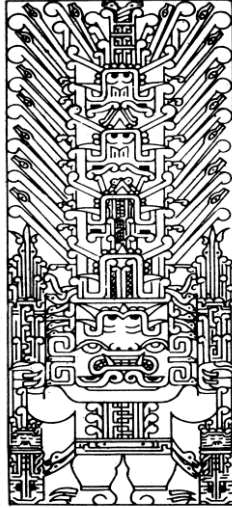


**UNIVERSIDAD NACIONAL “FEDERICO VILLARREAL”**

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE POST GRADO**



**TESIS**

**DEPRESIÓN Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN USUARIOS DEL CENTRO DEL  
ADULTO MAYOR DE LA CLÍNICA ANCIJE – ESSALUD.**

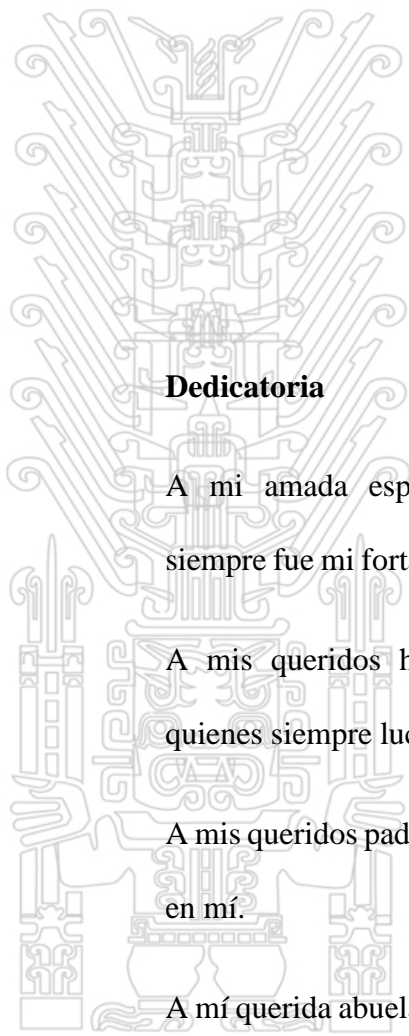
**PRESENTADO POR:**

**LEONARDO JAIME SOLARI MORALES**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

**LIMA – PERÚ**

**2017**



### **Dedicatoria**

A mi amada esposa María Eugenia, quien siempre fue mi fortaleza y fuente de inspiración.

A mis queridos hijos Franco y Silvana por quienes siempre luché y salí vencedor.

A mis queridos padres quienes siempre creyeron en mí.

A mi querida abuela Dominga, quien desde niño sembró en mí la seguridad y la perseverancia.



## Agradecimiento

Al Dr. Miguel Ángel Vallejos Flores, por su asesoramiento y orientación en el presente trabajo de investigación.

A mi colega Adrián Jesús Adrianzen Adrianzen, por su orientación y guía en el desarrollo del presente trabajo.

A mi colega Jessica Villarreal Dioses, por su apoyo estadístico en la culminación de la presente investigación.

## RESUMEN

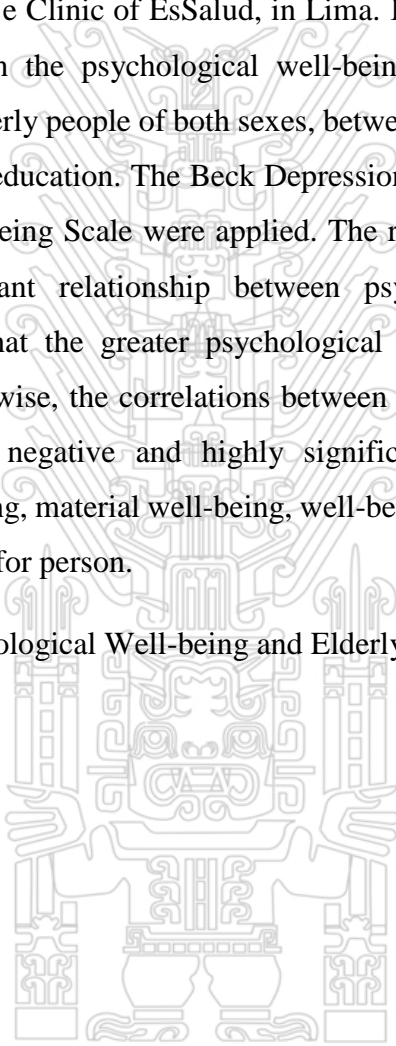
La presente investigación se realizó con el objeto de conocer la relación existente entre la depresión y el bienestar psicológico en un grupo de adultos mayores pertenecientes al Club del Adulto Mayor (CAM) de la Clínica Ancije de EsSalud, del Cercado de Lima. En la presente investigación se efectuó una correlación entre la variable bienestar psicológico con la variable depresión. Se trabajó con una muestra de 30 adultos mayores de ambos sexos, comprendidos entre 65 y 85 años de edad, todos ellos con un nivel de instrucción superior. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Bienestar Psicológico de Sánchez-Cánovas. Los resultados indican que existe una relación negativa y altamente significativa entre el bienestar psicológico y la depresión, lo que nos indica que a mayor bienestar psicológico, la presencia de la depresión será menor. Asimismo, las correlaciones entre la depresión y las sub-escalas del bienestar psicológico, son negativas y altamente significativas, lo que nos indican que a mayor depresión, el bienestar subjetivo, bienestar material, bienestar laboral y las relaciones con la pareja serán menos satisfactorias para la persona.

Palabras Claves: Depresión, Bienestar Psicológico y Adulto Mayor.

## ABSTRACT

The present investigation was carried out in order to know the relationship between depression and psychological wellbeing in a group of older adults belonging to the Club of the Elderly (CAM) of the Ancije Clinic of EsSalud, in Lima. In the present investigation, a correlation was made between the psychological well-being variable and the variable depression. A sample of 30 elderly people of both sexes, between 65 and 85 years of age, all of them with a higher level of education. The Beck Depression Inventory and the Sánchez-Cánovas Psychological Well-Being Scale were applied. The results indicate that there is a negative and highly significant relationship between psychological well-being and depression, which indicates that the greater psychological well-being, the presence of depression will be lower. Likewise, the correlations between depression and sub-scales of psychological well-being are negative and highly significant, indicating that greater depression, subjective well-being, material well-being, well-being and relationships with the couple will be less satisfactory for person.

Key Words: Depression, Psychological Well-being and Elderly.



## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, ha aparecido un interés especial por conocer cómo funciona el tema de bienestar del adulto mayor, esto se debe probablemente al aumento de la esperanza de vida de la población mayor en los países desarrollados y a la disminución de la tasa de fecundidad existente. Según la OMS las personas de 60 a 74 años de edad son considerados de avanzada, los de 75 a 90 años, viejas o ancianas, y los que sobre pasan los 90 años se les denomina grandes, viejos o longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad; sin embargo, el envejecimiento de la población puede considerarse un logro exitoso en la administración del sistema de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico de una nación, pero también constituye un reto para la sociedad, para mejorar al máximo el sistema de salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

Actualmente, la mayor parte de la humanidad tiene una esperanza de vida superior a los 60 años. Se estima que para el año 2050, la población mundial en esta etapa de vida llegue a los 2000 millones de adultos mayores, o sea un aumento de 900 millones con respecto al año 2015. Asimismo, hoy en día, hay 125 millones de personas con 80 años o más y se espera que para el año 2050, exista un número casi igual de personas en este grupo de edad, vale decir, 120 millones solamente en China, y 434 millones de personas en todo el mundo, lo que se espera que para el año 2050, un 80% de todas las personas mayores vivirán en países de ingresos bajos y medianos.

La presente investigación se realizó en el Club del Adulto Mayor (CAM), de la Clínica Ancije de EsSalud del Cercado de Lima, con una población de Adultos Mayores, cuyas edades estaban comprendidas entre 65 y 85 años de edad. La muestra estuvo conformada por 30 adultos mayores varones y mujeres, entre 65 y 85 años de edad, todos jubilados del Magisterio Nacional, de Instituciones Educativas particulares y estatales de Lima y provincias. El tipo de muestreo a considerar en esta investigación correspondió al muestreo no probabilístico intencional; se utilizó para efecto el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Bienestar Psicológico de Sánchez-Cánovas.

Respecto al desarrollo de la presente investigación, ha sido esquematizada en cinco capítulos:

En el capítulo I: se revisó los antecedentes nacionales e internacionales, el planteamiento del problema, los objetivos, la justificación, el alcance, las limitaciones y la definición de variables.

En el capítulo II: se revisó una amplia información sobre el marco teórico, en la que se investigó la adultez mayor, específicamente sobre la adultez tardía, los procesos y cambios en el estado físico, mental, emocional y de salud integral de los adultos mayores, así como las diversas teorías biológicas, psicológicas y sociológicas, que sustentan los contenidos temáticos que se producen en esta etapa de vida. Un tema importante es un enfoque que se

dedica al trastorno de la depresión, que es una variable de la presente investigación, en la que se describe las causas, síntomas, desarrollo del trastorno, así como la revisión de los principales tratamientos y el proceso de evaluación. Igual tratamiento dedicamos a la segunda

variable, el bienestar psicológico, en la que se revisa sus componentes, las diferentes variables, las dimensiones que la conforman y sus diversas teorías que la fundamentan. Cerramos este capítulo haciendo un comentario sobre los Centros del Club del adulto mayor (CAM), que son administrados por EsSalud, en la que realiza un trabajo interesante con este grupo vulnerable y donde se realizó el presente estudio de investigación. También se plantearon las hipótesis generales y específicas.

En el capítulo III: se expuso el método, el tipo de investigación, el diseño, la estrategia de la prueba de hipótesis, la operacionalización de variables, población, muestra y muestreo, las técnicas de investigación realizadas, así como una descripción de los instrumentos empleados como el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Bienestar Psicológico de Sánchez-Cánovas.

En el capítulo IV: se analizó la presentación de los resultados, la contrastación de las hipótesis, el análisis y la interpretación.

En el capítulo V: se realizó la discusión de los resultados, las conclusiones, las recomendaciones, así como las referencias bibliográficas.

Teniendo como marco de referencia, lo expuesto anteriormente, la presente investigación intenta explicar la realidad y expectativas del adulto mayor en torno a su proceso de envejecimiento, así como una investigación interesante sobre la relación entre la depresión y el bienestar psicológico, la cual ofrecerle posibilidades que le permita llevar sus últimos años de vida con dignidad, gozando el cariño y el afecto de su familia y de una mejor calidad de vida.

## ÍNDICE

### TÍTULO

NOMBRE DEL AUTOR I

RESÚMEN (Palabras Clave) IV

ABSTRACTS (Key words) V

INTRODUCCIÓN VI

### CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1,1 Antecedentes (Bibliografía/Contextual)	1
1.1.1 Antecedentes Nacionales	1
1.1.2 Antecedentes Internacionales	5
1.2 Planteamiento del Problema	10
1.3 Objetivos	15
1.3.1 Objetivo General	15
1.3.2 Objetivos Específicos	15
1.4 Justificación	16
1.4.1 Relevancia social	16
1.4.2 Justificación práctica	17
1.4.3 Justificación teórica	17

1.4.4	Justificación metodológica	17
1.4.5	Justificación tecnológica	18
1.5	Alcance y limitaciones	18
1.6	Definición de variables	19
1.6.1	Depresión	19
1.6.2.1	Bienestar Psicológico	20
<b>CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO</b>		
2.1	Aduldez Mayor	22
2.1.1	Estado físico y de salud de los ancianos	23
2.1.2	Habilidades sensoriales en la vejez	24
2.1.3	Habilidades psicomotoras	25
2.1.4	Por qué envejece nuestro cuerpo	26
2.1.5	Teoría de la programación	26
2.1.6	Teoría del desgaste y la destrucción	26
2.1.7	Demencia	27
2.1.8	Estado intelectual	29
2.1.9	Desarrollo social y de la personalidad	31
2.1.10	Envejecimiento satisfactorio	31
2.1.11	Teoría de la actividad	32

2.1.12 Teoría de la desvinculación	32
2.1.13 La jubilación	32
2.1.2 El envejecimiento	33
2.1.2 Teorías del envejecimiento	36
2.1.2.1.1 Teorías biológicas de envejecimiento	38
1) Teoría de disfuncionamiento del sistema inmunológico	39
2) Teoría del envejecimiento celular	39
a. Teoría del desgaste natural	40
b. Teoría de la acumulación de producto de desechos	40
c. Teoría de la autointoxicación	40
d. Teoría del envejecimiento natural	41
e. Teoría del entrecruzamiento	41
f. Teoría de los errores en la síntesis de las proteínas	41
g. Bioquímica o de los radicales libres	42
1. Teorías de las modificaciones del sistema endocrino	42
2, Teorías genéticas	43
2.1.2.1.2 Teorías psicológicas del envejecimiento	44
1. Teorías psicodinámicas de la personalidad	51
2. Teorías conductistas	51
3. Teorías humanistas	51
2.1.2.1.3 Teorías sociológicas del envejecimiento	54
1) Teoría de la modernización	54

2) Teoría funcionalista o teorías de la socialización	55
a. Teoría de la actividad	55
b. Teoría de la desvinculación o del retraimiento	56
c. Teoría de la continuidad	57
d. Teorías derivadas del envejecimiento demográfico	58
e. Teoría del medio social	58
f. Teoría de la construcción social de la adultez mayor	59
2.2 La Depresión	59
2.2.1 Consideraciones generales	59
2.2.2 Definición	60
2.2.3 Modelos explicativos	61
2.2.3.1 Enfoque comportamental de Lewinsohn	62
2.2.3.2 Enfoque del auto-control de Rehm	62
2.2.3.3 Enfoque de indefensión aprendida de Seligman	63
2.2.3.4 Enfoque cognitivo de Beck	63
2.2.3.5 La activación conductual	64
2.2.3.6 Aspectos comunes e integración de los distintos enfoques	65
2.3 Evaluación	65
2.3.1 Contenidos de evaluación	65
2.3.2 Instrumentos de evaluación	67
2.3.3 Diagnóstico del trastorno	67

2.4 Revisión de los tratamientos	68
2.4.1 Revisión de los principales tratamientos	67
2.4.2 Programas conductuales	68
2.4.3 Programa de entrenamiento en habilidades sociales	69
2.4.4 Terapia cognitiva	70
2.4.5 Programas de auto-control	70
2.4.6 Biblioterapia y recursos tecnológicos	71
2.5 Estudio en la eficacia de los tratamientos	73
2.5.1 Consideraciones sobre el estudio de la eficacia de los tratamientos	73
2.6 Bienestar Psicológico	76
2.6.1 Definición	76
2.6.2 Componentes del Bienestar Psicológico	77
2.6.3 Determinantes del Bienestar Psicológico	79
2.6.3.1 Variables sociodemográficas	79
2.6.3.2 Variables individuales	82
2.6.3.3 Variables comportamentales	86
2.7.4 Dimensiones del bienestar psicológico	87
2.7.5 Teorías del Bienestar Psicológico	89
2.7.5.1 El modelo de Jahoda	89
2.7.5.2 La teoría de la autodeterminación	91
2.7.5.3 Modelo de Bienestar psicológico de Sánchez-Cánovas	92

1. Bienestar subjetivo	100
2. Bienestar material	101
3. Bienestar laboral	102
4. Bienestar de la relación con la pareja	103
2.8 Depresión y Bienestar Psicológico: Naturaleza de la relación e Importancia en el Adulto Mayor.	96
2.9 Hipótesis	98
2.9.1 Hipótesis general	98
2.9.2 Hipótesis específica	98
<b>CAPÍTULO III – MÉTODO</b>	
3. Tipo de Investigación	99
3.1 Diseño de Investigación	99
3.2 Estrategia de prueba de hipótesis	100
3.3 Variables	101
3.3.1 Operacionalización de variables	101
3.4 Población	
3.4.1 Población, Muestra y Muestreo	112
3.4.2 Población	102
3.5 Muestra	103
Tabla No 1: Distribución de la muestra	104

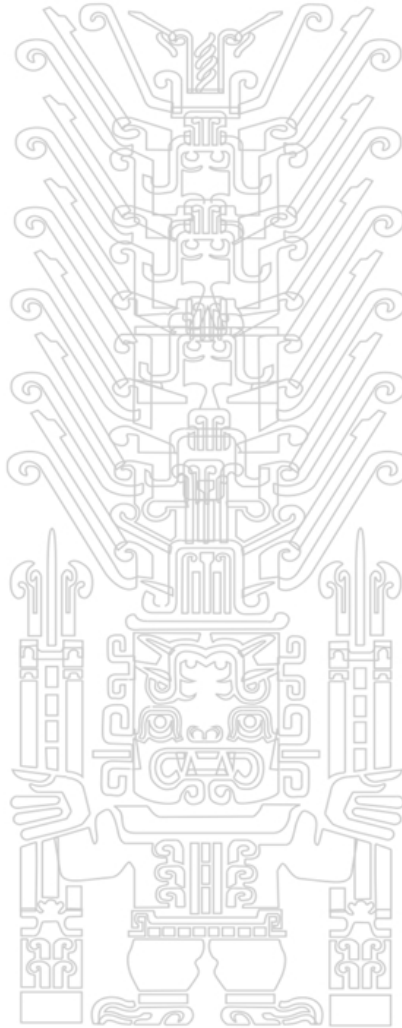
1) Criterios de inclusión	104
2) Criterios de exclusión	105
3.6 Técnicas de investigación	105
3.6.1 Técnicas	105
3.6.2 Instrumentos de Recolección de Datos	105
3.6.2.1 Inventario de Depresión de Beck	106
3.6.2.2 Escala de Bienestar Psicológico	109
A. Sub escala de Bienestar Subjetivo	112
B. Sub escala de Bienestar Material	112
C. Sub escala de Bienestar laboral	112
D. Sub escala de Relaciones de pareja	113
3.6.3 Procesamiento y análisis de datos	113
<b>CAPÍTULO IV - PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b>	
4.1 Contrastación de Hipótesis	114
4.2 Prueba de hipótesis general	114
4.3 Análisis e Interpretación	114
<b>CAPÍTULO V</b>	
5.1 Discusión de los resultados	122
5.2 Conclusiones	124

5.3 Recomendaciones	125
5.4 Referencias Bibliográficas	127

## ANEXOS

Ficha técnica de los instrumentos a utilizar

Definición de términos



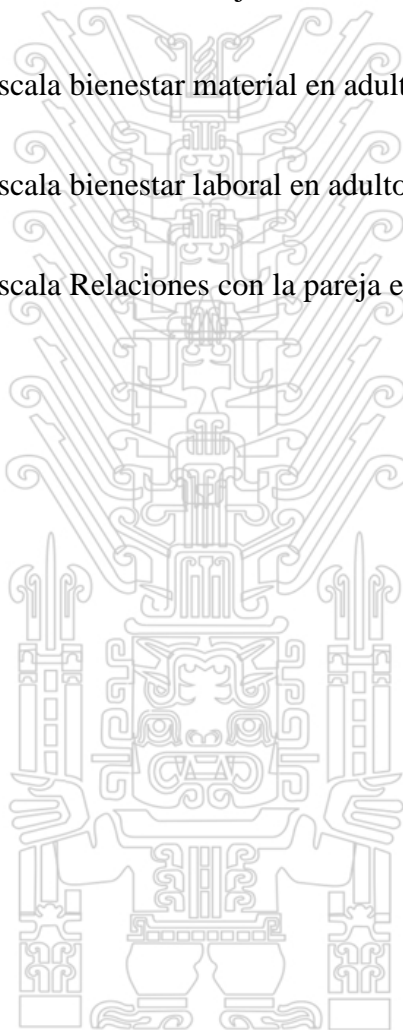
## INDICE DE TABLAS

Tabla No 1: Distribución de la muestra	111
Tabla N° 2: Niveles de depresión en adultos mayores	123
Tabla N° 3: Niveles del bienestar psicológico en adultos mayores	124
Tabla N° 4: Niveles de la sub-escala Bienestar Subjetivo en adultos mayores	125
Tabla N° 5: Niveles de la sub-escala Bienestar Material en adultos mayores	126
Tabla N° 6: Niveles de la sub-escala Relaciones con la pareja en adultos mayores	127
Tabla N° 7: Niveles de la sub-escala Relaciones con la pareja en adultos mayores	128



## INDICE DE FIGURAS

Tabla N° 1: Niveles de depresión en adultos mayores	123
Tabla N° 2: Niveles del bienestar psicológico en adultos mayores	124
Tabla N° 3: Niveles de la sub-escala bienestar subjetivo en adultos mayores	125
Tabla N° 4: Niveles de la sub-escala bienestar material en adultos mayores	126
Tabla N° 5: Niveles de la sub-escala bienestar laboral en adultos mayores	127
Tabla N° 6: Niveles de la sub-escala Relaciones con la pareja en adultos mayores	128



# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. ANTECEDENTES

#### 1.1.1 Antecedentes Nacionales

Aranda, M. y Hernández, K. (2012), investigaron sobre Bienestar psicológico subjetivo-material y su relación con la calidad de vida en el adulto mayor del Centro del Adulto Mayor de Chiclayo, se empleó la metodología descriptiva correlacional. La población fue de 56 adultos mayores entre 60 y 90 años de edad. Los instrumentos utilizados fueron: Escala de Bienestar Psicológico-Sánchez Cánovas (1998) y Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes (1982); Se obtuvieron que el bienestar psicológico subjetivo-material se relaciona con la calidad de vida (Factores: Hogar y Bienestar Económico, Amigos, Vecindario, Educación y Ocio, Religión y Salud), y con una correlación directa, a excepción de bienestar psicológico subjetivo que no existe relación con el factor medios de comunicación y bienestar material con el factor vida familiar y familia extensa.

Manyari W. y Villar, N. (2016), investigaron sobre “Bienestar Psicológico y autoeficacia en adultos mayores de un Centro de Adulto Mayor (CAM) de Lima” y se describió las asociaciones entre el bienestar psicológico, sus dimensiones, y el nivel de autoeficacia percibida en una muestra de adultos mayores del distrito

de Jesús María. Participaron 71 adultos mayores entre 60 y 86 años de edad (M=70.65, DE=7.19), quienes asistían al Centro del Adulto Mayor (CAM) del distrito. Se usó la escala de Bienestar Psicológico adaptada por Díaz et al. (2006), la cual propone seis dimensiones: auto aceptación, relaciones positivas, autonomía, crecimiento personal, propósito en la vida y dominio del entorno; y la escala de Baessler y Schwarzer (1996), la cual mide la autoeficacia percibida general. A partir de ello se efectuaron análisis descriptivos, comparaciones de medias y medianas y correlaciones. Los resultados indican que existen correlaciones directas entre el bienestar psicológico global, así como sus dimensiones, y la autoeficacia. Además, se analizó cada población con respecto al sexo, grado de instrucción, tener pareja y con quién vive. En la muestra de los adultos mayores existen diferencias con respecto al sexo, encontrándose mayor bienestar en los hombres. Asimismo, quienes tienen pareja muestran mayor bienestar psicológico global, relaciones positivas, crecimiento personal, propósito en la vida y dominio del entorno. Y según la variable con quién vive, los que están con su cónyuge e hijos presentan mayor bienestar psicológico, propósito en la vida y relaciones positivas. En conclusión, resulta favorable para el adulto mayor el establecimiento de vínculos interpersonales, ya que ello beneficiará a los niveles de bienestar psicológico y autoeficacia.

Arias et. al. (2013), desarrollaron un estudio sobre la Felicidad, depresión y creencia en la benevolencia humana en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. En este estudio se analizan las relaciones entre la felicidad, la depresión y la creencia en la benevolencia humana en un grupo de adultos

mayores. La muestra estuvo integrada por 62 adultos mayores, 24 de los cuales provienen de dos asilos de la ciudad de Arequipa (10 varones y 14 mujeres), mientras que 38 son adultos mayores (13 varones y 25 mujeres) que viven con sus familias. En total, la muestra se compone de 23 varones y 39 mujeres, lo que hace un 37.1% y un 62.9% de la misma, respectivamente. La edad promedio fue de 72 años, con una desviación estándar de  $\pm 9.332$  y con un rango de 63 a 103 años. Para el proceso de selección de la muestra se tomaron en cuenta los siguientes criterios: a) no tener indicios de demencia, b) no presentar déficits sensoriales o motores, c) hablar castellano, d) saber leer y escribir, y e) contar con su colaboración y autorización. Se utilizó la Escala de Felicidad de Lima (EFL), la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la Escala de Creencia en la Benevolencia Humana. Se halló que no hay diferencias significativas en los niveles de depresión de ambos grupos de adultos mayores, siendo sus puntuaciones muy bajas, pero sí hubo diferencias significativas en felicidad y en los factores de sentido positivo de la vida y satisfacción con la vida a favor de los adultos mayores que viven con sus familias. También se encontraron relaciones negativas entre la creencia en la benevolencia humana y la depresión para el grupo de adultos mayores no institucionalizados, así como relaciones negativas con la realización personal para el grupo que está institucionalizado.

Bartra y Carranza (2013), investigaron sobre la enfermedad del siglo XXI y la calidad de vida en adultos mayores de Tarapoto, Universidad Peruana Unión. El objetivo fue determinar en qué medida están relacionadas la depresión y la calidad de vida en los adultos mayores del Puesto de Salud Huayco – Tarapoto. La

investigación es un diseño no experimental, de tipo correlacional. La muestra

estuvo conformada por 82 adultos mayores de los sexos masculinos y femeninos. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) conformada por 21 ítems y el Formato de Evaluación Integral del Adulto Mayor del Ministerio de Salud, conformada por 33 ítems. Las propiedades psicométricas de los instrumentos indicaron que son válidos y confiables. Los resultados evidencian que existe una relación negativa y altamente significativa entre la depresión y la calidad de vida ( $r = -0.432, p < 0.01$ ). Esto quiere decir que cuanto mayor sea la depresión, la calidad de vida se verá afectada, además otro hallazgo muy importante, es la confirmación de que la calidad de vida de los adultos mayores es regular.

Soto, Núñez, y Romero (2013), desarrollaron una investigación titulada Calidad de vida en adultos mayores, Universidad Católica San Pablo, Arequipa. El objetivo fue analizar la calidad de vida, como indicador de envejecimiento satisfactorio, en adultos mayores. Se evaluaron a 35 sujetos pertenecientes al “aula del saber” (universidad para el adulto mayor) de la Universidad Católica San Pablo en el transcurso del curso 2012-2. La muestra final quedó conformada por 22 sujetos quienes cumplieron los criterios de inclusión/exclusión. Se utilizó el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (Fernández-Ballesteros, 2008), se utilizó el ACE-R como prueba de rendimiento cognitivo general. Se analizaron los resultados a partir de la generación de una tabla de contingencia en donde la valoración que los sujetos hacen de su calidad de vida se cruza con las dimensiones descritas en el instrumento. Los resultados mostraron que existe un buen estado de salud general, estar satisfecho en las relaciones con quienes viven

y la autonomía en las actividades de la vida diaria parecen condicionar una mayor

calidad de vida. Esta primera aproximación al envejecimiento satisfactorio permite observar que el adulto mayor puede seguir teniendo una vida activa y plena dentro de la sociedad; además se plantea la necesidad de investigar en profundidad a este grupo etario normalmente abandonado.

Chávez, Sosa y López (2012), elaboraron una investigación sobre Eficacia de un programa de atención al adulto mayor en la mejora de su estilo de vida. Hospital de Barranca, Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Lima. Dicho estudio formuló como objetivo general determinar la eficacia de un programa de atención al adulto mayor en la mejora de su estilo de vida en el Hospital de Barranca. Su diseño fue cuasi experimental con un solo grupo compuesto por 30 adultos mayores seleccionados por conveniencia (entre 60 y 70 años de edad, de instrucción primaria, casados y viudos; a quienes se le aplicó previamente al inicio del programa el test VACAM (valoración de las capacidades cognitivas y funcionales) que es utilizado por los profesionales de la salud que laboran en los establecimientos del MINSA. Se puede observar que la capacidad funcional después de la aplicación del programa de atención del adulto mayor es favorable, además que la capacidad cognitiva favoreció la mejora de su estilo de vida.

#### 1.1.2 Antecedentes Internacionales

Núñez. (2014), realizó una investigación titulada “El impacto de la depresión en el bienestar del adulto mayor en el Centro de Salud de Juan Benigno Vela,

Ambato, Ecuador”. Se realizó un estudio para determinar el impacto de la

depresión en el bienestar del adulto mayor en el Centro de Salud de Juan Benigno Vela, Provincia de Tungurahua. La información se recolectó mediante la aplicación de un formulario de datos sociodemográficos y estado de salud; la escala de depresión geriátrica de Sheikh y Yesavage y la escala de bienestar de Ryff. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS, versión 17. Se realizó un estudio descriptivo, transversal con trabajo de campo y tabulación de las técnicas aplicadas. La mayor prevalencia de encuestados que participó se encontró en el rango 65 a 75 años, con un nivel educativo predominante de educación primaria. La aplicación de la escala de Yesavage diagnosticó depresión en un 66,67% de la población encuestada, que a su vez refirió un estado de salud regular en la mayoría de los casos. El nivel de bienestar determinado a través de la escala de Ryff se presentó bajo en un 52,22% de la muestra, que guarda relación con el porcentaje predominante de adultos mayores con depresión participantes. Para conocer la existencia de relación entre depresión y bienestar se realizó un análisis de correlación bivariada a través de la prueba “r” de Pearson. Melguizo.

Melguizo E., Acosta, A., Castellano, B. (2012), realizaron una investigación a la cual titularon Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores, Universidad de Cartagena, Colombia. El objetivo fue identificar los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores de la Comuna 9 del Distrito de Cartagena. El método utilizado fue una encuesta transversal; la población estuvo conformada por 5020 adultos mayores, eligiéndose una muestra de 514 personas. Se aplicó el instrumento

“Índice Multicultural de Calidad de Vida”. Se realizó inicialmente un análisis

descriptivo de las variables y luego un análisis logístico multivariado para establecer las posibles asociaciones. Como resultados se obtuvo que de los 514 adultos mayores participantes: 65,8% mujeres; 43% viven en unión libre o son casados; 56,6% han cursado estudios de primaria; 58% no trabaja y el 64,3% residía en estrato 1 o 2. Estar pensionado o estar trabajando aumenta 2,7 veces la posibilidad de tener un buen bienestar psicológico (OR= 2,729 IC 95%= 1,758-4,236). Dentro de las conclusiones se pudo determinar que ser mujer, tener nivel de escolaridad secundaria o más, vivir en estrato tres o cuatro, ser pensionado o estar trabajando y vivir con menos de cuatro personas muestra asociación a la calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores.

Cerquera, A., Galvis, M. y Cala, M., (2012), realizaron una investigación sobre “Amor, sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez” con 153 personas mayores. El instrumento utilizado en la recolección de datos fue una versión adaptada al contexto de Floridablanca, Colombia del cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez, y concluyeron que el amor y la sexualidad continúan siendo aspectos de gran importancia en la vida del ser humano, aún en etapas avanzadas del ciclo vital.

