

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO**

**CARRERA:
PSICOLOGÍA**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:
PSICÓLOGA**

**TEMA:
CONDICIÓN AFECTIVA EN ADULTOS MAYORES DE MÁS DE 60 AÑOS,
PERTENECIENTES AL GRUPO SALUD Y VIDA, DEL CENTRO DE
SALUD EL BLANQUEADO, ENTRE DICIEMBRE DEL 2015 Y MARZO
DEL 2016**

**AUTORA:
LUCÍA FERNANDA SIMBAÑA GUALLICHICO**

**TUTORA
ELSYE DALILA HEREDIA CALDERÓN**

Quito, septiembre del 2016

Cesión de derechos de autor

Yo, Lucía Fernanda Simbaña Guallichico, con documento de identidad N° 1720537537, manifiesto mi voluntad y cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autora del trabajo de titulación intitulado: "CONDICIÓN AFECTIVA EN ADULTOS MAYORES DE MÁS DE 60 AÑOS, PERTENECIENTES AL GRUPO SALUD Y VIDA, DEL CENTRO DE SALUD EL BLANQUEADO, ENTRE DICIEMBRE DEL 2015 Y MARZO DEL 2016", mismo que ha sido desarrollado para optar por el título de: Psicóloga, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En aplicación a lo determinado en la Ley de Propiedad Intelectual, en mi condición de autora me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia, suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.



Nombre: Lucía Fernanda Simbaña Guallichico

CI: 1720537537

Fecha: 25 de julio del 2016

Declaratoria de coautoría del docente tutora

Yo, declaro que bajo mi dirección y asesoría fue desarrollado el trabajo de titulación, CONDICIÓN AFECTIVA EN ADULTOS MAYORES DE MÁS DE 60 AÑOS, PERTENECIENTES AL GRUPO SALUD Y VIDA, DEL CENTRO DE SALUD EL BLANQUEADO, ENTRE DICIEMBRE DEL 2015 Y MARZO DEL 2016, realizado por Lucia Fernanda Simbaña Guallichico, obteniendo un producto que cumple con todos los requisitos estipulados por la Universidad Politécnica Salesiana, para ser considerados como trabajo final de titulación.

Quito, Julio del 2016



Elsy Dalila Heredia Calderón

CI. 1703976033



Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DISTRITO DE SALUD 17DO7
CENTRO DE SALUD "EL BLANQUEADO"

CERTIFICADO

A petición verbal de la señorita **LUCÍA FERNANDA SIMBAÑA GUALLICHICO**, portadora de la Cédula de Ciudadanía No. **1720537537**.

CERTIFICO

Que la mencionada señorita, alumna de la Universidad Politécnica Salesiana de la carrera de Psicología, realizó la investigación "Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento en el Grupo "Salud y Vida", en el barrio la Arcadía, Sur de la ciudad en el período diciembre 2015 a marzo 2016".

Se autoriza hacer uso de la información obtenida en la investigación, respetando los términos de confidencialidad acordados en los consentimientos informados individuales firmados por los participantes.

Quito, DM 25 de julio del 2016


Dra. Ana Lucía Ayala
DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD "EL BLANQUEADO"



Dedicatoria

A mis amados padres, por todo el esfuerzo y lucha que han hecho por darnos lo mejor en la vida, gracias por su cariño y apoyo incondicional y estar conmigo cuando más los necesito.

A mis hermanos, José Luis y Daniela, que me han apoyado en todo momento y a mi cuñada y sobrino a los que quiero.

A mi tía, por el esfuerzo que hace en salir adelante a pesar de su enfermedad.

A los tesoros de mi vida, mis hijos, Martín y Joshua, que han soportado mis ausencias en este tiempo, a ustedes hijos míos, los amo y adoro y estaré con ustedes siempre.

A mi amado esposo, Pedro, mi compañero de vida, el amor más grande que Dios me pudo dar.

Agradecimiento

Gracias a Dalila Heredia, por los conocimientos impartidos y su ayuda y paciencia en este proceso.

A los adultos mayores del grupo “Salud y Vida” del centro de Salud El Blanqueado, por su colaboración y tiempo para poder realizar esta investigación.

Gracias a Dios por poner en mi camino a buenas personas, a mis amigas de proyecto, Tamara, Fernanda y Diego, su apoyo y forma de ser hizo que esto sea ameno y divertido.

Y finalmente gracias a todas las personas que estuvieron pendientes de la culminación de mis estudios.

