presentación ante los organismos de la institución.

Loja, 10 de Febrero del 2015


.....
Lic. ARAUJO ALVAREZ ROSA MARÍA
DIRECTORA

AUTORÍA

Yo, **Silvana Elizabeth Macas Granda**, egresada de la Carrera de Enfermería, perteneciente al Área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, declaro bajo juramento que el presente trabajo de grado **"TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DE LA ASOCIACION DE ANCIANOS VILCABAMBA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PARA POTENCIAR SU SALUD MENTAL"** Es de autoría propia y no ha sido previamente presentado para ningún grado y calificación profesional, además he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento, como tal será protegido por las leyes establecidas por el Estado Ecuatoriano de derecho tal como se establecen en los artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 de la ley de propiedad intelectual.

Por lo tanto la falta de permisos correspondientes o su mal uso serán penalizados por la ley; así mismo se asume todas las consideraciones y responsabilidades que correspondan al mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual

Autor: Silvana Elizabeth Macas Granda

Firma:

Cedula: 1105163602

Fecha: 10 de Febrero del 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo Silvana declaro ser autor de la tesis titulada : **“TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DE LA ASOCIACIÓN DE ANCIANOS VILCABAMBA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PARA POTENCIAR SU SALUD MENTAL”**. Como requisito para optar el título de **LICENCIADA EN ENFERMERIA**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repertorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad. La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice el tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los diez días del mes de febrero del dos mil quince.

.....
Silvana Elizabeth Macas Granda

Cédula: 1105163602

Correo electrónico: slv_elizabeth@yahoo.com

Teléfono: 2 545261

Celular: 0939851400

Directora de tesis: Lic. Rosa María Araujo Álvarez.

Tribunal de grado: Mg. María del Cisne Agurto Erique

Mg. Denny Caridad Ayora Apolo

Mg. Wilma Palmira Montaña Bravo

DEDICATORIA

El presente trabajo le dedico a Dios por haberme dado la vida y estar conmigo en todo momento, guiándome, cuidándome, dándome fortaleza para continuar, sobre todo por permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres quienes a lo largo de mi vida, han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, brindándome sus consejos, comprensión y amor. A mis hermanos por su entera confianza en cada reto que se me ha presentado, dándome fortaleza con cada una de sus palabras de aliento en los momentos difíciles.

En general a todas y cada una de las personas que me guiaron en el trayecto de esta carrera que de una u otra manera estuvieron ahí para extenderme una mano amiga. Es por ello que he podido ir avanzando y llegar a la meta realizando uno de mis sueños.

AGRADECIMIENTO

Al culminar esta etapa universitaria cuyo recuerdo siempre estará presente en mi mente, quisiera agradecerle a Dios por darme la fuerza y la esperanza, al guiar e iluminar mi camino, y ser aquella mano amiga que me levanto en los momentos difíciles de mi carrera.

A mi familia, a mis amigos y a todas aquellas personas quienes de una forma u otra con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad. Mi agradecimiento, va dirigido especialmente a mis padres, quienes me han apoyado arduamente día tras día.

A mis profesores, quienes han impartido sus conocimientos y experiencias, para formarme como una profesional, en especial a la Lic. Rosita Araujo que fue mi tutora de tesis, quien supo creer en mi capacidad y orientarme sin interés alguno, para culminar con éxito ésta investigación. Así como también, a los directivos e integrantes de la Asociación de Ancianos Vilcabamba por facilitar la información necesaria para poder hacer realidad la presente investigación.

TÍTULO:

**“TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DE LA ASOCIACION DE ANCIANOS VILCABAMBA Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO PARA POTENCIAR SU SALUD MENTAL”.**

RESUMEN

La presente investigación pretendió; determinar los principales trastornos depresivos en las personas adultas mayores de la Asociación de Ancianos Vilcabamba; identificar las estrategias de afrontamiento más utilizadas para atenuar la depresión; y, elaborar un taller educativo como respuesta a las necesidades detectadas promoviendo así el bienestar de las personas adultas mayores. La metodología fue de tipo descriptivo y transversal cuyo universo y muestra lo constituyeron las 50 personas adultas mayores de la Asociación de Ancianos Vilcabamba, ubicada en la Av. Eterna juventud de la parroquia Vilcabamba del cantón Loja. Se realizó la aplicación del el test de Yesavage que sirvió para conocer los trastornos depresivos y el cuestionario de estrategias de afrontamiento; obteniendo los siguientes resultados Autocritica 78%, seguido de la Reestructuración cognitiva con el 70%, y la estrategia correspondiente a la Expresión emocional con el 64%. Siendo la depresión leve con un 46% y la depresión moderada con el 12%, los trastornos depresivos más frecuentes en la Asociación de Ancianos Vilcabamba; en vista a la problemática de la Asociación antes mencionada, se demostró en base del test aplicado que la depresión, se encuentra infra-diagnosticada, lo que conlleva a las autoridades de salud y encargados de estos centros que consideren la posibilidad de utilizar instrumentos que valoren de forma integral el estado de salud de la población de adultos mayores al momento lo que permitirá instaurar un tratamiento adecuado; se debe procurar trabajar con todo el personal de salud y las personas adultas mayores en la construcción de una imagen social positiva, al incentivar las estrategias de afrontamiento que permita lograr el interés de estos ante situaciones estresantes mediante actividades que impliquen la superación de los mismos; es necesario la implementación de la oferta de servicios recreativos y ocupacionales dirigidos a este grupo etario, el que se encuentra en concordancia y en correspondencia con los intereses de los adultos mayores, de tal forma se contribuye a recuperar

su capacidad de goce redescubriendo sus capacidades y conectándose con sus deseos, al mismo tiempo que se incentiva su sentido de libertad y autoestima.

Palabras claves: Trastornos depresivos, Estrategias de afrontamiento, Personas Adultas mayores.

SUMMARY

The present research expected to determine the main depressive disorders in the older people of the Elders; Association Vilcabamba; to identify the most used strategies of confrontation to attenuate the depression; and, to elaborate an educational workshop as response to detected needs promoting in this way the well-being of the older people. The methodology was of descriptive and transverse type which universe and sample was constituted by 50 older people of the Elders; Association Vilcabamba, located in the Eternal Youth Av. of the Vilcabamba parish of the Loja canton. The Yesavage test was applied and served to know the depressive disorders; and the questionnaire of confrontation strategies; obtaining the following results: Self-criticism 78%, followed by the cognitive Restructuring with 70%, and the strategy corresponding to the emotional Expression with 64%. Being the slight depression with 46% and the depression moderated with 12%, the most frequent depressive disorders in the Elders; Association Vilcabamba; since the problematic of the Association before mentioned, it was demonstrated in base of the applied test that the depression is found infra-diagnosed, what carries the authorities and managers of health of these centers to consider the possibility of using instruments that value in an integral way the older population's state of health at the moment, which will allow to establish a suitable treatment; efforts should be made with the whole health staff and the older people to the construction of a social positive image, on having stimulated the strategies of confrontation that allows to achieve the interest of these ones in stressful situations by means of activities that imply the overcoming of the same ones; it is necessary the implementation of an offer of leisure and occupational services directed this age bracket, the one that is in conformity and in correspondence with the interests of the older people, in such a way that contributes to cover their capacity of possession, re-discovering their capacities and connecting with their desires, at the same time that the sense of freedom and self-esteem is stimulated.

Key words: Depressive disorders, strategies of confrontation, older people.

INTRODUCCION

La población de personas adultas mayores ha crecido en los últimos años y se prevé un crecimiento mayor, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total de todo el planeta. En Europa y América, esta población ya sobrepasa el 20% del total (OMS, 2005).¹

Los cambios demográficos producidos en el Ecuador, en razón de la disminución de la tasa de mortalidad infantil, de natalidad, fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, obliga a reflexionar sobre el cambio de perfil epidemiológico en la población, la misma que va aumentando a partir de 65 años y más, por tanto en el ámbito individual como poblacional, es un tema que ha sido tratado en foros mundiales en los cuales se han propuesto políticas públicas para la protección de las personas adultas mayores.

Los trastornos depresivos en las personas adultas mayores tienen alta prevalencia y produce un impacto negativo en la calidad de vida. Dentro de los factores de riesgo se destacan: duelo, trastornos del sueño, discapacidad, episodio depresivo previo, demencia y condiciones médicas crónicas. Las personas adultas mayores deprimidas muestran menos ánimo, se encuentran tristes, con más ansiedad y más quejas somáticas que los jóvenes con la misma patología, el pronóstico es en general pobre, pues este trastorno en los ancianos presenta mayor tasa de recaídas y mayor mortalidad general que en las personas de otras edades.

Esta circunstancias estresante ocasionan en las personas diferentes respuestas que engloban pensamientos, sentimientos y acciones. Tales recursos se conocen con la denominación de estrategias de afrontamiento (coping), y se

¹ OMS (2005) Envejecimiento y ciclo de vida 2005. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en preparación). Recuperado en 26 de octubre de 2014 de <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.

describen como reacciones ante las situaciones problemáticas mencionadas. Frente a los problemas, y ante la necesidad de reducir la tensión que éstos generan, se ponen en marcha distintas estrategias cognitivas y comportamentales, pudiéndose pensar, así, al afrontamiento como una modalidad de funcionamiento que el sujeto humano utiliza en su constante interacción con el medio, con el fin de adaptarse a él. En términos generales, se afirma que, independientemente del componente depresivo presente en toda enfermedad, la depresión puede afectar a 1 ó 2 de cada 10 individuos.² Lo cual permite plantear como problema en esta investigación ¿Qué trastornos depresivos padecen las personas adultas mayores de la Asociación de Ancianos Vilcabamba y cuáles son las estrategias de afrontamiento usadas por los mismos? En el cual se planteó como objetivo general determinar los trastornos depresivos y estrategias de afrontamiento usadas por las personas adultas mayores de la Asociación de Ancianos Vilcabamba.

Siendo un estudio descriptivo y transversal, para la recolección de datos se aplicó del el test de Yesavage que sirvió para conocer los trastornos depresivos presentes en las personas adultas mayores y el cuestionario de estrategias de afrontamiento. Luego de la recolección de datos, tabulación y análisis de datos se llegó a los siguientes resultados: Los trastornos depresivos más frecuentes en la Asociación de Ancianos Vilcabamba es depresión leve con un 46%, y la depresión moderada con el 12%, las estrategias más utilizadas son Autocrítica 78%, seguido de la Reestructuración cognitiva con el 70%, y la estrategia correspondiente a la Expresión emocional con el 64%.

Frente a lo cual se plantea como alternativa la elaboración de una Taller educativa que contribuya a favorecer al adulto mayor.

² Mariana Belló, Esteban Puentes-Rosas, María Elena Medina Mora, Rafael Lozano. (2005) Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Recuperado en: 27 de octubre de 2014 de http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2005/47_s1%20prevalencia.pdf

REVISIÓN DE LA LITERATURA

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Los trastornos depresivos son palabras de uso común aunque puede tener diferentes significados. A menudo se utiliza para referirse a períodos pasajeros de tristeza o desánimo tras experimentar la pérdida de un ser querido, de la salud, de pertenencias personales, tras la frustración de expectativas deseadas, o ante dificultades cotidianas.³

La Sociedad Americana de Psiquiatría define a los trastornos depresivos como “Una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades”. En contraste con la tristeza normal, la depresión mayor tiene impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo.