Rodríguez, et al. (2012), realizaron una investigación denominada Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico Cristóbal Labra, La Habana, Cuba. La finalidad fue identificar la depresión en los adultos mayores y los tratamientos empleados dentro de la consulta de psicogeriatría y demencia de un policlínico. Como método se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal a 112 ancianos, y la muestra quedó integrada

por 28 pacientes (25%) a quienes se les diagnosticó con Síndrome Depresivo, predominando el sexo femenino y el grupo de edad entre 70 y 79 años, quienes fueron remitidos por los médicos de familia a la consulta de Psicogeriatría y Demencia del Policlínico "Cristóbal Labra", durante el período de julio a diciembre de 2011. Se observó que el nivel de escolaridad primario fue el que mayor afectación por depresión tuvo con un total de 18 ancianos (64,2 %). Los datos adicionales se recogieron de las historias clínicas. Para el diagnóstico de la patología se aplicó el test de Yesavage y el Mini mental de Folstein. Dentro de los resultados obtenidos, podemos observar que la depresión se diagnosticó en un 25 % de los ancianos remitidos a consulta; la misma se incrementó con la edad, el bajo nivel educacional y la presencia de enfermedades como osteoartritis y alteraciones sensoriales. Los síntomas principales fueron los trastornos del sueño en el hombre y la tristeza y llanto en la mujer.

Giacoman. (2015), realizó un estudio de investigación “Depresión y escolaridad en adultos mayores”. El objetivo fue determinar si el nivel educativo influye en la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor. Se evaluó una muestra de 30 adultos mayores de 65 a 76 años, dividida en dos grupos, uno de 16 participantes con escolaridad primaria y secundaria (8 hombres y 8 mujeres, edad media = 70.94), y otro grupo con 14 participantes con escolaridad de preparatoria a universidad (7 hombres y 7 mujeres, media de edad = 70.00). Para evaluar la presencia de síntomas depresivos se aplicó la Escala de depresión de Yesavage. Los resultados encontrados fueron: El análisis de varianza ANCOVA, con género como covariable, no mostró una influencia significativa de nivel escolar sobre la

presencia de síntomas depresivos de los grupos “Las puntuaciones de los participantes en la escala de depresión se ubican dentro del rango normal, lo que sugiere que factores independientes a la escolaridad, tales como el estilo de vida y la salud, tienen efectos favorables en el estado emocional del adulto mayor.”

Borda en Colombia (2012), realizó un estudio de investigación “Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo”, el objetivo fue Establecer la prevalencia y factores de riesgo para depresión en adultos de 65-95 años de centros de cuidado geriátrico de Barranquilla. La metodología aplicada fue Estudio descriptivo transversal, con análisis de casos y controles. Participaron 66 adultos mayores. Se aplicó encuesta de factores de riesgo, Minimental Test y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Se estudiaron las variables independientes: edad, sexo, nivel educativo, ingresos económicos, fuentes de ingresos, comorbilidad y tipo, polifarmacia, y tipo de institución. Se realizó análisis bivariado de depresión y las variables independientes. Se efectuó el análisis mediante porcentaje, tendencia central y media y desviación estándar y asociación (Or e IC 95 % y Chi-cuadrado y p).

La depresión está en un tercio de la población institucionalizada, en este estudio afectó a los adultos con primaria incompleta y algún trastorno neurológico o psiquiátrico. Asimismo, los hombres, los solteros, los que tienen ingresos muy bajos, que provienen de las familias con ingresos menores a un salario mínimo, que tienen hipotensión arterial y viven en hogares geriátricos públicos. Se destaca, entonces, que la depresión en el adulto mayor, su detección oportuna es de gran

importancia benéfica en las condiciones de salud, bienestar, calidad y satisfacción en la vida del adulto mayor. Por lo tanto estos estudios presentados se relacionan con el problema a investigar, por lo que ayudaran y aportaran a un mayor conocimiento del objeto de investigación, así como el proceso de análisis y discusión de los resultados.

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adultez mayor, es una etapa muy particular que ha sido abordada desde diversos puntos de vista, en torno a ello, Cornachione (2006) señala que el estudio de la adultez mayor durante muchas décadas “ha sido abordado desde una perspectiva centrada en el declive, la decadencia y la caducidad, por lo que frente a ello también han surgido otros enfoques que se basan más bien en la plenitud, a raíz de que muchas personas de 60 años o más, tienen buenos niveles de salud y mantienen autonomía funcional, aunque tampoco se trata de negar el sufrimiento individual o social a partir de los 80 años de edad. En tal sentido, Rojas (2010), señala que la población comprendida dentro del grupo del adulto mayor no es homogénea por las características de salud de sus miembros. Es por esta razón, que diversos autores mencionan que existen dos subgrupos dentro de este grupo, denominados “tercera y cuarta edad” y añade que otros especialistas consideran como un primer subgrupo a los adultos mayores entre los 60 y 75 años, y otro subgrupo de personas mayores de 75 años.

Desde un punto de vista estadístico, Silva (2012), a través de una publicación realizada en el Diario “El Comercio” y basándose en un Resumen Ejecutivo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), denominado: “Envejecimiento en el siglo XXI: una celebración y un desafío”, menciona que de los casi 7, 000 millones de seres humanos que existen hoy en el mundo, 893 millones tienen 60 o más años. Este grupo, correspondiente a las personas adultas mayores o de tercera edad, representa el 12,8% de la población mundial. El referido informe también menciona que dentro de una década este sector de la población se incrementará en 200 millones de personas y superará los 1,000 millones en el planeta.

De igual forma, Santillán (2013), señala que en América Latina, y en el Caribe, el proceso de envejecimiento se caracteriza por ser más rápido que en los países desarrollados, debido principalmente a la transición de población mayormente joven a una población en proceso de envejecimiento en un contexto de pobreza y de inequidades socioeconómicas. La autora señala además que a nivel mundial, Japón es el país con el mayor porcentaje de adultos mayores, con 22% de su población total; le sigue China con 106 millones de adultos mayores; India con 59,6 millones, luego le siguen Estados Unidos y Rusia con porcentajes casi similares. Agrega que el 62% de la población mundial mayor de 65 años reside en países en vías de desarrollo.

Respecto a nuestro medio, Santillán también menciona que el Perú no es ajeno a dichos cambios, así se evidencia que en el año 2000, el porcentaje de adultos mayores fue del 7% (1'848,000 adultos mayores), en el 2005 la población adulta

mayor fue de 2 millones 146 mil, lo que representó el 7,7% de la población del país, con una tasa de crecimiento anual de 3,1%. Añade la autora que según el Censo de población y vivienda del 2007 del INEI, la población adulta mayor aumentó a 2 millones 495 mil 643, alcanzando el 9,1% de población total del país, y se prevé que en el 2025, representará el 13,27% de peruanos, es decir que nuestro país tendrá más de 3 millones de adultos mayores. Un dato adicional importante que vale considerar es que los departamentos en los que residen el mayor número de personas de 60 a más años de edad son: Arequipa, Moquegua, Lima y el Callao, zonas donde los adultos mayores son más del 10%; mientras que Madre de Dios es la región con menor población adulta mayor en el país con un 4.6% (Diario El Comercio, 2012). Precisamente, Lima es la ciudad donde se encuentra la muestra del presente estudio. Por eso es importante también considerar que, en el caso específico de Lima Metropolitana, una publicación realizada por Silva (2014), basándose en una encuesta de Ipsos Perú, nos da un enfoque más positivo, cuyos datos estadísticos estarían más relacionados a variables que conforman el bienestar psicológico en el adulto mayor.

En el caso de la Depresión, Jonis y Llacta (2013, p.78), señalan que la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que “actualmente cinco de las 10 causas más importantes de discapacidad son de origen psiquiátrico y se piensa que para el 2020, la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial”.

Llacta menciona en una investigación realizada por la OMS en el año 2010, que tuvo como muestra 10 países desarrollados y 8 naciones de medianos y bajos

recursos, se encontraron como resultados que Francia con un 30 por ciento era el país de mayor incidencia de casos de depresión, seguido de Estados Unidos (19 por ciento) y Brasil (18 por ciento); mientras que los países con menos porcentaje de depresión fueron China (6,5%), Japón (6,6%) y México (8%), respecto a la muestra de estudio.

De otro lado, se puede apreciar que el Perú no es ajeno a dicha problemática en torno a la depresión, puesto que también hay un gran porcentaje de casos depresivos y que muchos de ellos terminan en suicidios. En este sentido, Sausa (2014), en una publicación sobre el tema señala que, según un informe de la OMS, cada año se quitan la vida 800 mil personas en el mundo y que en el caso de nuestro país, hay un millón 700 mil personas deprimidas, de cuya cantidad, sólo el 25% ha recibido atención especializada, 65% no busca ayuda y 365 mil personas con depresión se encuentran en la ciudad de Lima.

La literatura científica sobre el tema en mención refiere también que las personas ancianas deprimidas corren el riesgo de desarrollar pseudodemencia y que a menudo las causas de la depresión se atribuyen a acontecimientos negativos y cargados de estrés.

En el Perú, la problemática de la depresión en el adulto mayor también presenta datos estadísticos muy significativos, por ejemplo, lo señalado por Sausa (2014), quien refiere que existe un considerable número de adultos mayores con depresión, donde el 10% de casos de suicidio que hubo en el año 2013 correspondieron a la población adulto mayor, considerando que 2 de cada 3

suicidios se deben a causas depresivas. El Censo Poblacional del 2007 arrojó dentro de sus resultados que el 50% de personas adultos mayores, tanto de la Costa y de la Sierra como de la Selva padecían de algún cuadro depresivo. Asimismo, se estima que la prevalencia de la depresión en la población adulto mayor en Lima metropolitana es de 9.8%,

En cuanto al bienestar psicológico, existen varios análisis de orden teórico-científico que hacen notar su importancia en el desarrollo y en el desenvolvimiento humano, como lo sería por ejemplo en el caso de la etapa evolutiva de la adultez mayor. Un primer aspecto que se debe considerar en torno al bienestar psicológico, es lo que plantean Vásquez et al. (2009, p. 15) quienes “desde una perspectiva hedónica entienden el bienestar como la presencia de afecto positivo, mientras que desde la perspectiva eudaimónica, el bienestar es consecuencia de un funcionamiento psicológico pleno a partir del cual la persona desarrolla todo su potencial.

De otra parte, algunos autores refieren que el bienestar personal, conformado por los denominados bienestar subjetivo y bienestar psicológico, es uno de los aspectos de la calidad de vida de los adultos mayores que merece ser revisado. También hacen referencia al envejecimiento positivo como opuesto al envejecimiento patológico. En este sentido una visión más positiva y reciente del envejecimiento humano plantea que, paralelo al deterioro benigno del adulto mayor, se da la evolución y desarrollo de otros aspectos que se mantienen a pesar de los decrementos, lo que ha conllevado a hablar de envejecimiento exitoso, saludable, buen envejecer, etc. (San Martín, 2007).

Un aspecto estadístico que cabe considerar, es el lugar donde los adultos mayores acuden en busca de atención. En este sentido, un Informe Técnico del INEI del tercer trimestre del año 2013, reveló que el 28,0% concurre a establecimientos de salud del sector público, el 10,9% a servicios del sector privado y el 11,3% a otro tipo de servicios (farmacia o botica, domicilio u otro lugar). Sin embargo, el 49,8% de este grupo poblacional no buscó atención, grupo al cual pertenece el lugar específico y la muestra del presente trabajo de investigación, es decir a un Centro del Adulto Mayor de EsSalud.

Por lo manifestado anteriormente, se ve importante plantearnos la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre la Depresión y el Bienestar Psicológico en los Adultos Mayores del CAM de la Clínica ANCIJE – EsSalud?

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre depresión y bienestar psicológico en los adultos mayores del CAM de la Clínica ANCIJE – EsSalud.

#### 1.3.2 Objetivos Específicos

1. Establecer los niveles de depresión en los adultos mayores del CAM de la Clínica ANCIJE – EsSalud.

2. Determinar los niveles de bienestar psicológico en los adultos mayores del CAM de la Clínica ANCIJE – EsSalud.
3. Conocer los niveles de las sub-escalas del bienestar psicológico en los adultos mayores del CAM de la Clínica ANCIJE – EsSalud.
4. Establecer la relación entre depresión y las sub-escalas del bienestar psicológico en los Adultos Mayores del CAM de la Clínica ANCIJE – EsSalud.

#### 1.4. JUSTIFICACIÓN

La adultez mayor es considerada una etapa evolutiva muy significativa por cuanto está asociada a diversas variables psicológicas y físicas, especialmente en términos de salud, pero también está relacionada a factores socioculturales, dado que en varios países, sobretodo orientales, la adultez mayor o vejez, es muy valorada y considerada como sinónimo de sabiduría, lo cual no ocurre en países latinoamericanos como el nuestro, puesto que los adultos mayores no son valorados como debiera, afectando muchas veces su salud integral y calidad de vida. En ese sentido a continuación fundamentaremos la presente investigación desde diferentes perspectivas:

##### 1.4.1 Justificación Social

Los resultados que encontremos en la presente investigación favorecerán a una gran población de este grupo etario, quienes viven mayormente en estado de marginación en nuestro medio social para posteriormente

canalizarla hacia el interior del país, a través de los gobiernos municipales y regionales respectivamente.

#### 1.4.2 Justificación Práctica

Las recomendaciones que se deriven del presente trabajo de investigación serán aplicadas en la población vulnerable en estudio como medidas preventivas, a través de los actores sociales, llámese ministerio de educación, ministerio de salud, la iglesia, etc.

#### 1.4.3 Justificación Teórica

El presente trabajo presentará los fundamentos teóricos que justifican la investigación, las cuales dentro de sus motivos principales está orientada a cambiar el modo de pensar de una población, a fin de generar un proceso de reflexión y dar paso a una nueva cultura del buen trato hacia este grupo etario.

#### 1.4.4. Justificación Metodológica

Las pruebas o inventarios psicológicos que se han empleados en el presente trabajo de investigación podrán ser tomados como referentes por los profesionales de salud del Ministerio de Salud y EsSalud, las cuales podrán ser aplicadas a la población de pacientes e ir identificando a los adultos mayores que presenten criterios diagnósticos de depresión, a fin de abordarlos, trabajar la parte preventiva promocional y realizar el proceso de tratamiento y recuperación, así como de sus familiares.

#### 1.4.5 Justificación Tecnológica

El avance y desarrollo de la ciencia y la tecnología han hecho posible que esta nueva forma de aprendizaje se aplique a todas las áreas del conocimiento humano; en ese entender, estas herramientas tecnológicas han permitido alcanzar una mayor difusión y alcance de su contenido a todos los grupos sociales y culturales; de tal forma que hoy en día podemos llegar a cualquier punto distante de nuestro planeta en tiempo real; en consecuencia, aplicando las ventajas que la tecnología nos provee, podremos difundir y concientizar a una mayor población de nuestro país las conclusiones finales y recomendaciones que se desprenda de este trabajo de investigación.

#### 1.5 ALCANCES Y LIMITACIONES

La presente investigación proporcionará ayuda a una gran población de adultos mayores de nuestro medio, donde parte de ellos se encuentran en estado de abandono y muchos padecen de estados depresivos y no son tomadas en cuenta por los familiares, degenerando en graves problemas de salud mental, habiéndose llegado en muchos casos a reportar casos de suicidio.

En cuanto a las limitaciones, es necesario concientizar a nuestra población principalmente aquellas que habitan en el interior del país sobre la importancia del cuidado del adulto mayor y la necesidad de que esta gran población asistan a

los programas del adulto mayor que ofrece el Minsa y EsSalud a fin de conseguir una mejor calidad de vida.

## 1.6 DEFINICIÓN DE VARIABLES

### 1.6.1 Depresión

La depresión es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos.

Algunas investigaciones indican que el riesgo genético para la depresión es el resultado de la influencia de varios genes que actúan junto con factores ambientales y otros factores de riesgo. Algunos tipos de depresión tienden a darse en familias. Sin embargo, la depresión también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares. No todas las personas con enfermedades depresivas experimentan los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas varían dependiendo de la persona y su enfermedad en particular. (OPS/OMS Día Mundial de la Salud 2017).

Beck, (1967), concibe a la depresión como un estado psicopatológico en los pacientes donde suelen distorsionar sus conceptualizaciones de tal modo que ajustan la realidad a fuertes esquemas inadecuados, los cuales se van haciendo más activos y son evocados por un número cada vez mayor de estímulos, que a

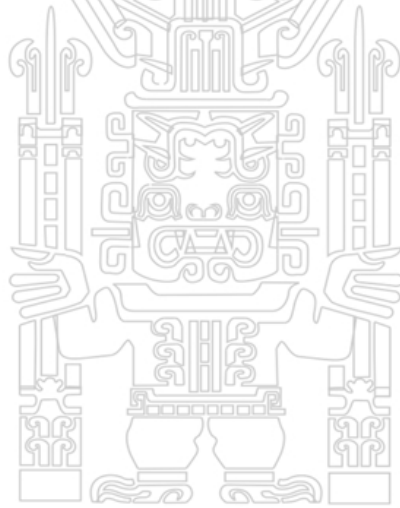
su vez producen que el paciente pierda gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y se torne incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados. También añade que en la depresión más leve el paciente conserva la capacidad de contemplar sus pensamientos negativos con cierta objetividad; a medida que la depresión se agrava, su pensamiento puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos que le predisponen a una constante distorsión de las situaciones, produciendo pensamientos negativos, repetitivos y perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos o emprender actividades mentales voluntarias. Esta definición nos ayuda a entender por qué cuanto más intensa sea la depresión, menos serán las conductas saludables o productivas que realicen los adultos.

### 1.6.2 Bienestar Psicológico

Sánchez Cánovas (2007), menciona que el bienestar psicológico es de carácter subjetivo y se relaciona con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social asociado con la felicidad, afectos positivos, percepción subjetiva sobre ingresos económicos, posesiones materiales cuantificables, satisfacción laboral, mantenimiento de relaciones satisfactorias de pareja. Donde se percibe como determinantes del bienestar y funcionamiento favorable del sujeto.

También menciona que el bienestar psicológico se refiere a la felicidad y afecto que incluye la afectividad positiva y negativa, explorando la etapa concreta vital que está atravesando el sujeto.

Es muy importante considerar su definición, quien señala que el bienestar psicológico está integrado por una serie de elementos o variables determinantes, como son: el bienestar subjetivo (referido al grado de felicidad y de satisfacción con la vida que percibe y cree experimentar la persona); el bienestar material (es decir cómo percibe el sujeto la satisfacción que le puedan brindar sus ingresos, las posesiones materiales cuantificables y otros indicadores semejantes); la satisfacción laboral (se refiere al nivel de satisfacción laboral percibido por el individuo o lo que concierne a sus sentimientos y actitudes hacia el trabajo y que tiene una estrecha relación con la familia y el matrimonio); y las relaciones con la pareja (referido a si la persona percibe o no de manera satisfactoria su relación de pareja y si se da o no el llamado ajuste conyugal, es decir si hay una acomodación mutua entre el esposo y esposa en una etapa concreta).



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Adultez Mayor

La adultez mayor es una etapa de la vida del ser humano que se caracteriza por la producción de una serie de cambios biológicos, psicológicos y de orden social que para muchos autores se inicia a partir de los 60 años y cuyas características detallaremos a continuación:

Por supuesto, no existe una línea divisoria para determinar cuándo empieza la vejez. La adultez mayor, es un estadio de la vida en el que la persona pasa a ser longevo, y puede iniciarse en distintas edades según el individuo, por lo tanto su fecha de nacimiento es solo referencial. Papalia, 2001, p.491

De acuerdo a los datos oficiales basados en el sistema legal y a las investigaciones, se ha determinado fijar el inicio de la vejez a los 60 años, en algunos casos y en 65 años en otros, cuando el trabajador es obligado a jubilarse y a recibir una pensión de la Seguridad Social, de acuerdo al mandato de ley. Sin embargo, observamos a personas que continúan vitales hasta edades más avanzadas. Todo esto hace que el término legal vejez esté atravesando por un proceso de cambio, de tal forma que la jubilación forzada se aplica en algunos trabajos a partir de los 70 años. Estas regulaciones influyen en las políticas de gobierno, tanto sociales, políticos, estabilidad fiscal, así como modelos familiares en nuestra sociedad. Actualmente el 11 % de la población de los EE.UU. es mayor de 65 años y para el año 2030 será el

21 %, según información obtenida de la Oficina del Censo de los Estados Unidos de América. (Bureau of the Census, 1983), Papalia, 2001, p.491.

### 2.1.1 Estado físico y de salud de los ancianos

Entendamos que ser anciano no es sinónimo de enfermedad ni incapacidad, puesto que si observamos que muchas personas mayores gozan de un buen estado de salud, aproximadamente un 90 por 100 describen su salud como favorable,

Desde el análisis laboral las personas ancianas que trabajan solo han tenido 4 o 5 ausencias de trabajo al año, lo cual es un promedio similar al de los trabajadores más jóvenes, el 54 por 100 manifestaron que no limitaban sus actividades por razones de salud. Las personas más propensas a sufrir problemas de salud son los adultos mayores de las áreas rurales y los de más de 85 años, mientras los que tienen más probabilidades de tener una buena salud son las personas de ingresos elevados: información obtenida según la Oficina del Censo de los Estados Unidos de América. (Bureau of the Census, 1983), Papalia, 2001, p.492.

Los problemas más comunes de salud, son las afecciones crónicas en personas mayores de 65 años; más del 80 por 100 dijo padecer, una o varias enfermedades: siendo las más comunes la artritis, reumatismo, problemas cardiacos, hipertensión, diabetes, deterioro de las enfermedades inferiores, caderas, espalda y espina dorsal. Por otra parte las afecciones agudas, como resfriados y gripes, son menos comunes en la vejez. Las personas mayores visitan al médico un promedio de seis veces al año, frente a las cinco de la población en general y son hospitalizados el doble de los más jóvenes. Todavía en la actualidad, solo un 5 por 100 de las personas mayores viven en residencias de ancianos (alrededor de 1,3 millones de personas en 1982), siendo esta institucionalización en personas

muy mayores. Sobre el 75 por 100 de los ancianos en EE.UU. mueren por enfermedades del corazón, cáncer y ataques de apoplejía, aunque ha habido una disminución de las enfermedades cardíacas desde 1968, especialmente entre mujeres (Bureau of the Census, 1983), Papalia, 2001, p.491.

A mediados del siglo pasado la esperanza de vida de los americanos era de 40 años y en 1900 había aumentado hasta los 49. Los niños nacidos en 1982, tienen una esperanza de vida de 78,7 si son mujeres de raza blanca, 71,4 los varones blancos, 75,2 las mujeres de otras razas y 66,5 los varones de otras razas también (National Center for Health Statistics, 1983, la elevación de las tasas de vida para todos los grupos es debido en gran parte a las bajas tasas de mortalidad infantil y del parto, Papalia, 2001, p.491.

### 2.1.2 Habilidades Sensoriales en la Vejez

Con el avance de los años, la agudeza de los sentidos se debilita, aunque también existen diferencias individuales. Las personas con más de 65 años de edad son propensas a sufrir problemas de visión, lo que a menudo les impide conducir de noche. La mitad de los legalmente ciegos en los EE.UU. son mayores de 65 años de edad, aunque con el desarrollo de gafas perfeccionadas, lentes de contacto y nuevas técnicas quirúrgicas para eliminar las cataratas, muchas pérdidas de visión son corregidas parcialmente, Papalia, 2001, p.491.

Los problemas de audición son más comunes que los de visión, las personas mayores tienen dificultades especiales para seguir una conversación cuando interfiere algún ruido u otras personas hablan al mismo tiempo. Aquí se descubre una relación entre el desarrollo físico y el emocional cuando se comprueba que la pérdida de la audición puede contribuir a una sensación de aislamiento y soledad.

Los mayores a menudo se quejan de que su comida no sabe tan bien como antes. Esto parece ser debido a una pérdida de sensibilidad en el gusto y en el olfato. El sentido vestibular, que ayuda a mantener la postura y el equilibrio, a menudo se deteriora en la vejez, lo que es causa de mareos y caídas, Papalia, 2001, p.491.

### 2.1.3 Habilidades Psicomotoras

El adulto mayor puede realizar mayormente las mismas actividades que de jóvenes pero con una disminución en su accionar. Esto afecta tanto la calidad de las respuestas como en el tiempo, puesto que tardan más en adaptarse al medio y a tomar decisiones. Ir más despacio disminuye la puntuación en la puntuación de los test de inteligencia, ya que los resultados son cronometrados. A un nivel práctico afectan su habilidad para conducir y su capacidad de independencia. Por la actividad tiene efectos favorables en su vida, ya que conserva un buen tono muscular, mantener su peso bajo y a protegerse de las enfermedades del corazón. Las personas mayores que han hecho ejercicio durante la madurez muestran pocas pérdidas en velocidad, vitalidad y fuerza, y en varias funciones básicas como la circulación y la respiración, Papalia, 2001, p.493.

### 2.1.4 Por qué envejece nuestro cuerpo

El envejecimiento es un proceso complejo, el cual es influido por muchos factores como la nutrición, aspectos hereditarios, enfermedades y por el medio ambiente. Si la persona ha realizado prácticas saludables, continuará siendo vigorosa y tendrá una esperanza de vida mayor. Ahora todo esto no explica el íntegro del proceso, por lo que surgen las siguientes preguntas: ¿Qué les sucede a las células de nuestro cuerpo? ¿Qué

diferencia hay entre células nuevas y células viejas? Las teorías que han intentado responder estas preguntas se dividen en dos categorías, Papalia, 2001, p.493.

#### 2.1.5 Teoría de la programación

Cada especie viene con un curso propio de evolución y envejecimiento, así como su tiempo de vida. Sobre este tema Leonard Hayflick (1974), quien estudió las células en especies animales distintas, descubrió que las células humanas se dividen solo un número limitado de veces, aproximadamente en 50 divisiones y sostiene que esta limitación controla el proceso de vida, que para los humanos parece estar limitada a 110 años. Posiblemente nacemos con genes que durante la vejez parece confundirse y atacan a nuestro propio cuerpo, Papalia, 2001, p. 493.

#### 2.1.6 Teoría del desgaste y la destrucción

Si nos hacemos un contraste con el desgaste de las máquinas, la cual por el uso permanente tienen que ser reemplazadas, esta teoría propone que tanto los esfuerzos externos como internos de nuestro organismo conllevan a la acumulación de derivados nocivos de nuestro sistema. Al envejecer nuestras células son menos capaces de reparar o reemplazar dichos componentes y en consecuencia mueren. Sabemos que las células del corazón o del cerebro no pueden reemplazarse; de la misma forma ocurre con el resto de las células en edades posteriormente de la vida, Papalia, 2001, p.494.

#### 2.1.7 Demencia

Cuando se produce el deterioro físico y mental en las personas conocido como senilidad y en el área médica como demencia, esto es un proceso inevitable. Estadísticas

nos hablan que una de cada diez personas de más de 65 años muestra un deterioro mental significativo (National Institute on Aging, 1980). Cuando una persona pierde algunas de las funciones cognitivas como la memoria, problemas de atención, disminución general de la capacidad intelectual, existe algún tipo de explicación fisiológica. (Butler, 1975) , Papalia, 2001, p.494.

La mayor parte de los casos de demencia son provocados por la enfermedad de Alzheimer, cuyos síntomas iniciales son al principio signos de olvido, confusión, irritabilidad, desasosiego y a veces incapacidad para hablar y cuidar de sí mismo. (National Institute on Aging, 1980). Algunos pacientes conservan ciertas habilidades como jugar al tenis, jardinería, relaciones interpersonales, aunque pierden capacidad para otras tareas más complejas. Algunas veces suelen aparecer incluso a los 40 años, mientras en el caso de familias que no han sufrido enfermedad no suelen aparecer aproximadamente hasta los 70 años (Kolata, 1981), Papalia, 2001, p.494.

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno cerebral ocasionado probablemente por un defecto en la producción o actividad de un neurotransmisor químico acetilcolina, sin embargo, se han intentado inyectar en los pacientes sustancias de estas o similares y no han sido eficaces, pero las investigaciones continúan. Actualmente, no existe una forma definitiva de tratar la enfermedad; sin embargo el apoyo de los fármacos antidepresivos, y las técnicas psicoterapéuticas para mejorar la memoria hacen la vida del paciente y de sus familiares más agradables.

Muchos otros casos de demencia senil tienen su causa en pequeñas embolias, las cuales pueden ser prevenidas tratando la hipertensión que las causa. En algunos casos lo que parece ser una demencia puede estar motivada por otras causas las cuales pueden tratarse y ser reversibles, Papalia, 2001, p.494.

Mayormente los síntomas de demencia en la vejez no son bien diagnosticados, porque la senilidad es algo que se espera en este estadio de la vida, sin embargo, muchos instantes de confusión, pérdida de memoria, responderían bien a un tratamiento adecuado. Por ejemplo cuando la causa del trastorno es la sobre medicación, el tratamiento consiste en un cambio o una reducción de la dosis. Otros trastornos que pueden ser tratados son la depresión, enfermedades subyacentes como el alcoholismo, mala nutrición o bajo funcionamiento tiroideo o dificultad para adaptarse a cambios sociales como cambio de vivienda. Para muchas personas el deterioro intelectual generalizado no forma inevitablemente parte de la vejez, como veremos en el apartado siguiente, Papalia, 2001, p.495.

#### 2.1.8 Estado intelectual

Sobre este estado tan importante, debemos citar que dos de los más emblemáticos intelectuales representantes de la psicología, hicieron en la década de los 80 declaraciones públicas sobre sus habilidades intelectuales disminuidas en la vejez. El conductista B.F. Skinner en 1982, declaró que a los 78 años le era más difícil “reflexionar sobre grandes pensamientos” sin perder el hilo de un capítulo a otro, a veces olvidaba cosas que había escrito o dicho años antes y no era tan creativo como lo había sido. A los 74 años el investigador del aprendizaje Donald O. Hebb en 1978, escribió que de los 60 a 70 años empezó a ser olvidadizo, a perder dominio del vocabulario y a preocuparse por pensamientos irrelevantes que no podía apartar de su mente, como la letra de un viejo cuento en verso para niños, Papalia, 2001, p.495.

Estos personajes idearon estrategias para tratar lo que consideraban sus principales pérdidas, Skinner abandonó actividades ociosas como el ajedrez que demandaban esfuerzos especiales para reunirse con sus discípulos y Hebb empezó a ser más selectivo en sus lecturas y a no trabajar en las noches. Ambos recurrieron a artificios externos para mejorar la memoria, como colgar el paraguas en el tirador de la puerta para llevarlo después, Papalia, 2001, p.495.

La inteligencia cristalizada que evalúa el nivel de aprendizaje y conocimientos adquiridos por el individuo se mantiene muy bien, mientras que la inteligencia fluida que representa el potencial básico del individuo, muestra cierto deterioro. Las personas mayores tienden ser más aptas que las jóvenes en ciertos usos de la { }inteligencia, aunque no son tan hábiles en el uso de habilidades geométricas o espaciales, aunque, normalmente son superiores a la hora de recordar, combinar y deducir conclusiones de la información obtenida a través de los años, Papalia, 2001, p.495.