Índice

Introducción	1
1. Planteamiento del problema	3
2. Justificación y relevancia	11
3. Objetivos	12
3.1 Objetivo general	12
3.2 Objetivos específicos	12
4. Marco teórico	13
4.1 Envejecimiento Poblacional.....	14
4.2 Enfoque del curso vital como marco interpretativo del desarrollo evolutivo ..	14
4.3 Envejecimiento Humano	16
4.4 Envejecimiento Activo, como política de la OMS	19
4.5 La afectividad.....	19
4.6 Pérdidas en la vejez.....	23
4.7 Soledad en la vejez.....	25
4.8 Ansiedad en la vejez.....	27
4.9 Depresión en la vejez	28
4.10 Factores protectores y de riesgo frente al envejecimiento.	29
4.11 La Resiliencia.....	31
5. Variables	33
6. Hipótesis	35
7. Marco metodológico	36
7.1 Perspectiva Metodológica	36
7.2 Diseño de Investigación	36
7.3 Tipo de Investigación.....	37

7.4 Instrumentos y técnicas de Producción de datos.....	37
7.5 Consideraciones Éticas.....	39
7.6 Plan de Análisis.....	39
8. Población y muestra.....	41
8.1 Población.....	41
8.2 Tipo de Muestra	41
8.3 Criterios de la muestra	41
8.4 Fundamentación de la muestra	42
8.5 Muestra	42
9. Cronograma de actividades	43
10. Presentación y análisis de resultados	44
10.1 Resultados de reactivos psicológicos	46
10.2 Notas de Campo	58
10.3 Análisis de resultados.....	60
10.4 Interpretación de resultados	63
Conclusiones	68
Recomendaciones	71
Presupuesto.....	72
Referencias bibliográficas	73

Índice de tablas

Tabla 1.....	43
Tabla 2.....	44
Tabla 3.....	44
Tabla 4.....	72

Índice de figuras

Figura 1..	46
Figura 2..	47
Figura 3..	47
Figura 4..	47
Figura 5..	48
Figura 6..	49
Figura 7..	50
Figura 8..	50
Figura 9..	51
Figura 10..	51
Figura 11..	52
Figura 12..	53
Figura 13..	53
Figura 14..	54
Figura 15..	55
Figura 16..	55
Figura 17..	56
Figura 18..	56
Figura 19..	57

Índice de Anexos

Anexo 1: Escala de estructura de pérdidas en el adulto mayor.....	76
Anexo 2: Escala de soledad en el adulto mayor IMSOL-AM	77
Anexo 3. Inventario de ansiedad estado-rasgo.....	78
Anexo 4: Inventario de depresión de Beck (BDI-II).....	80

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo indagar la condición afectiva de los adultos mayores del grupo “Salud y Vida” del centro de salud el Blanqueado, durante el periodo diciembre 2015 marzo 2016.

Se consideró que alrededor de los 60 años en adelante, se producen una serie de pérdidas y cambios biopsicosociales que cada persona la vivencia de modo particular. Algunas de estas pérdidas, pueden dar como resultado estados de soledad, experimentados, en algunos casos, con sentimientos no placenteros, acompañados de ansiedad y depresión.

La investigación utilizó la metodología cuantitativa a través del uso de los siguientes reactivos: la Escala de estructura de pérdidas en el adulto mayor; la Escala de soledad en el adulto mayor IMSOL-AM; el Inventario de ansiedad estado-rasgo STAI y el Inventario de depresión de Beck (BDI-II).

Los resultados obtenidos dan cuenta de moderados niveles de pérdidas, entre las que se destacan: la pérdida de recursos económicos; la pérdida de seguridad en sí mismo y ser útil. La soledad como condición (alienación familiar) y como sentimiento de insatisfacción es experimentado por alrededor de la mitad del grupo. Sin embargo los datos referentes a la presencia de ansiedad y depresión alcanzan niveles leves o mínimos. Estos resultados evidencian que la condición afectiva no ha sufrido afectación significativa. Al parecer actúan como elementos resilientes la creencia en un ser superior y la influencia del espacio grupal como factores protectores.

Palabras claves:

Envejecimiento, afectividad, adultos mayores, pérdidas, soledad, ansiedad, depresión.

Abstract

The present investigation had as objective investigate the affective condition of the elderly of the group “salud y vida” the health center El Blanqueado during the period December 2015-march 2016.

It is considered that around of the 60 years in advance, it produce a series of losses and biopsychosocial changes that every person experiences in a particular way.

Some of these losses can result in states of loneliness, experienced in some cases with unpleasant feelings, accompanied by anxiety and depression.

The investigation used the quantitative methodology, through of the use of the following reactive: the scale structure loss in the elderly, Scale of loneliness in the elderly IMSOL-AM, State-Trait Anxiety Inventory, STAI and Beck Depression Inventory (BDI -II).