Lo específico en el trastorno de carácter depresivo es, pues, que la relación con el mundo y consigo mismo (sobre todo con el cuerpo) prácticamente queda inalterado. Aquellas cosas de las cuales uno se alegra normalmente o que le resultan agradables o interesantes, etc., palidecen y pierden su color, fenómeno que es conocido como "afección negativa". Su importancia existencial radica en la pérdida de la vivencia del valor, lo cual implica la pérdida de la "nutrición espiritual", que representan los valores para la persona, ya que éstos son el contenido que llena nuestra vida y que mantiene y hace atractivas nuestras relaciones.⁴

³ Mingote-Adán, José Carlos, Gálvez-Herrera, Macarena, Pino-Cuadrado Pablo del, & Gutiérrez-García, M^a Dolores. (2009). El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Med. segur. Trab*, 55(214): 41-63. Recuperado en 27 de octubre de 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2009000100004>.

⁴ Längle, Alfred. (2004). Psicoterapia analítico-existencial de los trastornos depresivos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 42(3), 195-206. Recuperado en 27 de octubre de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272004000300005&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-92272004000300005.

PERSONAS ADULTAS MAYORES

La mayoría acuerda que esta etapa comienza al inicio de los 60 años, pero el umbral de edad se recorre en la medida que se extiende la expectativa promedio de vida, siendo de 70 años en algunos países.

La vejez, etapa en rápido crecimiento demográfico, está permeada por múltiples cambios que dificultan su comprensión y hacen necesario que todas las áreas del conocimiento aporten sus saberes para profundizar en este campo (Cardona, Villamil, Henao y Quintero, 2007).⁵

Esta etapa es un proceso natural, progresivo, de transiciones y cambios psicológicos, sociales y biológicos que aparecen con el tiempo. Así, los adultos mayores comparten algunas características; sin embargo, la forma de actuar de cada persona después de los 50 años es en gran parte reflejo de sus tradiciones y educación, pero también de su proyecto de vida, de una forma muy particular de ver su entorno y de cómo se nutre de éste (Ocampo, 2002).⁶

En países latinoamericanos, las personas adultas mayores se ven abandonados por los mismos familiares sin tener conciencia que los adultos mayores son seres humanos que necesitan cuidados, atención y sobretodo ocupar su tiempo libre en actividades que puedan realizar aptas a su edad. Las personas adultas mayores que manifiestan enfermedades o deterioro físico, son excluidas tanto a nivel social como familiar, se les niega oportunidades para mejorar su salud, volviéndose una carga para la sociedad y la familia.

⁵ Cardona, J; Villamil, M; Henao, E. y Quintero, A. (2007). Concepto de soledad y percepción que dé su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, Colombia, 2007. Revista de la Facultad de Nacional de Salud Pública. 27 (2), pp. 153-163.

⁶ Ocampo, J. (2002). La Ética ante la vejez. Sociedad Mexicana de Antropología. Disponible en <http://morgan.iiia.unam.mx/usr/humanidades/224/COLUMNAS/OCAMPO>.

La “tercera edad” o adultez mayor presenta unas características particulares (experiencia de vida, mayor disponibilidad de tiempo libre, etc., pero con disminución de las capacidades físicas e intelectuales, pérdida de seres queridos...) resultantes de una situación de crisis que, bien resuelta, debería conducir a una etapa productiva y gratificante para la persona. En contraste, la evolución de este proceso de crisis en un sentido improductivo o patológico, puede dar lugar a que el individuo enferme o a que sus procesos patológicos previos empeoren, con una posible repercusión añadida sobre su sistema de convivientes.

Dichas situaciones críticas podemos esquematizarlas como:

1) Jubilación: repentinamente, la persona adulto mayor se encuentra en una situación de pérdida de poder, de propósito y de contexto, pérdidas que son tanto más graves cuanto más centrada en el trabajo tenga su vida la persona. Se encuentra con mucho tiempo y muy poco que hacer, con la dificultad añadida de un empobrecimiento en su red de relaciones por la pérdida de los compañeros de trabajo. En el más común de los sistemas de pareja que predominan en la actualidad, para la mujer, que es la que hasta entonces ha permanecido en casa, la jubilación del esposo supone un aumento de su trabajo: la presencia de éste puede desbaratar el horario y actividades diarias a que se había habituado, si bien también se pueden compartir en mayor grado las responsabilidades del hogar. La consecuencia suele ser que la mujer evoluciona hacia roles más instrumentales y el hombre hacia roles más expresivos y afectivos.

2) Soledad y pérdidas: la viudez suele ser el principal desencadenante del sentimiento de soledad en las edades avanzadas. Las personas adultas mayores se encuentran de pronto sin la compañía y la afectividad que tenía con su pareja, dando pie a problemas personales de adaptación a la viudez de tipo

no únicamente emocional, sino también material y relativos a la gestión del tiempo de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social.⁷

La viudez de la mujer es más habitual en nuestro medio dado que la edad media de vida es menor en los hombres, que las mujeres suelen casarse con hombres mayores que ellas. El fallecimiento del cónyuge puede suponer aspectos negativos para la mujer, pero también algunos positivos, como la independencia y un cierto bienestar económico. Para el hombre, la situación de viudez puede ser un acontecimiento dolorosamente inesperado: habiendo delegado muchas tareas de la vida diaria en su esposa, puede encontrarse de repente abrumado e impotente, incapaz de valerse por sí mismo. Es frecuente comprobar como muchos hombres ancianos y solos no funcionan bien, teniendo que recurrir a la ayuda e incluso a la asistencia y convivencia con los hijos si es que disponen de esa posibilidad. A veces pueden optar por formar una nueva pareja para conseguir esos cuidados y aliviar su situación de soledad, lo cual, si la persona elegida es afín a sus gustos y carácter, puede resultar en una mejoría de su calidad de vida. La situación puede no ser tampoco sencilla si el padre/madre sigue viviendo solo o pasa a convivir con los hijos. Acostumbrados a unas normas y límites establecidos por ellos en su propia familia nuclear, pueden encontrar difícil tolerar e incluso interpretan mal signos que van aparejados con el envejecimiento y tomarlos por defectos de carácter. Sucede así con síntomas como olvidos, descuidos en la higiene, quejas hipocondríacas, rigidez en algunas costumbres, etc. Para que se puedan adaptar a las nuevas características de la convivencia y consigan mejorar la comunicación se requerirá una adaptación al ritmo más pausado del adulto mayor.

3) Crisis de cuidado y dependencia: una situación especialmente crítica ocurre cuando los padres no pueden cuidarse por sí mismos y precisan del

⁷ Rodríguez Martín Marta.(2009). La soledad en el anciano. Gerokomos 20(4): 159-166. Recuperado en 26 de octubre de 2014, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2009000400003>.

cuidado de los hijos. Esto supone un cambio estructural muy importante, no sólo para los hijos, con sus propias familia nuclear y sistema de convivencia que deben readaptarse, sino también para los adultos mayores que pierden su independencia física y su sistema de normas y costumbres, y se ven en la disposición de entrar en un sistema que ya no es el suyo, con esos “viejos desconocidos” que son ahora sus hijos.

Las consecuencias de los trastornos depresivos sobre las capacidades físicas pueden ser similares o incluso más importantes que las de muchas enfermedades crónicas, lo cual es más evidente cuando se conjugan con otras afecciones, como la demencia, o con una pobre red social, escasa autosatisfacción o sentimientos de soledad. Sin embargo, todos estos estudios han considerado la " discapacidad" como la consecuencia última de los trastornos depresivos.⁸

Las personas adultas que no puede vivir solas por más tiempo, se ve en la necesidad de que alguien esté con ellos y esto o es muy difícil o es incluso imposible (no tiene hijos, estos viven lejos o incluso en otro país, no quieren/pueden hacerse cargo del cuidado, etc.). Se puede entonces plantear la posibilidad de la institucionalización (siempre como último recurso), circunstancia que, puede remover profundamente los cimientos de toda la familia. Dichos pasos se suceden con diferentes grados de intensidad y con diferente potencial residual de adaptación, propio de cada individuo y de su sistema.

Cuanto mayor es la edad, mayor es la vulnerabilidad al estrés psicológico, como consecuencia de la pérdida de las relaciones sociales. Así, para los adultos

⁸ Ávila-Funes, José Alberto, Melano-Carranza, Efrén, Payette, Hélène, & Amieva, Hélène. (2007). Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública de México*, 49(5), 367-375. Retrieved November 10, 2014, from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000500007&lng=en&tlng=es. 10.1590/S0036-36342007000500007.

mayores de más edad, 85 o más años, el afecto o la compañía de las pocas amistades que le quedan cobra mayor importancia, debido al marcado cambio que experimenta su red social informal, derivadas de la pérdida de la pareja u otros seres queridos o de amistades, el deterioro de la capacidad funcional por enfermedades (artritis, pérdida significativa de la visión y audición, demencia, problemas del sueño, incontinencia, depresión, enfermedades crónicas), la distancia geográfica con los parientes cercanos.⁹

El proceso de normal evolución del envejecimiento puede verse alterado por la aparición de múltiples enfermedades orgánicas y psíquicas, las cuales van a implicar de diversas maneras al sistema de convivientes. Algunas formas de enfermar frecuentes en la tercera edad, con las peculiaridades de su propio proceso vital y por el contexto familiar en que se inscriben.

TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Los Trastornos Depresivos tienen como característica principal una alteración del estado anímico y del humor en la persona que lo padece a cualquier edad durante el ciclo de la vida.

La tercera edad es uno de los grupos de población más expuestos a la depresión y aunque nosotros no pertenezcamos a este grupo, tenemos familiares que la pueden estar sufriendo. Esto se debe a que por lo general este grupo se siente más cercano a la muerte, ya no se siente útil ni en la familia ni en la sociedad y muchas veces sus allegados y el sistema en sí les hacen a un lado.

Los trastornos depresivos en las personas adultas mayores siempre serán una verdadera urgencia médica y social, pues constituye un alerta del ser humano

⁹ Fernández Alba R, & Manrique-Abril FG.(2010) Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enferm. Glob.*(19). Recuperado en 26 de octubre de 2014 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200016&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000200016>.

que independientemente de su edad, además de sentirse solo, es incapaz de enfrentar los rigores de la vida y llega a la más triste y grave conclusión de que "no vale nada" y lo mejor es terminar definitivamente con esa angustia; de ahí, la importancia de realizar una eficaz intervención ante este dilema.¹⁰

Generalmente, el adulto mayor que sufre depresión expresará mucha tristeza y, parecerá que se ha echado a morir aunque no lo diga directamente, pues es posible que sienta que su condición a nadie le va a importar y que no hará ninguna diferencia que lo diga. También puede ser que calle porque no conoce su condición y adjudique todos sus síntomas al hecho de que está viejo.

De todas las etapas evolutivas, es la vejez la que más aprehensiones provoca en los seres humanos pues comienzan a perderse, de manera progresiva, diferentes capacidades tanto intelectuales como físicas, comenzando a ser evidentes a partir de los 60 años.

Los trastornos depresivos se clasifican como: leves, moderados o graves, según el número de síntomas y su gravedad. En un **episodio leve**, en general, el paciente puede llevar a cabo la mayoría de sus actividades de la vida diaria. En un **episodio moderado** tiene grandes dificultades para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. En un **episodio grave**, la mayoría de los síntomas están presentes de forma intensa y las ideas de suicidio y otros intentos de autolisis son frecuentes.¹¹

Muy a menudo la depresión en la edad avanzada nace de una sensación de incapacidad y desesperanza frente a lo inevitable, las pérdidas reales. La

¹⁰ Villarreal-Casate Reinaldo Enrique, & Costafreda-Vázquez Maribel. (2010). Caracterización de los ancianos con trastornos depresivos. MEDISAN, 14(7), 917-925. Recuperado en: 27 de octubre de 2014, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000700005&lng=es.

¹¹ Pérez Martínez Víctor T, & Arcia Chávez Nora.(2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr. 24 (3). Recuperado en 26 de octubre de 2014, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252008000300002&lng=es.

depresión se acompaña de alteraciones en la actividad, en la capacidad de disfrutar de las cosas; se acompaña de abundantes síntomas físicos como anorexia, cansancio, alteración del sueño, dolores difusos, malestar general o inquietud.