Muchos ancianos se sitúan en un nivel inferior a su verdadera capacidad intelectual por razones no intelectuales, puesto que realizan las cosas con mayor lentitud, todo lo que requiera rapidez los sitúa en desventaja, pueden tener desventaja en ver u oír las instrucciones de un test o ansiedad ante los resultados, o simplemente no estar motivados, Papalia, 2001, p.496.

Estudios han demostrado que los ancianos pueden mejorar su rendimiento intelectual según Critz, 1966; Meichenbaum, 1974, así las personas mayores que han de solucionar ese tipo de problemas, pueden ser entrenadas en separar el proceso de solución de un problema en diversos componentes y lograr de esta forma una mejor organización y aproximarse a soluciones alternativas a través de técnicas simples, como hablar consigo mismo, en silencio o en voz alta. Pueden

estimularse con técnicas prácticas para estimular la memoria, reunirse con personas estimulantes. Pueden ordenar prioridades comenzando por las cosas más importantes, estas técnicas son tan importantes para la solución de un test, como en la vida diaria, tal como lo indican Skinner y Hebb, Papalia, 2001, p.496.

A menudo el declive de las funciones intelectuales es algo previo a la muerte, poco antes de morir muchas personas experimentan la caída terminal, aunque afectan a todas las edades, (Riegel 1972; Botwinick, et al. 1978). Aunque las mayores tasas de mortalidad en las personas ancianas es la causa de su asociación con la senectud. (Pellón, R. 2013), Papalia, 2001, p.496.

#### 2.1.9 Desarrollo social y de la personalidad

La etapa de vida que sigue a los 65 años constituye un normal desarrollo, las personas pueden experimentar crecimiento como periodos de crisis. Pero pareciera que nuestra sociedad está predispuesta a impedir que las personas experimenten positivamente sus últimos años, por lo que rechazamos sus ideas las cuales las consideramos desfasadas en lugar de valorar sus años de experiencia y su relación con el pasado. La ley está hecha para que lo forcemos al retiro aunque muchos de ellos están enérgicos y capaces de trabajar. Aceptamos la vejez y la depresión como parte de la senectud y estereotipamos sobre su conducta y que nosotros nos encargamos de que se cumplan. Como sociedad, fracasamos en buena medida en satisfacer sus necesidades de compañía, ingresos, transporte, salud y seguridad, frente a todo esto, sin embargo, hay personas mayores que envejecen con éxito, Papalia, 2001, p.496.

#### 2.1.10 Envejecimiento satisfactorio

Si bien es cierto que existe más de una forma para envejecer satisfactoriamente, el camino que uno toma depende de su personalidad, de su pasado y de sus circunstancias presentes. Las dos teorías más importantes sostienen puntos de vista extremos que han generado grandes esfuerzos de investigación. Dichas investigaciones han demostrado que ninguna de las dos teorías da una investigación completa. A continuación se detallará algunas teorías, Papalia, 2001, p.497.

#### 2.1.11 Teoría de la actividad

Hay una perspectiva que cuando más activa sea la persona mayor realizada se verá en la vejez. De acuerdo a esto las personas mayores seguirán comportándose igual como de mediana edad. Hay que mantener los roles realizados o reemplazar otros roles como de esposo o trabajador por el de abuelo o voluntario en actividades sociales o solidarias, Papalia, 2001, p.495.

#### 2.1.12 Teoría de la desvinculación

Según este punto de vista, el anciano será más feliz si se aparta o reduce sus actividades y ocupaciones refugiándose en ellos mismos y debilitando los lazos emocionales con otras personas. Este tipo de desligamiento parece estar más relacionado con la cercanía a la muerte que con la edad. (Lieberman y Coplan, 1970), Papalia, 2001, p.497.

#### 2.1.13 La jubilación

Hay jubilados que se lamentan haber abandonado el trabajo de acuerdo a ley, refieren que la vida continúa su camino sin ellos; sin embargo hay otros que disfrutan el tiempo que disponen, ya que lo organizan diariamente y se dedican a actividades

diversas, como la jardinería, el golf o el juego de cartas o labores altruistas o de ayuda social, Papalia, 2001, p.498.

Las diferencias señaladas tienen que ver con el aspecto económico. No es sorprendente que los jubilados que no tienen problemas económicos y de salud estén más satisfechos que los que pierden sus ingresos económicos con el retiro o no se sienten lo suficientemente bien para emplear su tiempo libre. (Barfield y Morgan, 1978), Papalia, 2001, p.498.

Muchas investigaciones sobre los aspectos de jubilación se han centrado en el trabajo de los varones, aunque con la creciente importancia del trabajo de las mujeres esto está cambiando. Streib y Schneider han descubierto que las mujeres casadas y las solteras acostumbran a retirarse antes que las viudas y las divorciadas. Esta jubilación más temprana parece contradecir la importancia que el trabajo tiene en su vida, pero también puede reflejar el hecho de que posiblemente han estado trabajando de manera más continua que las mujeres de otros grupos y que al retirarse del trabajo les puede suponer la primera oportunidad para realizar el tipo de tareas domésticas y actividades ociosas que las mujeres de otros grupos han venido realizando y de las que están cansadas, Papalia, 2001, p.498.

## 2.2 El Envejecimiento

Existen muchas apreciaciones teóricas sobre esta importante etapa de vida en el ser humano, sin embargo no se ha llegado a un consenso unificado al respecto, a continuación procuraremos aproximarnos hacia un criterio unificado.

“El envejecimiento es una sucesión que ocurre de manera sistemática y progresiva, siendo diferente en cada persona; puede comenzar en cualquier

sistema u órgano y afectar desde allí a la totalidad del organismo” (González, 2010, p.3/28).

Bertrand Strehler, propuso considerar al envejecimiento como un proceso progresivo, intrínseco y universal que acontece con el tiempo en todo ser vivo, como expresión de la interacción entre su programa genético y el medio ambiente. Es un proceso deletéreo o destructor, porque ocurren pérdidas en la función fisiológica; es progresivo, porque estas son graduales; es intrínseco, porque las pérdidas son propias y es universal, y se producen en todos los miembros de una especie, llegado el momento. Pulido (2003), citado por González, 2010, p.3/28

“Cada individuo envejece en forma distinta e intervienen factores de carácter hereditarios, de sexo, estilo de vida y relaciones afectivas. El envejecimiento es una expresión del estilo de vida, de la actitud frente al mundo y frente a los demás, es decir es la expresión final de los patrones de respuesta afectiva” (González, 2010, p.3/28).

El proceso de envejecimiento incluye la percepción por parte del individuo y la sociedad que le rodea de los cambios físicos que tienen lugar en él y la reacción subsiguiente a ésta tales como los cambios psicológicos que influyen en los pensamientos, creencias, valores y comportamiento, que determinan el desenvolvimiento de las personas en nuestra sociedad y las relaciones con otros individuos de distintos grupos etarios. (González, 2010, p.3/28)

El envejecimiento es un proceso individual y como tal es distinto para cada quien, y es afrontado de manera diferente, esto ha dado lugar a diferentes conceptos sobre envejecimiento como es el concepto de “envejecimiento activo” que no es aquel

que se da cuando el individuo mantiene su independencia y su participación, de forma que tiene roles en la familia y en la comunidad, sigue siendo un individuo productivo desde el punto de vista social, además sostiene sus sueños y los busca lograr para encontrar su autorrealización manteniendo a través de todo esto su dignidad, porque está envejeciendo sintiéndose útil. (González, 2010, p.4/28)

Al hablar de envejecimiento es necesario precisar que esta fase de la vida no constituye una enfermedad, pero muchas enfermedades vienen con él, lo que se debe al mismo desgaste corporal, a la disminución de la eficiencia del sistema inmune, al decaimiento del sistema endocrino, al desgaste funcional de articulaciones, entre otros, Por ello, es esencial definir que es un envejecimiento normal. La diferencia entre un envejecimiento normal y uno patológico es imposible entre sujetos de distintas generaciones, a que las concepciones de salud varían según la naturaleza subjetiva y cultural de este concepto. El envejecimiento normal constituye la vejez saludable. Moragas, (citado por González, 2010, p.4/28)

Al hablar de salud en la ancianidad tenemos que referirnos a la longevidad pero aquellos años vividos pero con calidad de vida. Actualmente, se considera anciano a una persona mayor de 60 años de edad, motivo por el cual ésta persona es jubilada de su trabajo y ya no califica para la obtención de otro empleo; esta situación le crea al individuo una gran confusión emocional, cambiando su rutina por completo y con el riesgo que caiga en estados depresivos. El consenso contemporáneo de los médicos, psicólogos, trabajadores sociales, y sociólogos resulta unánime a la hora de criticar el sistema de jubilación actual que obliga a la persona de pasar trabajador activo con todos sus derechos, a trabajador pasivo jubilado. Moragas, (citado por González, 2010, p.5/28)

Estos cambios llevan al sujeto a participar en nuevas actividades que requieren aprendizaje, asimismo, es importante señalar que aun cuando se considere que el anciano no aprende igual que un joven esto no quiere decir que debe estar excluido de aprender, aunque por el proceso natural de envejecimiento sus capacidades cognitivas van decayendo, lo que se considera como una pérdida normal, siendo esto objeto de discusión para las teorías psicológicas del envejecimiento. Mishara, y Riedel. , (citado por Gonzáles, 2010, p.5/28)

### 2.2.1 Teorías del Envejecimiento

“Desde la antigüedad se ha tratado de explicar por qué envejecemos y por qué morimos, para lo cual se han buscado las causas de la declinación que se produce en el organismo a nivel biológico” (Gonzáles, 2010, p.5/28).

Con el tiempo se han buscado diversas causas según el contexto histórico-social en que se encontraba la humanidad y según lo que se creía que era la muerte en medicina. Por ejemplo en Egipto y en todos los pueblos antiguos la medicina se confundió con la magia, en la Grecia antigua no se desprendió en un comienzo de la metafísica religiosa o de la filosofía, siendo a partir de Hipócrates cuando la medicina se convierte en una ciencia y en un arte, retomándose la teoría pitagórica en los cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla, atrabilis; que consideraba tanto a la enfermedad como a la vejez el resultado de la ruptura del equilibrio de aquellos humores en el organismo. En el siglo II Galeno hizo una síntesis general de la medicina antigua que consideraba a la vejez como intermediaria entre la enfermedad y la salud, no un estado patológico pero en donde todas las funciones fisiológicas están debilitadas. Durante siglos la medicina se basó en su obra, al igual que todas las religiones adoptaron sus

teorías, y la vejez siguió siendo muy poco conocida. Di Giglio, G., (citado por Gonzáles, 2010, p.5/28)

La escuela de Salerno en que nació y se desarrolló la medicina occidental, se dedicó a confeccionar regímenes de salud y longevidad, con lo que aumentaba la esperanza de vida y el número de ancianos. En el siglo XII Bacon consideraba a la vejez como una enfermedad, escribió una higiene de la vejez, donde daba un gran lugar a la alquimia; fue el primero que tuvo la idea de corregir la visión con cristales de aumento. Di Giglio, G., (citado por Gonzáles, 2010, p.6/28)

En Rusia Fischer, luego de separarse de Galeno, describió la involución senil de los órganos de forma sistemática, y a comienzos del siglo XIX la medicina comenzaba a avanzar gracias a los progresos de la fisiología y de todas las ciencias experimentales; fue entonces cuando los estudios sobre la vejez se hicieron precisos, y la geriatría comenzó a existir, esto fue favorecido por la creación de hospicios en Francia donde se reunían los ancianos, y por tal motivo se reunían hechos clínicos de las características comunes de su comportamiento, y su actividad física. A medida que la medicina puramente preventiva fue convirtiéndose en terapéutica logró aumentar la calidad de vida y la longevidad; es allí donde la preocupación por el anciano se hace mayor, ya que demográficamente su importancia aumentaba. A principios del siglo XX Cazalis afirmó: “El hombre tiene la edad de sus arterias”, señalando a la aterosclerosis como factor determinante del envejecimiento. En ese momento se trató de explicar que el envejecimiento proviene de una disminución de metabolismo. Luego Nascher al que se le considera como el padre de la geriatría que conjuntamente con la gerontología se permitió el estudio de la vejez, no en lo

referente a las patologías, sino al proceso del envejecimiento (Di Giglio, G., (citado por Gonzáles, 2010, p.7/28)

“La gerontología se ha desarrollado en tres planos, el biológico, el psicológico y el social, y en todos estos planos es como se debe explicar el envejecimiento ya que en un proceso que resulta de la interacción de todos estos aspectos, en este sentido se discutirán las teorías físicas o biológicas del envejecimiento, teorías psicológicas y las sociológicas”. Además de las teorías descritas existe una tendencia a categorizar a las mismas en: a) estocásticas que afirman que el proceso de envejecimiento es el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo e incluye la teoría de los radicales libres de oxígeno y b) las teorías no estocásticas que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado (Hoyl, y Pedemonte, (citado por Gonzáles, 2010, p.7/28)

### 2.2.1.1 Teorías biológicas del envejecimiento

Dada la variedad de teorías biológicas existe una diferenciación basadas en factores externos, que identifican factores del medio ambiente que influyen en nuestra capacidad de sobrevivir a cualquier agresión externa y las teorías de los factores internos que señalan un deterioro del organismo y entre estas la más señalada es la neuroendocrinológica. (Moragas, R., 1991), (citado por Gonzáles, 2010, p.7/28)

El envejecimiento se entiende como un conjunto de cambios en nuestro organismo a nivel maduración física, endocrinológico, inmunológico, celular, genético, neurológico, entre otros, que tienen profundas repercusiones en el plano psicológico y en el comportamiento. Las teorías de envejecimiento físico tratan

de explicar las causas de porque morimos, y están basadas en las alteraciones y depresiones que ocurren en nuestro organismo al pasar los años, como resultado de nuestra carga genética e interacción con el ambiente; dichas causas serían. (González, 2010, p.7/28)

#### 1) Teoría de disfuncionamiento del sistema inmunológico

La teoría inmunitaria del envejecimiento descansa sobre la premisa de que con la edad disminuye la capacidad de este sistema para sintetizar anticuerpos en cantidades adecuadas, de la clase indicada, y en el momento oportuno, además de que “el sistema de defensa del cuerpo” parece volverse contra sí mismo y atacar algunas de sus partes, como si fueran invasores. (González, 2010, p.7/28)

#### 2) Teorías del envejecimiento celular

Las teorías del envejecimiento propuesta por Child admite que el proceso de envejecimiento ocurre en consecuencia de estar la carga eléctrica de los componentes celulares ligada de modo particular a los iones negativos. Esta teoría se enfoca en la importancia del ADN celular y pretenden demostrar que el envejecimiento es el resultado de la muerte de un número creciente de células en el cuerpo. Sin embargo, existen otras causas que explican la muerte celular no como disminución de su ocurrencia sino como aumento de su destrucción, como por ejemplo aquellas que se basan en la acumulación de desechos en la célula (teoría de acumulación de desechos) y la reducción de la tasa de oxidación celular (teoría de los radicales libres) que provocan pérdida de fusión, y éstos en cuanto más se acumulen más se acentúa el proceso de degradación, estas teorías que explican el envejecimiento celular se discutirán a continuación. (González, 2010, p.8/28).

Estas teorías que explican el envejecimiento celular se discutirán a continuación:

a. Teoría del desgaste natural

Considera que las personas envejecen porque sus sistemas vitales acumulan daños por el desgaste o estrés de la vida de cada día, y erosionan las actividades bioquímicas normales que acontecen en células, tejidos y órganos. Dicha teoría agrega que debido a que el desgaste natural molecular afecta directamente a las mitocondrias, que son los organelos que aportan la energía para todas las actividades celulares, entonces si su nivel de producción de energía decae, igualmente decaerá el funcionamiento celular. Pulido, (citado por Gonzáles, 2010, p.8/28)

b. Teoría de la acumulación de productos de desechos

Esta teoría señala que durante la vida de una célula se sintetizan sustancias útiles para ella, que son consumidas convirtiéndose en desechos, además de que en el intercambio con el ambiente las células adquieren innumerable cantidad de toxinas y si se acumulan en la célula más toxinas de las que puede eliminar, estas perjudican la actividad normal. Según esta teoría el funcionamiento normal de una persona quedaría debilitado por la acumulación de subproductos inútiles emanados por nuestras funciones corporales. En este sentido, se puede agregar que esto se hace más evidente al llegar a la adultez mayor, cuyo funcionamiento queda por lo general disminuido por todos los productos de desecho emanados por todas las funciones corporales a lo largo de su vida. Mishara, y Riedel, (citado por Gonzáles, 2010, p.9/28)

c. Teoría de la autointoxicación

Propone que la causa del envejecimiento del organismo humano depende de los productos del metabolismo y de la putrefacción intestinal. Esto explica por qué es importante la calidad de la alimentación no sólo de las personas adultas mayores sino de todos los

seres humanos y en ese sentido dicha putrefacción intestinal que sostiene esta teoría si bien se ve más reflejada en las edades avanzadas. (Gonzáles, 2010, p.9/28)

d. Teoría del envejecimiento natural

Esta teoría sostiene que todos los órganos tienen una ley de crecimiento y otra de disminución de actividad, en la medida que el tiempo pasa. A ello vale agregar que uno de los aspectos que tiene que ver con la disminución de la actividad humana, que se da con el transcurrir de los años, es la pérdida natural de la masa muscular, que se hace más evidente en la etapa adulta mayor y que a su vez es una de las razones que explica el por qué los adultos mayores, si bien pueden seguir trabajando o produciendo, no lo harían sin embargo, con la misma energía e intensidad que cuando estaban en la adultez temprana o intermedia. (Gonzáles, 2010, p.9/28)

e. Teoría del entrecruzamiento

La teoría sugiere que el entrecruzamiento químico que ocurre entre proteínas, lípidos y DNA, como resultado a la exposición a factores exógenos como ambiente y dieta, producen cambios en las características físicas de sustancias como el colágeno y la elastina, y con el tiempo los enlaces cruzados aumentan, los tejidos se vuelven menos plegables y se retraen. Pulido, (citado por Gonzáles, 2010, p.9/28)

f. Teoría de errores en la síntesis de las proteínas: fue propuesta por Schock y dice que el cúmulo de proteínas deficientes es considerada la fuente más importante de deterioro de la capacidad fisiológica de las células. (Gonzáles, 2010, p.9/28)

g. Bioquímica o de los radicales libres

Esta fue propuesta por Harman quien dice que la vejez es atribuida a los radicales libres y a los peróxidos endógenos, por lo que la causa es más celular que tisular. Se refiere a una reacción química compleja que se produce cuando ciertas moléculas reaccionan con el oxígeno y se separan para formar elementos sumamente reactivos, o radicales libres de oxígeno, los cuales son inestables, y altamente reactivos por lo que reaccionan con distintas moléculas, alterando la composición de esta última y por consiguiente su función quedará defectuosa. Pulido, (citado por Gonzáles, 2010, p.10/28)

1. Teoría de las modificaciones del sistema endocrino: el sistema endocrino es el encargado de la secreción de sustancias llamadas hormonas, que funcionan como mensajeros y actúan sobre las células que tienen receptores específicos para dichas sustancias en el cuerpo, con la finalidad de regular muchas funciones orgánicas relacionadas con el metabolismo, reproducción, síntesis de proteínas, función inmunitaria, desarrollo y conducta.

La secreción hormonal se modifica a medida que envejecemos, y uno de los ejemplos de éstos es el debilitamiento de la función ovárica con la caída de los niveles de estrógeno en sangre, que trae como resultado la menopausia. Esta teoría que fue propuesta por Lorand señala el agotamiento de las glándulas sexuales como principal causa del envejecimiento, así mismo Finch y Hayflick consideran que las modificaciones en este sistema es una de las causas principales que contribuyen al envejecimiento. Sin embargo, no existen pruebas directas de que el sistema endocrino sea el origen de todos los cambios relacionados con la edad, o más bien no está claro si sus cambios

son causas o efectos del proceso de envejecimiento Mishara, y Riedel, (citado por Gonzáles, 2010, p.10/28)

Teorías genéticas: Las teorías genéticas son de especial interés, pues relacionan al envejecimiento con la evolución. El enfoque genético afirma que el envejecimiento está determinado por la expresión de los genes en su interacción con el entorno. Se basa en el hecho de que los animales procedentes de ciertos grupos familiares viven más que otros; de hecho en el ser humano se ha utilizado como referencia para determinar la esperanza de vida probable de un individuo la edad a las que fallecieron padres y abuelos, excluyendo muertes accidentales. La autora también señala que actualmente los teóricos genéticos creen que para comprender el envejecimiento hay que entender el código genético que determina nuestra longevidad. Mishara, y Riedel. (citado por Gonzáles, 2010, p.11/28)

Existen varias teorías genéticas, siendo una de ellas la teoría de la programación genética propuesta, la cual menciona que la vejez sería consecuencia de accidentes genéticamente programadas en las cadenas del ADN.

Estas teorías tratan de explicar, de qué forma las mutaciones pueden o no ser benéficas para el envejecimiento reconociéndolas como el motor que impulsa la evolución y de selección natural. Actualmente se considera a las mutaciones como un factor importante en los fenómenos del envejecimiento y la longevidad. Se ha mostrado un gran interés por los telómeros y proteínas asociadas, cuya función es proteger a los cromosomas. Éstos se acortan en cada división celular y eventualmente son demasiados cortos para permitir una nueva mitosis, lo que podría conducir al fin de la capacidad mitótica, pero existen células que tienen enzimas llamadas telomerasas que previenen el acortamiento de los telómeros y por ende aseguran una reproducción

infinita de veces, aquí nos referimos a las células cancerosas que son inmortales (Pulido, (citado por Gonzáles, 2010, p.11/28)

2. Capilorospatía senil: esta teoría fue propuesta por Bastal y Dogliotti admite que los capilares sanguíneos de la piel de los ancianos sufren una gran cantidad de alteraciones degenerativas de la misma forma que el resto de los capilares del cuerpo.

### 2.2.2 Teorías psicológicas del envejecimiento

“Aunque el aspecto psicológico está íntimamente relacionado con lo social y en el ámbito humano lo segundo depende de lo primero, las teorías sociales y psicológicas se describen como teorías psicosociales. En este trabajo primero se hará referencia a las modificaciones a nivel psicológico y posteriormente a las teorías psicosociales” (Gonzáles, 2010, p.9/28).

Simone De Beauvoir, citada por relacionar la vejez con las consecuencias psicológicas y de comportamiento que caracterizan la edad avanzada. “Como todas las situaciones humanas, tiene una dimensión existencial: modifica la relación del individuo con el tiempo, por lo tanto su relación con el mundo y su propia historia”. En la vejez “es una abstracción, considerar por separado los datos fisiológicos y los hechos psicológicos: Se gobiernan mutuamente”. Di Giglio, (citado por Gonzáles, 2010, p.11/28)

E. Erikson formuló la teoría epigenética que describe una serie de fases del desarrollo de la personalidad en función de su adecuación con ciertas variables psicosociales. Salvarezza sostiene que esta teoría propone un eslabonamiento de ciclos vitales que están determinados por la relación del individuo en crecimiento y la realidad social donde actúa por medio de representantes institucionales diversos y que son los

encargados de permitir o facilitar ese desarrollo. Cada ciclo comporta áreas evolutivas que el individuo debe resolver y su acierto o desacierto en hallar las soluciones necesarias determinará su destino. Para Erikson, el conflicto principal que se presenta en esta etapa es entre la generatividad y el estancamiento. La generatividad tiene que ver con la preocupación por afirmar y guiar a la generación siguiente, incluyendo a personas que se encuentren fuera de sus vínculos familiares, este concepto incluye a la productividad y a la creatividad. “La capacidad de entregarse por completo en el encuentro de los cuerpos y de las mentes lleva a una expansión gradual de los intereses del Yo y a un vuelco de catexia libidinal hacia aquello que se está generando” Di Giglio, (citado por Gonzáles, 2010, p.9/28)

Cuando este enriquecimiento falla, dice Salvarezza, hay una regresión a una necesidad obsesiva de pseudo intimidad acompañada por un sentimiento de estancamiento, aburrimiento y empobrecimiento interpersonal. Si se logra superar este conflicto, en forma satisfactoria o no, se pasará al siguiente y último estadio, donde el conflicto que se planteará será entre integridad y desesperación. Erikson dice que un Yo completo proviene de la negociación de los conflictos inherentes en la etapa final de la vida. La integridad forma parte de una maduración gradual en las personas que envejecen, dando características personales a la vivencia de este momento de la vida; de acuerdo a como se resuelva el conflicto, sobrevendrá o no la desesperación. Los intereses relacionados con esta etapa incluyen, por ejemplo, la aceptación responsable de la vida tal como se ha vivido, adaptación positiva al deterioro físico y a la muerte inminente. De acuerdo con Erikson, la sabiduría, que depende de dos atributos del Yo, el auto-desarrollo y la auto-trascendencia, no se conseguiría hasta la vejez. No obstante acepta formas tempranas de sabiduría en otras etapas de la vida, que se irían produciendo en la medida en que las personas se desarrollan adaptándose a los

distintos cambios y sucesos vitales. Para Salvarezza este esquema epigenético es un poco generalizado, si bien abre el camino, no termina de explicar el destino personal y subjetivo de nuestro propio envejecimiento. Desde el Psicoanálisis, se puede entender el desarrollo psicológico de los seres humanos y en este caso, las particularidades de cada proceso de envejecimiento por la estructura de la personalidad y por la acción de las vivencias actuales que inciden, tanto factores biológicos como sociales, y pueden llegar a determinar cuándo se convertirán en traumáticos. Este enfoque individual logra explicar el presente adulto por la infancia pasada. En las mismas hay tres series de causas, que no actúan independientemente, la primera lo constituyen los factores hereditarios y congénitos, que son el componente constitucional; la segunda las experiencias infantiles; y la tercera serían los factores actuales o desencadenantes, que actúan sobre el resultado de la interacción de la primera con la segunda serie. La reciprocidad permite explicar tanto el desarrollo psicológico de los individuos como sus estructuraciones psicopatológicas (Di Giglio, G., 2002). Como ya se mencionó el envejecimiento es un proceso que resulta de cambios físicos y psicológicos. Entre estos últimos se incluyen las capacidades cognitivas, las capacidades sensoriales y perceptivas; la creatividad y el comportamiento. En esta época ocurre una pérdida de las funciones cognitivas que se considera normal. Sin embargo el declive cognitivo no es marcado antes de los 70 años de edad pareciendo estar determinado sobre todo por enfermedades físicas. El declive debido al envejecimiento psicológico per se es mucho más limitado y afecta fundamentalmente a las tareas que hay que desarrollar con velocidad. Los factores sociales y del medio también juegan un importante papel al animar o desanimar a las personas mayores a mantener niveles elevados de funcionamiento mental, siendo la interacción de éstos, lo que otorga la variabilidad en la capacidad cognitiva entre personas de edad avanzada. El envejecimiento se caracteriza por una serie de cambios

lentos y continuos que se manifiestan en diferentes áreas del funcionamiento cognitivo. En este sentido los cambios que pueden atribuirse al envejecimiento normal, son selectivos y no llegan a afectar a todas las funciones cognitivas en general, sino que son las funciones visoperceptivas, visoespaciales y visoconstructivas propias del hemisferio derecho, las más vulnerables a los efectos del envejecimiento, mientras que las funciones lingüísticas del hemisferio izquierdo se conservan. Los cambios que se pueden dar en el lenguaje durante el proceso de envejecimiento se reducen a una dificultad en la denominación o evocación de las palabras y una reducción en la fluidez verbal. (Di Giglio, G., 2002). La memoria es la función superior más ampliamente estudiada en el ámbito del envejecimiento normal. Ella constituye la queja más frecuente en las personas de edad avanzada. Algunos aspectos de la memoria se deterioran con el paso de los años, pero no todos lo hacen por igual, de hecho es la memoria reciente o inmediata (la de entrada de datos) la que más se afecta, sin embargo, la memoria de corto plazo y la de largo plazo que en muchas oportunidades se consideraba que permanecían intactas están realmente disminuidas. En la vejez los tres tipos de memoria se ven disminuidos y es por esto que los estudios recientes para la evaluación de la memoria no consisten en hacer aprender un listado de cosas desprovistas de sentido, sino en analizar la memoria de reconocimiento, también se ha utilizado la teoría de detección de señales que permite evaluar separadamente la potencia de la memoria y el modo de respuesta, sin embargo los diversos estudios empleando esta teoría han dado resultados distintos. La inteligencia disminuye también con la edad. Esto está íntimamente relacionado con la presencia de factores externos, tales como la diferencia de escolarización entre generaciones, la rapidez de respuesta en los test cronometrados, privaciones de todo género, déficit sensorial, entre otros. Sin embargo, esto es sumamente discutible ya que algunos investigadores tales como Schale y Baltes han realizado estudios sobre la evolución

de la inteligencia en el envejecimiento. Las investigaciones en este campo se ven dificultadas por la distinción de las variables como la edad, la influencia de grupo, y los obstáculos propios de investigaciones longitudinales Mishara, y Riedel, (citado por Gonzáles, 2012, 8/28)

En la esfera mental también hay disminución de la curiosidad intelectual, irritabilidad y cierta sensación de vaga tristeza. La suma de estas alteraciones determina que la conducta en el área social se vea profundamente afectada y señala que “al contrario del niño o del adulto, el senescente debe no solamente adaptarse al medio, sino además a su propia vejez”. La rapidez de los cambios dificulta esa adaptación, pierde el sentido de pertenencia y las brechas generacionales se hacen cada vez mayores. Se va creando así un grave desajuste entre lo que el sujeto se siente capaz de hacer y la visión de sí mismo que le devuelve el mundo externo. Pero el problema, dice Salvarezza, no depende solamente de la actitud del otro, sino también de cómo el individuo la interioriza, de esta forma se va generando en él una contradicción entre sus deseos y la imposibilidad de satisfacerlos. (Di Giglio, G., 2002). Se propicia el conflicto, como resultante del grado de frustración que siente el sujeto, ya sea como intento de evitar la ansiedad o para mantener la autoestima que siente menoscabada. Es a partir de este conflicto donde se observa un cierto retraimiento del anciano, de la relación con el mundo externo, a la vez que aumenta la relación reflexiva con su mundo interno, y se activan los recuerdos de tiempos pasados y se cae entonces en la reminiscencia, la que guarda relación directa con el grado de inteligencia del sujeto y con el deterioro intelectual que éste pueda sufrir por diversas causas, sino más bien es el resultado del incremento de la interioridad del sujeto que ocurre con la edad. Los individuos de la tercera edad a nivel del lenguaje disminuyen la fluidez verbal (Mishara, B. y Riedel, R., 2000; Di Giglio, (citado por Gonzáles, 2010, p.14/28)

Las capacidades sensorio-perceptivas también disminuyen por el envejecimiento, siendo las más habituales la pérdida de la audición a altas frecuencias (presbiacusia), la disminución de la plasticidad del cristalino y de su poder de acomodación (presbiopía). Al envejecer el cristalino se vuelve más grueso, perdiendo parte de su plasticidad y su capacidad de acomodación, y la profundidad del campo disminuye. Todo esto conlleva a la utilización de lentes bifocales cuyo uso requiere tiempo de adaptación para el individuo. Para los objetos lejanos se utiliza la parte superior del lente y para los cercanos la inferior. A algunas personas se les dificulta más que a otras su utilización y aquellas que no se adaptan pueden perder su distracción que en su mayoría de los ancianos lo constituye el televisor lo que puede tener un efecto de aislamiento mayor, incrementando su indiferencia al mundo exterior y sin interés alguno por el mismo. Además de estos cambios se desarrollan las cataratas que son el resultado del amarillamiento del cristalino que oscurece la visión, dificultando aún más el desenvolvimiento del anciano en la sociedad. Mishara y Riedel, (citado por Vallejo, 2012, p. 11/28)

Con relación a la capacidad auditiva el anciano no percibe de manera adecuada las altas frecuencias o los sonidos agudos, tal como lo constituyen las consonantes. En consecuencia la persona afectada percibe que los otros hablan en murmullos, esto puede crear desconfianza e incluso tendencia paranoide. En la mayoría de los casos los adultos mayores se sienten menos aptos para comunicarse. Esto los obliga muchas veces a utilizar prótesis auditivas que también requieren adaptación. Hay modificaciones a nivel del gusto y el olfato. Estos sentidos tienden a disminuir y contradictoriamente lo hace también la tolerancia a los platos picantes. Esta pérdida de la capacidad gustativa lleva con el tiempo a la

pérdida del apetito. Aunado a ello si existen otros factores como el aislamiento y la depresión, es posible que esta situación empeore. Es importante señalar que independientemente de los cambios sensoriales las personas siguen en capacidad de continuar con normalidad sus actividades diarias, y que algunos de estos cambios pueden presentarse en personas no ancianas. Mishara, y Riedel, (citado por Vallejo, p. 9/28, 2012).