The results obtained show moderate levels of losses, among which are: the loss of economic resources, the loss of self-confidence and be useful. The loneliness as condition (alignment familial) and as sentiments of dissatisfaction is experimented by around of de half of group. However referring information to the presence of anxiety and depression reached light levels or minimums. These results show that the emotional condition hasn't been significantly impaired. Apparently elements resilience acts as belief in a higher power and influence of the group space as protective factors.

Keywords:

Aging, affection, elderly, loss, loneliness, anxiety, depression.

Introducción

El crecimiento de la población de adultos mayores ha experimentado cambios demográficos significativos debido al desarrollo tecnológico y científico y el mejoramiento en la calidad de vida, entre otros. Estos factores han determinado el aumento de la esperanza de vida de la población y la presencia de un aumento de la población de adultos mayores a nivel mundial. Fenómeno que se conoce como el envejecimiento poblacional.

El envejecimiento humano, desde la teoría del curso vital es explicado como un proceso que ocurre desde la concepción y durante el transcurrir de la vida. Este proceso está influenciado por diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, en un transcurrir donde se experimentan pérdidas y ganancias.

En este marco, la afectividad constituye una dimensión subjetiva de la personalidad, la misma que se ve influenciada por los diferentes cambios que actúan en la trayectoria vital así como por la posición de cada sujeto en ese proceso.

Las personas adultas mayores experimentan experiencias de pérdidas y soledad, propias de este momento de la trayectoria vital, las mismas que pueden conllevar a la presencia de ansiedad y depresión.

La investigación acerca de la condición afectiva es descrita en el presente trabajo.

El capítulo uno abarca el planteamiento del problema, antecedentes conceptuales, justificación, objetivos y el marco teórico que sustenta la investigación

El capítulo dos incluye la perspectiva metodológica utilizada, el tipo de investigación, población y muestra.

Finalmente el capítulo tres presenta la descripción de los datos del grupo, la presentación, análisis e interpretación de resultados; y las conclusiones.

1. Planteamiento del problema

Desde mediados del siglo pasado, las estadísticas poblacionales dan cuenta que el envejecimiento poblacional experimenta cambios demográficos significativos. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud señala, “(...) entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22% (OMS, 2016). Esto tiene que ver con el desarrollo tecnológico y científico, el mejoramiento de la calidad de vida, la disminución de las tasas de natalidad y mortalidad y el incremento de la esperanza de vida de las personas.

En Ecuador, la CEPAL indica que “la población de 65 años y más se incrementará del 6 al 9.3% y se proyecta que para el año 2050 las personas de la tercera edad en la región constituirá más del 25% de la población” (Ecuador Inmediato.com, 2010). Ecuador también forma parte de esta nueva realidad, siendo este grupo cada vez más numeroso, haciendo necesario poner la mirada en este sector.

El envejecimiento poblacional remite la necesidad de comprender este fenómeno y para ello resulta significativo comprender el desarrollo humano, por lo que, desde finales del siglo pasado aparece una nueva perspectiva del desarrollo denominada life-span o curso vital. Ella plantea al desarrollo humano como un proceso que se da durante el transcurrir de toda la vida y como lo señala Urbano & Yuni (2005), el proceso del desarrollo humano es continuo, incluso durante la vejez. Bajo esta perspectiva, el envejecimiento humano además de ser un proceso de

transformaciones que se da a lo largo de la vida, es particular a cada sujeto, según sus propias trayectorias.

El envejecimiento no solo implica lo fisiológico, sino también lo biológico, psicológicos y social, con repercusiones en el ámbito físico y personal; en los procesos adaptativos y en los cambios que ocurren tanto en el propio organismo como en el entorno social. De este modo, explica la teoría del curso vital el envejecimiento, además:

(...) considera la totalidad de la vida como una continuidad con cambios, destacando parámetros históricos, socioculturales, contextuales y del acontecer cotidiano e individual, como prevalentes sobre cualquier clasificación etárea, o en la que predomina la edad como criterio. La perspectiva del ciclo vital representa un intento para superar la dicotomía crecimiento-declinación, reconociendo que en cualquier momento de nuestras vidas hay pérdidas y ganancias (Dulcey-Ruiz & Uribe Valdivieso, 2002, pág. 5).

El envejecimiento es entendido como un proceso que inicia al nacer, y que se encuentra influenciada por las trayectorias personales de toda la vida. Es decir es un proceso que va paralelo al desarrollo y del mismo modo, se producen pérdidas y ganancias a lo largo de la vida de las personas.