Las persona adulta mayor deprimida se encuentra triste, inhibido, sin ilusión por las cosas ni por lo que le rodea, apático, abatido, con pesimismo y sensación de vacío, llanto fácil, irritable, desesperanzado, preocupado, con sensación de soledad e inutilidad; con sentimientos de inadecuación y de culpa, rumiando los problemas y con pensamientos suicidas.

Disminuye su apetito, pierde peso, sufre alteración del sueño, y, como se ha señalado, presenta diversas manifestaciones somáticas, con algias vagas y difusas. No disfruta con sus actividades habituales ni con los seres queridos. En algunos casos, ofrece elevados niveles de angustia, llegando a la agitación psicomotriz. Se muestra pesimista y temeroso ante los acontecimientos de la vida. Evidencia abundantes síntomas cognitivos, sobre todo en las depresiones de debut tardío que dificultan su diferenciación con la demencia. En algunos trances aparecen ideas delirantes de culpa, ruina e hipocondría, siendo su manifestación extrema el **síndrome de Cottard**; en este cuadro, poco frecuente, paradójicamente, el paciente cree estar muerto y vacío por dentro; no come ni bebe y presenta riesgo grave para su vida.

Cuando la depresión alcanza cierta importancia, el paciente, puede tener pensamientos suicidas o realizar claros intentos autodestructivos.

Los prejuicios contra la vejez, como cualquier otro prejuicio, son adquiridos durante la infancia y luego se van asentando y racionalizando durante el resto de la vida.

Algunos de estos estereotipos negativos son:

- Los individuos de edad avanzada piensan y actúan con lentitud.

- Depresivos.
- Inteligencia y memoria reducida.
- Fatigados.
- Sin coordinación.
- Se vuelven irritables e incontrolables.
- Se vuelven distraídos, están llenos de recuerdos y son locuaces.
- El interés y la actividad sexual decaen.
- Débiles y con falta de interés.
- Inútiles socialmente.
- Solitarios.
- Esperan a la muerte.
- Entran en una segunda infancia, atrapados en un egocentrismo cada vez mayor, exigiendo más de su entorno de lo que están dispuestos a ofrecer.
- Se desvinculan.
- Se vuelven improductivos.

La depresión no es normal en el proceso de envejecimiento y la mayoría de los adultos mayores se sienten satisfechos con sus vidas, a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se manifiesta altera el estado de ánimo lo que genera pérdida de interés para la ejecución de las actividades de vida, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimiento de inferioridad, ideas de culpa, falta de concentración, exceso de cansancio e inutilidad.¹²

¹² Durán-Badillo, T., Aguilar, R. M., Martínez, M. L., Rodríguez, T., Gutiérrez, G., & Vázquez, L.. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería universitaria*, 10(2), 36-42. Recuperado en 26 de octubre de 2014, de

Todos estos estereotipos pueden conducir a una forma de envejecimiento pasivo, en el cual las consecuencias de la depresión no atendida son progresivas y de variable intensidad, que van desde el deterioro de la calidad de vida hasta el suicidio.

La depresión es comúnmente un problema de salud mental en las personas adultas mayores. Un 15% de las personas de más de 65 años sufren este trastorno y muchas veces no está diagnosticado o tratado como debiera. Sólo 15% de los adultos mayores con depresión reciben un tratamiento adecuado (Gum et al., 2006; Lawrence et al., 2006; Loughlin, 2004). De las personas adultas mayores que están restringidos a sus domicilios, entre 26% y 44% tienen depresión (Loughlin, 2004) y se estima que de 30% a 50% de todos los adultos mayores tendrán un episodio de depresión durante el transcurso de sus vidas (Tanner, 2005).¹³

CAUSAS

Las causas principales por las que se presentan los trastornos depresivos en las personas adultas mayores, tienen relación con la denominada etapa de pérdidas que durante este ciclo pueden ser diversas.

Conforme las personas envejecen, menos son tomados en cuenta, iniciando con una serie de duelos, cada vez más dolorosos, se sienten con una salud disminuida, sus capacidades físicas nulas o deterioradas, sus seres queridos se han ido, como amigos solo quedan algunos, los que les rodean ya no les escuchan ni les prestan atención, se convierten en seres invisibles, carecen de seguridad para realizar sus actividades normales y así podríamos ampliar la

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166570632013000200002&lng=es&tlng=es

¹³ Tanner, E., 2005. Recognizing late-life depression: why is this important for nurses in the home setting? *Geriatric Nursing*, 26 (3), p. 145. Recuperado en: 26 de octubre de 2014, de <http://es.scribd.com/doc/233440035/24>.

lista de las causas por las cuales se llega a la depresión tanto en adultos mayores como en personas de todas las edades.¹⁴

SINTOMAS.

Los síntomas de los trastornos depresivos son:

- *Tristeza y ansiedad persistentes, una sensación de vacío.
- *Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- *Sentimiento de culpa, falta de valía e impotencia.
- *Pérdida del interés o gusto en las actividades comunes, incluido el sexo.
- *Alteraciones del sueño, insomnio o lo contrario.
- *Alteraciones en los hábitos alimenticios, pérdida del apetito y pérdida o aumento de peso.
- *Disminución de energía, fatiga sensación de hacer las cosas muy lento.
- *Pensamientos relacionados con la muerte o el suicidio, intentos de suicidio.
- *Inquietud e irritabilidad.
- *Dificultad para concentrarse y recordar las cosas, además de la falta de decisión propia.

A veces los desórdenes depresivos quedan ocultos como síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento, como dolores de cabeza, alteraciones digestivas y dolor crónico.

¹⁴ Abusleme, M.T., Caballero, M. (editores) (2014). Maltrato a las personas Mayores en Chile: Haciendo visible lo invisible. Santiago: Senama, 2014. ediciones Servicio nacional del adulto Mayor.

Cuando alguien que se encuentra en recuperación dice “estoy deprimido” debemos buscar y analizar qué tipo de depresión para así apoyarle en su recuperación.

FACTORES DE RIESGO

El aislamiento; las dificultades en las relaciones interpersonales; los problemas de comunicación; y los conflictos con la familia, los compañeros de trabajo u otras personas, pueden contribuir a la depresión. Las dificultades económicas y otros factores de estrés de la vida diaria tienen igualmente un efecto importante.

La cantidad y calidad del apoyo que la persona recibe en sus relaciones personales, puede protegerle del estrés y de los problemas de la vida cotidiana, limitando así las reacciones físicas y emocionales a los mismos, entre ellas la depresión. Por otro lado, la ausencia de una relación estrecha y de confianza, ya sea cónyuge, con una pareja o con una amistad, aumenta el peligro de depresión. Esta situación puede combinarse con otros factores, como el maltrato. Está demostrado que el matrimonio, hasta cierto punto, protege de la depresión tanto a las mujeres como a los hombres. La tasa de depresión aumenta tras la pérdida del cónyuge.

El abuso del alcohol puede provenir del intento de una persona de "enmascarar" sus síntomas depresivos y termina por agravar un episodio de depresión. En todo caso, el abuso del alcohol puede desencadenar depresión en personas vulnerables. Si se consumen cantidades excesivas de alcohol, en combinación con otras sustancias adictivas, existe el riesgo de interacción que acentúe la depresión o genere otros efectos nocivos.

Además de los mencionados, en el adulto mayor hay numerosos factores precipitantes o etiológicos posibles:

- Al envejecer se reducen en el cerebro las concentraciones de serotonina y noradrenalina.

- La actividad de la monoamino oxidasa B aumenta con la edad.
- Además, los niveles hipotalámicos de ácido 5 hidroxindolacético disminuyen al envejecer y esto es indicativo de una reducción en la acción hipotalámica del sistema serotoninérgico.

TRASTORNOS DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR “NO PUEDO, NO SÉ”

La causa específica de los trastornos depresivos se desconoce y se cree que es debida a múltiples factores genéticos y ambientales y las experiencias tempranas en la vida juegan un papel muy importante.¹⁵ Los trastornos vividos en este período de la vida suelen relacionarse inevitablemente con la percepción y la toma de conciencia de la fase que el individuo está atravesando. Así, el desarrollo de un sentimiento depresivo relacionado con la pérdida de fuerzas y de intereses no afecta obviamente a todas las personas adultas mayores pero sí que aparece, en cambio, en la mayor parte de las que presentan problemas psiquiátricos. Dicho sentimiento se puede manifestar:

- De forma directa y explícita como vivencia depresiva, con más o menos lamentos y riesgos, manifestada de modo reposado y frágil; o bien resaltando de forma aburrida y agresiva las propias dificultades personales, lo cual acaba concretándose en una trampa interpersonal peligrosísima (sobre todo para los hijos), hecha de cansancio y de sentimientos de culpa, de acusaciones y de quejas, capaces de envenenar y hacer imposible tanto la convivencia como la separación. Este segundo caso puede llevar incluso a un estado de cosas en que las exigencias de tipo sanitario o social, favorecidas a menudo en su desarrollo por la tendencia a la autodesvalorización característica del movimiento depresivo y por el sentimiento de estar “cada vez más de sobra”, acaban suministrando buenas razones para alejar al anciano del ámbito familiar.

¹⁵ Aldana Ricardo.(2012) Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud 2010, Universidad del Rosario. Recuperado en 26 de octubre de 2014 de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3002/932060822012.pdf;jsessionid=3EA3779B1080CB13F11988A13B3A098D?sequence3>

- En forma de acentuación depresiva del déficit de prestaciones: la posibilidad de un pseudodeterioro depresivo de la inteligencia (lo que se ha venido denominando con el término, cada vez más en desuso, pseudodemencia depresiva) debería estar siempre presente en la mente del terapeuta, sobre todo si el decaimiento del anciano se produce coincidiendo con acontecimientos traumáticos como, por ejemplo, la hospitalización o la institucionalización. No hay que descuidar tampoco la posible aparición de un fenómeno totalmente opuesto: la existencia de un deterioro inicial vivido por el anciano como seriamente invalidante da lugar al desarrollo, por este motivo, de un cuadro depresivo que es necesario identificar, diagnosticar y tratar adecuadamente, teniendo en cuenta, entre otras cosas, que se presenta con una plasticidad sinuosa y poco conocida aunque interesante.

- En forma de neurosis de angustia, con una fuerte tendencia a la somatización. Ésta se construye realzando y sobrevalorando (mediante la interacción con convivientes, médicos...) aquellos pequeños trastornos orgánicos relacionados con la edad (dolores inespecíficos, déficit funcionales mínimos, etc.). Este proceso da lugar al desarrollo de una compleja red de relaciones interpersonales capaces de funcionar en su conjunto como una gran red de protecciones entrecruzadas definitorias de un cuadro que, en muchos aspectos, acaba asemejándose al de las neurosis fóbicas.

- Por último, el sentimiento depresivo puede manifestarse en forma de organización delirante de la personalidad, más o menos facilitada por el déficit prestacional (o por el sentimiento que, en ese sentido, pueda tener el adulto mayor). Es raro que la emergencia subjetiva señalada por la organización delirante de la personalidad se muestre por primera vez en esta fase, sin que a lo largo de la existencia del sujeto su personalidad previa haya manifestado previamente, al menos, rasgos en este sentido. Por lo que se refiere al origen de esta forma de aparición, en el razonamiento es necesario tener en cuenta la importancia de otros factores concomitantes (por ejemplo, el alcoholismo), es

decir, el modo en que los problemas propios de esta fase del ciclo vital acentúan y desequilibran una situación que antes ya era precaria.

Cabe hacer una última observación en referencia a lo compleja y desequilibrada que puede ser la interacción que se establece, en las personas adultas mayores marcado por la presencia de un deterioro intelectual, entre los recursos de un individuo empujado a la plena utilización de las capacidades intelectuales que aún le quedan y las concomitantes de tipo organizativo. Como ejemplo evidente tenemos casos como la institucionalización y la pérdida de una persona querida.