Las actividades que requieren rapidez y coordinación también se le dificultan al anciano ya que este tiene una pérdida de velocidad de las reacciones y una disminución de la coordinación, que se acompaña de la pérdida de musculatura normal de la edad, aunque esta pérdida es diferente en cada anciano y por eso su capacidad de respuesta y coordinación es distinta entre individuos de un mismo grupo etario, en más investigaciones realizadas por Spirduso y Clifford en 1978, demuestra que las personas activas de la tercera edad son superiores a jóvenes inactivos en diferentes campos, lo que orienta a la existencia de variables que contribuyen al mantenimiento, la mejora de la rapidez y coordinación. Mishara, y Riedel, (citado por Vallejos, 2012, p 11/28)

A nivel de la emoción, la motivación y la personalidad existen numerosas descripciones de los adultos mayores que los califican como irritables, difíciles, de humor lábil, depresivos, entre otros, sin embargo no existe prueba de que la afectividad de los ancianos sea mejor o peor que la del resto de las personas, esto se puede atribuir a los pocos estudios que se han realizado en este sentido en comparación con los estudios acerca de la memoria (Mishara, B. y Riedel, R., 2000). La motivación según dice Elias es la pulsión que nace de la necesidad psicológica y que da lugar a unas actividades con fines específicos, tampoco ha sido bien estudiada. Ahora bien la personalidad que según Allport es “la organización

dinámica interna de los sistemas psicológicos del individuo que determinan su propio ajuste a su entorno” (Mishara, y Riedel, (citado por Vallejo, 2012, p. 12/28)

Las teorías de la personalidad se clasifican en tres grupos, que tratan de explicar las causas de las diferencias de personalidad entre los ancianos y los jóvenes. (González, 2010, p.16/28)

1. Teorías psicodinámicas de la personalidad: se basa en que existen determinantes inconscientes e históricos de la personalidad. Esta explica la diferencia de personalidad joven-anciano en la gran cantidad de material inconsciente residual que se halla en el anciano y establece la hipótesis de que la falta de energía es imputable al rechazo y al mantenimiento del equilibrio normal del sistema. Mishara, y Riedel, (citado por González, 2010, p.9/28)
2. Teorías conductistas: para este enfoque la personalidad es el resultado de las condiciones de aprendizaje y del entorno. Esta indica que la brecha de personalidades entre generaciones se basa en que la historia del condicionamiento siendo más largo ha podido dar lugar a la adquisición de un comportamiento en respuesta a una situación, mientras que establecería una conducta estereotipada en respuesta a otra. Mishara, y Riedel, (citado por González, 2010, p.16/28)
3. Teorías Humanistas: proponen que la personalidad se crea en la libertad y según los objetivos de la persona. Esta explicaría la diferencia entre la personalidad del joven y el viejo considerando el futuro que huye y el sentido del sí y explicaría el comportamiento del presente en función de las perspectivas del futuro. (Mishara, B. y Riedel, R. 2000). Las teorías del desarrollo de la personalidad se dividen en dos posturas unas que hablan de la vejez como etapa y otras como un proceso. Las que lo consideran etapas se basan en las aportaciones de Erik Erikson que explican el

desarrollo humano desde la infancia como una búsqueda de identidad personal, en donde el individuo busca la integridad de su persona o del Yo, la cual supone la aceptación de la vida hasta el presente con sus aspectos positivos y negativos sin acusar limitaciones negativas por ello. Si la integridad se da, el individuo alcanza el final de su vida con un sentido de realización personal, mientras que si no se da el individuo rechaza lo que ha sido su vida y se da cuenta que no hay tiempo para enmendarlo Di Giglio, (citado por Gonzáles, 2010, p.16/28)

Las teorías del proceso consideran el proceso vital incluido la ancianidad como un desarrollo dialéctico originado por ideas y acciones contradictorias a las que constantemente se exponen los humanos en un medio ambiente cambiante. Estas contradicciones no suponen deficiencias a corregir sino invitaciones para un nivel superior de integración. Bajo esta perspectiva la tarea del desarrollo humano y personal no se completa nunca y cuando parece que el sujeto está más cerca de alcanzar el objetivo, se la plantea nuevas exigencias contradictorias. Esta teoría tiene la ventaja de que explica mucho sobre los mecanismos individuales a través de los cuales se consigue este equilibrio, sino que consiste en reconocer el dinamismo entre el medio ambiente, la situación y las reacciones del sujeto. Moragas, (citado por Gonzáles, 2010, p.17/28)

Con relación a la personalidad de los ancianos se tiene que inicialmente se habían descrito cinco tipos pero actualmente este estudio no es de gran interés ya que estas personalidades pueden ser muy variadas. A continuación se describirá las personalidades de los ancianos descritas inicialmente. Moragas, (citado por Gonzáles, 2010, p.17/28)

1. El maduro: individuo estable, bien integrado, y que disfruta de la vida.
2. El pasivo: individuo desacoplado por voluntad propia, que prefiere pocas actividades como mecerse en mecedora, y que se encuentra satisfecho porque puede descansar.

3. El defensivo: es rígido, activo, disciplinado, individualista que se integra en numerosas actividades ya que no puede soportar la inactividad.
4. El colérico: culpa a los demás y les responsabiliza de sus frustraciones y limitaciones.
5. El autoagresivo: se odia así mismo, está deprimido y aislado.

Los tres primeros tipos se integran bien con la sociedad y se han adaptado con éxito al envejecimiento, mientras que las dos últimas luchan en contra del envejecimiento y sus manifestaciones. Moragas, (citado por Gonzáles, 2010, p.17/28)

Para el estudio de la personalidad del anciano deben abarcarse tres aspectos; el primero se refiere a la evolución interna (estados emotivos, pensamientos y concepción del Sí), lo segundo es el comportamiento externo (respuesta o ausencia de la misma ante situaciones nuevas y pasadas, y por último al ambiente externo. Mishara, y Riedel, (citado por Gonzáles, 2010, p.17/28)

Con la edad hay una continuidad de la personalidad lo que no excluye la posibilidad de un cambio en la misma comparativamente menos importante en el conjunto de la personalidad que lo estable, siendo la introversión el único aspecto de cambio. En todos estos aspectos es importante el término de autoconcepto y el aceptar que nos sentiremos satisfechos cuando existe proporcionalidad entre lo que piensan los demás y nosotros mismos de nuestra persona. La autovaloración del anciano se enfoca en el aceptar y reconocer la disminución de sus funciones. Se hace lo que se debe; la autoestima es mayor cuando la persona es más libre para adaptar su rol a las menores exigencias sociales Moragas, (citado por Gonzáles, 2010, p.17/28)

La identidad es la integración de conocimiento que la persona posee de su potencial físico y mental, de sus motivos y objetivos, roles sociales y limitaciones teóricamente se mantienen en el anciano porque existen menos riesgos para la misma.

El anciano reduce sus responsabilidades sociales, asienta sus relaciones familiares. Esta situación se altera cuando el cambio es tan importante que el sujeto no puede integrarlo. Se presenta la crisis de identidad, siendo los factores que pueden provocarla cambios fundamentales en salud o aptitud física, pérdida de visión o de un miembro esencial, viudez, cambio de residencia, colapso de ideas personales, políticas, religiosas entre otros Moragas, (González, 2010, p.18/28)

### 2.2.3 Teorías sociológicas del envejecimiento

La sociología señala que existen diversas teorías que estudian la participación en la sociedad de las personas mayores, que explican el impacto demográfico y sus múltiples repercusiones de los fenómenos y problemas sociales asociados al envejecimiento, así como también explican la influencia de los aspectos culturales y sociales sobre el mismo. En este sentido, hay una diversidad de especialidades multidisciplinarias (sociólogos, psicólogos y gerontólogos) que han elaborado diversos modelos del envejecimiento con el objeto de entender la influencia de dichos factores culturales y sociales. Mishara y Riedel, (citado por González, 2010, p.18/28)

#### 1) Teoría de la Modernización

“Esta teoría destaca la situación actual del viejo, caracterizada por ser relegado socialmente, mientras que en las sociedades tradicionales él gozaba de un estatus elevado y era reconocido por su experiencia y sabiduría” (González, 2010, p.18/28).

“También desde el punto de vista económico, la teoría de la modernización destaca la descalificación de los viejos en el ámbito laboral pues las nuevas exigencias

generan mayor competitividad y mejor formación en las tecnologías de vanguardia” (González, 2010, p.18/28).

“Dentro de un contexto evolutivo, dichas teorías consideran que las personas adultas mayores se vuelven obsoletas, lo que genera las luchas intergeneracionales por los empleos, al mismo tiempo que acelera el tiempo para la jubilación con las consecuencias correspondientes de mayor pobreza y marginación” (González, 2010, p.18/28)

## 2) Teorías funcionalistas o teorías de la socialización

Estas teorías estudian el papel de los ancianos desde el punto de vista de la actividad y defienden la asignación de roles sociales diferentes tras la jubilación, ya que asocian la falta de actividad con la falta de autoestima mermando la calidad de vida. Esta teoría postula que la persona que envejece está expuesta a sufrir y a acumular una serie de pérdidas físicas y psicológicas que reducen su autonomía y disminuyen su competencia. (Ortiz, D., 2005)

Dentro de este marco se inscriben tres teorías principales:

### a. Teoría de la Actividad

Esta teoría es la más antigua y se fundamenta en la importancia que en aquella época se le daba a los roles del individuo como la articulación principal entre lo psicológico y lo social. Trata de explicar los problemas sociales y las principales causas que contribuyen a la inadaptación del anciano. (Mishara, y Riedel, (citado por González, 2010, p.19/28)

A los viejos se les priva de ciertos roles, por ejemplo; laborales; y los que quedan distan mucho de estar claramente definidos, y la confusión resultante conduce a un estado

de anomia en donde el sujeto carece de propósito e identidad. Según esta teoría si nuevos papeles no remplazan a los pasados, la anomia (cuando el sujeto adulto carece de propósito e identidad, debido a una confusión de sus roles) tiende a interiorizarse y el individuo se vuelve inadaptado y alienado de la situación y de sí mismo. Para esta teoría la vejez lograda supone el descubrimiento de nuevos papeles o de nuevos medios de conservar los antiguos. Lo más importante en esta concepción teórica es estar socialmente involucrado, independientemente del tipo de roles sociales que se desempeñan, es decir será preciso reconocer el valor de la edad y atribuir a las personas mayores nuevos papeles valorados por la sociedad. (Ortiz; Mishara y Riedel, (citado por Gonzáles, 2010, p.9/28)

Por otra parte el “rol” que pierde el adulto mayor no significa siempre una frustración. Una vez que el individuo es liberado de papeles anteriores, tiene mayor disponibilidad de su tiempo, para hacer otras cosas que le gustan. Asimismo, esta teoría enfatiza que las actividades sociales juegan un rol de “amortiguador” para atenuar el trauma de la pérdida de roles más importantes. Estas actividades sociales promueven en el individuo que envejece, la reconstrucción de su propia imagen que ha sido deteriorada por las mismas pérdidas. En este sentido y desde una perspectiva actual, esta teoría hace énfasis en la individualidad, en su autoconcepto, y no en el de la sociedad; no depende de las expectativas sociales para que el adulto mayor determine como provechosa el tipo de actividad elegida; no es la actividad por sí misma lo que es provechoso, sino lo que para el individuo tiene sentido. Mishara, y Riedel, (citado por Gonzáles, 2010, p.20/28)

b. Teoría de la desvinculación o del retraimiento

Menciona que para esta teoría, el envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o “desvinculación” recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del

sistema social al que pertenecen. Asimismo, la autora señala que la desvinculación puede ser por decisión misma del interesado o por los otros miembros de este sistema. El individuo poco a poco deja de relacionarse en la vida social y esta a su vez le ofrece cada vez menos oportunidades. (González, 2010, p.20/28)

Tomando en cuenta la perspectiva social, esta teoría de la desvinculación respondería a dos necesidades: por una parte evitar que la desaparición natural de un individuo tenga repercusiones en el sistema y por el otro, contribuir a la capacidad evolutiva de la sociedad permitiendo a las jóvenes generaciones retomar los sitios liberados por aquellos que se están retirando, con lo que se estaría evitando el desempleo entre los jóvenes. Es importante agregar, a manera de resaltar los aspectos positivos de esta teoría, que dicha concepción le permite al individuo adaptarse más adecuadamente a sus pérdidas y lo protege contra situaciones de estrés, pero también subestima la necesidad de contacto e interacciones sociales y propicia un mayor egocentrismo. (González, 2010, p.20/28)

c. Teoría de la continuidad

Apoyándose en lo desarrollado por otros autores, señala que esta teoría propone que no hay ruptura radical ni transición brusca entre la edad adulta y la tercera edad, sino que se trata tan solo de cambios menores u ocasionales que surgen de las dificultades de adaptación a la vejez, siempre manteniendo una continuidad y estabilidad entre estas dos etapas. Esta teoría se basa en dos postulados que son los que se señalan a continuación. (González, 2010, p.22/28)

El paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado.

Prácticamente la personalidad así como el sistema de valores permanecen intactos.

Al envejecer los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida.

Ortiz, (citado por Gonzáles, 2010, p.9/28)

d. Teorías derivadas del envejecimiento demográfico

Estas teorías estudian la evolución de la sociedad en las últimas décadas, y como el aumento de la esperanza de vida de la población, y las tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad disminuidas, hacen de las sociedades occidentales unas sociedades ancianas, lo cual se ha de discutir en aspectos demográficos del envejecimiento.

(Gonzáles, 2010, p.22/28)

e. Teoría del medio social

Esta teoría sostiene que el comportamiento durante la adultez mayor depende de ciertas condiciones biológicas y sociales, de hecho el medio en el que vive y se desenvuelve un individuo abarca no solo el contexto social con sus normas sino también los obstáculos de orden material y las posibilidades que se le ofrecen. Según esta perspectiva en el nivel de actividad de un individuo influye: la salud, el dinero y los apoyos sociales. Esta teoría considera que la salud se ve afectada en esta época por la acumulación de los efectos de las enfermedades crónicas que limitan las actividades de los individuos. La situación económica es otro factor importante. En los países latinoamericanos es una limitante para el nivel de actividad del anciano. Sin embargo, la existencia de apoyos sociales como una pareja o cónyuge, la familia, o relaciones sociales con las motivaciones adecuadas puede estimular el nivel

de actividad y ayudar a que su salud del adulto mayor se vea menos afectada.

(González, 2010, p.22/28)

#### f. Teoría de la construcción social de la adultez mayor

Esta teoría critica la imagen parasitaria que se ha creado de la vejez, al considerar a los mayores un segmento improductivo dependiente de las ayudas sociales. Tratan de romper con la idea de las personas mayores como un grupo homogéneo defendido en las teorías anteriores. Esta postura es muy interesante y le da una visión positiva y saludable a la adultez mayor, considerándole como una persona capaz de poder crear, producir y por ende lograr una vida con bienestar. (González, 2010, p.22/28)

### 2.3 La Depresión

#### 2.3.1 Consideraciones generales

La depresión es un problema de notable importancia clínica y con un gran impacto psicosocial. A pesar que tiene una menor incidencia que los trastornos de ansiedad, su concurrencia con otros problemas clínicos: ansiedad, trastornos psicosomáticos, adicciones, etc., hace que esté presente en muchos pacientes. Y aunque un número elevado de estos no lleguen a reunir todos los criterios diagnósticos con un determinado tipo de trastorno del estado de ánimo, presentan algunas de las quejas características de estos pacientes, por ejemplo: el estado de ánimo depresivo, la pérdida de interés por las cosas, las alteraciones en el sueño o en el comportamiento alimentario, etc. Puede señalarse en general, que el trastorno depresivo se origina como consecuencia de la incapacidad para resolver un problema. La persistencia del problema, la inexistencia de estrategias efectivas para abordarlo, puede llevar a la

persona a una situación de pasividad, de entrega, de renuncia, en suma al padecimiento de un trastorno depresivo. (Vallejo. 2012)

### 2.3.2 Definición

Todo el mundo parece tener una idea de en qué consiste la depresión y es que el término depresión, a diferencia de muchos otros términos psicológicos, es ampliamente conocido y utilizado en nuestro lenguaje cotidiano. Al margen de este uso “mundano” del término depresión, a nivel clínico la depresión representa un complejo síndrome en el que sentirse deprimido o triste, es sólo uno de los numerosos y variados síntomas.

El rótulo trastornos depresivos, es coincidente con una de las subcategorías de los trastornos del estado de ánimo recogidos en el DSM-IV-TR (APA, 2000). Se centra fundamentalmente, en la categoría conocida como depresión mayor, de carácter unipolar, frente al trastorno bipolar y a otros trastornos depresivos asociados a otros problemas. La característica fundamental sintomática, de acuerdo con el DSM-IV-TR, de los trastornos depresivos, viene determinada por el denominado episodio depresivo mayor. Los síntomas recogidos son: estado de ánimo depresivo (en los niños y adolescentes pueden tornarse en irritabilidad), disminución del interés por el placer, pérdida de peso y/o cambios en el apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimientos psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultad para pensar, concentrarse y tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte.

Esta breve descripción de los cambios que caracterizan la entidad denominada como trastorno depresivo, ponen de manifiesto la concurrencia de alteraciones del carácter:

(1) afectivo: tristeza, abatimiento, desánimo, disminución de la capacidad de disfrute,

apatía o indiferencia, etc., (2) comportamental: agitación motora, lentitud al hablar y andar, disminución del nivel de actividad, etc.; (3) cognitivo: disminución de la capacidad de concentración, memoria y atención y; con ellos, del rendimiento; incremento de las cogniciones negativas auto-referidas (auto-crítica, auto-culpa, etc.); (4) fisiológico: insomnio o hipersomnias, disminución del apetito, de la actividad y del deseo sexual, dolores y molestias; y (5) interpersonal: disminución del interés por los demás, deterioro de las relaciones sociales.

Las cifras sobre la prevalencia de la depresión demuestran que este síndrome afecta a un amplio porcentaje de personas. Los grandes estudios epidemiológicos realizadas en la década de los 80 habían estimado la prevalencia vital de la depresión en un 5% (Weissman, 2009); sin embargo, estudios más recientes aportan cifras muy superiores, entre el 6% y el 18% de prevalencia vital, según Kessler, Berglund, Demler y colaboradores., en el año 2003, Hasin, Goodwin, Stinson y colaboradores, en el año 2005; Patten, Wang y Williams, en el año 2006; y Patten, en el 2008. Aunque todos estos datos han sido obtenidos en amplios estudios epidemiológicos llevados a cabo con población estadounidense y canadiense principalmente, y a falta de estudios similares en nuestro entorno, suelen considerarse representativas de la prevalencia de los trastornos depresivos en las sociedades occidentales. Estas cifras vendrían a indicar que, considerando el conjunto de la población adulta norteamericana, entre un 5% y un 18% de personas han padecido o padecerán al menos un episodio de depresión a lo largo de su vida. (Vallejo, 2012)

### 2.3.3 Modelos explicativos

La conceptualización sobre la depresión descansa en el grado de satisfacción e insatisfacción que la persona tiene en relación con sus planes y actividades. Una persona que tiene satisfecho su nivel de actividad y competencia tiene un equilibrio emocional y de

autoestima. Por el contrario una reducción en su nivel de actividad y en sus proyectos conllevarían a un desequilibrio de la autoestima y aspecto emocional.

Este planteamiento es abordado desde la terapia de la conducta considerando los estímulos positivos y negativos que recibe la persona para que le proporcione cierto grado de satisfacción e insatisfacción al realizar dichas actividades y la capacidad del individuo para reforzar sus respuestas.

Sin embargo, la calificación de estímulos positivos dependerá la forma de cómo lo interprete éste y dependerá de su historia personal, ideas y creencias que habitualmente utiliza para resolver sus problemas. (Vallejo, 2012)

#### 2.3.3.1 Enfoque comportamental de Lewinsohn

Lewinsohn, en la década de los 70, realiza análisis estrictos sobre la depresión y señala que ésta se origina en la baja frecuencia de los refuerzos. En sus investigaciones recoge las apreciaciones de Ferster en 1966 y 1973, que destaca los reforzamientos en los estímulos discriminativos en la depresión. El planteamiento de Lewinsohn se basa en el modelo de la terapia de la conducta integrando modelos situacionales como no situacionales y en aspectos cognitivos. (Vallejo, 2012)

#### 2.2.3.2 Enfoque del auto control de Rehm

En esta década se intensifica la búsqueda intensa para encontrar un método que conlleve a la cura de la depresión, es así que aparece Rehm y desarrolla el siguiente modelo:

Rehm en 1988, desarrolló un modelo de depresión basado en la auto-evaluación, auto-observación y auto-refuerzo como elementos causantes de la depresión. Supone la aplicación del modelo general de Kanfer de 1977, y que se centra en la valoración del comportamiento y en la capacidad de la

persona en su propia fuente de refuerzo. Así determina que el comportamiento de las personas deprimidas presenta ciertas conductas específicas en cada una de las tres fases del autocontrol.

El modelo explica, el nivel de actividad de la persona, así como los cambios emocionales y cognitivos, además tipifica a los pacientes depresivos como personas que atienden más a las informaciones negativas y no son conscientes de las emociones positivas. (Rehm y Naus, 1990), (citado por Vallejo, 2012)

#### 2.2.3.3 Enfoque de indefensión aprendida de Seligman

El presente enfoque de Seligman, parte de sus investigaciones sobre la indefensión aprendida en la depresión y los estudios de Abramson, Seligman y Teasdale, citado por Vallejos en el 2012, integra en el modelo el concepto de atribución. Cabe mencionar que el elemento básico es el estudio de las tres dimensiones atribucionales, como internalidad-externalidad, estabilidad-inestabilidad y globalidad-especificidad y su vinculación con los problemas depresivos, en ese sentido, proponen que el estilo de las personas que padecen depresión estaría caracterizado por una tendencia a hacer atribuciones internas para los propios fracasos y por el contrario, tenderían a hacer atribuciones externas inestables para alcanzar logros y acontecimientos positivos. Estas características del estilo atribucional y su relación con la depresión, ha propiciado la desesperanza, la cual llevaría a la depresión. (Vallejo, 2012)

#### 2.2.3.4 Enfoque cognitivo de Beck

El enfoque cognitivo de la depresión de Beck en 1967, gira en torno a la tríada cognitiva, las cuales denomina los tres estilos cognitivos que, según este modelo, es la forma negativa de verse así mismo al mundo y al futuro las personas que padecen de

depresión: 1) Visión negativa de uno mismo: el depresivo se ve a sí mismo como una persona desgraciada, con poca valía, atribuyendo sus fracasos a defectos suyos. 2) Visión negativa de su mundo: interpreta sus propias experiencias negativas y las proyecta hacia el mundo, y 3) Visión negativa del futuro: la persona proyecta sus vivencias hacia un futuro sombrío. Estos patrones cognitivos delimitan, por lo tanto una característica personal y es responsable de como la persona percibe su realidad. Son representaciones cognitivas que operan como filtros en la información recibida de la realidad. Así cuando una persona padece una depresión, se activan esquemas depresógenos, que podrían estar inactivos por muchos años, y de esta forma la realidad es percibida filtrada por dichos esquemas depresivos, mientras que la inconsistente con esos esquemas se ignore.

#### 2.2.3.5 La Activación conductual

La activación conductual se considera el aporte más reciente al estudio de la depresión, la cual encuadra en las terapias de tercera generación, según Vallejo, 2006, surge la idea de que la Activación Conductual podría ser el elemento clave para explicar el abordaje terapéutico de la depresión, surge en la década de los 90, con los resultados de un estudio de la terapia cognitiva de Beck, desarrollados por Jacobson, Dobson cols. 1996. Estos autores descompusieron en sus tres componentes la terapia cognitiva y compararon los resultados de la aplicación de las tres condiciones experimentales siguientes: 1) solo activación conductual; 2) la activación conductual más modificación de pensamientos automáticos y 3) la terapia cognitiva completa, es decir, activación conductual más modificación de pensamientos más modificación de esquemas. El resultado fue que la activación conductual fue tan efectiva como la terapia cognitiva completa, por lo que los autores como una terapia propiamente dicha y enmarcada desde una perspectiva contextual. (Vallejo, 2012)

### 2.2.3.6 Aspectos comunes e integración de los distintos enfoques

Cada uno de los enfoques señalados anteriormente destaca los aspectos relevantes del estudio de la depresión. Todos son congruentes con el modelo general de la terapia de la conducta, haciendo hincapié en aspectos concretos, sin que ello signifique excluir a los otros. Finalmente, los factores emocionales, su percepción, así como la activación de determinados recuerdos son congruentes con los enfoques cognitivos y con las implicaciones comportamentales de éstos. (Vallejo, 2012)

## 2.4 Evaluación

La evaluación de la depresión debe ir dirigida, como en cualquier otro trastorno desde la perspectiva de la terapia de conducta, al tratamiento de ésta. Además al referirse a un cuadro clínico concreto, es preciso determinar en qué medida se cumplen los criterios que definen el cuadro y considerar el diagnóstico diferencial, para delimitar que factores son los que están explicando los cambios observados. (Vallejo, 2012)

### 2.4.1 Contenidos de evaluación

El primer aspecto a evaluar es el nivel de actividad actual de la persona, la actividad debe entenderse en el sentido estrictamente comportamental, rutina del paciente, en fin respuesta que el paciente hace ante las demandas del ambiente, cosas que hacía y cosas nuevas que hace. En suma hacer un análisis funcional de sus actividades.

Para ayudar a delimitar actividades Lewinsohn y cols. (MacPhillamy y Lewinsohn, 1982), citado por Vallejo (2012), propone utilizar escalas diarias de registro de actividades agradables y desagradables. Dichas actividades recogen actividades muy diversas.

La actividad en sí es importante, aun cuando su principal valor reside en su relación con el medio ambiente y el papel que ésta tiene para el paciente. Que la actividad sea percibida como

agradable o reforzada, es el primer requisito para que permanezca, esto también es válido para conductas incongruentes, por ejemplo conductas como quejarse de lo mal que le va a uno, puede estar reforzadas por el medio social.

Debe hacerse un comportamiento actual y pasado de la persona, para evaluar los reforzadores potencialmente disponibles y de su medio ambiente actual. Para ello deben basarse en lo que antes le gustaba en el pasado y ahora le gusta menos. Se trata de hacer un inventario de estímulos reforzadores.

En el análisis del ambiente general actual del paciente, debe prestarse atención en identificar la disponibilidad de estímulos positivos: atencionales, sociales, etc., aun cuando el paciente no haya reparado en ellos.

La evaluación de habilidades personales y sociales es el tercer elemento a evaluar. Se ha de explorar en sus distintas áreas: laboral, familiar, etc., para identificar de manera más completa sus recursos no ligados a la depresión. Debe prestarse atención a las habilidades sociales.

La evaluación de las estrategias de afrontamiento va dirigido a los aspectos del origen y mantenimiento del trastorno: la incapacidad y mantenimiento para resolver el problema. En este apartado debe evaluarse: las habilidades sociales, los recursos de control emocional, estrategias de solución de problemas, esquemas cognitivos, los pensamientos automáticos y cogniciones depresogénicas, etc. Debe hacerse en relación con el problema y las experiencias puestas en práctica en el pasado. También debe evaluarse ideas y planes suicidas del paciente, siempre que lo amerite. Ésta debe hacerse de manera cuidadosa por los efectos reactivos del paciente. Puede utilizarse la Escala de Ideación Suicida (Beck y cols., 1979), la cual es complementada por el terapeuta a lo largo de una entrevista semiestructurada. (Vallejo, 2012)

#### 2.4.2. Instrumentos de evaluación

La evaluación debe ser completada con el uso de distintos auto-informes que facilitan la evaluación de algunos aspectos del problema. Dirigida a la evaluación de aspectos cognitivos, tales como: el cuestionario de pensamientos automáticos de Hollon y Kendall, 1980 e Ingram y Wisnicki, 1988, que evalúa la ocurrencia de pensamientos negativos y positivos en relación a la depresión; (2) el Cuestionario de Estilo Atribucional Ampliado” (Peterson y Villanova, 1988), que evalúa el tipo de atribuciones de la persona ante distintas situaciones negativas; (3) Escala de Creencias” (Malouff y Schutte, 1986).

Se emplea el Inventario de Depresión de Beck (Beck y cols., 1979), el Center of Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D, Radloff, 1977) y la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD, Zigmond y Smith, 1983), especialmente diseñada para evaluar la ansiedad y la depresión en pacientes no psiquiátricos, sino con trastornos somáticos. Finalmente, como escala general la Escala Modificada de Hamilton de la Depresión (Miller y cols., 1985). (Vallejo, 2012)

#### 2.4.3 Diagnóstico del trastorno

El diagnóstico de depresión comprende varios criterios diagnósticos, como tristeza, falta de interés y actividad, sentimientos de culpa, etc., los cuales son identificados por el terapeuta para evaluarlos y tratarlos. Sin embargo es preciso conocer el conjunto de problemas, tal y conforme los describe el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), dentro de la categoría de trastornos del ánimo, para mejor evaluar y delimitar el acercamiento al caso y hacer un diagnóstico diferencial con otras enfermedades como anorexia, cambios emocionales con la ansiedad y enfermedades crónicas.