La teoría del curso vital define que los componentes del desarrollo y del envejecimiento tienen una interinfluencia constante que marca un proceso único en la historia de cada persona y son:

La base material, biológica, ligada a la corporeidad experimenta cambios desde el mismo momento de la concepción hasta su desaparición. En la esfera social, el paso del tiempo supone el aprendizaje y ejercicio de diferentes roles y la realización de múltiples procesos de construcción y reconfiguración de la identidad como sujeto social. En el plano psicológico el paso del tiempo genera cambios en las diferentes dimensiones del psiquismo: las emociones, la personalidad, la cognición y la afectividad, modificando además las capacidades y funciones, así como su rendimiento (Urbano & Yuni, 2005, pág. 32).

Los componentes bio-psico-sociales interactúan a lo largo de la vida y dan un carácter único a los procesos de envejecimiento individual. La dimensión psicológica no está exenta de esta condición y adquiere especial significado si se considera que está ligada entre otras, a la identidad y a la consciencia de las personas.

Dentro del ámbito psicológico está la expresión afectiva, y Fernández Ballesteros (1996) citado por Vasconez (2015) señala que “El ser humano es un organismo emocional en el que la inteligencia se entremezcla con el sentimiento y la pasión a la hora de comportarse inteligentemente” (pág. 6). Es decir, los procesos de pensamiento, memoria, lógica, etc., se ligan a los sentimientos y emociones formando la afectividad.

Rojas, psiquiatra, define a la afectividad como:

Un estado subjetivo, interior, en el cual el protagonista es uno, y por medio del cual todo se percibe como un cambio que recorre la intimidad y la modifica...Es una experiencia personal, que conocemos por nosotros mismos y no por lo que nos cuentan o nos informan otras personas. Cada individuo es el único protagonista de su afectividad...El contenido de la vivencia de la afectividad es un estado de ánimo que se manifiesta a través de las principales expresiones del individuo: emociones, sentimientos, pasiones y motivaciones (Rojas, 2009, citado en Vasconez Clavijo M. , 2015).

La afectividad está presente a lo largo de toda la vida, su función implica una experiencia subjetiva placentera o no, que va a influir en acciones e intereses y va a ser determinante en la forma de relacionarse intrapersonal e interpersonal.

El desarrollo de la afectividad es crucial en las primeras etapas de la vida, así desde el nacimiento el vínculo con los padres son modelos de referencia futura, en la infancia la relación con los otros permite el desarrollo de otras experiencias; en la adolescencia se prioriza la relación con los pares y junto con la juventud es la búsqueda de independencia y toma de decisiones; en la adultez se define la identidad y la adherencia a vínculos sociales y afectivos para el encuentro con el otro.

La mediana edad, que va desde los 35 a los 60 años, se plantea como:

Esta es la época en que la mayoría de la gente ha encontrado el modo de subsistencia propio y el de su familia, y el momento en el cual han

terminado la crianza y cuidado de sus hijos, actividad que suele suplantarse con el cuidado y preocupación por los propios padres, cuando estos aún existen (Salvarezza, 2011, pág. 50).

La mediana edad viene a ser la época de autorrealización, pues las personas han hallado la forma de sustento para sí mismo y los suyos, así también, es una etapa de reevaluación a sí mismo, del inevitable paso de los años, la percepción de la propia muerte y de los suyos, y la manera de trascender para ser reconocido por los demás.

La adultez tardía, que inicia aproximadamente desde los 60 años en adelante, es planteada por Erickson en su teoría sobre las ocho etapas del desarrollo psicosocial, como la fase de integridad del yo frente a la desesperación, en la que se plantea:

En la última etapa de la vida, el individuo puede sentir que ha merecido la pena vivir, estar satisfecho con las decisiones tomadas a lo largo de la vida y aceptarlas como las apropiadas e inevitables dadas las circunstancias en las que se tomaron (Desarrollo adulto y envejecimiento: modelos sociocontextuales, pág. 760).

En esta etapa la persona hace un recuento del transcurrir de su vida, de la trascendencia de sus decisiones y la certeza o desaciertos de estas. Así también, experimentan diferentes pérdidas, que constituyen un factor de riesgo, pues conlleva a que la persona presente estados ansiosos o depresivos. Por lo que las pérdidas en el adulto mayor señalan:

La vejez puede ser vista como la etapa de la vida en que ocurren numerosos cambios asociados con pérdidas en áreas importantes de la existencia, tales como el deterioro de la salud, el retiro o la jubilación, pérdidas ocupacionales y financieras, quebrantos de roles sociales, de la identidad, el estatus, muerte de seres queridos, que en conjunto constituyen una importante fuente de estrés (Rivera-Ledesma & López Lena, 2008).