La familia acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para las personas adultas mayores el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo, pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe la incorporación de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos.¹⁶

Toda la dinámica familiar cambia automáticamente y pasa a estar en función de las necesidades de las personas adultas mayores. Pero también él/ella ha de adaptarse al intercambio de roles, lo que le supondrá perder parte de su independencia, responsabilidad y liderazgo. Ésta puede resultar de por sí una tarea extremadamente dura, pese a que la propia enfermedad puede haber socavado ya estas características.

Casi con certeza experimentará frustración, desánimo e incluso depresión cuando compruebe su progresiva incapacitación (esto sucede más probablemente en fases iniciales de la enfermedad, cuando el grado de deterioro es leve y no entorpece este grado de autoconciencia). Las funciones

¹⁶ Cervera-Estrada, Lex, Hernández-Riera, Rodolfo, Pereira-Jiménez, Isel, Sardiñas-Montes de Oca, Odalys. (2008) Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. AMC. Recuperado en 26 de octubre de 2014 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000600006&lng=es.

que desempeñaba previamente en la familia y el tipo de persona que es modulan en parte el nuevo papel que podrá adquirir al verse afectado por la enfermedad. Cuando el papel del miembro enfermo cambia, las expectativas de cada miembro de la familia con respecto a los otros también se modifican respecto de las que durante años de convivencia habían adquirido, lo cual puede ser causa de malentendidos o conflictos.

A este ya complejo entramado de relaciones puede añadirse una nueva circunstancia, consecuencia de la evolución de la enfermedad y no exenta de polémica, que es la institucionalización de las personas adultas mayores. De todos aquellos fenómenos relacionados con esta medida, uno de los que menos nos damos cuenta es el esfuerzo de organización de los esquemas de comportamiento que necesitan el anciano y su sistema familiar, ya sobrecargados, para afrontar esta realidad nueva y diferente. Las personas adultas están tan acostumbradas a utilizar rápidamente las indicaciones de comportamiento relacionadas con el cambio de costumbres y las percepciones que le permiten moverse en un nuevo lugar que infravaloran a menudo las dificultades específicas que el anciano tiene que afrontar en esta situación. Por ejemplo, las dificultades de la memoria de fijación pueden haber permanecido ocultas durante largo tiempo gracias a la rigidez de las costumbres en casa y en sus inmediatas cercanías (por ejemplo, compras en los proveedores habituales, desplazamientos en el barrio habitual de residencia, etc.), pero se revelan en todo su dramatismo cuando la persona adulta mayor se encuentra en un ambiente totalmente nuevo.

El misterio que se abre en este momento es el referente a la relación entre el sufrimiento y las ganas de vivir del anciano. Parece comprobado que el adulto mayor deprimido muere mucho más rápidamente que el que ha alcanzado mejores niveles de integración. Esta impresión se confirma por los casos en que la muerte de un adulto mayor se produce poco tiempo después de la de aquellas personas con las que ha compartido su vida, lo cual vuelve a realzar el valor prioritario de los factores de orden emotivo sobre el destino y sobre la

esperanza de vida de los seres humanos que llegan a esta difícil fase del ciclo vital. A pesar de todo ello, no hay que descuidar la importancia de una valoración realista del problema que constituye, antes que nada para el anciano, la situación de deterioro intelectual.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage tiene la particularidad de que explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta que se basa en si o no, esto facilita el análisis de la información a la hora de tabular los datos obtenidos. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato si-no. En 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la administración.¹⁷

De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos.

¹⁷ GÓMEZ-ANGULO, CARINE, & CAMPO-ARIAS, ADALBERTO. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735-743. Recuperado en 27 de octubre de 2014, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165792672011000300008&lng=es&tlng=es.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.

Son las respuestas individuales a las situaciones estresantes dependen de una gran variedad de factores que incluyen la magnitud de la demanda, las propias características personales y recursos de afrontamiento, las restricciones personales o ambientales y el apoyo recibido por otros. El término afrontamiento fue desarrollado fundamentalmente a partir de los años ochenta y constituye uno de los aspectos más relevantes desde el punto de vista psicológico en las investigaciones sobre el estrés. Las estrategias de afrontamiento se refieren a cómo se manejan las personas ante sucesos o situaciones percibidas como estresantes.¹⁸

Consiste, por lo tanto, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales. El afrontamiento implica un proceso orientado a lidiar con aquellas situaciones que ponen a prueba nuestros recursos. Tal como Lazarus y Folkman lo definen, el término afrontamiento hace alusión a "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo."¹⁹ Con esta amplia definición se puede pensar que las reacciones emocionales como la ira, o la depresión, también forman parte del proceso

¹⁸ Escribà-Agüir, Vicenta, Bernabé-Muñoz, Yolanda. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la Comunidad Valenciana: Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Rev. Esp. Salud Pública*, 76(5): 595-604. Recuperado en 27 de octubre de 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272002000500019&lng=es.

¹⁹ González-Celis, Ana Luisa, & Padilla, Adriana. (2006). Calidad De Vida Y Estrategias De Afrontamiento Ante Problemas Y Enfermedades En Ancianos De Ciudad De México. *Universitas Psychologica*, 5(3), 501-510. Retrieved october 17, 2014, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165792672006000300006&lng=en&tlng=es.

general de afrontamiento que efectúa un organismo ante una situación demandante.

¿Qué es el Afrontamiento?

El afrontamiento no representa un concepto homogéneo; éste puede ser descrito en términos de estrategias, tácticas, respuestas, cogniciones o comportamientos. El afrontamiento constituye un proceso cambiante con fines de adaptación, en el que el sujeto y el argumento interactúan de manera permanente y teniendo en cuenta que los individuos varían sus patrones de estrategias de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver.

Es posible suponer que la naturaleza particular de los sucesos críticos del envejecimiento tiene influencia en la selección y el uso de determinado tipo de afrontamiento a fin de posibilitar la adaptación a esta etapa vital. Por otro lado, existe evidencia que las habilidades sociales constituyen un importante recurso que incide en el éxito del afrontamiento debido al papel de la actividad social en la adaptación humana.

Por esta razón cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina, ya sea por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia.²⁰

Estrategias de Afrontamiento a utilizar según el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).

Uno de los sistemas, que ha ofrecido resultados en esta área, ha sido el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento por sus siglas en inglés (CSI),

²⁰ KRZEMIEN, Deisy, MONCHIETTI, Alicia, & URQUIJO, Sebastián.(2005) Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de autodistracción. Interdisciplinaria, Buenos Aires, v. 22, n. 2. Recuperado en 26 de octubre de 2014, de <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166870272005000200004&lng=es&nrm=iso>.

publicado por Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989). Los autores han partido de una agrupación inicial de 109 ítems y tras aplicar un análisis factorial jerárquico se quedaron con 72 reactivos finales. Adicionalmente, a diferencia de otros instrumentos de evaluación, requiere que el sujeto identifique previamente una situación de estrés sobre la cual responder al cuestionario.

Desde esta realidad, se destaca que se dispone de la adaptación a muestras comunitarias del CSI al castellano, por Cano et al. (2007), obteniendo excelentes propiedades psicométricas que superaron incluso las del estudio original con sólo 40 ítems frente a los 72 ítems del instrumento original.²¹

Este cuestionario abarca ocho escalas las cuales son:

1. **Resolución de problemas:** La capacidad de resolver problemas se basa en la eficacia y agilidad para dar soluciones a problemas detectados, emprendiendo las acciones correctoras necesarias encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.
2. **Autocrítica:** Este tipo de estrategia está basada en la autoinculpción por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo, el distinguir lo que se está haciendo mal y enfrentarlo, proponiéndose hacer lo mejor posible para que éstos no se sigan repitiendo.
3. **Reestructuración cognitiva:** La reestructuración cognitiva está orientada a modificar el significado y valoración subjetiva de una situación, mediante el diálogo, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevos. La forma en cómo se interprete ésta influye de forma

²¹ Rodríguez-Díaz, Francisco Javier, Estrada-Pineda, Cristina, Rodríguez-Franco, Luis, & Bringas-Molleda, Carolina. (2014). Adaptación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) a la población penitenciaria de Mexico. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 27(3), 415-423. Retrieved October 28, 2014, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722014000300415&lng=en&tlng=es. 10.1590/1678-7153.201427301.

determinante sobre cómo se vive y por lo tanto sobre el estrés que se padece, ya que incide de forma directa en su estado emocional.

4. **Apoyo social:** Esta estrategia está referida a la búsqueda de apoyo emocional, siendo ésta el estudio científico de cómo los pensamientos, sentimientos y comportamientos de las personas son influidos por la presencia real, imaginada o implícita de otras personas. En el caso de las personas adultas mayores, donde la pérdida de las relaciones sociales está relacionada con un mayor índice de inactividad y un aceleramiento progresivo de los síntomas propios de su edad, determinan en este grupo etario una menor calidad de vida.
5. **Expresión emocional:** El liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés ya sea realizado mediante la expresión de las emociones a través de movimientos, gestos, señales, o verbalmente, da como resultado el alivio de su tensión emocional.
6. **Evitación de problemas:** Uno de los motivos más frecuentes de malestar psicológico es el debido a la evitación emocional, está consiste en la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con los acontecimientos que resultan estresantes ya que el afrontarlos supone experimentar una desagradable vivencia personal, generalmente un sentimiento de inferioridad o de incapacidad.
7. **Pensamiento desiderativo:** La estrategia del pensamiento desiderativo refleja el deseo de que la realidad no fuese estresante, siendo la única forma que tienen de sentirse seguros. Aunque a veces carece de rigor cuando desde fuera se analiza racionalmente y tan sólo puede

alimentarse de gustos, deseos, ilusiones o suposiciones infundadas las cuales no tienen evidencia o fundamentos comprobables.

8. **Retirada social:** Algunas personas eligen pasar a solas la mayor parte de su tiempo como reacción emocional al proceso estresante y se sienten bien de este modo. Sin embargo, en otros casos, se produce una tendencia a evitar las relaciones sociales debido a no conocer cómo enfrentar esta situación, sintiéndose solo, con un gran vacío y es aquí cuando se lo debe considerar como un problema.

Dado que el afrontamiento de una situación no equivale a tener éxito, a veces pueden funcionar bien y otras mal, según las personas, sus circunstancias y contextos, éste será eficaz cuando permita al individuo tolerar, minimizar y aceptar o incluso ignorar aquello que no pueda dominar o controlar.

En general, las habilidades de afrontamiento son importantes tanto en la prevención de la enfermedad como en la adaptación a ella, ya que la enfermedad y la incapacidad física constituyen una importante fuente de estrés y malestar físico y emocional, que va asociado a una pérdida en la calidad de vida de las personas. Es por esto que la calidad de vida es un componente central del bienestar humano, el cual está relacionado a su vez con aspectos como la salud y las estrategias de afrontamiento.

METODOLOGIA.

1. TIPO DE ESTUDIO

La investigación fue de tipo descriptiva, porque se pudo especificar de manera clara y concreta los trastornos depresivos más comunes en las personas adultas mayores y cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por estos.

2. UNIVERSO Y MUESTRA

Los involucrados directamente en la investigación fueron 50 personas adultas mayores que conforman de manera permanente la Asociación de Adultos Mayores de Vilcabamba, los cuales se reúnen semanalmente en dicha asociación todos los días viernes y sábados, en donde realizan actividades recreativas, reciben talleres de alfabetización. La ejecución de la presente investigación se realizó en el periodo agosto-septiembre del 2014.