Asimismo, del diagnóstico diferencial, es preciso considerar la relación con problemas endocrinos

(Dow. 1993), el síndrome de Cushing (hiperactividad “hipotálamo-hipófisis-corteza adrenal”,

asimismo, el hipotiroidismo presenta una sintomatología que puede inducir al error: desinterés, pérdida del apetito, ideación suicida, etc. Por tal motivo es necesario ser cauteloso en la evaluación de los distintos componentes del cuadro de depresión. (Vallejo, 2012)

## 2.5 Revisión de los Tratamientos

Es ampliamente reconocido hoy en día que la terapia cognitivo-conductual es la de mayor eficacia en el tratamiento de la depresión, sin embargo, esta valoración global están llena de consideraciones sociales, moda, etc., como de datos científicos, por lo tanto es preciso señalar cuales tratamientos son los más eficaces en función a las características personales y finalmente identificar que variables son las responsables de dicha eficacia. (Vallejo, 2012)

### 2.5.1 Revisión de los principales tratamientos

Para tratar este aspecto seguiremos la revisión realizada por Rem, citado por Vallejo (2012), quien clasifica los tratamientos en cuatro grupos: programas conductuales dirigidos al aumento de la actividad y a la recepción de refuerzo, programas de entrenamiento en habilidades, terapia cognitiva de Beck y programas de auto-control. (Vallejo, 2012)

### 2.5.2 Programas conductuales

Estos programas son los primeros programas desarrollados para el tratamiento de la depresión, y básicamente se centran en promover cambios ambientales que propicien un aumento en la recepción de estímulos positivos y mejorar las habilidades personales para acceder a más estímulos reforzadores. El objeto de este programa es que el paciente mejore su exposición a estímulos positivos, lo que contribuirá a una mejora en el estado de ánimo, de esta forma se mejora su exposición y se le sensibiliza a estímulos y emociones positivas.

En un segundo lugar está mejorar las habilidades del paciente para la obtención de más estímulos positivos. Para ello el entrenamiento en habilidades sociales y la búsqueda del refuerzo social, es fundamental.

Este programa de tratamiento ha ido dirigido a cubrir el déficit del paciente de acuerdo al análisis conductual. Sin embargo, debe señalarse que hace más de 20 años viene aplicándose en forma grupal un programa educativo estructurado en 12 sesiones que incluyen una introducción al proceder general del programa, dirigido al control y afrontamiento de la depresión, y los siguientes bloques o módulos, aumento de la actividad, entrenamiento en habilidades sociales, autocontrol y un bloque cognitivo dirigido a instaurar una forma de pensamiento constructiva. (Brown y Lewinsohn, 1984 y Lewinsohn y cols., 1977), (citado por Vallejo, 2012)

### 2.5.3 Programa de entrenamiento en habilidades sociales

La utilidad del entrenamiento en habilidades sociales, ha sido claramente constatada frente al no tratamiento. Sin embargo, si comparamos con otros tratamientos no se establece una predominancia clara. En algunos casos es superior a los tratamientos conductuales, cognitivos o a la relajación, y en otros tratamientos son inferiores al entrenamiento en habilidades sociales. De nuevo, al igual que en el caso de los programas conductuales, es preciso un mejor conocimiento de las variables específicas de los tratamientos y de su interacción con las del paciente, para saber en qué casos es previsible que sea más eficaz el entrenamiento en habilidades sociales frente a otros tipos de tratamiento.

Los programas de entrenamiento en habilidades sociales se han centrado especialmente en el ámbito de la comunicación y el desarrollo de estrategias de afrontamiento en la pareja, los cuales han demostrado ser muy eficaces. (Cohen, O'Leary y Foran, 2010). (citado por Vallejo, 2012)

#### 2.5.4 Terapia Cognitiva

La terapia cognitiva, o la terapia cognitiva de Beck, es uno de los tratamientos más utilizados en el abordaje de la depresión. Su estructuración está diseñada de cómo debe ser un tratamiento desde la terapia de la conducta. Su punto fundamental señala que la depresión se produce cuando el paciente distorsiona la realidad, debido a la activación de esquemas cognitivos, además de otras distorsiones como los pensamientos automáticos.

La particularidad de la terapia estriba en la existencia de los denominados esquemas cognitivos que son experiencias traumáticas que se graba en el inconsciente del paciente e impide que el sujeto se desarrolle emocionalmente estable. Sin embargo, como es conocido, lo particular de la terapia cognitiva no es que solo utilice técnicas cognitivas para alcanzar su objetivo, como cambio de esquemas cognitivos, eliminación de las distorsiones o los pensamientos automáticos. Esta consideración, quizá no es suficientemente tenida en cuenta, tiene dos implicaciones claras: (a) que la terapia cognitiva no es un tratamiento centrado en el diálogo socrático, en el que se trata de convencer al paciente de que cambie sus esquemas cognitivos intrínsecamente negativos, y (b) que en consecuencia la terapia cognitiva incluye distintos componentes conductuales en los medios utilizados para generar el cambio, lo que dificulta la comparación estricta con los programas conductuales.

La eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión ha sido también ampliamente contrastada, siendo considerada como un tratamiento empíricamente validado para el tratamiento de la depresión. Se ha mostrado eficacia en la prevención de recaídas, así como en diversos tipos de pacientes, en atención a sus características socioculturales. (Vallejo, 2012)

#### 2.5.5 Programas de auto-control

Los programas de autocontrol han sido desarrollados por Rhem y validados por Rehm y Adams, 2009.

En su fase inicial de autoobservación se trata de enseñar al paciente la relación entre el estado

de ánimo y sus actividades positivas y negativas, pidiéndole que autoregistre las actividades diarias, junto con una valoración global al final del día de su estado de ánimo, en una escala 0-10. Este material es utilizado para enseñar al paciente la relación entre actividades y estado de ánimo e irles introduciendo en las diferencias entre refuerzos inmediatos y a largo plazo.

La fase de autoevaluación se refiere a que la persona aprenda a establecer metas u objetivos más acordes con la posibilidad real de alcanzarlos. Enseñarles a definir con precisión las metas, las sub-metas, así como la distinción entre los factores que dependen de su actividad y los que dependen de otros, constituyen los elementos esenciales.

La fase del auto-refuerzo, finalmente, trata de que los pacientes sean capaces de reforzarse positivamente por las actividades adecuadas que realizan. Para disponer de estímulos positivos a usar mediante auto-refuerzo, se elaboran para cada paciente listas de pensamientos y actividades positivas.

Los programas de auto-control también se han mostrado eficaces en el tratamiento de la depresión, en comparación con la ausencia del tratamiento. Se han mostrado, además eficaces en pacientes con diversa comorbilidad, como el trastorno de estrés postraumático, o en grupos de pacientes singulares, con discapacidad, (Robinson-Whelen, 2007), o personas mayores (Rokke y cols., 2000), (citado por Vallejo, 2012).

#### 2.5.6 Biblioterapia y recursos tecnológicos

La biblioterapia ha mostrado un tratamiento eficaz en el caso de depresiones ligeras o moderadas.

Consiste en la lectura de un texto especialmente diseñado para facilitar información sobre los distintos aspectos cognitivos y comportamentales implicados en la génesis y mantenimiento del problema. El texto más ampliamente utilizado y del que se tiene más información sobre su eficacia es “Feeling Good: The New Mood Therapy” o “Sentirse bien, la nueva Terapia del Humor”. Cuando los pacientes son seleccionados, de modo que se excluyan las

depresiones severas, obtiene unos resultados positivos, que permanecen largo tiempo, en seguimientos de hasta 3 años.

En un meta análisis realizado por Anderson, Lewis Araya y cols. (2005) “Cómo pueden Practicantes y Pacientes”, se contabilizaron un total de 6 estudios en los que los pacientes que utilizaron ese texto mostraron una mejoría superior a los de los grupos de control. En estas investigaciones los pacientes siguieron diferentes formatos de contacto terapéutico mínimo con una entrevista inicial y contactos periódicos, algunos casos por teléfono. La ventaja de estos programas es su alta capacidad de diseminación, con costos modestos. La principal limitación estriba en la selección adecuada de las personas para su aplicación. Ésta debe hacerse en forma controlada, para excluir pacientes con depresiones graves u otros trastornos cuyo tratamiento no puede ser abordado desde la biblioterapia. Asimismo, en pacientes con problemas severos de depresión, el terapeuta puede ir seleccionando algunos capítulos de dicho texto para utilizarlos como biblioterapia de apoyo de lo tratado durante las sesiones. Ante la fácil capacidad de uso de este recurso terapéutico, se debe ser cauteloso en aplicaciones que no sean controladas directamente por el psicólogo.

A las aplicaciones convencionales usando textos de autoayuda y guía se suma el uso de sistemas interactivos. El teléfono es una de las opciones que mejora el seguimiento de estos programas. Protocolos que contemplan esa opción mejoran significativamente los resultados. (Bilich y cols., 2008). Estas ayudas se han aplicado incluso en atención primaria obteniendo unos resultados positivos y con una excelente relación costo-eficacia. La otra opción interactiva es, sin duda, el uso de Internet de aplicar programas complejos de tratamiento de la depresión. Así se han mostrado eficaces programas on-line con los componentes comunes de toda intervención cognitivo-conductual o con elementos específicos, como la solución de problemas (Warmerdan y cols., 2010). El diseño de programas de estas características es cada vez más extendido y útil, y se aplica en contextos naturales como la atención primaria, observándose

unos efectos positivos, en especial en depresiones leves o moderadas y en personas orientadas hacia el tipo de tratamiento educativo y colaborativo propio de la terapia cognitivo-conductual (De Graaf, Hollon y Huibers, 2010), (citado por Vallejo, 2012).

## 2.6 Estudio en la eficacia en los tratamientos

### 2.6.1 Consideraciones sobre el estudio de la eficacia de los tratamientos

Los distintos tratamientos revisados han demostrado eficacia en su cometido, sin embargo, esto no es suficiente porque es preciso saber el porqué de su eficacia. A continuación, siguiendo a Rehm (1995), entre otros investigadores, recogeremos algunos puntos relativos a la eficacia comparativa de los tratamientos:

- a. Los tratamientos son eficaces, pero se desconoce su eficacia diferencial. Los datos experimentales disponibles a la fecha, no nos permiten decidir cuándo es más adecuado un tratamiento de autocontrol o de terapia cognitiva de Beck. Se entiende que si hay consideraciones cognitivas es apropiado utilizar una terapia cognitiva; sin embargo no hay datos experimentales que apoyen este proceder.
- b. La eficacia diferencial de los componentes de un tratamiento no está claramente establecida. Si se habla de tratamientos distintos tiene que deberse a que actúan sobre aspectos singulares y diferenciales del problema. Por ejemplo si a un programa de autocontrol se le quita la auto-evaluación y el auto-refuerzo (Kornblith y cols., 1983, citado por Vallejo, 2012), y esto no afecta significativamente los resultados de la terapia, debe ponerse en tela de juicio la especificidad del tratamiento. Algo similar ocurre con el resto de los tratamientos. En el caso de la terapia cognitiva, su eficacia se debe a que se opera en las creencias o en el procesamiento de los pensamientos de los pacientes. Sin embargo, estos cambios no han sido claramente constatados, o los han sido como en otros

tratamientos terapéuticos, como el tratamiento farmacológico. Por lo tanto, sino no puede decirse que el resultado de la terapia cognitiva sea, además del éxito terapéutico, el cambio de los procesos del pensamiento o que dichos cambios se produzcan también en terapias farmacológicas o conductuales.

- c. Los tratamientos ejercen un efecto general, no específico, en función de su naturaleza. Los tratamientos conductuales no solo ejercen su efecto sobre aspectos conductuales del problema, sino sobre los aspectos cognitivos, emocionales y fisiológicos. Del mismo modo los tratamientos fisiológicos y cognitivos ejercen sus efectos sobre todos los componentes del comportamiento humano, al igual que otros aspectos terapéuticos y farmacológicos. En suma todos afectan de modo global al comportamiento y todos producen una mejora en el problema. Esto es destacable puesto parece haberse establecido cierta pugna entre los tratamientos cognitivos vs. conductuales.
- d. La existencia de un déficit no debe necesariamente, determinar el tipo de tratamiento a utilizar. Los estudios dirigidos a determinar la eficacia de los tratamientos señalan que la existencia de un déficit se resuelva con una terapia dirigida a solucionar ese déficit. Esa práctica habitual en la intervención clínica quedaría cuestionada. Por tanto si una persona tiene competencias en una determinada área, la terapia no iría dirigida a resolver un déficit, sino a potenciar las habilidades y recursos existentes.
- e. La elección del tipo de tratamiento debe realizarse en función de las características personales del paciente. Cuando se pregunta a las personas sobre cuáles son los tratamientos más adecuados para la depresión, sus respuestas vienen determinadas por las variables de su personalidad. Así quienes puntúan más alto en extraversión optan por tratamientos basados en el entrenamiento en habilidades sociales (Rokke y cols., 1990). Por ello resulta importante conocer las características personales, preferencias y actitudes del paciente, para tratar de adecuar el tipo de tratamiento a éstas.

- f. Una parte importante del cambio terapéutico se produce al comienzo de la terapia. Algunos trabajos (Rabin y cols., 1984, citado por Vallejo, 2012.), han puesto de manifiesto que los cambios fundamentales en el tratamiento de la depresión se producen en las primeras sesiones de tratamiento. Esto podría volver a reforzar el papel de las expectativas del paciente y de la adecuación de la terapia a sus características personales.

Los tratamientos actuales para la depresión son eficaces (Rehm, 1995), y su efectividad no parece estar relacionada con los supuestos teóricos, ni con estrategias cognitivas o conductuales. Las terapias no parecen remediar déficit específico y, por el contrario, es de notable importancia la compatibilidad entre las creencias y las habilidades personales y el tipo de terapia exigido.

La eficacia del tratamiento psicológico de la depresión está claramente constatada. Su comparación con otras modalidades terapéuticas e incluso con la farmacológica, no resultan diferenciales. En general, todos los tratamientos resultan eficaces, aun cuando por ejemplo, en el caso del tratamiento farmacológico, el tratamiento psicológico se muestra más eficaz a largo plazo. Sin embargo, hay lagunas importantes como los abandonos prematuros, las recaídas y sobre todo identificar el tratamiento más adecuado a cada persona, en función de sus expectativas, etc. (Persons, 1993, citado por Vallejos, 2012).

Con respecto al tratamiento farmacológico, además de reiterar la eficacia del tratamiento psicológico, debe considerarse la relación costo-eficacia. En general, se entiende que el tratamiento psicológico es más costoso que el farmacológico, debido a la asistencia a la terapia. (Antonuccio y cols. 1997, citado por Vallejo (2012), han comparado el costo-eficacia del tratamiento cognitivo-conductual de la depresión con el farmacológico mediante fluoxetina (Prozac). Lo cierto es que el costo-eficacia del fármaco excede, al tratamiento psicológico. (Vallejo, 2012).

## 2.7 Bienestar Psicológico

El bienestar psicológico es la segunda y última variable principal de esta investigación, la cual será abordada primero en forma general y luego en función a la adultez mayor, tomando en cuenta para ello los aspectos principales que conciernen a esta variable y que permitirán igualmente un mejor entendimiento del presente trabajo, aunque claro está que el bienestar psicológico en la actualidad ha sido motivo de mayor atención e interés, con investigaciones y artículos en diferentes campos no sólo de la psicología sino también de otras especialidades. A continuación se desarrollarán algunos puntos importantes respecto a dicha variable.

### 2.7.1 Definición

Son varias las definiciones que se han dado acerca del bienestar psicológico, sin embargo se considerarán aquellas que están más acordes al enfoque del presente trabajo y que pueden ser más aplicables. En este sentido una de estas definiciones es la de Castro, (2010), quien conceptualiza el bienestar psicológico en términos de felicidad manifestando que una persona feliz o con bienestar psicológico tiene una mejor apreciación de sí misma, un mejor dominio del entorno y mejores habilidades sociales, de tal manera que una persona que tiene bienestar o felicidad es una persona que vive mayor cantidad de años, tiene una mejor salud física, obtiene mejores trabajos y establece relaciones interpersonales de alta calidad. Agrega Castro que el bienestar psicológico alto implica que una persona

experimente satisfacción con su vida y que frecuentemente su estado anímico sea bueno.

Por su parte, Ortiz y Castro (2009), apoyándose en lo señalado por otros autores, sostienen que el bienestar psicológico es la percepción o apreciación subjetiva de sentirse o hallarse bien, de estar de buen ánimo, de sentirse satisfecho. Se sostiene que el estado de bienestar experimentado por los individuos depende tanto de las condiciones sociales y personales, y de la forma como los individuos se enfrentan a ellas. Teniendo en cuenta que esto sucede dentro del contexto de una sociedad y que los individuos conviven o están interactuando con otros miembros de ella. Como se puede apreciar la definición de bienestar psicológico, de acuerdo a las conceptualizaciones mencionadas, gira en torno a cuatro variables esenciales: la percepción que el sujeto tiene sobre su nivel de satisfacción con la vida, el estado de felicidad que pueda tener, el deseo de superación o de progreso que demuestre en todo aspecto o situación y la orientación hacia el logro de metas saludables, poniendo en práctica todo su potencial y habilidades que se lo permitan. En otras palabras, estar bien y sentirse bien con uno mismo, con su entorno y con su propia forma de vida, habiendo obtenido lo necesario para ello.

### 2.7.2 Componentes del Bienestar Psicológico

De acuerdo a la literatura sobre el tema, para describir los componentes del Bienestar Psicológico se tomará en cuenta lo señalado por Vásquez, C.; Hervás, G., Rahona, J.; y Gómez, D. (2009), quienes refieren que los componentes del Bienestar Psicológico son: el Hedonismo y la Eudaimonia, que serán descritos seguidamente.

#### A) Hedonismo

Dichos autores refieren que el Hedonismo define el bienestar como la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo. La idea básica de este componente es que el objetivo de la vida es experimentar la mayor cantidad posible de placer (aunque orientado al disfrute y las actividades nobles) y la felicidad sería en cierto modo, una suma de momentos placenteros. Asimismo, el concepto predominante del hedonismo es el bienestar subjetivo, que incluye habitualmente dos elementos: el balance afectivo (que se obtiene restando a la frecuencia de emociones positivas, la frecuencia de emociones negativas), y la satisfacción vital percibida, más estable y con un mayor componente cognitivo, aunque ésta implica un juicio global de la propia vida.

#### B) Eudaimonia

En cuanto a la eudaimonia, Vásquez et al. refieren que este componente o perspectiva propone que el bienestar no consiste en la maximización de experiencias positivas y la minimización de experiencias negativas, sino que se refiere a vivir de forma plena o dar realización a los potenciales humanos más valiosos. En base a lo planteado por algunos especialistas en torno al tema, dichos autores agregan que las personas con bienestar eudaimónico tienen seis dimensiones principales, que se verán en el siguiente punto.

### 2.7.3 Determinantes del Bienestar Psicológico

Para el desarrollo de este punto se ha creído conveniente considerar algunas variables importantes que propone Satorres, (2013), las cuales son las siguientes:

#### 2.7.3.1 Variables Sociodemográficas

1. Edad: menciona que algunas investigaciones han demostrado la relación directa que hay entre la edad, especialmente entre las sub etapas de la adultez, y algunos componentes importantes del bienestar psicológico como son: propósito en la vida, autonomía, dominio del ambiente y crecimiento personal, encontrándose por ejemplo, que los adultos medios presentaban mayores puntuaciones que los adultos mayores en propósito en la vida y que los adultos jóvenes en autonomía. En este mismo estudio se encontró que las personas más jóvenes informaron menores puntuaciones en dominio del ambiente en comparación con los más mayores; mientras que los adultos mayores obtuvieron menores puntajes que los otros dos grupos en crecimiento personal.
2. Género: Respecto a esta variable sostiene que son pocas las investigaciones que han demostrado una relación directa entre el género y el bienestar psicológico. Sin embargo, dentro de los hallazgos principales se destaca que las mujeres presentan menores niveles de bienestar, mayores niveles de agotamiento y menor actividad física que los hombres y que existen mayores niveles de bienestar psicológico en las mujeres, lo cual podría explicarse por su mayor estabilidad emocional con el aumento de la edad, y la comparación social que realiza la persona en la evaluación de las circunstancias objetivas

que vive. También se encontró que las mujeres mostraban mayor nivel que los hombres en la dimensión relaciones positivas con otros y que dicho género igualmente presentaban mayor nivel en propósito en la vida, mientras que los hombres presentaban mayor nivel que las mujeres en dominio ambiental o del entorno.

3. Estado Civil: el estado civil es otra variable que puede influir en el bienestar psicológico. Por ejemplo, en el caso de los adultos mayores (grupo etario que es la muestra del presente trabajo), se señala que los que son casados poseen un importante recurso de apoyo y validación de parte de su pareja, por lo cual las personas divorciadas serían más propensas a enfermar y presentan mayores índices de mortalidad y accidentes que aquellas casadas. La autora también manifiesta que la relación entre el bienestar psicológico y el estado civil del adulto mayor se da en dos de sus dimensiones que serían principalmente el dominio del ambiente y las relaciones positivas con los demás, en las que serían las personas casadas frente a las solteras las que puntuarían más alto en estas dimensiones.

4. Nivel de Estudios: Dentro de esta variable se ha encontrado que el nivel de estudios se ha asociado positivamente con los componentes del bienestar. Por ejemplo, en un estudio en relación a ello se obtuvo que el nivel de estudios fue el indicador que más relaciones mostró con las variables del modelo a predecir, mostrándose como resultados finales que las relaciones del nivel de estudios fueron siempre positivas, tanto con el nivel de dependencia como con

las dimensiones propias del bienestar subjetivo (dominio del ambiente) y psicológico (crecimiento personal y propósito en la vida).

5. Contexto Sociocultural: En cuanto a la influencia del contexto sociocultural en el bienestar psicológico, Satorres sostiene que la mayoría de la gente ha internalizado a través de sus relaciones con el entorno cultural, social y afectivo inmediato, una gran diversidad de creencias acerca del significado de “estar bien” “sentirse bien” o “tener bienestar”, lo cual se refleja a través de dos tendencias básicas: el individualismo y el colectivismo. En este sentido, la referida autora indica que la tendencia al colectivismo supone ciertos rasgos en el disfrute y conservación del bienestar psicológico, sobre todo en aquellos casos en que las personas han privilegiado en sus vidas el cumplimiento de normas y las exigencias de su grupo de referencia, del trabajo, de su familia o de su comunidad; mientras que la tendencia al individualismo aumenta por el contrario, la probabilidad de anteponer las propias necesidades psicológicas y las metas personales, al bienestar psicológico compartido. Asimismo, Satorres propone que desde esta perspectiva se podría fomentar, estratégicamente en las personas desde temprana edad y en el transcurso de toda la vida, el mantenimiento del equilibrio entre las demandas internas individuales y las expectativas ajenas, disminuyendo de esta manera el riesgo de que prevalezcan en ellas: la anomia, la alienación, el narcisismo y el egocentrismo.

### 2.7.3.2 Variables Individuales

1. **Personalidad:** Dentro de los estudios en torno a la relación entre la personalidad y el bienestar psicológico, Satorres señala que se ha encontrado que existen dos rasgos de la personalidad favorables al bienestar: la extroversión y la felicidad. Tomando en cuenta el punto de vista de algunos otros investigadores sobre el tema, la autora menciona que las personas extravertidas y felices suelen ser aspirantes en su desempeño y estatus profesional, tienen más facilidad de establecer amistades y conservarlas, se muestran más seguras de sí mismas, aprenden más rápido participando en actividades grupales, tienden a interpretar positivamente diferentes situaciones de la vida, son menos hostiles y vulnerables, más enérgicas y decididas, más creativas y cooperadoras, más organizadas en el uso del tiempo; tienden a ser más estables emocionalmente, autónomas o autodeterminadas en lo que hacen, que las personas introvertidas o que se han definido a sí mismas como “infelices”.

Igualmente, Satorres refiere que existen estudios que han identificado otras características personales vinculadas con el bienestar psicológico, entre ellas: poseer un nivel adecuado de autoestima y autoeficacia, tener la habilidad para adaptarse a las exigencias de una situación imprevista o novedosa, ser tolerante a la frustración, poder manejar adecuadamente el estrés, demostrar capacidad afiliativa y de iniciativa, ser optimista, poseer objetivos vitales y proyecto de vida. También existen estudios que han encontrado que las personas autotélicas (es decir personas que hacen las cosas por sí mismas o

guiadas por una motivación interna), tienen mayor probabilidad de vivenciar la experiencia óptima de flujo de la energía psíquica en la conciencia al percibirse a sí mismas de manera positiva, específicamente cuando se concentran en objetivos claros y realistas y se proponen superar situaciones desafiantes probando de manera autónoma sus habilidades personales. Otros rasgos autotélicos, son: la capacidad de comprometerse emocionalmente con lo que hacen evidenciando un alto nivel de motivación intrínseca que les conduce a ser cada vez más creativas, a descubrir sus propias estrategias personales encontrando el modo de transformar los sucesos destructivos, negativos o neutros, y así mismo, las tareas impuestas u obligatorias en algo valioso o significativo.

2. Autoestima: Tomando en cuenta el planteamiento de otros autores, Satorres menciona que la autoestima es un importante indicador de salud y bienestar, y se define generalmente como una actitud o sentimiento positivo o negativo hacía la persona, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo. Asimismo, refiere que la importancia de la autoestima radica en que es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante todas las áreas de la vida.

Se agrega que dentro de los aspectos más importantes de la autoestima se encuentran todas aquellas conductas promotoras de salud, que actuarían por medio de un efecto directo a través del enfrentamiento a retos y amenazas o indirectos a través del afrontamiento al estrés, por tal motivo es trascendental

su mantención y promoción para conservar niveles de bienestar adecuados. Por ejemplo, con adultos mayores se refleja participando activamente en la consecución de tareas relacionadas principalmente con su estado de bienestar y salud. En este sentido, para la tercera edad, la autoestima es clave, debido a que el anciano debe valorar sus habilidades y características, las cuales han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás.

3. Autoeficacia: En este punto sostiene que también existe una relación directa entre la autoeficacia y el bienestar psicológico, lo cual se explica en el hecho de que la autoeficacia es un conjunto de creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados logros o resultados; además de considerar que la importancia de la autoeficacia radica en la confianza que tiene la persona en sus capacidades para lograr los cursos de acción necesarios para alcanzar los resultados deseados y determinaría la cantidad de esfuerzo para realizar una conducta y cómo las personas recuperarán su estabilidad en la vida frente a situaciones adversas. Satorres también menciona que por ejemplo, en el caso de los adultos mayores, la autoeficacia conlleva un significado mucho más allá de la superación de tareas del orden físico, y su importancia se asocia al sentimiento de poder ser capaces de participar en la solución de conflictos que surgen en su vida cotidiana, aportando soluciones; todo esto les permite crear estrategias de afrontamiento necesarias para hacer frente a las adversidades. Esto hace suponer que dicho grupo etario como cualquier otro grupo en la etapa de la adultez que tenga tales características, estaría demostrando que tiene al mismo

tiempo un buen nivel de bienestar psicológico; en cambio las personas adultas y ancianas que no perciben niveles adecuados de autoeficacia tienden a mostrar una baja autoestima y realizan una valoración negativa de su vida, lo cual se traduce en bajos niveles de bienestar psicológico.

4. Salud Subjetiva: Respecto a esta variable, señala que la percepción que la propia persona tenga sobre su salud, tendrá importantes repercusiones sobre el nivel de bienestar psicológico. Esto quiere decir que la valoración que realizan las personas sanas sobre su salud, estará marcada por un sentimiento positivo de uno mismo, un sentimiento de control personal y una visión optimista del futuro. Agrega Satorres que estas influencias sobre la valoración de la salud actuarán como recursos que permitirán a las personas afrontar las dificultades diarias y cobrarán mayor importancia a la hora de afrontar situaciones que pueden ser intensamente estresantes e incluso amenazantes para la propia existencia; por lo cual tener un buen estado de salud física y mental no sólo debe consistir en carecer de enfermedades o trastornos, sino de disfrutar de una serie de recursos y capacidades que permitan resistir adversidades.

La referida autora también indica que otras investigaciones han encontrado una relación entre las diferentes dimensiones propuestas del bienestar psicológico y la incidencia de algunas enfermedades; es decir que, en muestras de mujeres mayores, encontraron que aquellas con mayores niveles de propósito en la vida, más sensación de crecimiento personal y mejores relaciones interpersonales, presentaban un menor riesgo cardiovascular

(menores tasas de hemoglobina glucosilada, menor peso corporal, menores ratios cintura-cadera y tasas más elevadas de colesterol “bueno”) y una mejor regulación endocrina (menos niveles de cortisol a lo largo del día). Esto último podría confirmar aquella hipótesis que sostiene que a mejor nivel de bienestar psicológico (o mejor actitud hacia la vida con emociones positivas), menor será la predisposición que una persona tenga a desarrollar enfermedades o males orgánicos e incluso, en caso de tenerlos debido a otros factores, podrá también saberlos manejar y les serán menos afectante para dichas personas.

#### 2.7.3.3 Variables Comportamentales

1. Actividades de Ócio: Satorres comenta que actualmente se ha demostrado que el ocio es un factor de calidad de vida y un recurso de primera magnitud para estimular el desarrollo personal. En este sentido, el ocio está íntimamente relacionado con la percepción de felicidad, la implicación en los procesos vitales y el ajuste a las circunstancias vitales y se convierte en un contexto en el que las personas incrementan su autoaceptación, que es uno de los criterios centrales del bienestar psicológico.

Otro aspecto que destaca en cuanto a la relación entre las actividades de ocio y el bienestar psicológico es el hecho de que las actividades en general y la participación social en particular, son beneficiosas para el bienestar psicológico ya que ofrecen medios para adquirir apoyos de roles que sustentan o benefician el auto concepto. Agrega la referida autora que la participación

social puede ser una actividad gratificante que inyecta significado en la vida adulta. En consecuencia, la participación en actividades sociales, económicas, culturales, recreativas y de carácter voluntario será parte de esa participación social y contribuirán a aumentar y mantener el bienestar psicológico. Un ejemplo de ello para la presente muestra de estudio, es que el ocio cobra especial relevancia para el colectivo de personas mayores, ya que cuando la actividad inherente al trabajo o la maternidad/paternidad desaparecen o se reducen, queda mucho más tiempo libre y las actividades con las que éste se llena son las encargadas de proporcionar al sujeto nuevas referencias y significaciones.

Lo antes mencionado demuestra la utilidad que puede tener aquella hipótesis que destaca la importancia de saber utilizar el tiempo libre y que cuando una persona sabe darle a éste un carácter de productividad y sana recreación, entonces se estaría demostrando que dicha persona posee un adecuado nivel de bienestar psicológico y un mejor significado a su vida.