Las pérdidas tanto físicas, psicológicas y sociales afectan en la personas y por ende a su afectividad, así también las pérdidas que experimentan los adultos mayores llevan consigo experiencias de soledad.

La soledad como un aspecto en el sentir de los adultos mayores es concebida por Montero-López-Lena (2009), como “(...) un fenómeno psicológico multidimensional potencialmente estresante, que ocurre como resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, que tienen un impacto diferencial sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica del sujeto” (pág. 123) citado en (Vasconez Clavijo M. , 2015). La soledad afecta a la personalidad y a la interacción con las personas que les rodean, así también la soledad puede ser vista como un malestar emocional desde el sentido de sentirse solo y el estar solo, el ser rechazado o incomprendido por los otros.

La soledad que afecta a los adultos mayores, así como las pérdidas físicas, emocionales y sociales que experimentan, pueden generar ansiedad e incluso depresión en las personas.

La ansiedad se la define como:

Una emoción de estrés importante que emerge en el momento que un daño es anticipado; cuando el perjuicio (o el afrontamiento requerido por él) es ambiguo, y cuando el daño tiende a ser simbólico más que concreto, y concierne a una característica central de la identidad de la persona o self. (Lazarus, 1976, citado en González & Rangel, 2009, pág. 36).

La ansiedad es una respuesta emocional ante la anticipación de acontecimientos que no son percibidos a nivel consciente por el sujeto, los cuales provoca manifestaciones a nivel mental y físico.

La depresión, señala que “Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2016, citado en Vasconez Clavijo M. , 2015). Es decir es la falta de interés hacia el mundo exterior, sentimientos de soledad y poca autoestima, la misma que provoca inestabilidad emocional, en los adultos mayores la depresión se relaciona con las pérdidas y la soledad.

Respecto a las investigaciones al tema de la afectividad en los adultos mayores en Chile, Doris Sequeria Daza (2011) desarrolla: “La soledad en personas mayores: Factores protectores y de Riesgo”, en el que ahonda sobre los factores que inciden en la soledad de los adultos mayores, así también, Leonid Torres Hebra (2011), Cuba con el tema: “Afectividad Positiva y Negativa en ancianos con y sin

trastornos”, investiga sobre factores para una afectividad positiva o negativa en adultos mayores, además, en Ecuador Marlene Silva y Valeria Vivar (2015) investigan sobre “Factores Asociados a la Depresión en el Adulto Mayor Institucionalizado”, ahondando sobre las causas que influyen para la depresión. Éstas y muchas investigaciones son de gran importancia, pues dan cuenta de los factores que influyen en el estado de ánimo de los adultos mayores, al mismo tiempo son un aporte en el campo de la psicogerontología.

Por otra parte, en el sur de la ciudad de Quito, en el sector de la Arcadia, funciona el grupo “Salud y Vida”, del Centro de Salud El Blanqueado, formado desde junio del 2010 e integrado actualmente por 130 integrantes, la mayoría de más de 65 años, enfermos crónicos (diabetes, hipertensión, depresión, etc.). El grupo tiene como misión mejorar la capacidad física-emocional de sus miembros, mejorar su calidad de vida, y promover estilos de vida saludables.

Con estos antecedentes, y considerando que la afectividad constituye una dimensión subjetiva importante de la personalidad, la misma que se ve influida por los cambios del envejecimiento, que se producen en estos momentos de la trayectoria vital; la existencia del grupo de adultos mayores del sector de la Arcadia, donde la Universidad Politécnica Salesiana se encuentra desarrollando un proceso de prácticas e investigación, se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la condición afectiva que se evidencia en los adultos mayores que asisten al grupo “Salud y Vida”, del Centro de Salud El Blanqueado, durante el periodo diciembre del 2015 a marzo del 2016?

2. Justificación y relevancia

La población de adultos mayores constituye un grupo prioritario de atención, la efectividad de esta requiere de datos que evidencien una realidad poco conocida. Los datos que proporcione esta investigación pueden contribuir a develar esta realidad y en base a ella realizar intervenciones apropiadas.

La indagación del estado afectivo de esta población puede dar cuenta de cómo se han vivenciado las pérdidas propias de esta edad y su influencia sobre la salud emocional de la población estudiada. Esta información permitirá un acercamiento a una dinámica poco conocida y a partir de ella, promover a futuro acciones tanto desde la perspectiva de la prevención como de la atención.

El proceso investigativo, así como los resultados obtenidos descubrirán a los mismos adultos mayores identificados con otros que comparten sentimientos similares frente a problemáticas comunes. A partir de este conocimiento, se abre la posibilidad de que se genere a futuro intervenciones que favorezcan nuevas formas de enfrentar las diversas pérdidas comunes en este momento de sus trayectorias vitales.