3. TECNICAS E INSTRUMENTOS

Para la recolección de la información del estudio propuesto fue necesaria la utilización de las siguientes técnicas:

Test de Yesavage y el Cuestionario Estrategias de Afrontamiento que fueron aplicados a las personas adultas mayores que integran la Asociación de Personas Adultas Mayores Vilcabamba, el primero con la finalidad de obtener información de los trastornos depresivos, el segundo aplicado para conocer las estrategias de afrontamiento utilizados por éstos.

La aplicación del test y el cuestionario se realizó de manera individual a cada uno de los participantes en la investigación, a quienes se les explico el objetivo de la investigación y el uso que se daría a la

información para contribuir al mejoramiento de la salud mental de este grupo poblacional.

3.1. Procedimientos seguidos para el desarrollo de la investigación

Para la aplicación del test y del cuestionario se visitó previamente a la Coordinadora de la Asociación la Dra. Katty García, se dialogó con ella y se pidió autorización para ejecutar la investigación en dicha asociación. Con la autorización de la Dra. García se aplicó los 50 test y cuestionarios.

En la aplicación de los test se hizo la explicación previa a los adultos mayores, se atendió sus inquietudes y se logró su colaboración. Una vez realizado el trabajo de campo, se procedió a la tabulación de los resultados, los mismos que se presentan en tablas simples con frecuencia y porcentaje.

Las tablas correspondiente al cuestionario de estrategias de afrontamiento consta de 8 estrategias, las cuales son: Resolución de problemas, Autocrítica, Reestructuración cognitiva, Apoyo social, Expresión emocional, Evitación de problemas, desiderativo, Retirada social, con un total de 40 preguntas.

La Resolución de problemas, consta de los ítems 1,9,17,25,33 Autocrítica conformada por los ítems 2,10,18,26,34, Expresión emocional con los ítems 3,11,19,27,35, Pensamiento desiderativo con los ítems 4,12,20,28,34, Apoyo Social con sus ítems 5, 13,21,29,37, Reestructuración cognitiva correspondiente a los ítems 6,14,22,30,38, Evitación de problemas con sus ítems 7,15,23,31,39, Retirada social a la que le corresponden los ítems 8,16,24,32,40 , los cuales en su totalidad completan los 40 ítems que contiene el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Anexo 3). Cada estrategia consta con intervalos que van del 0 al 4, representando el 0= En absoluto; 1= Un poco; 2= Bastante;

3=Mucho; 4=Totalmente. Una vez dado la calificación correspondiente, se procedió a sacar los porcentajes, resaltado el porcentaje con mayor relevancia, de esta manera se obtuvieron como resultado cuales son las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las personas adultas mayores que integran la Asociación.

RESULTADOS

TABLA N° 1

TRASTORNOS DEPRESIVOS

CALIFICACION SEGÚN ESCALA DE DERESIÓN GERIATRICA DE YESAVAGE	PERSONAS ADULTAS MAYORES	PORCENTAJE
NORMAL	21	42%
DEPRESIÓN LEVE	23	46%
DEPRESIÓN MODERADA	6	12%
DEPRESIÓN SEVERA	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Test aplicado a las personas adultas mayores de la Asociación de Ancianos Vilcabamba.

Elaboración: Silvana Elizabeth Macas Granda.

Del 100% de las personas adultas mayores entrevistadas, el 46% padecen depresión leve, caracterizada por la dificultad para llevar a cabo actividades laborales y sociales, aunque es probable que no las abandone por completo y el 12% restante presenta depresión moderada, lo que representa una barrera para que los adultos mayores puedan continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Según la literatura consultada las personas adultas mayores que sufren cualquier tipo de trastorno depresivo expresarán mucha tristeza, llegando al punto de dejarse morir prácticamente y, aunque estos no lo digan directamente pues es posible que sienta que su condición a nadie le va a importar y que no hará ninguna diferencia que lo haga.

TABLA N° 2

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS (REP)										
	0= En absoluto		1= Un poco		2= Bastante		3= Mucho		4= Totalmente	
Ítem	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ítem 1 Luchó por resolver el problema	1	2%	19	38%	7	14%	10	20%	13	26%
Ítem 9 Se esforzó para resolver su situación	0	0%	8	16%	8	16%	23	46%	11	22%
Ítem 17 Hizo frente a su problema/situación	3	6%	4	8%	9	18%	15	30%	19	38%
Ítem 25 Sabía lo que tenía que hacer y lo hizo con más ímpetu	2	4%	14	28%	20	40%	10	20%	4	8%
Ítem 33 Mantuvo su postura y luchó por lo que quería	2	4%	9	18%	19	38%	7	14%	13	26%

Fuente: Cuestionario realizado a las personas adultas mayores de la Asociación de Ancianos Vilcabamba.

Elaboración: Silvana Elizabeth Macas Granda.

En la estrategia de afrontamiento Resolución de Problemas el 46% correspondiente al ítem 9, indica que las personas adultas mayores se esfuerzan por resolver una situación problemática, lo que es útil para disminuir la depresión asociada a la incapacidad para tomar decisiones.

La capacidad de resolver problemas se basa en la eficacia y agilidad para dar soluciones a problemas detectados, emprendiendo las acciones correctoras necesarias encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.

TABLA N° 3

AUTOCRITICA (AUC)										
	0= En absoluto		1= Un poco		2= Bastante		3= Mucho		4= Totalmente	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ítem 2 Se culpó a sí mismo	26	52%	10	20%	10	20%	1	2%	3	6%
Ítem 10 Se dio cuenta que era responsable de lo que le pasaba y se lo reprochó	20	40%	23	46%	2	4%	4	8%	1	2%
Ítem 18 Se criticó por lo ocurrido	24	48%	20	40%	5	10%	1	2%	0	0%
Ítem 26 Se recriminó por permitir q esta situación sucediera	28	56%	12	24%	8	16%	2	4%	0	0%
Ítem 34 Fue su error y tenía que sufrir por ello	39	78%	9	18%	2	4%	0	0%	0	0%

Fuente: Cuestionario realizado a las personas adultas mayores de la Asociación de Ancianos Vilcabamba.

Elaboración: Silvana Elizabeth Macas Granda.

Correspondiente a la estrategia Autocritica con el 78% perteneciente al ítem 34, indica que las personas adultas mayores consideran que el proceso depresivo no fue su error y por ende no tenían que sufrir por ello, de esta manera regulan las posibles consecuencias emocionales que son impulsadas por la presencia de la situación estresante pretendiendo aminorar el impacto sobre ellos.

Este tipo de estrategia está basada en la autoinculpación por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo, el distinguir lo que se está haciendo mal y enfrentarlo, proponiéndose hacer lo mejor posible para que éstos no se sigan repitiendo.

TABLA N°4

Expresión emocional (EEM)										
	0= En absoluto		1= Un poco		2= Bastante		3= Mucho		4= Totalmente	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ítem 3 Dejó salir sus sentimientos	8	16%	12	24%	9	18%	9	18%	12	24%
Ítem 11 Expresó emociones	6	12%	11	22%	10	20%	17	34%	6	12%
Ítem 19 Analizó lo que sentía y lo comentó a los demás	0	0%	19	38%	19	38%	10	20%	2	4%
Ítem 27 Desahogó sus emociones	6	12%	18	36%	20	40%	3	6%	3	6%
Ítem 35 Sus sentimientos eran abrumadores y estallaron	7	14%	32	64%	10	20%	1	2%	0	0%

Fuente: Cuestionario realizado a las personas adultas mayores de la Asociación de Ancianos Vilcabamba.

Elaboración: Silvana Elizabeth Macas Granda

La Estrategia de Expresión Emocional que representa el 64% de las personas adultas mayores señala que éstas han experimentado sentimientos abrumadores sintiendo la necesidad de exteriorizarlos. Al verbalizar estos sentimientos se descarga la energía negativa alcanzando la armonía necesaria para afrontar cualquier situación.

De acuerdo a la literatura consultada, el liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés, ya sea mediante la expresión de las emociones a través de movimientos, gestos, señales, o verbalmente, da como resultado el alivio de su tensión emocional.

TABLA N°5

Pensamiento desiderativo (PSD)										
	0= En absoluto		1= Un poco		2= Bastante		3= Mucho		4= Totalmente	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ítem 4 Deseó que la situación nunca hubiese empezado	6	12%	13	26%	2	4%	12	24%	17	34%
Ítem 12 Deseó que la situación de alguna manera se termine	1	2%	13	26%	9	18%	15	30%	12	24%
Ítem 20 Deseó nunca más encontrarse en esta situación	1	2%	11	22%	7	14%	10	20%	21	42%
Ítem 28 Deseó poder cambiar lo que había sucedido	1	2%	7	14%	19	38%	15	30%	8	16%
Ítem 36 Se imaginó que las cosas podían ser diferentes	1	2%	15	30%	13	26%	14	28%	7	14%

Fuente: Cuestionario realizado a las personas adultas mayores de la Asociación de Ancianos Vilcabamba.

Elaboración: Silvana Elizabeth Macas Granda.

En la presente tabla correspondiente a la Estrategia del Pensamiento Desiderativo podemos observar que el ítem 20 con el 42% indica que las personas adultas mayores no desean encontrarse en una situación problemática, ya que altera su estado emocional llegando al punto de deprimirse fácilmente.

La presente estrategia del pensamiento desiderativo refleja el deseo de que la realidad no fuese estresante, siendo la única forma que tienen de sentirse seguros. Aunque a veces carece de rigor cuando desde fuera se analiza racionalmente y tan sólo puede alimentarse de gustos, deseos, ilusiones o suposiciones infundadas las cuales no tienen evidencia o fundamentos comprobables.

TABLA N°6

Apoyo social (APS)										
	0= En absoluto		1= Un poco		2= Bastante		3= Mucho		4= Totalmente	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ítem 5 Encontró a alguien que escuchó su situación	3	6%	12	24%	20	40%	11	22%	4	8%
Ítem 13 Habló con una persona de confianza	6	12%	10	20%	15	30%	15	30%	4	8%
Ítem 21 Dejó que sus amigos lo ayudaran	12	24%	13	26%	10	20%	13	26%	2	4%
Ítem 29 Pasó tiempo con sus amistades	4	8%	11	22%	4	8%	17	34%	14	28%
Ítem 37 Pidió consejo a su amigo o familiar	11	22%	5	10%	9	18%	17	34%	8	16%

Fuente: Cuestionario realizado a las personas adultas mayores de la Asociación de Ancianos Vilcabamba.

Elaboración: Silvana Elizabeth Macas Granda.

El 40% relativo al ítem 5 de la estrategia de afrontamiento Apoyo Social, evidencia que las personas adultas mayores entrevistadas cuentan con el apoyo de una persona ya sea familia o alguna de sus amistades, quien se ha convertido en un pilar fundamental a la hora de superar un problema.

Según la bibliografía, esta estrategia está referida a la búsqueda de apoyo emocional, siendo ésta el estudio científico de cómo los pensamientos, sentimientos y comportamientos de las personas son influidos por la presencia real, imaginada o implícita de otras personas. En el caso de las personas adultas mayores, donde la pérdida de las relaciones sociales está relacionada con un mayor índice de inactividad y un aceleramiento progresivo de las manifestaciones propias de su edad, determinan en este grupo etario una menor calidad de vida.

TABLA N°7

Reestructuración cognitiva (REC)										
	0= En absoluto		1= Un poco		2= Bastante		3= Mucho		4= Totalmente	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ítem 6 Repasó su situación y a la final vio las cosas de forma diferente	1	2%	15	30%	7	14%	17	34%	10	20%
Ítem 14 Cambió la forma en que veía su situación	2	4%	35	70%	9	18%	2	4%	2	4%
Ítem 22 Se convenció que las cosas no eran tan malas como parecían	2	4%	28	56%	11	22%	7	14%	2	4%
Ítem 30 Se preguntó que era realmente importante y vio que las cosas no eran tan malas	5	10%	30	60%	12	24%	2	4%	1	2%
Ítem 38 Se fijó en el lado bueno de las cosas	1	2%	12	24%	15	30%	15	30%	7	14%

Fuente: Cuestionario realizado a las personas adultas mayores de la Asociación de Ancianos Vilcabamba.