#### 2.7.4 Dimensiones del Bienestar Psicológico

En cuanto a las dimensiones del bienestar psicológico, Ryff (1995), propone un interesante modelo de seis dimensiones principales de dicho bienestar, siendo estas dimensiones las siguientes:

a) Autoaceptación: Se describe como una de las principales herramientas para seguir creciendo como personas, para sentir bienestar y comodidad consigo

mismo. Las personas que se aceptan como son, mantienen mejores relaciones positivas con los demás.

b) Relaciones con los demás: Para los autores mencionados, esta dimensión implica una forma más genuina de compartir con el otro y generar una relación que satisfaga a ambas partes, y la manifestación de disfrute de momentos de soledad.

c) Autonomía: Esta dimensión permite a la persona ser como es, sin necesidad de fingir ser alguien que no lo es sino más bien se alcanza la seguridad y libertad para desenvolverse de manera natural.

d) Alto Dominio del Entorno: Está referido a la sensación de seguridad que la persona tiene sobre el entorno en el que se desarrolla, en cual la persona se seguirá desarrollando por tanto debe proveer satisfacción, y la persona poseerá una sensación de control sobre el mundo y una capacidad de influir sobre el contexto que le rodea.

e) Propósito de Vida: Esta dimensión quiere decir que cuando una persona ha logrado aceptarse tal como es podrá mirar el interior y encontrar el sentido o propósito de vida. Significa que cada vez avanzará más y crecerá, considerando que el crecimiento es gradual.

f) Crecimiento Personal: Se refiere que el crecimiento personal permite buscar el equilibrio entre las necesidades y la satisfacción, se logra jerarquizar las necesidades y equilibrarlas con las propias así como con las exigencias del entorno. Además, hay una facilidad para aprender de cada experiencia vivida lo cual proporciona bienestar consigo mismo y con las personas que le rodean.

## 2.7.5 Teorías del Bienestar Psicológico

Existen algunas teorías que explican el bienestar psicológico, la mayoría de las cuales confluyen en la importancia de las fortalezas, de algunas capacidades o competencias como la adaptabilidad y de determinadas emociones favorables que deben tener las personas para que se desenvuelvan mejor, sean más productivas y tengan una mejor calidad de vida, lo cual es aplicable en la práctica laboral. En este sentido, se señalarán por un lado, algunas de las teorías analizadas por Vásquez y Hervás (2008), y por otra parte, se indicarán las teorías revisadas por Castro (2010).

En el primer caso Vásquez y Hervás (2008), mencionan, entre otras, las siguientes teorías sobre el bienestar psicológico:

### 2.7.5.1 El Modelo de Jahoda

El enfoque de María Jahoda tiene su origen en 1958 y se centra en la salud mental del individuo, asumiendo a necesidad de tener en cuenta aspectos de salud física y aspectos sociales, aunque su aproximación no haga desarrollos específicos en este sentido. Este enfoque nos plantea que tener una buena salud física es una condición necesaria aunque no suficiente para tener una buena salud mental. Uno de los aspectos interesantes del modelo de Jahoda es que expuso una serie de criterios (más racionales y teóricos que derivados de investigaciones empíricas) que podrían caracterizar un estado de salud mental positiva. Detallaremos algunos de estos criterios son equivalentes o similares a las dimensiones del bienestar psicológico anteriormente descritos. Vásquez y Hervás (2008, p.7)

- a) Actitudes hacia sí mismo: Conformado por: accesibilidad del yo a la conciencia, concordancia yo real-yo ideal, sentimientos hacia uno mismo (autoestima) y sentido de identidad (sense of identity).
- b) Crecimiento, Desarrollo y Actualización: Integrado por: la motivación general hacia la vida y la implicación en la vida.
- c) Integración: Compuesto por: el equilibrio de las fuerzas psíquicas (equilibrio entre el ello, el yo y el superyó o entre los fenómenos psíquicos conscientes, preconscientes e inconscientes), la visión integral de la vida y por la resistencia al estrés.
- d) Autonomía: Lo integran: la autorregulación y la conducta independiente.
- e) Percepción de *la realidad*: Conformado por: la percepción no distorsionada y la empatía o sensibilidad social.
- f) Control Ambiental: Lo conforman: capacidad de amar, adecuación en el amor, el trabajo y el juego, adecuación en las relaciones interpersonales, eficiencia en el manejo de demandas situacionales, capacidad de adaptación y ajuste, eficiencia en resolución de problemas.

Estos criterios con sus respectivas características deben ser considerados como requisitos, competencias o aspectos personales que debe tener todo trabajador(a) en una organización, como por ejemplo, la capacidad de adaptación y ajuste y la capacidad de resolución de problemas (que son parte del control ambiental), pues se sabe que en la actualidad es muy importante y necesario que los colaboradores o trabajadores se sepan adaptar a cualquier circunstancia, requerimiento o área de trabajo, así como también que tengan la habilidad para saber resolver un problema o imprevisto. (Vásquez y Hervás 2008, p.8)

#### 2.7.5.2 La Teoría de la Autodeterminación

Los autores Deci y Ryan en el año 2000 han desarrollado su propia teoría basada en los principios humanistas: La Teoría de la autodeterminación. Sus planteamientos se basan en una de las premisas básicas del humanismo, manifestada por Carl Rogers: el bienestar es fundamentalmente la consecuencia de un funcionamiento psicológico óptimo y no tanto de la frecuencia de experiencias placenteras.

La Teoría de la autodeterminación afirma, entre otros muchos enunciados, que el funcionamiento psicológico sano implica: a) Una adecuada satisfacción de las necesidades psicológicas básicas (vinculación, competencia y autonomía); b) Un sistema de metas congruente y coherente; es decir, que las metas deben ser mejor intrínsecas que extrínsecas, coherentes con los propios intereses y valores así como con las citadas necesidades psicológicas básicas, y coherentes entre sí. Según esta teoría, las necesidades básicas de vinculación, competencia y autonomía serían los nutrientes básicos e innatos esenciales para el bienestar psicológico.

Al igual que las teorías cognitivas sostienen que experiencias negativas tempranas pueden tener un papel importante en el desarrollo de esquemas cognitivos disfuncionales, Deci y Ryan Deci, (2000), proponen que la experiencia temprana de privación en una o varias de estas áreas básicas puede generar la aparición de necesidades sustitutas o motivos compensatorios, tales como el deseo de admiración o de dominación. La función de éstas sería reducir la sensación de insatisfacción generada por las carencias en la satisfacción de las necesidades básicas.

### 2.7.5.3 Modelo de Bienestar Psicológico de Sánchez-Cánovas

Para el desarrollo de este punto se ha considerado el planteamiento que realiza Salas (2010), quien toma en cuenta a su vez el punto de vista de algunos autores, especialmente el de Sánchez-Cánovas (autor del instrumento evaluativo sobre el bienestar psicológico en el presente trabajo). En este sentido, se menciona en primer lugar, que las concepciones del bienestar se agrupan en tres categorías que son: la satisfacción con la vida, la preponderancia de los sentimientos o afectos positivos sobre los negativos y la posesión de cualidades con un sistema particular de valores. Sin embargo, se le da mayor énfasis al constructo felicidad, considerada como el predominio de sentimientos agradables en un período prolongado y se le da también importancia a la relación que existe entre felicidad y bienestar como conceptos íntimamente ligados y relacionados con la salud, trabajo satisfactorio, vida amorosa afectiva y familiar, amistad, posibilidad de desarrollar aficiones, buena situación económica y bienestar psicológico y emocional, que son variables sobre las cuales Sánchez-Cánovas se apoya para evaluar el bienestar psicológico.

Salas (2010), señala que Sánchez-Cánovas distingue entre el bienestar/felicidad y afectividad positiva y negativa pero los integra dentro la evaluación que realiza del Bienestar Psicológico. En esta propuesta integra diferentes factores que en su conjunto dan por resultado el Bienestar Psicológico como un constructo global que incluye aspectos materiales referidos al bienestar material y por otra parte al psicológico que corresponde al bienestar subjetivo. De acuerdo a ello, se

describirán seguidamente cada de una las dimensiones del modelo de bienestar psicológico que propone Sánchez Cánovas, J.; 2007.

### 1. El Bienestar Subjetivo

Está compuesto de tres componentes; uno cognitivo que es la satisfacción con la vida, y dos afectivos que son la afectividad positiva y la afectividad negativa también reconocidos como bienestar-malestar. La satisfacción es concebida como una valoración subjetiva por parte del evaluado refiriéndose al propio estado de la persona, el mismo puede evaluar la propia satisfacción en función de una comparación con su vida pasada, el estado de otros o un hipotético estado. Dicho autor agrega que el Bienestar Subjetivo corresponde a una etapa concreta vital que ésta atravesando el sujeto en cuestión (adolescencia, juventud, edad mediana, senectud, etc.). Algunos afectos positivos del bienestar subjetivo son por ejemplo: la alegría, la euforia y la satisfacción; correspondientemente su satisfacción de la vida de cada uno de dichos afectos son: el deseo de cambiar la vida, la satisfacción con la vida actual y la satisfacción con el pasado; mientras que sus dominios de satisfacción son respectivamente: el trabajo, la familia y el ocio. (Sánchez Cánovas, J.; 2007, p.10)

### 2. Bienestar Material

Sánchez-Cánovas sostiene que el Bienestar Material se basa, generalmente, en los ingresos económicos, posesiones materiales cuantificables y otros índices semejantes, este bienestar material es según la percepción subjetiva de cada persona y no según índices externos. De esta manera existe una congruencia total con las otras áreas consideradas en el Bienestar Psicológico. Asimismo, se resalta en esta dimensión que el factor económico en cuanto al incremento salarial es

importante pero no determina el nivel de bienestar, crea una elevación a corto plazo, pero no una alteración a largo plazo, en el nivel de bienestar o felicidad. En otro caso cuando se le rechaza a un trabajador el aumento salarial genera una reacción inmediata de infelicidad, frecuentemente mezclada con rabia y resentimiento, pero no altera significativamente las características individuales de bienestar y felicidad. La adaptación dinámica explicaría la estabilidad de la felicidad. (Sánchez Cánovas, J.; 2007, p.10)

### 3. Bienestar Laboral

En cuanto a esta dimensión Sánchez-Cánovas sostiene que el bienestar laboral es una respuesta afectiva emocional positiva hacia el trabajo en general o hacia una faceta del mismo. Se trata de una percepción subjetiva de las experiencias laborales de la persona, considerando la satisfacción como un concepto multidimensional. También el autor considera que el bienestar o satisfacción laboral guarda una estrecha relación con la satisfacción general, unida a la del matrimonio y la familia. (Sánchez Cánovas, J.; 2007, p.10)

Por otra parte, se refiere que en relación con los estereotipos en muchas de nuestras sociedades, todavía se considera que el estatus social de las mujeres está relacionado con su papel como esposas. Los estereotipos que durante largo tiempo han dominado son dos: a) el “lugar” normal de la mujer está en el hogar y b) el “destino” normal de la mujer es la maternidad, aunque, según Sánchez-Cánovas, estos estereotipos van perdiendo vigencia, pero no han desaparecido todavía. Asimismo, algunos estudios han encontrado como principales fuentes de insatisfacción laboral: el bajo salario, la desigualdad entre hombres y mujeres en cuanto al puesto de trabajo, la dificultad que tienen las mujeres para conseguir el trabajo que desean y el hecho de que las mujeres no tengan las mismas posibilidades de ascenso que los hombres, aunque también este panorama está

poco a poco cambiando a ser más equitativo en algunos sectores de nuestra sociedad. (Sánchez Cánovas, J.; 2007, p.11)

#### 4. Bienestar de la Relación con la Pareja

En esta parte se menciona que la mayor parte de estudios considera que las relaciones satisfactorias entre los miembros de una pareja son uno de los componentes importantes del bienestar general, de la felicidad. Los estudios sobre las relaciones entre esposos se han centrado primordialmente en el concepto de ajuste conyugal (término que ya se definió anteriormente).

Igualmente, se ha señalado que las personas casadas o unidas consensualmente de ambos sexos reportan mayores niveles de felicidad que aquellas que nunca han estado casadas o unidas, las divorciadas, las viudas o las separadas. Asimismo, Salas, tomando en cuenta el planteamiento de otros autores, también refiere que cuando la vida en pareja esta provista de una adecuada comunicación, provee a los miembros de interacciones sociales significativas y un nivel de apoyo material, emocional, económico, instrumental o de información, que generalmente modula su relación con el medio. En consecuencia, los efectos de las relaciones matrimoniales conflictivas no sólo se evidencian en los reportes de bienestar subjetivo de los miembros de la pareja, sino en los de los niños provenientes de dichos hogares. (Sánchez Cánovas, J.; 2007, p.11)

### 2.8 Depresión y Bienestar Psicológico: naturaleza de la relación e importancia en el adulto mayor

“Para entender mejor la dinámica y naturaleza de la relación que existe entre la Depresión y el Bienestar Psicológico se debe partir de una afirmación en la cual coinciden

varios especialistas sobre el tema: la depresión es la principal causa de deterioro en el bienestar psicológico en el mundo”. (Álvaro, Garrido y Schweiger, 2010, p. 334)

Esta expresión conlleva a pensar que existe una relación de causalidad donde la depresión conlleva a que el bienestar psicológico de la persona se vea afectado, como puede ser en el caso del adulto mayor, o mejor dicho aún, la ausencia o escasa presencia de síntomas depresivos posibilitará la mayor presencia de bienestar psicológico en el adulto mayor y en toda persona en general. Otros autores como Vásquez, Hervás y Ho, (2006), prefieren evaluar la depresión no sólo en base a la presencia de emociones negativas (tristeza, culpa, falta de relaciones sociales, etc.) sino también en función a las emociones positivas (placer, disfrute, alegría, bienestar), puesto que consideran que la depresión se caracteriza principalmente por una ausencia de placer (anhedonia), siendo este placer un componente del bienestar psicológico.

Desde un punto de vista de intervención, Vásquez, Hervás y Ho (2006) también consideran que la relación entre depresión y bienestar psicológico, se puede apreciar en el sentido de que la combinación de terapia cognitivo-conductual más terapia del bienestar previene las recaídas en mayor grado que el cuidado clínico habitual en pacientes depresivos. Dichos autores señalan igualmente que tener en cuenta los aspectos positivos, diferenciada e independientemente de los negativos, va a ser una tarea importante para la Psicología y, en aún mayor medida, para la Psicología Clínica y de la Salud. Distinguir, aunque sea de modo general, emociones positivas y negativas puede ayudar a comprender mejor el

funcionamiento humano y sus problemas. A ello agregan que sin duda alguna, la depresión es probablemente el problema psicológico en el que mejor encajan las intervenciones positivas.

Siguiendo con este enfoque de intervención, para entender la dinámica entre en depresión y bienestar psicológico, es importante mencionar el trabajo realizado por Seligman *et al.* (2005) que bien podría ser utilizado o aplicado también en los adultos mayores (para mejorar su estado de bienestar y reducir o superar el nivel de depresión que puedan tener). Este trabajo de Seligman evaluó la eficacia de cinco ejercicios positivos diferentes con el objetivo de incrementar niveles de bienestar y reducir la sintomatología depresiva. Los cinco ejercicios positivos incluían: a) escribir una carta de agradecimiento a una persona importante en la vida del participante y compartirla con él; b) escribir una vez al día durante una semana tres cosas positivas dignas de agradecer y sus causas; c) escribir recuerdos sobre una época en la que el participante mostrara sus mejores características y leerla cada noche durante una semana con el objetivo de reflexionar sobre las fortalezas presentes; d) realizar un cuestionario sobre fortalezas para así poder identificar las más salientes; e) realizar ese mismo cuestionario de fortalezas y reflexionar sobre nuevas formas de usar en la vida cotidiana las fortalezas principales de la persona. Los resultados mostraron por ejemplo, que los ejercicios que no parecían eficaces justo en el momento de terminar la intervención (agradecer tres hechos positivos al día, aplicar las fortalezas personales en otras áreas), generaron aumentos significativos en bienestar tras el periodo de seguimiento de 6 meses.

## 2.9 HIPÓTESIS

Para el desarrollo de la presente investigación se plantean las siguientes hipótesis:

### 2.9.1. Hipótesis General

Hi: Existe relación significativa entre la Depresión y el Bienestar Psicológico en los Adultos Mayores del CAM de la Clínica ANCIJE – EsSalud.

Ho: No existe relación significativa en Depresión y Bienestar Psicológico en los Adultos Mayores del CAM de la Clínica ANCIJE – EsSalud

### 2.9.2 Hipótesis Específicas

H1: Existe relación significativa entre la Depresión y las sub escalas del Bienestar Psicológico.

Ho: No existe relación significativa entre la Depresión y las sub escalas del Bienestar Psicológico.

## CAPÍTULO III

### MÉTODO

#### 3. Tipo de Investigación

El estudio es del tipo No Experimental, porque: “Es un estudio que se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (Hernández *et al.*, 2010, p.149).

##### 3.1 Diseño de Investigación

Esta investigación es Descriptivo - Correlacional, porque: “Describe relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.155).

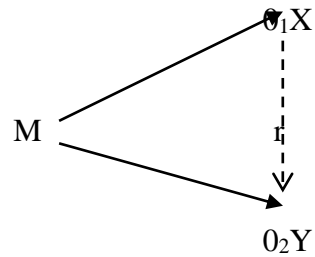
Asimismo, la investigación descriptiva trata de describir sistemáticamente con situaciones comunes, sujetos, individuos, grupos de individuos tal como se dan.

No se limita a la simple recolección de datos pues su objetivo es la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

Es correlacional, pues trata de conocer qué grado de relación existe entre estas dos variables.

Su diseño es Transversal porque las mediciones se perciben en un determinado momento (Hernández., Fernández y Baptista, 2010)

Gráficamente se denota:



Dónde:

M : Muestra de Estudio  
X, Y : Variables de Estudio  
O<sub>1</sub> O<sub>2</sub> : Toma de datos  
r : Correlación

### 3.2 Estrategia de prueba de hipótesis

Para la presente investigación se hizo uso de los estadísticos de medida de tendencia central para responder a los objetivos descriptivos que se plantearon, haciendo uso de frecuencia, porcentajes, medias, desviación estándar, según los objetivos.

Asimismo, para contrastar las hipótesis planteadas se hizo uso del estadístico chi cuadrado de Pearson, éste se dará a un nivel de significancia de 0.05. Esto nos ayudará a aceptar o rechazar las hipótesis planteadas anteriormente.

### 3.3 Variables

#### 3.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición
Depresión	Estado psicopatológico de los pacientes donde suelen distorsionar sus conceptualizaciones de tal modo que ajustan la realidad a fuertes esquemas inadecuados, los cuales se van haciendo más activos y son evocados por un número cada vez mayor de estímulos, que a su vez producen que el paciente pierda gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y se torne incapaz de acudir a otros esquemas más	Determinados por el Inventario de Depresión de Beck que comprende 5 Áreas de Evaluación: Afectiva, Motivacional, Cognitiva, Conductual y Área Física.		Intervalo

	adecuados.(Beck 1983)			
<b>Bienestar Psicológico</b>	Sentido de felicidad o bienestar o percepción subjetiva de la propia vida, tomando en cuenta cuatro aspectos generales como: bienestar psicológico subjetivo, bienestar material, bienestar laboral, y bienestar en la relación de pareja.	Determinados por la Escala de Escala de Bienestar Psicológico de Sánchez-Cánovas que comprende cuatro subescalas: Subescala de -Bienestar Psicológico Subjetivo - Subescala de Bienestar Material - Subescala de Bienestar Laboral - Subescala de Relaciones con la Pareja	Sub- escalas: -Bienestar Psicológico Subjetivo -Bienestar Material -Bienestar laboral -Relaciones de Pareja.	

### 3.4 Población

#### 3.4.1 Población, muestra y muestreo

#### 3.4.2 Población

La población considerada para el presente trabajo de investigación son 60 adultos mayores varones y mujeres que se encuentran con más de un año de convivencia ambulatoria, que participan de las reuniones o actividades grupales de salud y

atención social: paseos, charlas, etc., asistiendo a la clínica ANCIJE-EsSalud, éstas personas están comprendidas entre los 65 y 85 años de edad y su nivel cultural corresponde a profesores jubilados de educación primaria y secundaria.

### 3.5 Muestra

La muestra está conformada por 30 adultos mayores varones y mujeres, entre 65 y 85 años de edad, jubilados del magisterio de instituciones educativas particulares y estatales de Lima y provincias, que pertenecen al Centro del Adulto Mayor de la Clínica Ancije en el Cercado de Lima. Se presenta la fórmula utilizada Pardo, A. y San Martín, R. (1988)

$$n = \frac{N z^2 a^2 P (1 - P)}{(N-1)e^2 - z^2 a^2 P (1 - P)}$$

Donde

$Z_{\alpha/2}$ : z correspondiente al nivel de confianza elegido

P : proporción

e : error permisible

N : tamaño de la población

Muestreo: El tipo de muestreo a considerar en esta investigación corresponderá al muestreo no probabilístico intencional.

**Tabla No 1: Distribución de la muestra**

<b>CAM Clínica Ancije EsSalud</b>	<b>Población</b>	<b>Muestra</b>
Sexo femenino	45	22
Sexo masculino	15	8
<b>TOTAL</b>	60	30

1) Criterios de Inclusión

1. Personas adultos mayores de ambos sexos comprendidos entre 65 y 85 años de edad.
2. Adultos mayores de ambos sexos que se atienden en el CAM de la Clínica ANCIJE-EsSalud del distrito de Lima, de ambos sexos que participan de actividades grupales de salud y atención social: paseos, charlas, reuniones festivas, etc., con más de un año de convivencia ambulatoria.
3. Personas adultos mayores de ambos sexos que no tienen limitaciones físicas u orgánicas severas (se desplazan por sí mismo y pueden ver y oír).
4. Adultos mayores de ambos sexos que saben leer y que entienden o comprenden lo que se les indica y lo que ocurre en su entorno.

## 2) Criterios de exclusión:

1. Personas adultos mayores de ambos sexos que no pertenezcan al CAM de la Clínica ANCIJE-EsSalud del distrito de Lima.
2. Adultos mayores de ambos sexos que tienen severas limitaciones físicas y cognitivas (no pueden oír ni ver adecuadamente, que no pueden desplazarse por sí solos y que no pueden comprender o entender lo que se les indica y lo que ocurre a su alrededor).
3. Adultos mayores de ambos sexos que no desean ser evaluados.

## 3.6 Técnicas de investigación

### 3.6.1 Técnicas

Para la presente investigación se utilizó las técnicas de recolección de datos, son por un lado, la técnica de la Encuesta, suelen así denominarse encuestas de muestreo. (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010)

### 3.6.2 Instrumentos de recolección de datos

En este estudio se utilizarán: el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Bienestar Psicológico de Sánchez-Cánovas, los cuales se aplicarán para la respectiva recolección de datos.

### 3.6.2.1 Inventario de Depresión de Beck

El inventario está conformado por 21 categorías de síntomas o actitudes, con dos alternativas de respuestas, cada ítem presenta una puntuación que va desde cero (0) a tres (3). Mide síntomas integrales de la depresión calificados en 5 Áreas de Evaluación: Afectiva, Motivacional, Cognitiva, Conductual y Área Física. Su tiempo de Aplicación por lo general requiere de 15 minutos y la administración puede ser individual o grupal.

Respecto a la Validez del test original encontramos que en el manual se hace referencia a los estudios de Conde, y Useros (1974), presentados en el III Congreso de Evaluación Psicológica de Barcelona.

Según el manual Inventario de Depresión de Beck, versión corregida o versión de 1978 (BDI) en pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6). Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad 100 %, especificidad 99 %, valor predictivo positivo 0.72 y valor predictivo negativo 1.

En relación a la Confiabilidad del test, señala que sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de  $r = 0,8$ , pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración. Las

estimaciones de la confiabilidad están en relación al respecto que se asume como causante de error de medición, es por ello que encontramos los siguientes tipos de confiabilidad:

- a. Estabilidad y Consistencia de los puntajes a través del tiempo.
- b. Equivalencia y Consistencia en los puntajes en dos formas equivalentes de la prueba.
- c. Consistencia interna.

En el Perú, Novara, Sotillo y Warthon (1983), estandarizaron y validaron el Inventario de Depresión de Beck (IDB) en 178 pacientes, acudían a consulta externa del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Conformaron cuatro subgrupos: pacientes con depresión, con trastornos psiquiátricos, con trastornos de ansiedad y sin trastorno mental. La validez concurrente arrojó una correlación de 0,75 entre los puntajes alcanzados en el IDB y la entrevista psiquiátrica. Ugarriza (1998), en una investigación con el inventario de depresión de Beck en alumnos universitarios de Lima de los primeros ciclos, halló que el 40,5 % de 1.502 estudiantes de una universidad estatal, presentaban una depresión leve, lo que sin duda es causa de preocupación. Son pocos los instrumentos especialmente diseñados para la evaluación de la depresión infantil, sin embargo, sólo se tiene referencias de la estandarización realizada por Reátegui (1994) con Children's Depresión Inventory (CDI), de Kovacs, con el fin de obtener el título de licenciada en psicología en la Universidad Peruana Cayetano Heredia y que es utilizado en algunos centros de salud. La muestra escolar estuvo conformada por tres grupos de niños normales

de tres niveles socioeconómicos (n=570) entre 8 y 14 años, y un grupo de escolares con problemas de aprendizaje (n=30) entre 7 y 15 años. Los estudios de validez indicaron que el CDI adaptado discriminaba entre el grupo depresivo y los grupos escolares.

Además, según el análisis discriminante, se determinó que algunos ítems tienen mayor potencia discriminativa. Sin embargo, las diferencias entre el grupo clínico con otros diagnósticos y el grupo escolar del mismo nivel socioeconómico no fueron significativas. Las correlaciones con otras medidas de depresión, de autoconcepto, personalidad y rendimiento escolar, indicaron una sólida validez concurrente. El análisis factorial demostró una composición multifactorial para las dos muestras.

Las correlaciones ítem-test fueron significativas, así como el coeficiente de confiabilidad, reflejando buena consistencia interna y confiabilidad test-retest.

Por otro lado, las investigaciones que hacen alusión al tema de la depresión en el Perú son, en su mayoría, tesis que sustentan casos clínicos. Los estudios de las características psicométricas de las pruebas que miden depresión, así como otro tipo de investigaciones al respecto no han tenido mucha cabida en nuestro país hasta el momento.

Asimismo, de acuerdo al manual del Inventario de Depresión de Beck (2007), las puntuaciones medias correspondientes a la distinta gravedad de la Depresión son: Depresión Ausente o Mínima (si el puntaje es menor de 10), Depresión Leve (si el puntaje está ubicado entre 11 y 19), Depresión Moderada (si el puntaje está

ubicado entre 20 – 38) y Depresión Grave (si el puntaje es mayor de 39), y las áreas que mide el Inventario de Depresión de Beck, con sus respectivos indicadores, son las siguientes: Área Afectiva (Tristeza, Sentimientos de Culpa, Predisposición para el llanto, Irritabilidad); Área Motivacional (Insatisfacción e Ideas Suicidas); Área Cognitiva (Pesimismo Frente al futuro, Sensación de Fracaso, Expectativa de Castigo, Auto disgusto, Indecisión, Auto imagen deformada, Preocupaciones Somáticas, Auto acusaciones); Área Conductual (Alejamiento Social, Retardo para trabajar, Fatigabilidad); y, Área Física (Pérdida de Sueño, Pérdida de apetito, Pérdida de peso, Pérdida del deseo sexual).

### 3.6.2.2 Escala de Bienestar Psicológico

La Escala de Bienestar Psicológico EBP, fue elaborada por José Sánchez-Cánovas, en 1998. Su aplicación puede ser individual o colectiva, para adolescentes y adultos de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 17 y los 90 años.

La Escala de Bienestar Psicológico fue validada en nuestro medio con estudiantes universitarios utilizando la versión de la prueba de 84 ítems y, adaptada a través de una traducción y validación semántica (Cubas, 2003). Esta escala fue sometida a un análisis factorial que encontró un factor que agrupa a las 6 subescalas del instrumento que explican el 64.1% de la varianza. El índice de consistencia interna, logrado a través del análisis ítems – test corregido obtuvo una correlación superior a 0.50. Con respecto a la confiabilidad, se halló un índice Alpha de

Cronbach de .89 para toda la prueba. Las subescalas también alcanzaron un índice significativo de confiabilidad de Alpha de Cronbach de .79 para autonomía; .80 para relaciones positivas con otros, .80 para dominio del ambiente, .78 para crecimiento personal, .82 para sentido de vida y .87 para autoaceptación (Cubas, 2003).

La Escala de Bienestar Psicológico consta de 65 Ítems, con valoraciones que van desde 1 a 5. En un principio, se incluyó dentro de la escala el Inventario de Felicidad de Oxford. Posteriormente, se separaron ambos cuestionarios. Los Ítems fueron redactados específicamente por el equipo de investigación teniendo en cuenta los datos aportados por el propio estudio. Algunos autores distinguen entre dos medidas del bienestar psicológico: la una, propiamente psicológica; la otra, referida al bienestar material, señalada en el citado manual de bienestar psicológico.

Con objeto de lograr una mayor especificación se añadieron también 10 ítems referidos al bienestar laboral y 15 a las relaciones de pareja como integrantes de la Escala total. De este modo, se han diferenciado 4 subescalas: Bienestar Psicológico Subjetivo, Bienestar Material, Bienestar Laboral y Relaciones con la Pareja. Dichas áreas serán descritas más adelante. De acuerdo a la literatura sobre el presente instrumento, vale agregar que la Escala de Bienestar Psicológica fue adaptada a nuestro medio por Carlos Ponce en el año 2006, pero recientemente, en el presente año 2016, ha sido estandarizada por Franclín Guillén, en una investigación realizada con estudiantes de dos universidades (pública y privada) de la ciudad de Lima.

En cuanto a la validez, cabe mencionar en primer lugar que el autor sostiene que esta escala se refiere a la felicidad, teniendo entre sus ítems los correspondientes al Inventario de Felicidad de Oxford elaborada por Argyle en 1989, desarrollándose posteriormente ítems específicos por Sánchez Cánovas y su equipo. El trabajo psicométrico llevó a determinar la validez del constructo utilizando la estrategia de criterio concurrente del constructo planteado; se realizó un estudio comparativo con los resultados de otros instrumentos que tratan de apreciar variables que hipotéticamente evalúan constructos análogos al que intenta medir la escala de Bienestar Psicológico. En ese sentido se consideró el Inventario de Felicidad de Oxford, como una medida del Bienestar Subjetivo (Salas, 2010).

De acuerdo a ello, la validez del instrumento se caracteriza porque la correlación con este inventario es muy alta y significativa (0,899). Satisfacción con la vida también una medida de Bienestar Psicológico; la correlación es más moderada, pero también significativa (0,451). El resto de cuestionarios de Bienestar mantienen con estas dos variables, Felicidad y Satisfacción con la vida, correlaciones moderadas pero, igualmente significativas. También se observa que, aunque moderadamente, todas las escalas se asocian en el sentido esperado con el Afecto Positivo y Negativo. En general, el test cuenta con Validez de Criterio concurrente (Salas, 2010).