Así también, los resultados que se obtengan contribuirán a la investigación mayor que se viene desarrollando “Deterioro cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento”, la misma que en conjunto dará cuenta de la condición psicológica particular de este grupo humano. Finalmente, esta investigación puede abrir nuevas interrogantes a explorar, en futuras investigaciones con grupos de adultos mayores.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Conocer la condición afectiva que evidencian el grupo de adultos mayores que asisten al Grupo “Salud y Vida” del Centro de Salud El Blanqueado en el periodo diciembre 2015-marzo 2016.

3.2 Objetivos específicos

- Conocer las pérdidas que experimentan las personas investigadas y su influencia en el envejecimiento de las personas que asisten al Grupo “Salud y Vida” del Centro de Salud El Blanqueado.
- Conocer la existencia de situaciones de soledad y sus efectos en las personas investigadas que asisten al Grupo “Salud y Vida” del Centro de Salud El Blanqueado.
- Identificar la existencia de ansiedad en el grupo de adultos mayores del Grupo “Salud y Vida” del Centro de Salud El Blanqueado.
- Valorar la existencia de depresión en los adultos mayores que asisten al Grupo “Salud y Vida” del Centro de Salud El Blanqueado.
- Analizar la condición afectiva considerando las pérdidas experimentadas, la soledad, la ansiedad y la depresión en los adultos mayores del Grupo “Salud y Vida” del Centro de Salud El Blanqueado.

4. Marco teórico

Tratar sobre el envejecimiento requiere enfocar una perspectiva teórica del desarrollo humano. En este sentido, el enfoque del “Curso vital o Life Span”, es el marco que ampara esta investigación. Este enfoque entiende al desarrollo de la vida humana como un proceso durante toda la vida, en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y socioculturales y que tienen una ocurrencia multidireccional y compleja, donde intervienen pérdidas y ganancias y al envejecimiento como un proceso paralelo que se desarrolla a lo largo del curso vital.

A partir de estos conceptos se aborda la dimensión psicológica del desarrollo desde sus múltiples interinfluencias y en forma particular se trabaja sobre la condición afectiva que como producto de este desarrollo, muestran las personas adultas mayores en este momento de su trayectoria vital.

La condición afectiva es asumida como un estado subjetivo, interior, sentido por cada persona y expresada a través de las emociones y los sentimientos. En esta misma perspectiva aparecen las pérdidas como condiciones objetivas ligadas a los estados de soledad y a la vivencia de sentimientos dolorosos y posible afectación expresada a través de la ansiedad y la depresión.

Cada uno de los conceptos señalados se desarrolla a continuación:

4.1 Envejecimiento Poblacional

El mejoramiento en la calidad vida, ha provocado la disminución de las tasas de natalidad y mortalidad y por ende el incremento en la esperanza de vida, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, “(...) para el año 2050 se espera que nuestras personas mayores sean 1900 millones, un 20% de la población mundial” (Berriel, Pérez, & Rodríguez, 2011, pág. 6). La población de adultos mayores se ha incrementado significativamente y se prevé que para años posteriores este sea aún más a nivel mundial.

Ecuador no queda exento de este fenómeno, pues la población de 65 años y más se incrementara del 6 al 9.3%, la CEPAL proyecta que “(...) para el año 2050 las personas de la tercera edad en la región constituirá más del 25% de la población” (Ecuador Inmediato.com, 2010). Se evidencia un crecimiento de la población adulta mayor y se proyecta que serán una cuarta parte de la población en la región.

4.2 Enfoque del curso vital como marco interpretativo del desarrollo evolutivo

Tratar sobre el envejecimiento requiere enfocar una perspectiva teórica del desarrollo humano. En este sentido, el enfoque del curso vital es “(...) Un conjunto de premisas surgidas de la investigación científica que orienta la descripción, la interpretación y el análisis de los procesos de desarrollo evolutivo a lo largo de todo el Curso Vital” (Urbano & Yuni, 2005, pág. 25). Es decir, es un enfoque que abarca todo el desarrollo evolutivo de las personas, desde el nacimiento hasta la vejez, para poder entender los procesos de desarrollo que se presenten en cada etapa de la vida,

su adaptación a los cambios y la forma en la que las personas afrontan cada fase evolutiva.

Es importante entender que se entiende por desarrollo humano, por lo que Urbano & Yuni (2005) mencionan que el desarrollo humano es continuo y se produce durante toda la vida, es así que el desarrollo humano son fases que inician desde el nacimiento y terminan en la última etapa de la vida, además es distinto en cada persona y dependerá del transcurrir de los sujetos para la construcción de su propio desarrollo.