Elaboración: Silvana Elizabeth Macas Granda.

La Estrategia Reestructuración Cognitiva con el 70% perteneciente al ítem 14 señala, que las personas adultas mayores tratan de ver una situación depresiva desde varios puntos de vista, buscando así el lado positivo de ésta, lo que les permite enfrentar esta situación sin dejarse afectar, tomándola como un reto, no como una derrota o como una carga y a su vez aprendiendo de ésta.

La reestructuración cognitiva está orientada a modificar el significado y valoración subjetiva de una situación, mediante el diálogo, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevos. La forma en cómo se interprete ésta influye de forma determinante sobre cómo se vive y por lo tanto sobre el estrés que se padece, ya que incide de forma directa en su estado emocional.

TABLA N° 8

Evitación de problemas (EVP)										
	0= En absoluto		1= Un poco		2= Bastante		3= Mucho		4= Totalmente	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ítem 7 No dejó que la situación afectara	2	4%	23	46%	14	28%	9	18%	2	4%
Ítem 15 Trató de olvidarse por completo del asunto?	13	26%	15	30%	6	12%	10	20%	6	12%
Ítem 23 Le quitó importancia a la situación	16	32%	19	38%	10	20%	2	4%	3	6%
Ítem 31 Se comportó como si nada hubiese pasado	24	48%	8	16%	5	10%	6	12%	7	14%
Ítem 39 Evitó pensar o no hacer nada	25	50%	12	24%	10	20%	3	6%	0	0%

Fuente: Cuestionario realizado a las personas adultas mayores de la Asociación de Ancianos Vilcabamba.

Elaboración: Silvana Elizabeth Macas Granda

La Estrategia Evitación de Problemas con el 50% correspondiente al ítem 39, indica que las personas adultas mayores han evitado pensar en no hacer ninguna acción por resolver un acontecimiento depresivo.

Según la revisión bibliográfica uno de los motivos más frecuentes de malestar psicológico es el debido a la evitación emocional, ésta consiste en la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con los acontecimientos que resultan estresantes ya que el afrontarlos supone experimentar una desagradable vivencia personal, generalmente un sentimiento de inferioridad o de incapacidad.

TABLA N° 9

Retirada social (RES)										
	0= En absoluto		1= Un poco		2= Bastante		3= Mucho		4= Totalmente	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ítem 8 Pasó tiempo solo	16	32%	13	26%	10	20%	7	14%	4	8%
Ítem 16 Evitó estar con gente	31	62%	11	22%	4	8%	2	4%	2	4%
Ítem 24 Ocultó lo que pensaba o sentía	11	22%	15	30%	12	24%	8	16%	4	16%
Ítem 32 No dejó que nadie supiera lo que sentía	11	22%	27	54%	8	16%	2	4%	2	4%
Ítem 40 Trató de ocultar sus sentimientos	15	30%	19	38%	11	22%	4	8%	1	2%

Fuente: Cuestionario realizado a las personas adultas mayores de la Asociación de Ancianos Vilcabamba.

Elaboración: Silvana Elizabeth Macas Granda.

La Estrategia Retirada Social señala que el 62% de las personas adultas mayores no se aíslan del resto de personas a la hora que se les presenta una situación que les provoca depresión, siendo esto favorable ya que el estar en contacto continuo con su círculo social ayuda a que sea más llevadera su situación.

Algunas personas eligen pasar a solas la mayor parte de su tiempo como reacción emocional al proceso estresante y se sienten bien de este modo. Sin embargo, en otros casos, se produce una tendencia a evitar las relaciones sociales debido a no conocer cómo enfrentar esta situación, sintiéndose solo, con un gran vacío y es aquí cuando se lo debe considerar como un problema.

DISCUSIÓN

Los trastornos depresivos en las personas adultas mayores alteran la capacidad para mantener su independencia, este fenómeno es significativamente menospreciado y muchas veces pasado por alto, aunque constituyen un problema de salud pública. En esta población etaria los trastornos depresivos son confundidos a menudo como una reacción a la adversidad, sin embargo, la adversidad no es suficiente para inducir depresión. Este padecimiento potencialmente tratable, que al no ser diagnosticado ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quién la padece, así como disfuncionalidad, mayor morbi-mortalidad, uno de los motivos por el cual pasan estos por desapercibidos es el pensamiento erróneo de que es un fenómeno propio del envejecimiento más no una patología.

Los resultados obtenidos en la presente investigación determinan que el 46% de las personas adultas mayores padecen depresión leve, mientras que el 42% no presentan ningún tipo de trastorno depresivo, y el 12% restante presenta depresión moderada, resultado que al ser comparado con un estudio publicado por la Universidad de Cuenca de la autoría del ahora Médico Jonathan Raúl Crespo Vallejo en el año 2011 sobre Depresión En Adultos Mayores la prevalencia va desde 70% de los adultos mayores a los que se les aplicó el mismo cuestionario, la escala de depresión geriátrica de Yasavage, obtuvo un puntaje mayor a 4 que según esta escala corresponde a depresión, el restante 30% obtuvo un puntaje igual o menor 4 que corresponde a normal. Evidenciando así que es mayor en ambos casos el porcentaje de personas adultas mayores que presentan trastornos depresivos, lo cual es alarmante ya que indica que esta patología está afectando a este grupo etario en particular, haciéndose necesaria la intervención de las autoridades de salud para un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno minimizando las secuelas que este provoca.

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas en la Asociación de Ancianos Vilcabamba son la Autocritica alcanzando en uno de sus ítems el 78%, seguido de la Reestructuración cognitiva con el 70%, la Expresión emocional con el 64%, Retirada Social 62%, Evitación de problemas 50%, la Resolución de problemas con el 46%, el Pensamiento desiderativo con el 42% y el Apoyo social con el 40%. Según un estudio realizado en Perú publicado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de la autoría de la ahora Lic. en enfermería Rosa Ysabel Acosta Navarro sobre Nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos mayores de la Asociación Los Auquis de Ollantay, Pamplona Alta, San Juan de Miraflores en el año 2011 da como resultado en lo cognitivo: 92% (46) preocupación, 86% (43) apoyo social, autocrítica 82%(41), en lo afectivo: 98% (49) apoyo social, 66% (33) evitación de problemas, 58% (29) aislamiento. En lo conductual, 90% (45) planificación, 70% (35) retirada social, 58% (29) resolución de problemas.

Nuestro estudio tiene importantes limitaciones. Por una parte, el escaso tamaño de la muestra no permite estimar con suficiente poder estadístico las variables y las categorías con una frecuencia baja. Por otra parte, el diseño transversal del estudio no permite establecer si los resultados obtenidos de las personas adultas mayores con trastornos depresivos lo es como consecuencia de un riesgo social o su situación social es secundaria a su incapacidad para afrontar las dificultades del envejecimiento en su estado depresivo. En este sentido, creemos que sería conveniente desarrollar en nuestro entorno diseños longitudinales que describan el proceso natural de envejecimiento y sus consecuencias clínicas y sociales.

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo investigativo se pudo concluir que:

- Del 100% de las personas adultas mayores, el 46% presentan Depresión leve, seguidos por el 42% que indica que las personas adultas mayores no presentan ningún trastorno depresivo, mientras que el 12% restante presenta Depresión moderada.
- El 78% de los adultos mayores utiliza como principal estrategia de afrontamiento la Autocrítica; mientras que el 70% la Reestructuración cognitiva y el 64% la Expresión emocional, lo que indica que las personas adultas mayores responden a una situación que se torna amenazante mediante acciones o procesos que les permite superar este ambiente depresivo.
- Durante el desarrollo del taller educativo aplicado, el cual comprendió aspectos de la Terapia ocupacional como estrategia alternativa para atenuar la depresión, se logró apreciar el interés de las personas adultas mayores acerca de la información brindada, además expresaron su disposición para incorporar dentro de sus actividades diarias este tipo de terapia.

RECOMENDACIONES

Al culminar la presente investigación se recomienda:

- En base a los resultados del test aplicado se demostró que la depresión se encuentra infra-diagnosticada, lo que conlleva a las autoridades de salud y encargados de estos centros que deberían considerar la posibilidad de utilizar instrumentos que valoren de forma integral el estado de salud de la población de adultos mayores al momento lo que permitirá instaurar un tratamiento adecuado.
- Involucrar de manera activa al personal de salud y las personas adultas mayores que integran la “Asociación de Ancianos Vilcabamba” en la construcción de una imagen social positiva mediante la ejecución de estrategias de afrontamiento, las mismas que permitan potencializar su salud mental.
- Durante las reuniones semanales que mantienen las personas adultas mayores de la Asociación, es necesario la implementación de talleres educativos que integren actividades recreativas y ocupacionales, lo que permitirá la satisfacción de sus intereses y a su vez se incentiva su sentido de libertad y autoestima.

BIBLIOGRAFIA:

1. OMS (2005) Envejecimiento y ciclo de vida 2005. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en preparación). Recuperado en 26 de octubre de 2014 de <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
2. Mariana Belló, Esteban Puentes-Rosas, María Elena Medina Mora, Rafael Lozano. (2005) Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Recuperado en 27 de octubre de 2014 de http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2005/47_s1%20prevalencia.pdf
3. Mingote-Adán, José Carlos, Gálvez-Herrera, Macarena, Pino-Cuadrado Pablo del, & Gutiérrez-García, M^a Dolores. (2009). El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Med. segur. Trab*, 55(214): 41-63. Recuperado en 27 de octubre de 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2009000100004>.
4. Längle, Alfred. (2004). Psicoterapia analítico-existencial de los trastornos depresivos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 42(3), 195-206. Recuperado en 27 de octubre de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272004000300005&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-92272004000300005.

5. Cardona, J; Villamil, M; Henao, E. y Quintero, A. (2007). Concepto de soledad y percepción que dé su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, Colombia, 2007. *Revista de la Facultad de Nacional de Salud Pública*. 27 (2), pp. 153-163

6. Ocampo, J. (2002). *La Ética ante la vejez*. Sociedad Mexicana de Antropología. Disponible en <http://morgan.iaa.unam.mx/usr/humanidades/224/COLUMNAS/OCAMPO>.

7. Rodríguez Martín Marta.(2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos* 20(4): 159-166. Recuperado en 26 de octubre de 2014, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2009000400003>.

8. Ávila-Funes, José Alberto, Melano-Carranza, Efrén, Payette, Hélène, & Amieva, Hélène. (2007). Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública de México*, 49(5), 367-375. Retrieved November 10, 2014, from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000500007&lng=en&tlng=es. 10.1590/S0036-36342007000500007.

9. Fernández Alba R, & Manrique-Abril FG.(2010) Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enferm. Glob.*(19). Recuperado en 26 de octubre de 2014 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-

61412010000200016&lng=es.
61412010000200016.

<http://dx.doi.org/10.4321/S1695->

10. Villarreal-Casate Reinaldo Enrique, & Costafreda-Vázquez Maribel. (2010). Caracterización de los ancianos con trastornos depresivos. MEDISAN, 14(7), 917-925. Recuperado en: 27 de octubre de 2014, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000700005&lng=es.

11. Pérez Martínez Víctor T, & Arcia Chávez Nora.(2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr. 24 (3). Recuperado en 26 de octubre de 2014, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252008000300002&lng=es.

12. Durán-Badillo, T., Aguilar, R. M., Martínez, M. L., Rodríguez, T., Gutiérrez, G., & Vázquez, L.. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. Enfermería universitaria, 10(2), 36-42. Recuperado en 26 de octubre de 2014, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000200002&lng=es&tlng=es.