Respecto a la confiabilidad, se llevaron a cabo una serie de análisis reportándose consistencia interna coeficientes Alfa de Cronbach en las sub-escalas: Bienestar Subjetivo (0,953), Bienestar Laboral (0,873), Bienestar Material (0,907) y

Relaciones de pareja (0,870). En general, en la confiabilidad del instrumento EBP original se reportan coeficientes de consistencia interna alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) entre 0.941 y 0.886 puntos.

La Escala de Bienestar Psicológico consta de las siguientes dimensiones o sub escalas:

#### A. Sub escala de Bienestar Subjetivo

La escala denominada "Bienestar Psicológico" se refiere a la felicidad, mientras que la rotulada "Afecto" incluye la afectividad positiva y negativa. La escala tiene el sentido de la felicidad o bienestar, es decir, a mayor puntuación mayor percepción subjetiva de bienestar. Las instrucciones subrayan que se explora la etapa concreta vital que está atravesando el sujeto en cuestión (adolescencia, juventud, edad mediana, senectud, etc.).

#### B. Sub escala de Bienestar Material

Los cuestionarios de Bienestar Material se basan, generalmente, en los ingresos económicos, posesiones materiales cuantificables y otros índices semejantes. En la escala que aquí se presenta se han incluido 10 Ítems relativos al bienestar material, pero al bienestar material según la percepción subjetiva de cada persona y no según índices externos.

#### C. Sub escala de Bienestar Laboral

El bienestar o satisfacción laboral guarda una estrecha relación con la satisfacción general, unida a la del matrimonio y la familia. Algunos autores han descubierto

que si la felicidad matrimonial era la mayor fuente de felicidad, la insatisfacción laboral era la causa mayor de infelicidad. Teniendo en cuenta estos datos, se concluye que la satisfacción laboral es una fuente más importante de insatisfacción y preocupaciones que de satisfacción.

#### D. Sub escala de Relaciones con la Pareja

La mayor parte de estudios consideran que las relaciones satisfactorias entre los miembros de una pareja son uno de los componentes importantes del bienestar general, de la felicidad. Los estudios sobre las relaciones entre esposos se han centrado primordialmente en el concepto de ajuste conyugal. Algunos autores definieron el ajuste conyugal como la "acomodación mutua del esposo y la esposa en una etapa concreta".

#### 3.6.3 Procesamiento y análisis de Datos

Para el análisis de la información, procesamiento y presentación de datos, se ha utilizado, los estadígrafos pertinentes y las medidas estadísticas correspondientes. Para el análisis de los datos que se recolectaron se elaboró una base de datos utilizando el programa estadístico.

Estadística descriptiva: Se hizo uso para determinar el cálculo de las frecuencias descriptivas en base a los datos obtenidos en la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, considerando el nivel propuesto en el objetivo del estudio.

Prueba de hipótesis: De los procedimientos establecidos se utilizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov.

## CAPÍTULO IV

### PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Contrastación de Hipótesis

Existe relación significativa entre la Depresión y el Bienestar Psicológico en los Adultos Mayores del CAM de la Clínica ANCIJE – EsSalud.

#### 4.2 Prueba de Hipótesis general

Hi: Existe relación significativa entre la Depresión y el Bienestar Psicológico en los Adultos Mayores del CAM de la Clínica ANCIJE – EsSalud.

Ho: No existe relación significativa en Depresión y Bienestar Psicológico en los Adultos Mayores del CAM de la Clínica ANCIJE – EsSalud.

#### 4.3 Análisis e Interpretación

Este capítulo nos dará a conocer los resultados de la presente investigación, de acuerdo a los objetivos planteados:

Bienestar Psicológico	Depresión	
	r	P
	- 0. 631**	0. 000

Como se observa en la tabla 1 existe una relación negativa y altamente significativa ( $r = -0,631$ ,  $p < 0.01$ ) entre el bienestar psicológico y la depresión, lo que nos indica que a un mayor bienestar psicológico, la presencia de depresión será menor.

**Tabla 2**  
Correlación entre las sub-escalas del bienestar psicológico y depresión

	<b>Depresión</b>	
	<b>R</b>	<b>P</b>
Bienestar Subjetivo	- 0. 498**	0. 005
Bienestar Material	- 0. 467**	0. 009
Bienestar Laboral	- 0. 532**	0. 002
Relaciones con la pareja	- 0. 605**	0. 000

Como se muestra en la tabla 2, las correlaciones entre la depresión y las sub-escalas del bienestar psicológico, son negativas y altamente significativas: bienestar subjetivo ( $r = -0,498$ ,  $p < 0.01$ ); bienestar material ( $r = -0,467$ ,  $p < 0.01$ ); bienestar laboral ( $r = -0,532$ ,  $p < 0.01$ ) y relaciones con la pareja ( $r = -0,605$ ,  $p < 0.01$ ); lo que nos indican que a mayor depresión, el bienestar subjetivo, bienestar material, bienestar laboral y las relaciones con la pareja serán menos satisfactorias para la persona.

**Tabla 3**  
Niveles de depresión en adultos mayores

<b>Niveles de Depresión</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
No Depresión	11	36%
Depresión Leve	14	47%
Depresión Moderada	5	17%
<b>Total</b>	30	100%

La tabla 3, nos muestra que el 47% de la población estudiada se ubica en el nivel de depresión leve, seguido de un 36% que no presenta depresión. Sin embargo existe un 17% que se ubica en un nivel moderado. (Figura 1)

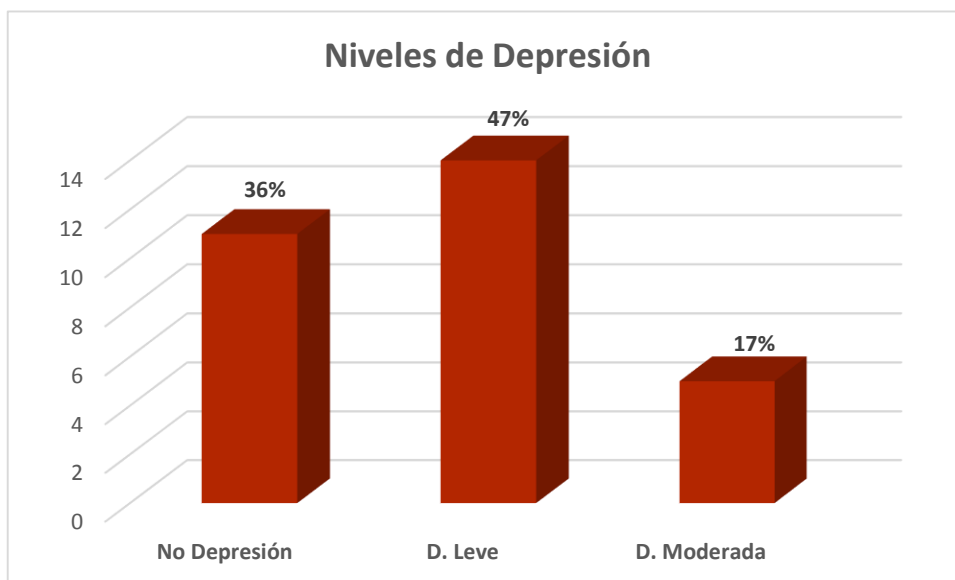


Figura 1. Niveles de depresión en adultos mayores

Tabla 4  
Niveles del bienestar psicológico en adultos mayores

Niveles de Bienestar Psicológico	n	%
Muy Bajo	2	7%
Bajo	5	16%
Promedio	9	30%
Alto	6	20%
Muy Alto	8	27%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

La tabla 4, nos indica la distribución de la población estudiada, en referencia al bienestar psicológico. El 30% de los encuestados se ubican en el nivel promedio, seguido del 27% que se encuentran en el nivel muy alto. El 20% está ubicado en el nivel alto. Asimismo, el 16% y 7% se encuentran dentro de los niveles bajo y muy bajo respectivamente. (Figura 2).

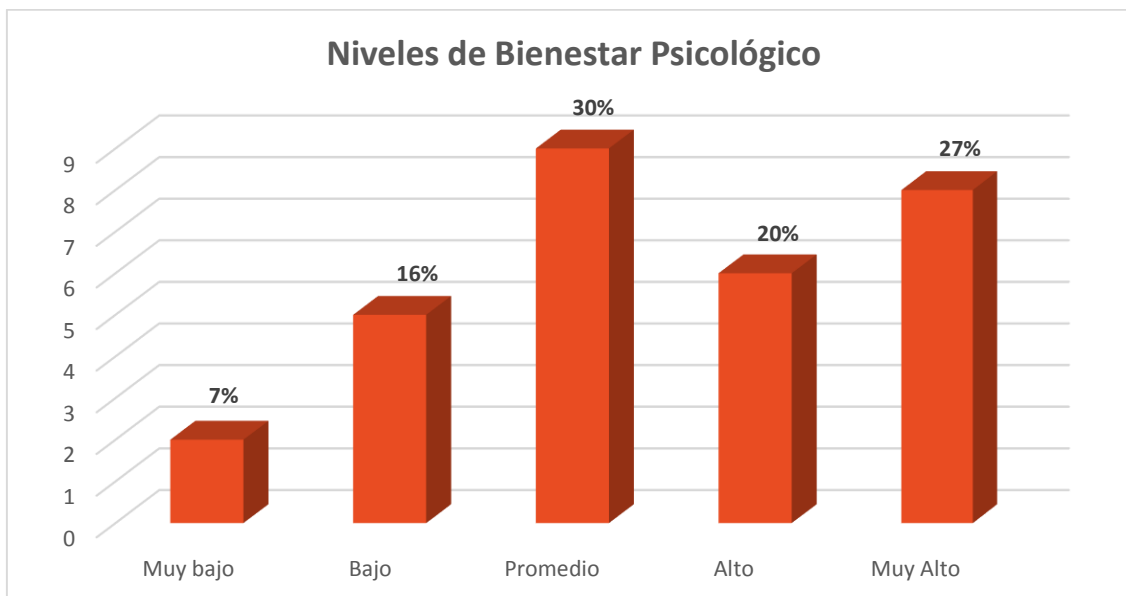


Figura 2. Niveles del bienestar psicológico en adultos mayores

**Tabla 5**

Niveles de la sub-escala Bienestar Subjetivo en adultos mayores

Niveles de Bienestar Subjetivo	n	%
Bajo	1	3%
Promedio	8	27%
Alto	14	47%
Muy Alto	7	23%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

En cuanto a la tabla 5, ésta nos indica los niveles de la sub-escala bienestar subjetivo, siendo ubicada el 47% de la población estudiada en el nivel alto, seguida del 27% en el nivel promedio. Así mismo, el 23% se encuentra en el nivel muy alto. Mientras que el 3% se ubica en el nivel bajo. (Figura 3).

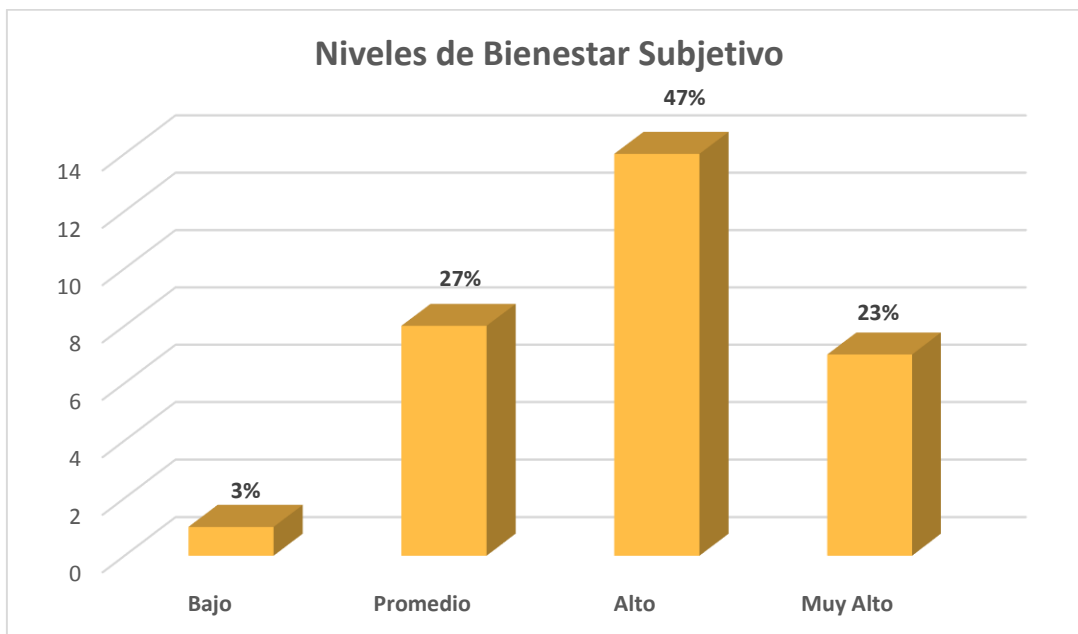


Figura 3. Niveles de la sub-escala bienestar subjetivo en adultos mayores

Tabla 6  
Niveles de la sub-escala Bienestar Material en adultos mayores

Niveles de Bienestar Material	n	%
Muy Bajo	1	3%
Bajo	2	7%
Promedio	3	10%
Alto	10	33%
Muy Alto	14	47%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Observamos en la tabla 6, los niveles de la sub-escala bienestar material, donde los niveles muy alto y alto están representados por el 47% y 33% respectivamente. El 10% de la población se encuentra en el nivel promedio. Por otro lado, el 7% y 3% de las personas encuestadas están ubicadas en los niveles bajo y muy bajo respectivamente. (Figura 4).

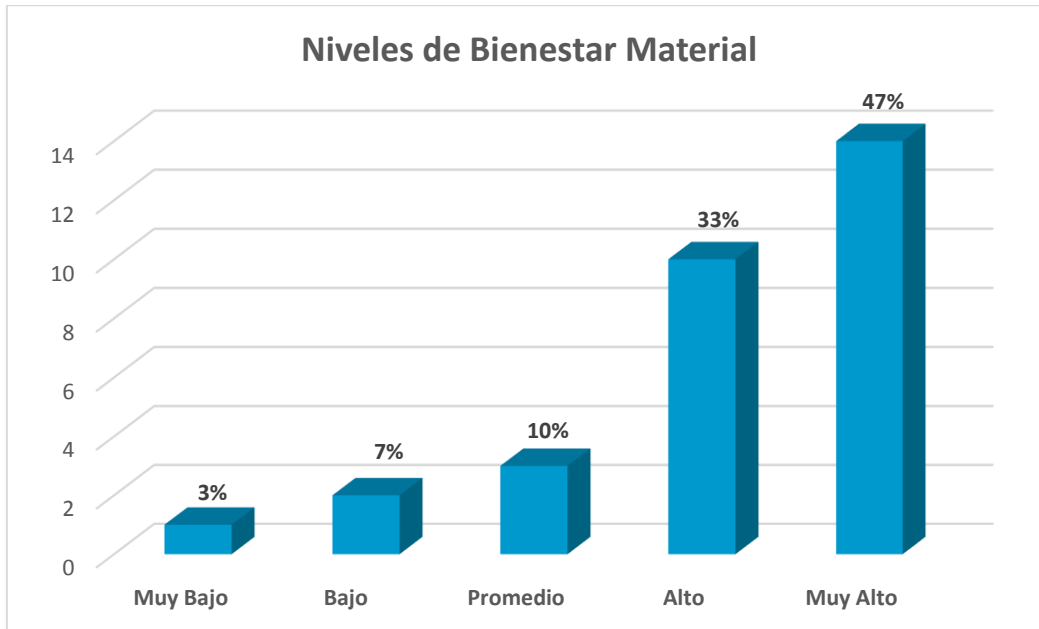


Figura 4. Niveles de la sub-escala bienestar material en adultos mayores

**Tabla 7**

Niveles de la sub-escala Relaciones con la pareja en adultos mayores

Niveles de Bienestar Laboral	n	%
Promedio	1	3%
Alto	23	77%
Muy Alto	6	20%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

La tabla 7, nos muestra las sub-escalas del bienestar laboral, de acuerdo a las personas encuestadas solo se ubicaron tres niveles: alto, muy alto y promedio, representados en el 77%, 20% y 3% respectivamente. (Figura 5).

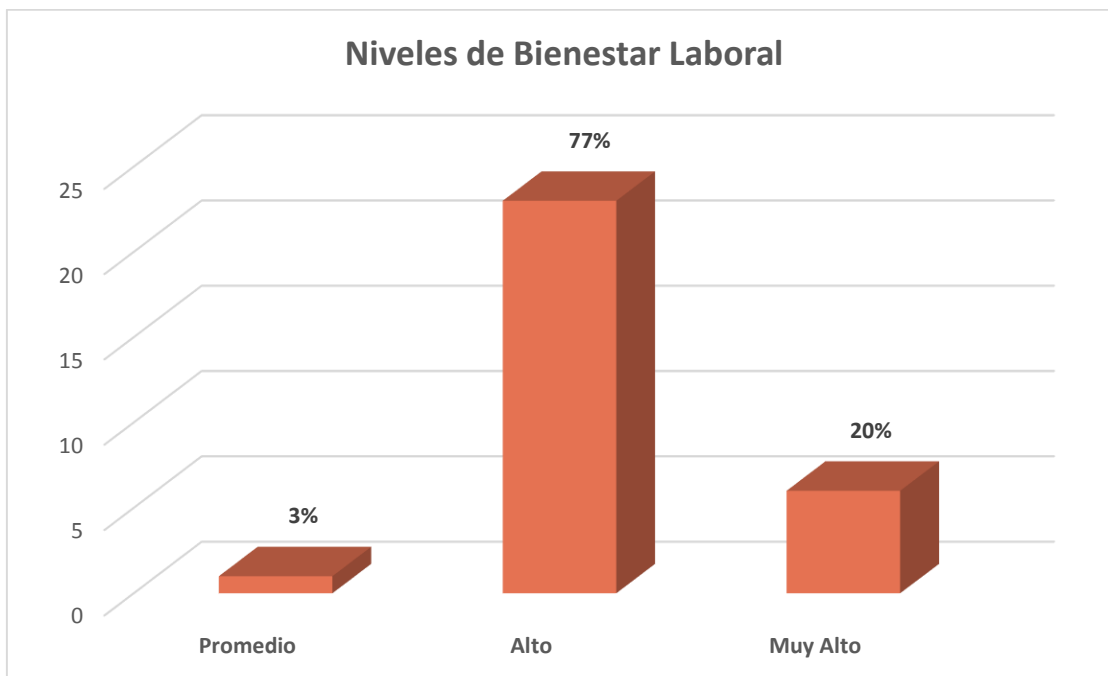


Figura 5. Niveles de la sub-escala bienestar laboral en adultos mayores

Tabla 8  
Niveles de la sub-escala Relaciones con la pareja en adultos mayores

Niveles de Relaciones con la pareja	n	%
Bajo	4	13%
Promedio	16	53%
Alto	5	17%
Muy Alto	5	17%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

En la tabla 8, se observa los niveles de la sub-escala relaciones con la pareja: El 53% de los encuestados, se ubican en el nivel promedio, seguido del 17% tanto en los niveles: alto y muy alto. Finalmente, el 13% de la población investigada se ubica en el nivel bajo. (Figura 6).

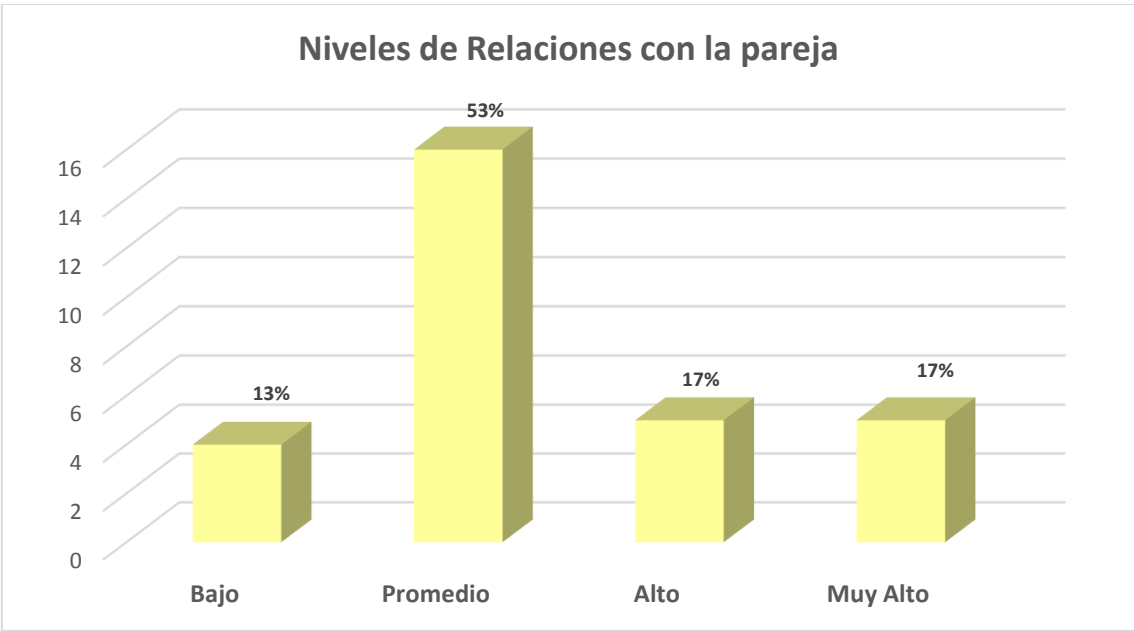


Figura 6. Niveles de la sub-escala relaciones con la pareja en adultos mayores

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

#### 5.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los hallazgos obtenidos en el presente trabajo de investigación nos llevan a la siguiente discusión:

Como se observa en las variables de estudio: correlación entre Depresión y Bienestar Psicológico, de acuerdo a los objetivos planteados, en la Tabla 1, existe una relación negativa y altamente significativa ( $r = -0,631$ ,  $p < 0.001$ ), entre el bienestar psicológico y la depresión, lo que nos indica que a mayor bienestar psicológico, la presencia de la depresión será menor en este grupo de adultos mayores. Estos resultados coinciden con los resultados reportados por Bartra y Carranza en el 2013, quienes trabajaron una muestra de 82 adultos mayores de sexo masculino y femenino. Utilizaron el Inventario de Depresión de Beck y el formato de evaluación integral del adulto mayor del Ministerio de Salud, quienes evidenciaron que existe una relación negativa y altamente significativa entre la depresión y la calidad de vida. De la misma forma, se coincide con Chávez, Sosa y López (2012), quienes señalan que la capacidad funcional de los adultos mayores en estudio, después de la aplicación del programa de atención, fue favorable ya que mejoró significativamente su estilo de vida. Asimismo, coincide con Soto y cols. (2013), quienes desarrollaron una investigación titulada Calidad de vida en adultos mayores, y reportaron un buen estado de salud general, estar

satisfecho en las relaciones con quienes viven y tener autonomía en las actividades de la vida diaria parece condicionar una mayor calidad de vida.

Sin embargo no coincidimos con los hallazgos encontrados por Manyari y Meza (2016), quienes encontraron correlaciones directas entre el bienestar psicológico y la autoeficacia.

Esta investigación coincide con Aranda & Hernández (2012), sobre “Bienestar psicológico subjetivo-material y su relación con la calidad de vida en el adulto mayor”, donde encontraron que el bienestar psicológico subjetivo-material se relaciona con la calidad de vida y reflejan buen nivel de Bienestar Material entre sus miembros

También, coincidimos con los resultados obtenidos por las investigadoras Cerquera, Galvis y Cala, (2012), quienes realizaron una investigación sobre “Amor, sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez” con 153 personas mayores y concluyeron que el amor y la sexualidad continúan siendo aspectos de gran importancia en la vida del ser humano, aún en etapas avanzadas del ciclo vital. Finalmente, se concluye que debe continuarse investigando a este grupo vulnerable, sobre modos de afrontamiento ante la depresión y su influencia en el bienestar psicológico; trabajar asimismo, con la familia y con la población para procurar un cambio de pensamiento y cultura de buen trato orientada hacia una mejor calidad de vida del adulto mayor.

## 5.2 CONCLUSIONES

1. Se encontró relación negativa y altamente significativa entre la Depresión y el Bienestar Psicológico.
2. Se encontró que el 47% de los adultos mayores de la Clínica Ancije presentan depresión leve.
3. El 30% de los adultos mayores presentan un nivel promedio de Bienestar Psicológico.
4. En la sub escala de Bienestar Subjetivo, se reporta el 47% de la población estudiada en un nivel alto, seguida del 27% en el nivel promedio. Asimismo, el 23% se encuentra en el nivel muy alto, mientras que solo el 3% se ubica en el nivel bajo.
5. En la sub escala de Bienestar Material, se registran niveles muy alto (47%) y Alto (33%), en tanto que el 10% de la población se encuentra en el nivel promedio, así como una pequeña parte está ubicada en el 7% (nivel bajo), y 3% (Nivel muy bajo).
6. En la sub-escala de bienestar laboral, la población se ubicó en tres niveles: Alto (77%), Muy Alto (20%) y Nivel promedio (3%) respectivamente.
7. Se encontró relación negativa y Altamente significativa entre la Depresión y las sub escalas de Bienestar subjetivo, Bienestar Material, Bienestar laboral y Relaciones de pareja en los adultos mayores.

### 5.3 RECOMENDACIONES

- 5.2.1 Realizar mayores estudios acerca de la Depresión en el Adulto Mayor y su relación con el bienestar psicológico, en coordinación con el Ministerio de Salud, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, ya que existen pocas investigaciones en nuestro medio sobre éste grupo etario.
- 5.2.2 Recomendar que en las reuniones de trabajo de los centros laborales e instituciones educativas se difundan temas de salud, como la depresión y el bienestar psicológico en el adulto mayor, así como la cultura del buen trato en este grupo de vida.
- 5.2.3 Coordinar con los consejos directivos regionales de Lima y provincias del colegio de psicólogos del Perú, para que en coordinación con los gobiernos municipales, regionales y los actores sociales de nuestro medio, promuevan temas de consejería y tratamiento psicológico de manera personalizada a los adultos mayores de su comunidad que atraviesan por problemas de depresión y trastornos afines; así como diseño y ejecución de programas promocionales para el desarrollo de habilidades sociales y de afrontamiento, para obtener un envejecimiento saludable, el control de los factores de riesgo de enfermedades como el cáncer y enfermedades cardiovasculares, mantener la actividad física y mental, mantener una participación social activa, el cuidado y equilibrio de la dieta y sobre todo la salud emocional; asimismo, el uso adecuado del tiempo libre desarrollando actividades recreativas y saludables.

5.2.4 Proponer al Congreso de la República, a través del Colegio de Psicólogos del Perú una iniciativa legislativa para la creación de un consejo de asesoría técnica-educativa en los centros laborales y/o educativos, los cuales estarían conformados por trabajadores que habiendo cumplido 65 años de edad, continúen laborando en sus centros de trabajo hasta los 75 años inclusive, brindando labores de asesoría y orientación técnica-educativa, de tal forma que la comunidad laboral aproveche sus conocimientos adquiridos, valorando sus años de experiencia; a fin de evitar que esta gran población de trabajadores abandonen sus centros de laborales, prescindiendo de esta forma una invalorable fuente de saber, experiencia y conocimiento.

#### 5.4 Referencias bibliográficas

Anderson, Lewis y Araya, (2005), “Cómo pueden Practicantes y Pacientes”. Pub Med Central (PMC). MRC Psych,.. Recuperado desde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463163/>.

Álvaro, J. L.; Garrido, A. & Schweiger, I. (2010). CAUSAS SOCIALES DE LA DEPRESIÓN: Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. Revista Internacional de Sociología (Ris). Vol.68, nº 2, Mayo-agosto, 333-348. Recuperado de: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/viewFile/328/334>

Aranda, M. y Hernández, K. (2012). Bienestar psicológico subjetivo-material y su Relación con la Calidad de vida en el Adulto Mayor. Recuperado de <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/2771>

Arias, W., Yopez, L., Nuñez, A., Oblitas, A., Pinedo., S., Masias., M., & Hurtado., J. (2013). Felicidad, depresión y creencia en la benevolencia humana en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Universidad Católica San Pablo, Arequipa, Perú. (2014). Propósitos y Representaciones. Revista de Educación y Psicología de la USIL. Vol. 1, N° 2. Segundo semestre, pp. 83 – 103.

Barrueto, N., Rivas, G. (2011), Bienestar psicológico subjetivo-material y clima laboral en el personal administrativo de la municipalidad de Ferreñafe. Recuperado de <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/2733>

Beck, A., (1967). *Depresión, Aspectos Clínicos, experimentales y teóricos*. Nueva York, NY; Harper & Fila.  
<http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>

Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996/2009). *Manual para el Inventario de Depresión de Beck—II*. 2007. (1ª Reimpresión). Buenos Aires: Paidós.  
<http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/2398/1/38830.pdf>

Beleño, R., Crissien, H., Silvera, L., Ucrós, M., (2014), *Bienestar laboral de los docentes y administrativos de la Universidad de la Costa C.U.C. Departamento de Posgrados especialización en estudios pedagógicos*. Barranquilla, 2014. Copyright 2010 by the Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid ISSN: 1576-5962 - DOI: 10.5093/tr2010v26n2a.  
<http://repositorio.cuc.edu.co/xmlui/bitstream/handle/11323/195/bienestar%20docentes%20y%20administrativos.pdf?sequence>.

Bartra, A. y Carranza, R. (2013). *La enfermedad del Siglo XXI y la Calidad de Vida en Adultos Mayores de Tarapoto*. Revista Apuntes Universitarios. Año II, Número 1, págs. 141-154. Recuperado en:  
<https://www.google.com.pe/#q=Bartra+y+Carranza%2C+2013%2C+La+enfermedad+del+siglo+XXI+y+la+Calidad+de+Vida+en+Adultos+Mayores+de+Tarapoto%2C+tesis+completa+pdf>.

Beck, A. T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). *Un inventario para medir la depresión*. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13688369>

Beck, (1967), *Depresión: aspectos clínicos, experimentales y teóricos*. Editorial: New York, Hoeber Medical División. Harper & Row (=CoLC) 599052319

<http://www.worldcat.org/title/depression-clinical-experimental-and-theoretical-aspects/oclc/2648585>

Borda, M., Anaya, M. Pertuz, M., Romero, L.; Suárez, A. & Suárez, A. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte*, vol. 29, núm. 1, enero-abril, pp. 64-73. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/817/81728689008.pdf> el 50% de personas adultos mayores, tanto de la Costa y de la Sierra como de la Selva padecían de algún cuadro depresivo (INEI, 2008).