Dentro del proceso de desarrollo se presentan tres sistemas que influyen en el desarrollo evolutivo que son “Las influencias normativas relacionadas a un rango de edad cronológica, las que se relaciona con los acontecimientos históricos y culturales de cada contexto social y las influencias no normativas” (Urbano & Yuni, 2005, pág. 27). Estas influencias son parte del desarrollo, siendo las dos primeras esperadas en las personas, pues se refieren a factores biológicos, sociales e históricos a lo largo de la vida, mientras la no normativa son acontecimientos inesperados e impredecibles, pues no siguen patrones fijos como enfermedades, desempleo, divorcio, viudez, etc.

Los procesos históricos son parte importante en el desarrollo evolutivo, por lo que: “El desarrollo ontogénico sufre la influencia de un conjunto de condiciones socioculturales que ocurren en un momento histórico dado, y que a su vez sufren transformaciones” (Urbano & Yuni, 2005, pág. 27). Es decir las condiciones histórico-culturales en cada sociedad marcan el desarrollo de las nuevas generaciones provocando el cambio de pensamiento en cada grupo de personas.

A lo largo del desarrollo se presentan momentos que marcan la vida de las personas, “El desarrollo se produce por la ocurrencia de ganancias (fenómenos de crecimiento, maduración, y de apertura de nuevas posibilidades) y pérdidas (fenómenos de declive, deterioro, regresión y pérdida afectiva de capacidades o facultades)” (Gobierno de Colombia, 2015). En el transcurrir de la vida, las personas experimentan ganancias y pérdidas que marcan su desarrollo, estas ganancias no son más que fenómenos adquiridos tanto biológico, psicológico y social durante el proceso de desarrollo, mientras las pérdidas vienen a ser el declive de estos fenómenos, sin embargo, las ganancias y pérdidas la persona lo experimenta durante todo el transcurrir de la vida, siendo las pérdidas mayormente experimentado durante la vejez.

La persona durante su desarrollo pueden generar cambios en el funcionamiento psicológico y actitudinal, entendido como plasticidad, lo cual plantea “(...) la capacidad adaptativa que facilita la modificabilidad biológica, cognitiva, afectiva y social frente a las demandas que el medio plantea al sujeto y para los cuales el repertorio de recursos personales no es suficiente o pertinente” (Urbano & Yuni, 2005, pág. 31). Es decir, en todas las fases del desarrollo la persona tiene la capacidad de generar cambios y adaptaciones en su estructura psicológica para responder a las demandas que se le presenta en cada etapa de la vida.

4.3 Envejecimiento Humano

Desde una perspectiva individual el envejecimiento es un proceso de transformaciones que aparecen en los seres humanos a lo largo de la vida, y aunque

este envejecer no suele estar presente en sus planes de vida, es una realidad que avanza paulatinamente.

Al tratar sobre el envejecimiento humano es importante distinguir que se entiende por envejecimiento y vejez, planteándose que:

La vejez es un estado en la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital. Tanto la vejez como el envejecimiento humano son objetos de conocimiento multidisciplinarios en el sentido en el que el individuo humano es un ente bio-psico-social (Fernández Ballesteros, Encuentros multidiciplinares, 1996, pág. 1).

Es decir, la vejez es un estado al que la persona llega durante el proceso del desarrollo, mientras que el envejecimiento inicia desde el nacimiento hasta el final de la vida.

El envejecimiento provoca cambios fisiológicos en las personas durante todo el ciclo vital, sin embargo, el envejecimiento también se refiere a lo biológico, psicológicos y social, pues se producen cambios en el ámbito físico y personal referentes a la adaptación y a los cambios que ocurren tanto en el propio organismo como en el entorno social. De este modo, explica la teoría del curso vital el envejecimiento, así también:

(...) considera la totalidad de la vida como una continuidad con cambios, destacando parámetros históricos, socioculturales, contextuales y del

acontecer cotidiano e individual, como prevalentes sobre cualquier clasificación etárea, o en la que predomina la edad como criterio. La perspectiva del ciclo vital representa un intento para superar la dicotomía crecimiento-declinación, reconociendo que en cualquier momento de nuestras vidas hay pérdidas y ganancias (Dulcey-Ruiz & Uribe Valdivieso, 2002, pág. 5).

El envejecimiento inicia desde el nacimiento y continúa hasta la vejez, es por ello que es entendida como un continuo, ya que está influenciada por las trayectorias de cada persona, que durante su desarrollo experimenta pérdidas y ganancias a lo largo de la vida.