13. Tanner, E., 2005. Recognizing late-life depression: why is this important for nurses in the home setting? Geriatric Nursing, 26 (3), p. 145. Recuperado en: 26 de octubre de 2014, de <http://es.scribd.com/doc/233440035/24>.

14. Abusleme, M.T., Caballero, M. (editores) (2014). Maltrato a las personas Mayores en Chile: Haciendo visible lo invisible. Santiago: Senama, 2014. ediciones Servicio nacional del adulto Mayor.

15. Aldana Ricardo.(2012) Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud 2010, Universidad del Rosario. Recuperado en 26 de octubre de 2014 de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3002/93206082-2012.pdf;jsessionid=3EA3779B1080CB13F11988A13B3A098D?sequence3>

16. Cervera-Estrada, Lex, Hernández-Riera, Rodolfo, Pereira-Jiménez, Isel, Sardiñas-Montes de Oca, Odalys. (2008) Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. AMC. Recuperado en 26 de octubre de 2014 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000600006&lng=es.

17. GÓMEZ-ANGULO, CARINE, & CAMPO-ARIAS, ADALBERTO. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. Universitas Psychologica, 10(3), 735-743. Recuperado en 27 de octubre de 2014, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672011000300008&lng=es&tlng=es.

18. Escribà-Agüir, Vicenta, Bernabé-Muñoz, Yolanda. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la Comunidad Valenciana: Un estudio con entrevistas semiestructuradas. Rev. Esp. Salud Pública, 76(5): 595-604. Recuperado en 27

de octubre de 2014. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500019&lng=es

19. GONZÁLEZ-CELIS, ANA LUISA, & PADILLA, ADRIANA. (2006). CALIDAD DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE PROBLEMAS Y ENFERMEDADES EN ANCIANOS DE CIUDAD DE MÉXICO. *Universitas Psychologica*, 5(3), 501-510. Retrieved october 17, 2014, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300006&lng=en&tlng=es.

20. KRZEMIEN, Deisy, MONCHIETTI, Alicia, & URQUIJO, Sebastián.(2005) Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de autodistracción. *Interdisciplinaria*, Buenos Aires, v. 22, n. 2. Recuperado en 26 de octubre de 2014, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166870272005000200004&lng=es&nrm=iso.

21. Rodríguez-Díaz, Francisco Javier, Estrada-Pineda, Cristina, Rodríguez-Franco, Luis, & Bringas-Molleda, Carolina. (2014). Adaptación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) a la población penitenciaria de Mexico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(3), 415-423. Retrieved October 28, 2014, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722014000300415&lng=en&tlng=es. 10.1590/1678-7153.201427301.

ANEXOS

ANEXO 1

MEMORIA GRAFICA

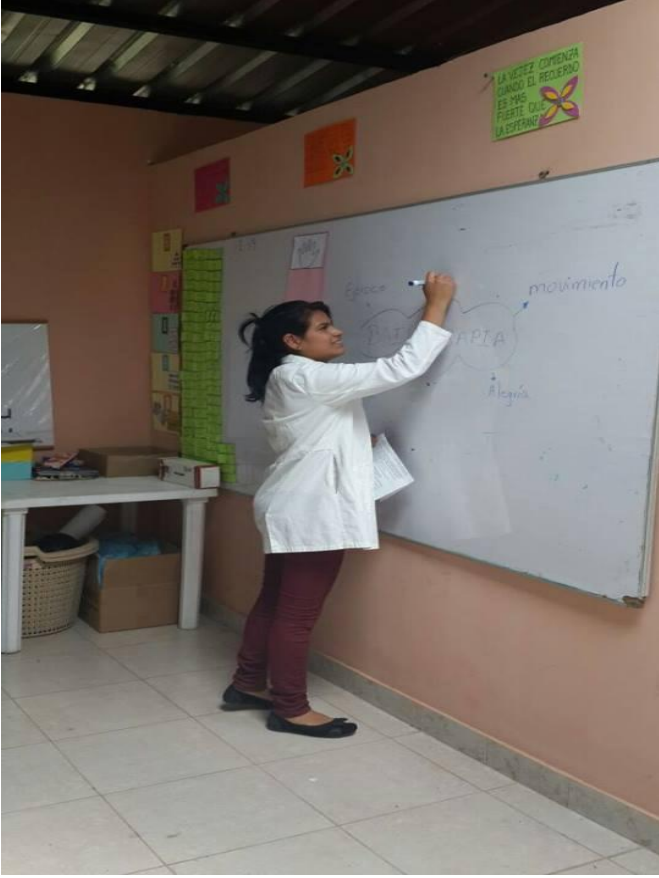
Aplicando el test de Yesavage y el Cuestionario Estrategias de Afrontamiento



**Dando a conocer el propósito de la investigación
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)**



Realizando la Charla Educativa



Incentivando Actividades Recreativas y la puesta en práctica de Arteterapia



ASOCIACIÓN DE ADULTOS MAYORES "VILCABAMBA"

ACUERDO MINISTERIAL NRO MIES-CZ-7-2012-0029



Vilcabamba, 17 de noviembre de 2014

CERTIFICACIÓN:

Doctora Katty Margarita García Barreto en calidad de **COORDINADORA DE PROYECTOS DEL CENTRO "CAMVIL"**

Certifico:

Que la **Señorita Silvana Macas Granda** con cédula de identidad **1105163602** Realizo un **Test y Encuestas de Formación Pre Profesional para Conocer Estrategias de Afrontamiento** dirigida a las personas Adultas Mayores de Vilcabamba en el Centro "CAMVIL".

Es todo cuanto podemos certificar en honor a la verdad, facultando a la portadora hacer uso del presente en lo que creyere conveniente.

Atentamente,


Dra. Katty M. García B.
COORDINADORA "CAMVIL"

"Y si fuego es lo que arde en los ojos de los jóvenes, luz es lo que vemos en los ojos del anciano"

Victor Hugo

Vilcabamba Loja Ecuador
Av. Eterna Juventud
Frente a la mecánica Medina o diagonal al Parque de la Madre
ancianosdevilcabamba@gmail.com Telf. 072640408/2640303/ 0993627949

ASOCIACION DE ADULTOS MAYORES
"Vilcabamba"
RUC: 1191720618001
DIR: AV. ETERNA JUVENTUD VILCABAMBA
EMAIL: ancianosdevilcabamba@gmail.com

ASOCIACIÓN DE ADULTOS MAYORES "VILCABAMBA"

ACUERDO MINISTERIAL NRO MIES-CZ-7-2012-0029



Vilcabamba, 17 de noviembre de 2014

CERTIFICACIÓN:

Doctora Katty Margarita García Barreto en calidad de **COORDINADORA DE PROYECTOS DEL CENTRO "CAMVIL"**

Certifico:

Que la **Señorita Silvana Macas Granda** con cédula de identidad **1105163602**

- ✚ Dio a conocer los resultados del Test y Encuestas realizadas a las personas Adultas Mayores de del Centro "CAMVIL".
- ✚ Realizo una charla interactiva sobre los trastornos depresivos en los adultos mayores y su afrontamiento para potenciar su salud mental.
- ✚ Colaboro con las actividades socio recreativas del Centro

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando a la portadora hacer uso del presente en lo que creyere conveniente.

Atentamente,


Dra. Katty M. García B.
COORDINADORA "CAMVIL"

"Y si fuego es lo que arde en los ojos de las jóvenes, luz es lo que vemos en los ojos del anciano"

Victor Hugo

Vilcabamba Loja Ecuador
Av. Eterna Juventud
Frente a la mecánica Medina o diagonal al Parque de la Madre
ancianosdevilcabamba@gmail.com Telf. 072640408/2640303/ 0993627949

ASOCIACION DE ADULTOS MAYORES
"Vilcabamba"
RUC: 1191720616001
DIR: AV. ETERNA JUVENTUD VILCABAMBA
EMAIL: ancianosdevilcabamba@gmail.com

ANEXO 2

PROPUESTA ALTERNATIVA:

TALLER EDUCATIVO

LA TERAPIA OCUPACIONAL COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO PARA POTENCIAR LA SALUD MENTAL EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES.

OBJETIVO GENERAL:

- Incentivar a las personas adultas mayores en la participación de actividades recreativas, garantizando el cumplimiento de terapias ocupacionales como una estrategia de afrontamiento para potenciar la salud mental.

JUSTIFICACIÓN:

La Terapia Ocupacional se encarga de la promoción, prevención y rehabilitación de la salud por medio de la ocupación, constituyendo uno de los temas con mayor relevancia a la hora de afrontar situaciones estresantes que afectan la salud mental de las personas adultas mayores. Centra su foco de atención en la ocupación, entendiendo ésta como las actividades diarias que todos realizamos, a las que atribuimos un significado y una relevancia, ya que nos permiten desempeñar nuestros roles e integrar la sociedad.

Los cambios físicos, psicológicos y sociales atribuibles al envejecimiento, sumado a los trastornos depresivos que se producen durante los procesos de salud – enfermedad, determinan que en las personas adultas mayores exista un mayor riesgo de deterioro funcional que puede llevar hasta la discapacidad y dependencia. De este modo, la promoción de un envejecimiento saludable que

permita vivir una vejez activa y satisfactoria, es uno de los principales objetivos de atención de las personas adultas mayores,

Por tal razón como miembros del equipo de salud, es nuestra responsabilidad conocer de qué manera los trastornos depresivos impactan en la capacidad de la persona para realizar las actividades que le son significativas y su vez como responder ante ellos, a partir de esto, la terapia ocupacional como estrategia de afrontamiento busca el desarrollo de otras habilidades en la persona, como la potenciación de sus capacidades y la adaptación a los ambientes físicos y sociales en los que se desenvuelve, a fin de lograr mayor autonomía y satisfacción, tanto del individuo como de su familia, transformando de este modo el día a día en una potencial fuente de mantención y apoyo a la salud.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

FECHA HORA	Y	LUGAR	ACTIVIDADES	DESTINATARIOS	RESPONSABLE
01/11/2014 08:30		Instalaciones de la Asociación Ancianos Vilcabamba	Saludo a los miembros que conforman la Asociación de Ancianos Vilcabamba	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinadora de la Asociación de Ancianos Vilcabamba • Personas adultas mayores que integran las Asociación de Ancianos Vilcabamba 	Silvana Macas Granda
01/11/2014 08:40		Instalaciones de la Asociación Ancianos Vilcabamba	Exposición sobre: ARTETERAPIA <ul style="list-style-type: none"> • Beneficios del arte terapia. Actividad Recreativa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de bordado a mano. 		
01/11/2014 09:30		Instalaciones de la Asociación Ancianos Vilcabamba	Lluvia de ideas sobre el tema: MUSICOTERAPIA <ul style="list-style-type: none"> • Que es musicoterapia Actividad Recreativa: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bingo 		
01/11/2014 10:15		Instalaciones de la Asociación Ancianos Vilcabamba	Abordaje del tema: BAILOTERAPIA <ul style="list-style-type: none"> • Beneficios de la bailo terapia Actividad recreativa: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baile de las sillas 		

TERAPIA OCUPACIONAL COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO

La Terapia ocupacional es definida como "El arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud, prevenir la incapacidad, valorar la conducta y tratar a los pacientes con disfunciones físicas o psicosociales".

Los temas a tratar durante la charla educativa son: la importancia de realizar actividades como la arte terapia, la bailo terapia y la musicoterapia. A continuación una breve presentación de algunos de estos abordajes.

ARTETERAPIA



“Se describe el proceso en arte terapia como un viaje desde territorios propios conocidos a otros nuevos. Es un viaje de creación en un contexto de seguridad y un espacio de intimidad compartida con el arte terapeuta, donde se va hacia lo desconocido de uno mismo, uniendo razón, emoción e intimidad.