Brown RA, Lewinsohn PM. *Cómo lidiar con la depresión: libro de ejercicios del curso*. Eugene, OR: Prensa Castalia; 1984a. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3052898/>

Bureau of the Census, *Current Population Reports, Series P-25, No. 952, Projections of the Population of the United States, by Age, Sex, and Race: 1983 to 2080*, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1983

Castro, A. (2010). El estudio del bienestar psicológico. En A. Castro, A. Cosentino, A. Omar, M. Tarragona & G. Tonon de Toscano (Eds.), *Fundamentos de psicología positiva* (pp. 43-68). Buenos Aires: Paidós. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000071&pid=S1657-9267201400030001900005&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000071&pid=S1657-9267201400030001900005&lng=en)

Castro, M.; Ramírez, S.; Aguilar, L. & Díaz, V. (2016). Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. Unidad de Especialidades Médicas, SEDENA, Ciudad de México. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 2006; 39(4): Oct.-Dic: 132-137 <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp064b.pdf>

Cerquera, A., Galvis, M. & Cala, M. (2012), Amor, sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez: percepción de tres grupos etarios. Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga-Colombia. [psicologia@usbbog.edu.co](mailto:psicologia@usbbog.edu.co). Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1900-23862012000200007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862012000200007)

Caviedes, E. (2015), Relación entre el Sentimiento de Soledad y el Bienestar Psicológico en Adultos Mayores del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield. Editorial Universidad Alas Peruanas (Lima). Recuperado <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/400>

Cohen S, O'Leary K, Foran H. Ensayo clínico aleatorizado de una breve terapia de pareja centrada en el problema para la depresión. *Behav Ther.* 2010; 41 (4): 433 - 46. <http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/resumida/apartado05/tratamiento.html>

Conde, V., y Useros, E. (1974). El inventario para la medida de la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 12, 153-167. <http://www.redalyc.org/pdf/778/77828443001.pdf>

Cornachione, M. (2006). Adaptaciones y envejecimiento. En Autor (Eds.). *Psicología del Desarrollo* (pp. 183-184). Argentina: Brujas. <http://200.23.113.51/pdf/29981.pdf>

Crespo Vallejo, Jonathan Raúl (2011). Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar. Repositorio Digital de la

Universidad de Cuenca Recuperado de:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3497>

Cubas, M. (2003). Bienestar subjetivo, bienestar psicológico y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/>

Chávez, J., Sosa, W. & López, M. (2012). Eficacia de un programa de atención al adulto mayor en la mejora de su estilo de vida. Hospital de Barranca. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Lima. Recuperado de: [https://es.scribd.com/document/163548632/Eficacia de un Programa de atención al Adulto Mayor en la mejora de su Estila de Vida. Hospital de Barranca. 2012.](https://es.scribd.com/document/163548632/Eficacia-de-un-Programa-de-atencion-al-Adulto-Mayor-en-la-mejora-de-su-Estilo-de-Vida-Hospital-de-Barranca-2012)

DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 09-10-2012.

Deci, E.L. & Ryan R.M. (2000). El “que” y el “porqué” de las búsquedas de objetivo: las necesidades humanas y la autodeterminación del comportamiento, *Consulta Psicológica*. 11, 227 – 268. R.M. (2000) [http://www.scirp.org/\(S\(oyulxb452alnt1aej1nfow45\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1884606](http://www.scirp.org/(S(oyulxb452alnt1aej1nfow45))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1884606)

De Graaf, L., Hollon, S., Huibers, M. “Predicción del resultado en la Terapia Cognitiva Conductual Computarizada para la Depresión en Atención primaria: un ensayo aleatorio”. *J Consult Clin Psychol*. 2010 Apr; 78 (2): 184-9. doi: 10.1037 / a0018324.  
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20350029.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20350029)

El Comercio (2012). Adultos mayores representan el 9% de la población del Perú. Lima, El Comercio, SOCIEDAD. Recuperado de:

<http://elcomercio.pe/sociedad/lima/adultos-mayores-representan-poblacion-peru-noticia-1460574>

EsSalud (2012). Los Centros del Adulto Mayor como Modelo Gerontológico Social. La Experiencia de EsSalud. Lima: Subgerencia de Protección del Adulto Mayor - EsSalud. <http://www.essalud.gob.pe/essalud-presento-el-primer-libro-escrito-en-el-peru-sobre-el-adulto-mayor/>

EsSalud (2016). Centro del Adulto Mayor CAM. Lima: EsSalud. Recuperado de: <http://www.essalud.gob.pe/adulto-mayor/>.

Francia, K. (2010), Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín. Ciencias de la salud. Facultad de Medicina Humana. EAP de Enfermería. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1035>.

García, J. (2008). Análisis del bienestar de los adultos mayores en México. (Tesis de maestría, Universidad Nacional, DF México). Recuperado de <http://flacsoandes.org/dspace/handle/10469/1185#.UpLPsdIyL55>

Giacoman Claudia México ““Depresión y escolaridad en adultos mayores”, en el año 2011” [tesis de licenciatura]. México link:[www.revistadialogos.cucsh.udg.mx/sites/.../depresionyescolaridad.pdf](http://www.revistadialogos.cucsh.udg.mx/sites/.../depresionyescolaridad.pdf)

Grajales, A. (2011). Orientación grupal para el bienestar del adulto mayor. Universidad Autónoma de Yucatán, México. Tesis para optar el Grado de Maestría en Orientación y Consejo Educativo. Recuperado de: [http://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/derechos-personasmayorespublicas/Grajales%20Rodr%C3%ADguez%20Alba%20Mar%C3%ADa%20\(2011\)%20Orientaci%C3%B3n%20grupal%20para%20el%20bienestar%20del%20Adulto%20Mayor%20Universidad%20Autonoma%20de%20Yucat%C3%A1n.pdf](http://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/derechos-personasmayorespublicas/Grajales%20Rodr%C3%ADguez%20Alba%20Mar%C3%ADa%20(2011)%20Orientaci%C3%B3n%20grupal%20para%20el%20bienestar%20del%20Adulto%20Mayor%20Universidad%20Autonoma%20de%20Yucat%C3%A1n.pdf)

- Gonzales, J. (2010), Teorías de Envejecimiento, 190.169.94.12/ojs/index.php/rev\_ti/article/download/3192/ Tribuna del Investigador, vol. 11, N° 1-2, 4 -, 2010. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/357808020/Gonza-lez-de-Gago-Teori-as>
- González, R., Núñez. L, Hernández, O., Betancourt, M. (2004), “Sexualidad en el Adulto Mayor. Mitos y realidades”. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente “Amalia Simoni Argilagos”. Camagüey Archivo Médico de Camagüey 2005; 9(4) ISSN 1025-0255 (Revisar según APA) Hall, V. (2003). Depresión: Fisiopatología y Tratamiento. CIMED, Universidad de Costa Rica. Recuperado de: <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. D.F, México: McGraw-Hill.
- INEI (2013). Situación de la Niñez y del Adulto Mayor. Julio-Agosto-Setiembre 2013. Lima: INEI, Informe Técnico N° 04 Diciembre. <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/ninez-y-adulto-mayor-jul-set-2013.pdf>
- INEI (2007). Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Perfil Sociodemográfico del Perú, 2ª ed. Lima: INEI. <http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/>
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S. Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3040305.pdf>

- Jahoda M. (1958): Conceptos actuales de salud mental positiva. Libros Básicos, Nueva York, Salud Mental ISSN: 0185-3325 perezrh@imp.edu.mx Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz México. Salud Mental, Vol. 25, No. 4, agosto 2002 <http://www.redalyc.org/pdf/582/58242505.pdf>
- Jonis, M. & Llacta, D. (2013). Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país. Rev Med Hered.; 24:78-79. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n1/v24n1cedit1.pdf>
- Juárez, J.; León, A. & Alata, V. (2012). Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña Alta” – La Molina, Lima – Perú. Lima, Revista Horizonte Medicina. Volumen 12(2), Abril – Junio. [http://www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2012\\_2/Art4\\_Vol12\\_N2.pdf](http://www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2012_2/Art4_Vol12_N2.pdf)
- Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. En R.J. Friedman y M.M. Katz (dirs.), The psychology of depression: Contemporary theory and research (pp. 157-178). Nueva York: Wiley. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395346/>
- Manyari, W. y Meza, N. (2016), Bienestar Psicológico y Autoeficacia en Adultos Mayores de un Centro de Adulto Mayor (CAM) de Lima. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
- Melguizo, E., Acosta, A. y Castellano, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2012; 28 (2): 251-263. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n2/v28n2a08.pdf>
- National Institute U.S. Department of Health and ... phy of Aging, Behavioral and Social Research Program ... and Human Services ... Washington, DC, 1999.

.... 100 and Over in 1990 by Sex, Age, Race, and Hispanic Origin. American  
.... Current Population Reports, P25-917; 1980 to 1990 data from U.S. Bureau  
of the

Novara, J.; Sotillo, C. & Warthon, D. (1983). Estandarización y correlación de las  
escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión en población de Lima  
metropolitana. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-  
Hideyo Noguchi. <http://www.redalyc.org/pdf/1471/147118132004.pdf>

Núñez, V. A. (2014). El impacto de la Depresión en el Bienestar del Adulto Mayor  
en el Centro de Salud de Juan Benigno Vela. Universidad Técnica de Ambato,  
Ecuador. Recuperado de:  
[http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7496/1/N%C3%BA%C3%B1ez  
%20Cabezas,%20Ver%C3%B3nica%20Alexandra.pdf](http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7496/1/N%C3%BA%C3%B1ez%20Cabezas,%20Ver%C3%B3nica%20Alexandra.pdf)

(OPS/OMS Día Mundial de la Salud 2017), Día Mundial de la Salud. 7 Abril del  
2017. <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>

Ortiz de la Huerta, Dolores. 2005. “Aspectos sociales del envejecimiento”, sin  
referencia. [http://www.facmed.unam.  
mx/deptos/salud/aspectos.htm](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/aspectos.htm).  
Revisado 10 de agosto de 2005

Ortiz, J. y Castro, M. (2009). Bienestar Psicológico de los Adultos Mayores, su  
relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de Enfermería.  
Revista Ciencia y Enfermería, v.15 n.1 Concepción abr. 2009 Recuperado  
en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100004>

Papalia, D. (2001), Mcraw W-HILL DE MEXICO, SA de C.V. Atñacp,iñcp 499-501-  
Naucalpan de Juarez, Edo. De México. Miembro de la Cámara Nacional de la

Industria Editorial, Reg. Núm. 465. ISBN: 84-7615-169-1. Impreso en España  
– PRINTED IN SPAIN

Reategui, N. (1994). Estandarización del Inventario de depresión para niños (CDI),  
Universidad Privada Cayetana Heredia. Lima-Perú.  
[http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf\\_bdfde.nsf/imagenes/8110C7602378638  
B05257391004D8AE5/\\$file/04-PERSONA5-ugarriza.pdf](http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/8110C7602378638B05257391004D8AE5/$file/04-PERSONA5-ugarriza.pdf)

Rehm, L.P y Naus, M (1990), Un modelo de memoria de la Emoción, IN r.e. Ingram  
(Ed.), Enfoques psicológicos contemporáneos de la Depresión: Teoría,  
investigación y tratamiento (pp 23-35). Nueva York: Plenum Publish  
[https://books.google.com.pe/books?id=i0JfAgAAQBAJ&pg=PT162&lpg=P  
T162&dq=Rehm+and+Naus+\(1990\)](https://books.google.com.pe/books?id=i0JfAgAAQBAJ&pg=PT162&lpg=PT162&dq=Rehm+and+Naus+(1990))

Rodríguez, L.; Sotolongo, O.; Luberta, G. & Calvo, M. (2012). Comportamiento de  
la depresión en el adulto mayor del policlínico Cristóbal Labra. Revista  
Cubana de Medicina General Integral, vol.29 no.1 Ciudad de La Habana ene.-  
mar., Cuba. Recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-  
21252013000100009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100009)

Rokke, P., Carter, A., Rehm, L., y Veltum, L. (1990). Credibilidad comparada de los  
tratamientos actuales para la depresión. Psicoterapia 27: 235-242  
<http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>

Rojas, Dora V. Morbilidad y mortalidad del adulto mayor en un servicio de medicina  
de un hospital general del Perú Revista Peruana de Epidemiología, vol. 14,  
núm. 2, agosto, 2010, pp. 99-107 Sociedad Peruana de Epidemiología Lima,  
Perú. <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203119666004.pdf>

Ryff, C. (1995). Bienestar psicológico en la vida adulta Fuente: Current Directions in  
Psychological Science, vol. 4, No. 4 (Ago. 1995), pp. 99-104 Publicado por:

Blackwell Publishing en nombre de la Asociación de Ciencias Psicológicas  
<http://www.jstor.org/stable/20182342>

Salas, J. (2010). Bienestar psicológico y síndrome de Burnout en docentes de la UGEL N°7. Tesis para optar el grado académico de Magíster en Psicología con Mención en Psicología Clínica y de la Salud. Lima: UNMSM.  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/616/1/Salas\\_dj.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/616/1/Salas_dj.pdf)

Sánchez Cánovas, J. (2007). Escala de Bienestar Psicológico. Madrid. TEA. Ediciones, S.A. Segunda Edición. Manual, 2ª edición, Copyright, 1998, 2007 TEA Ediciones, S.A., Madrid (España).  
[http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/EBP\\_Manual\\_EXTRACTO.pdf](http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/EBP_Manual_EXTRACTO.pdf)

San Martín, C. (2007). Espiritualidad en la Tercera Edad. Psicodebate 8. Psicología, Cultura y Sociedad. Recuperado de:  
<http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico8/8Psico%2008.pdf>

Santillán, M. (2013). Situación Demográfica del Adulto Mayor. Más Salud, Mejor Vida. Recuperado de: <http://massalud-mejorvida.blogspot.pe/2013/04/situacion-demografica-del-adulto-mayor.html>

Satorres, E. (2013). Bienestar Psicológico en la Vejez y su relación con la Capacidad Funcional y la Satisfacción Vital. Tesis Doctoral. Univesitat de Valencia . Recuperado en:  
<http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26298/envejecimiento%20y%20bienestar.pdf?sequence=1>

Sausa, M. (2014). La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero no es atendida. Lima: Peru21. Recuperado de: <http://peru21.pe/actualidad/depresion->

ciberbullying-sis-instituto-nacional-salud-mental-honorio-delgado-hideyo-noguchi-2197688

Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16045394>

Silva, L. (2012). En el 2050 el mundo tendrá más adultos mayores que menores de 15 años. Lima: Diario El Comercio. <https://ramirezgaspar.wordpress.com/2012/09/page/2/>

Soto, M., Núñez, A. & Romero, M. (2013). Envejecimiento satisfactorio en el Adulto Mayor. Universidad Católica San Pablo de Arequipa. [ucsp.edu.pe/investigacion/envejecimiento-satisfactorio-en-el-adulto-mayor/](http://ucsp.edu.pe/investigacion/envejecimiento-satisfactorio-en-el-adulto-mayor/) Recuperado el 31 de junio del 2014 desde <http://www.inei.gob.pe/>

Ugarriza, N. (1998). Normalización del Inventario de Depresión de Beck (IDB) en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. Universidad de Lima Lima, Perú. [http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf\\_bdfde.nsf/imagenes/8110C7602378638B05257391004D8AE5/\\$file/04-PERSONA5-ugarriza.pdf](http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/8110C7602378638B05257391004D8AE5/$file/04-PERSONA5-ugarriza.pdf)

Vallejo (2012), Manual de Terapia de Conducta. Tomo I. ed. Dykinson, S. L., Meléndez Valdez, 61 – 28015. Madrid.

Vásquez, C. & Hervás, G. (2008). Psicología Positiva Aplicada. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. <http://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2013-02-18-8-SALUD%20MENTAL%20POSITIVA.pdf>

Vázquez, C. (2009a). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.), La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva (pp. 13-46). Madrid: Alianza Editorial.  
[https://www.researchgate.net/publication/228459956\\_Bienestar\\_psicologico\\_y\\_salud\\_aportaciones\\_desde\\_la\\_Psicologia\\_Positiva](https://www.researchgate.net/publication/228459956_Bienestar_psicologico_y_salud_aportaciones_desde_la_Psicologia_Positiva)

Vásquez, C. & Hervás, G. (2009). La ciencia del bienestar. Fundamentos de una psicología positiva. Madrid: Ed. Alianza Editorial.  
<http://www.fundacionforo.com/pdfs/psicopositivaprograma2011.pdf>

Vásquez, C.; Hervás, G., Rahona, J.; & Gómez, D. (2009), Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. Facultad de psicología, Universidad Complutense de Madrid. Anuario de Psicología clínica y de la salud, 5 (2009) 15-28.  
[http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS\\_5\\_esp\\_15-28.pdf](http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_15-28.pdf)

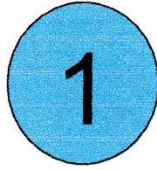
Vásquez, C.; Hervás, G. & Ho, Samuel, M. Y. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la Psicología Positiva: Fundamentos y aplicaciones. Psicología Conductual, Vol. 14, N° 3, pp. 401-432. Recuperado de:  
[http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES\\_pdf/2006-Intervenciones%20positivas%20\(Ps.%20Conductual\).pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2006-Intervenciones%20positivas%20(Ps.%20Conductual).pdf)

Vásquez, S. (2008), Perfil epidemiológico de los ancianos que acuden a un hospital de día de geriatría. Trabajo de Investigación (Especialista en Geriatría)-- Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela de Post-Grado, 2008. Recuperado de <http://sisbib-03.unmsm.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=83977>

Warmerdam, L., Van-Straten, A., Jongsma, J., Twisk, J., y Cuijpers, P. (2010).  
Terapia cognitivo-conductual en línea y terapia de resolución de problemas  
para síntomas depresivos: exploración de mecanismos de cambio. *Journal of  
Behavioral Therapy y Experimental Psychiatry*, 41 (1), 64-70. doi: 10.1016 /  
j.jbtep.2009.10.003.  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/42949/61922>

# **ANEXOS**





## INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre sentimientos que las personas podemos experimentar en cualquier etapa de nuestra vida. Por favor, al leer cada frase vea si usted, **EN ESTA ETAPA DE SU VIDA**, se siente así. Conteste de forma espontánea y sincera. No es necesario que piense demasiado acerca de cada frase. De forma sencilla y rápida vea si usted en estos momentos de su vida se siente o no de esa manera.

Aparecerán frases parecidas a esta que se pone como

### EJEMPLO:

«Me siento muy ilusionado»

Si usted, en esta etapa de su vida, no se siente así en ninguna ocasión, tendrá que marcar, en la Hoja de respuestas, una cruz en una de las casillas que están a continuación del recuadro donde dice **NUNCA**; si algunas veces sí que se siente ilusionado, pondrá una cruz frente al recuadro de **ALGUNAS VECES**; si esto le ocurre más a menudo, pondrá una cruz frente a **BASTANTES VECES**; si con mucha frecuencia se siente usted así, pondrá una cruz frente a **CASI SIEMPRE**; si, prácticamente, usted se siente de esta forma en casi todos los momentos, pondrá una frente al recuadro **SIEMPRE**.

Suponemos que el que va a contestar jamás se siente ilusionado. Por eso, en la Hoja de respuestas, se ha puesto una cruz en la primera casilla, debajo de la palabra **Ejemplo**.

Marque Vd. una cruz en la casilla que mejor se ajuste a su caso después de leer cada una de las frases que aparecen en la página siguiente. Fíjese en que el número que está delante de cada frase es el mismo que el de la columna de la Hoja de respuestas en que va a contestar.

**POR FAVOR NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. GRACIAS**

1. Acostumbro a ver el lado favorable de las cosas.
2. Me gusta transmitir mi felicidad a los demás.
3. Me siento bien conmigo mismo.
4. Todo me parece interesante.
5. Me gusta divertirme.
6. Me siento jovial.
7. Busco momentos de distracción y descanso.
8. Tengo buena suerte.
9. Estoy ilusionado/a.
10. Se me han abierto muchas puertas en mi vida.
11. Me siento optimista.
12. Me siento capaz de realizar mi trabajo.
13. Creo que tengo buena salud.
14. Duermo bien y de forma tranquila.
15. Me siento útil y necesario/a para la gente.
16. Creo que me sucederán cosas agradables.
17. Creo que como persona (madre/padre, esposa/esposo, trabajador/trabajadora) he logrado lo que quería.
18. Creo que valgo tanto como cualquier otra persona.
19. Creo que puedo superar mis errores y debilidades.
20. Creo que mi familia me quiere.
21. Me siento «en forma».
22. Tengo muchas ganas de vivir.
23. Me enfrento a mi trabajo y a mis tareas con un buen ánimo.
24. Me gusta lo que hago.
25. Disfruto de las comidas.
26. Me gusta salir y ver a la gente.
27. Me concentro con facilidad en lo que estoy haciendo.
28. Creo que, generalmente, tengo buen humor.
29. Siento que todo me va bien.
30. Tengo confianza en mí mismo/a.
31. Vivo con cierto desahogo y bienestar.
32. Puede decir que soy afortunado/a.
33. Tengo una vida tranquila.
34. Tengo lo necesario para vivir.
35. La vida me ha sido favorable.
36. Creo que tengo una vida asegurada, sin grandes riesgos.
37. Creo que tengo lo necesario para vivir cómodamente.
38. Las condiciones en que vivo son cómodas.
39. Mi situación es relativamente prospera.
40. Estoy tranquilo/a sobre mi futuro económico.



## INSTRUCCIONES

Las siguientes frases describen posibles condiciones y efectos que las personas podemos experimentar en nuestro trabajo, sea este trabajo el propio de la casa o el trabajo fuera del hogar. Por favor, al leer cada frase vea si usted, EN SU TRABAJO, se ha sentido así. Conteste de forma espontánea y sincera. No es necesario que piense demasiado acerca de cada frase. De forma sencilla y rápida vea si lo afirmado en cada frase le sucede o no. Después de leer cada frase marque con una cruz, en la Hoja de respuestas, la casilla correspondiente a la contestación que mejor refleje las condiciones, efectos y sentimientos que usted experimenta en su trabajo.

Aparecerán frases parecidas a esta que se pone como

### EJEMPLO:

«Mi trabajo me hace feliz»

Si usted, no se siente así en ninguna ocasión, tendrá que marcar, en la hoja de respuestas, una cruz frente al recuadro donde dice **NUNCA**; si en alguna ocasión sí que se siente de esta manera, ponga una cruz frente a **RARAS VECES**; si esto le ocurre de vez en cuando, ponga una cruz frente a **ALGUNAS VECES**; si con frecuencia se siente usted así, ponga una cruz frente a **CON FRECUENCIA**; si lo que se afirma en la frase le sucede habitualmente, ponga una cruz frente al recuadro de **CASI SIEMPRE**.

Suponemos que el que va a contestar se siente con frecuencia feliz en su trabajo. Por eso, en la Hoja de respuestas, se ha puesto una cruz en la casilla frente al recuadro **CON FRECUENCIA** bajo la columna **Ejemplo**.

Marque Vd. una cruz en la casilla que mejor se ajuste a su caso después de leer cada una de las frases que aparecen en la página siguiente. Fíjese en que el número que está delante de cada frase es el mismo que el de la columna de la Hoja de respuestas en que va a contestar.

**POR FAVOR NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. GRACIAS.**

EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP  
EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP  
EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP  
EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP  
EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP  
EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP  
EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP  
EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP  
EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP  
EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP

1. Mi trabajo es creativo, variado, estimulante.
2. Mi trabajo da sentido a mi vida.
3. Mi trabajo me exige aprender cosas nuevas.
4. Mi trabajo es interesante.
5. Mi trabajo es monótono, rutinario, aburrido.
6. En mi trabajo he encontrado apoyo y afecto.
7. Mi trabajo me ha proporcionado independencia
8. Estoy discriminado/a en mi trabajo.
9. Mi trabajo es lo más importante para mí.
10. Desfruto con mi trabajo.

EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP  
EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP  
EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP  
EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP  
EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP  
EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP  
EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP  
EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP  
EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP  
EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP EBP

3

### INSTRUCCIONES

Las siguientes frases describen actitudes personales en relación con la sexualidad y las relaciones de pareja. Lea cada frase y decida hasta qué punto refleja sus pensamientos, sentimientos o actitudes. No hay respuestas verdaderas o falsas. Sencillamente, unas personas pensamos y sentimos de una manera y otras piensan de forma distinta. Probablemente, estará de acuerdo con algunas frases y en desacuerdo con otras. En algunas de las afirmaciones quizá esté usted en parte de acuerdo pero, a la vez, en parte en desacuerdo. Por favor, exponga su opinión sobre cada frase marcando con una cruz, en la Hoja de respuestas, la casilla que mejor describa su actitud o sentimiento. Ante cada frase puede usted estar «TOTALMENTE EN DESACUERDO», «MODERADAMENTE EN DESACUERDO», «EN PARTE DE ACUERDO Y EN PARTE EN DESACUERDO», «MODERADAMENTE DE ACUERDO» o «TOTALMENTE DE ACUERDO».

Fíjese en que el número que está delante de cada frase es el mismo que el de la columna de la Hoja de respuestas en que va a contestar.

**LAS FRASES DESTINADAS Á LAS MUJERES  
SE PRESENTAN EN LA PÁGINA SIGUIENTE  
Y LAS DESTINADAS A LOS VARONES  
AL DORSO DE LA DE LAS MUJERES**

**POR FAVOR NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. GRACIAS.**

## Varones

1. Atiendo al deseo sexual de mi esposa.
2. Disfruto y me relajo con las relaciones sexuales.
3. Me siento feliz como esposo.
4. La sexualidad sigue ocupando un lugar importante en mi vida.
5. Mi mujer manifiesta cada vez menos deseo de realizar el acto sexual.
6. Cuando estoy en casa no aguanto a mi mujer en ella todo el día.
7. Mis relaciones sexuales son ahora poco frecuentes.
8. Mi pareja y yo tenemos una vida sexual activa.
9. No temo expresar a mi mujer mi deseo sexual.
10. Me cuesta conseguir la erección.
11. Mi interés sexual ha descendido.
12. El acto sexual me produce dolores físicos, cosa que antes no me ocurría.
13. Mi esposa y yo estamos de acuerdo en muchas cosas.
14. Hago con frecuencia el acto sexual.
15. El acto sexual me proporciona placer.

## Mujeres

1. Atiendo al deseo sexual de mi esposo.
2. Disfruto y me relajo con las relaciones sexuales.
3. Me siento feliz como esposa.
4. La sexualidad sigue ocupando un lugar importante en mi vida.
5. Mi marido manifiesta cada vez menos deseo de realizar el acto sexual.
6. Cuando estoy en casa no aguanto a mi marido en ella todo el día.
7. Mis relaciones sexuales son ahora poco frecuentes.
8. Mi pareja y yo tenemos una vida sexual activa.
9. No temo expresar a mi marido mi deseo sexual.
10. A mi marido le cuesta conseguir la erección.
11. Mi interés sexual ha descendido.
12. El acto sexual me produce dolores físicos, cosa que antes no me acorria.
13. Mi esposo y yo estamos de acuerdo en muchas cosas.
14. Hago con frecuencia el acto sexual.
15. El acto sexual me proporciona placer.



## BECK

Marque en el Protocolo con un aspa (X), según sea su caso.

1.
  - a. No me siento triste.
  - b. Me siento triste.
  - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
  - d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
2.
  - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
  - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
  - c. Siento que no tengo nada que esperar.
  - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.
  - a. No creo que sea un fracaso.
  - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
  - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
  - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.
  - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
  - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
  - c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
  - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.
  - a. No me siento especialmente culpable.
  - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
  - c. Me siento culpable casi siempre.
  - d. Me siento culpable siempre.
6.
  - a. No creo que este siendo castigado.
  - b. Creo que puedo ser castigado.
  - c. Espero ser castigado.
  - d. Creo que estoy siendo castigado.
7.
  - a. No me siento decepcionado de mi mismo.
  - b. Me he decepcionado a mi mismo.
  - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
  - d. Me odio.
8.
  - a. No creo ser peor que los demás.
  - b. Me critico por mis debilidades o errores.
  - c. Me culpo siempre por mis errores.
  - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
9.
  - a. No pienso en matarme.
  - b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
  - c. Me gustaría matarme.
  - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.

- 10.**
- a. No lloro más de lo de costumbre.
  - b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
  - c. Ahora lloro todo el tiempo.
  - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
- 11.**
- a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
  - b. Las cosas me irritan mas que de costumbre
  - c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
  - d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
- 12.**
- a. No he perdido el interés por otras cosas.
  - b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
  - c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
  - d. He perdido todo mi interés por otras personas.
- 13.**
- a. Tomo decisiones casi siempre.
  - b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
  - c. Tengo mas dificultad para tomar decisiones que antes.
  - d. Ya no puedo tomar decisiones.
- 14.**
- a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
  - b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
  - c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
  - d. Creo que me veo feo.
- 15.**
- a. Puedo trabajar tan bien como antes.
  - b. Me cuesta mas esfuerzo empezar a hacer algo.
  - c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
  - d. No puedo trabajar en absoluto.
- 16.**
- a. Puedo dormir tan bien como antes.
  - b. No puedo dormir tan bien como solía.
  - c. Me despierto una o dos horas mas temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
  - d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
- 17.**
- a. No me canso más que de costumbre.
  - b. Me canso mas fácilmente que de costumbre.
  - c. Me canso sin hacer nada.
  - d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
- 18.**
- a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
  - b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
  - c. Mi apetito esta mucho peor ahora.
  - d. Ya no tengo apetito.

**19.**

- a.** No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
- b.** He rebajado más de dos kilos y medio.
- c.** He rebajado más de cinco kilos.
- d.** He rebajado más de siete kilos y medio.

**20.**

- a.** No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
- b.** Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
- c.** Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
- d.** Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

**21.**

- a.** No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
- b.** Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
- c.** Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- d.** He perdido por completo el interés en el sexo.

## PROTOCOLO – BECK

Examinado:.....

Edad..... Sexo..... Grado de Instrucción..... Fecha:..../.../..

	<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>
<b>1</b>	a	b	c	d
<b>2</b>	a	b	c	d
<b>3</b>	a	b	c	d
<b>4</b>	a	b	c	d
<b>5</b>	a	b	c	d
<b>6</b>	a	b	c	d
<b>7</b>	a	b	c	d
<b>8</b>	a	b	c	d
<b>9</b>	a	b	c	d
<b>10</b>	a	b	c	d
<b>11</b>	a	b	c	d
<b>12</b>	a	b	c	d
<b>13</b>	a	b	c	d
<b>14</b>	a	b	c	d
<b>15</b>	a	b	c	d
<b>16</b>	a	b	c	d
<b>17</b>	a	b	c	d
<b>18</b>	a	b	c	d
<b>19</b>	a	b	c	d
<b>20</b>	a	b	c	d
<b>21</b>	a	b	c	d

### Definición de términos:

1. Depresión: es un estado psicopatológico donde suelen distorsionar sus conceptualizaciones de tal modo que ajustan la realidad a fuertes esquemas inadecuados, los cuales se van haciendo más activos y son evocados por un número cada vez mayor de estímulos, que a su vez producen que el paciente pierda gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y se torne incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.
2. Bienestar psicológico: es de carácter subjetivo y se relaciona con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social asociado a la felicidad, donde se percibe como determinantes del bienestar y el funcionamiento favorable del sujeto.
3. El envejecimiento: es una sucesión que ocurre de manera sistemática y progresiva, siendo diferente en cada persona, puede comenzar en cualquier sistema u órgano y afectar desde allí a la totalidad del organismo.