Este tipo de terapia, generalmente, ha sido denotada por los defensores de la medicina tradicional basada en el método científico. Se sabe que, desde tiempo inmemorial, el ser humano ha tratado de mejorar su salud con técnicas tan milenarias como la meditación, de la que hoy se conocen sus efectos sobre el lóbulo temporal del cerebro que hace que los sentimientos y las emociones positivas se potencien, reduciendo así el nivel de ansiedad.

Beneficios del Arte terapia

Se estimulan áreas cerebrales, especialmente del hemisferio cerebral derecho la encargada de la creatividad y la imaginación.

Es una terapia que siempre aporta beneficios, desde ayudar a descargar situaciones caóticas, conflictivas, hasta permitir aumentar o activar potenciales y dones dormidos. Desde un lugar más específico, permite armonizar, relajar a personas con graves problemas psicológicos, ayuda a activar o recuperar personas con problemas neurológicos, con depresión o enfermedades físicas graves, como cáncer, sida, problemas de comunicación, depresión.

MUSICOTERAPIA.



Con el desarrollo actual que alcanzan las terapias creativas artísticas en el mejoramiento de la salud mental de las personas adultas mayores, se corrobora lo que fue en un principio el mero uso empírico de la música para el mejoramiento humano.

A través de las actividades grupales de musicoterapia se crea un ambiente favorable para la expresión de sentimientos y emociones, se refuerzan las relaciones interpersonales, nacen nuevos amigos, surgen nuevas motivaciones y metas y se adquieren nuevas habilidades.

La musicoterapia es el empleo de la música y sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) realizada para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros

objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La musicoterapia tiene como fin desarrollar potenciales o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento.

La música ha sido y es un medio de expresión y comunicación no verbal, que debido a sus efectos emocionales y de motivación se ha utilizado como instrumento para manipular y controlar el comportamiento del grupo y del individuo.

La música facilita el establecimiento y la permanencia de las relaciones humanas, contribuyendo a la adaptación del individuo a su medio. Por otra parte, la música es un estímulo que enriquece el proceso sensorial, cognitivo (pensamiento, lenguaje, aprendizaje y memoria) y también enriquece los procesos motores, además de fomentar la creatividad y la disposición al cambio. Así, diversos tipos de música pueden reproducir diferentes estados de ánimo, que a su vez pueden repercutir en tareas psicomotoras y cognitivas. Todo ello depende de la actividad de nuestro sistema nervioso central.

La música como lenguaje expresivo y de comunicación no requiere ni exige actividades especiales. Por tanto, cualquier persona tiene su propia musicalidad en menor o mayor medida. Es una característica que se debe potenciar y desarrollar, así lo señalan psicólogos como Davison o Hargreaves, afirmando que la musicalidad constituye una de las actitudes más valiosas de tipo humanístico y no una habilidad aislada o altamente especializada.

Las sesiones de musicoterapia han sido el espacio para la elaboración de duelo y para la expresión de sentimientos reprimidos, y en ellas se fortalece la autoestima y los ancianos se sienten queridos y protegidos entre sí y por los

terapeutas. Por consiguiente, las actividades implicadas favorecen la solución de problemas y la toma de decisiones.”

BAILOTERAPIA

Esta actividad como muchas otras, sustenta una ideología más respetuosa de las necesidades y deseos, estimula más que impone, revaloriza la creatividad, la potencia de lo humano frente al avasallamiento también humano que crece día a día, valora



sensaciones e imágenes, promueve el grito y el silencio, la descarga y el descanso, toma muy en serio la ensoñación, el vagabundeo corporal, encuentra alas en los brazos, fabrica ilusiones con gestos y muecas, y en definitiva jerarquiza el juego como el espacio lúdico que desde Aristóteles nos define como humanos. Esta actividad compromete lo humano desde la Creatividad y el espacio lúdico, valoriza el cuerpo desde sus limitaciones y posibilidades.

La bailo terapia va dirigida a todas aquellas personas que buscan un autoconocimiento y crecimiento personal. Personas con discapacidad física, psíquica o sensorial. Niños y adolescentes con trastornos del desarrollo, motrices, de aprendizaje, falta de concentración y/o atención, hiperactividad, autismo. Adultos mayores con trastornos de depresivos, de la personalidad, emocionales, mentales, esquizofrenia, psicosis, adicciones.

Beneficios que brinda la bailo terapia.

Los beneficios para la salud que aporta la bailo terapia son diversos, por eso es una disciplina recomendable para todas las edades.

- Ayuda a mejorar la postura alineando la columna vertebral.

- Mejora la capacidad respiratoria.
- Contribuye a mejorar las articulaciones, ayuda a que la flexibilidad sea mayor y así la persona pueda ser más ágil.
- Estimula la lucidez mental.
- La bailoterapia ayuda a que la velocidad de respuesta sea mayor.
- Desarrolla la capacidad de dar nuevas respuestas a los problemas.
- Libera el estrés y la tensión para relajarse y estar en paz
- Aumenta la velocidad de respuesta, mejora el equilibrio y la coordinación psico-motriz.
- Despeja la memoria celular, desde un enfoque transpersonal, logrando cambios sorprendentes.
- Estimula la inteligencia a través del enriquecimiento sensorial y la apertura de nuevas vías de resolución creativa ante los problemas, logrando mayor lucidez mental.
- Facilita la posibilidad de expresarse libremente y desplegar tanto las ideas como los sentimientos en formas aprobadas por la estética personal, motivando cambios en el bienestar emocional.
- Permite deshacer las trabas expresivas o creativas relacionadas con la manifestación artística o el desempeño profesional.
- En general produce un desbloqueo en todos los planos del campo personal.
- Desarrolla mayor seguridad y confianza en uno mismo
- Ayuda a que la energía se mueva e influya para que se viva con más amor y alegría.

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

YO _____ portador/a de la Cédula de Identidad N° _____ firmando abajo y habiendo recibido todas las informaciones en relación con la utilización y destino de la información suministrada para el proyecto de investigación titulado “TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA ASOCIACION ANCIANOS VILCABAMBA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PARA POTENCIAR SU SALUD MENTAL consciente y conocedor de mis derechos abajo relacionados **ESTOY DE ACUERDO** en participar de la mencionada investigación.

1. Se le garantiza al participante recibir respuestas a cualquier pregunta o aclaración de cualquier duda acerca de los objetivos, beneficios y otros aspectos relacionados con la investigación en la cual está participando.
2. Se le asegura plenamente que no será identificado y que se mantendrá el carácter confidencial de la información relacionada con sus declaraciones sin que éstas ocasionen algún perjuicio en su vida personal.
3. Se asegura a los participantes que las fotografías que se tomen y grabaciones de video que se harán durante las diferentes sesiones del programa, serán solamente del conocimiento y utilización de la investigadora con fines académicos.

Tengo conocimiento de lo expuesto anteriormente y deseo participar de **MANERA VOLUNTARIA** en el desarrollo de ésta investigación.

Loja, ____ de _____ del 2014.

Firma del Participante.

Firma del Investigado



ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

Instrucciones: Encierre en un círculo la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido la última semana.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Está satisfecho/a con su vida? | si | no |
| 2. ¿Ha renunciado a muchas actividades? | si | no |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía? | si | no |
| 4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a? | si | no |
| 5. ¿Tiene a menudo buen ánimo? | si | no |
| 6. ¿Teme que algo malo le pase? | si | no |
| 7. ¿Se siente feliz a menudo? | si | no |
| 8. ¿Se siente con frecuencia abandonado/a? | si | no |
| 9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir? | si | no |
| 10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente? | si | no |
| 11. ¿Piensa que es maravilloso vivir? | si | no |

- | | | |
|--|----|----|
| 12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos? | si | no |
| 13. ¿Se siente lleno/a de energía? | si | no |
| 14. ¿Siente que su situación es desesperada? | si | no |
| 15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted? | si | no |

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Cuestionario Estrategias de Afrontamiento

Por favor responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como maneja usted una situación estresante. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0 = En absoluto; **1** = Un poco; **2** = Bastante; **3** = Mucho; **4** = Totalmente

NOMBRE:

EDAD:

1._ Luché para resolver el problema

0 1 2 3 4

2._ Me culpé a mí mismo

❖ 0 1 2 3 4

3._ Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés

❖ 0 1 2 3 4

4._ Deseé que la situación nunca hubiera empezado

❖ 0 1 2 3 4

5._ Encontré a alguien que escuchó mi problema

❖ 0 1 2 3 4

6._ Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente

❖ 0 1 2 3 4

7._ No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado

❖ 0 1 2 3 4

8._ Pasé algún tiempo solo

❖ 0 1 2 3 4

9._ Me esforcé para resolver los problemas de la situación

❖ 0 1 2 3 4

10._ Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché

❖ 0 1 2 3 4

11._ Expresé mis emociones, lo que sentía

❖ 0 1 2 3 4

12._ Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase

❖ 0 1 2 3 4

13._ Hablé con una persona de confianza

❖ 0 1 2 3 4

14._ Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas

❖ 0 1 2 3 4

15._ Traté de olvidar por completo el asunto

❖ 0 1 2 3 4

16._ Evité estar con gente

❖ 0 1 2 3 4

17._ Hice frente al problema

❖ 0 1 2 3 4

18._ Me critiqué por lo ocurrido

❖ 0 1 2 3 4

19._ Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir

❖ 0 1 2 3 4

20._ Deseé no encontrarme nunca más en esa situación

❖ 0 1 2 3 4

21._ Dejé que mis amigos me echaran una mano

❖ 0 1 2 3 4

22._ Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían

❖ 0 1 2 3 4

23._ Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más

❖ 0 1 2 3 4

24._ Oculté lo que pensaba y sentía

❖ 0 1 2 3 4

25._ Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran

❖ 0 1 2 3 4

26._ Me recriminé por permitir que esto ocurriera

❖ 0 1 2 3 4

27._ Dejé desahogar mis emociones

❖ 0 1 2 3 4

28._ Deseé poder cambiar lo que había sucedido

❖ 0 1 2 3 4

29._ Pasé algún tiempo con mis amigos

❖ 0 1 2 3 4

30._ Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo

❖ 0 1 2 3 4

31._ Me comporté como si nada hubiera pasado

❖ 0 1 2 3 4

32._ No dejé que nadie supiera como me sentía

❖ 0 1 2 3 4

33._ Mantuve mi postura y luché por lo que quería

❖ 0 1 2 3 4

34._ Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias

❖ 0 1 2 3 4

35._ Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron

❖ 0 1 2 3 4

36._ Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes

❖ 0 1 2 3 4

37._ Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto

❖ 0 1 2 3 4

38._ Me fijé en el lado bueno de las cosas

❖ 0 1 2 3 4

39._ Evité pensar o hacer nada

❖ 0 1 2 3 4

40._ Traté de ocultar mis sentimientos

❖ 0 1 2 3 4

INDICE

Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Resumen	2
Summary	4
Introducción.....	5
Revisión literaria	7
Trastornos Depresivos	7
Personas Adultas Mayores.....	8
Trastornos Depresivos en las personas adultas mayores	12
Causas.....	16
Síntomas.....	17
Factores de riesgo	18
Trastornos depresivos No puedo, No sé	19
Criterios diagnósticos según la escala de depresión geriátrica de Yesavage.....	23
Estrategias de Afrontamiento	24
Que es el afrontamiento	25
Estrategias de Afrontamiento a utilizar según CSI	26
Metodología.....	29
Resultados.....	32
Tabla 1	32
Tabla 2	33

Tabla 3.....	34
Tabla 4.....	35
Tabla 5.....	36
Tabla 6.....	37
Tabla 7.....	38
Tabla 8.....	39
Tabla 9.....	40
Discusión.....	41
Conclusiones.....	43
Recomendaciones.....	44
Bibliografía.....	45
Anexos.....	50
Anexo 1.....	51
Anexo 2.....	57
Anexo 3.....	63
Índice.....	71