De igual manera, como parte del proceso de envejecimiento de las personas, se plantean componentes del desarrollo, refiriéndose al plano biológico, social y psicológico y plantea que:

La base material, biológica, ligada a la corporeidad experimenta cambios desde el mismo momento de la concepción hasta su desaparición. En la esfera social, el paso del tiempo supone el aprendizaje y ejercicio de diferentes roles y la realización de múltiples procesos de construcción y reconfiguración de la identidad como sujeto social. En el plano psicológico el paso del tiempo genera cambios en las diferentes dimensiones del psiquismo: las emociones, la personalidad, la cognición y la afectividad, modificando además las capacidades y funciones, así como su rendimiento (Urbano & Yuni, 2005, pág. 32).

Los componentes biológicos, sociales y psicológicos, se relacionan la una con la otra durante el transcurso del ciclo vital, estos componentes hacen del envejecimiento de las personas un proceso único.

4.4 Envejecimiento Activo, como política de la OMS

La OMS, en la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento, Madrid 2002, tratando la problemática del fenómeno del envejecimiento poblacional, plantea políticas para enfrentar el envejecimiento, denominada “Envejecimiento Activo”, y plantea: “El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (Organización Mundial de la Salud, 2002, citado en Vasconez Clavijo M. , 2015).

El envejecimiento activo es un proceso por el cual se brinda a los adultos mayores programas que permitan la participación activa, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y así potencializar su bienestar físico, social, emocional y mental.

4.5 La afectividad

Los afectos están presentes desde el inicio de la vida y prevalecen y se desarrollan durante el transcurrir de las personas, por lo que Fernández Ballesteros (1996) citado por Vasconez (2015) señala que “(...) el ser humano es un organismo emocional en el que la inteligencia se entremezcla con el sentimiento y la pasión a la hora de comportarse inteligentemente” (pág. 6). Así pues, los procesos de

pensamiento están ligados a los sentimientos y emociones para conformar la afectividad.

Para entender la afectividad, Rojas, psiquiatra, la define como:

Un estado subjetivo, interior, en el cual el protagonista es uno, y por medio del cual todo se percibe como un cambio que recorre la intimidad y la modifica...Es una experiencia personal, que conocemos por nosotros mismos y no por lo que nos cuentan o nos informan otras personas. Cada individuo es el único protagonista de su afectividad...El contenido de la vivencia de la afectividad es un estado de ánimo que se manifiesta a través de las principales expresiones del individuo: emociones, sentimientos, pasiones y motivaciones (Rojas, 2009, citado en Vasconez Clavijo M. , 2015).

La afectividad está presente a lo largo de toda la vida, y es la forma de expresar sentimientos y emociones ante distintas situaciones, a la vez la afectividad permite establecer vínculos con los que nos rodean. El desarrollo de la afectividad es importante a lo largo de toda la vida por lo que:

En la infancia, Erikson (1963), citado por Dicaprio (1989) afirma que “(...) durante el primer año de vida posnatal, el lactante afronta su primer desafío importante, cuya victoria ejerce un efecto profundo en todos los desarrollos ulteriores” (pág. 178). La afectividad se desarrolla a partir del establecimiento de relaciones significativas entre el bebé y sus padres, estos vínculos generados son modelos de referencia futura.

En la primera infancia, “(...) con el desarrollo de habilidades perceptuales y musculares, el niño consigue una creciente autonomía de acción” (Dicaprio, 1989, pág. 181). Al iniciar los primeros pasos el niño adquiere autonomía e independencia iniciando el desprendimiento con sus padres, permitiendo el desarrollo de otras experiencias afectivas.

La adolescencia se caracteriza por el establecimiento de la identidad, “(...) la transición de la adolescencia apunta al logro de un nuevo reconocimiento de sí mismo, como un sujeto habilitado para desempeñarse en la vida de manera autónoma, independiente de su familia” (Urbano & Yuni, 2005, pág. 83). Los vínculos modelados con los padres pierden fuerza, para constituir la búsqueda de independencia y toma de decisiones, además priorizar las relaciones con sus pares.

En la adultez su trabajo psicosocial consiste en “(...) abandonar paulatinamente la moratoria psicosocial y en asumir el compromiso de participar en la vida social, ejecutando una tarea que le otorgue una posición dentro de la estructura de una comunidad” (Urbano & Yuni, 2005, pág. 93). El adulto define su propia identidad, además de buscar vínculos afectivos para el encuentro con otro que lo complemente íntima y emocionalmente.

La mediana edad, que va desde los 35 a los 60 años, y se plantea que:

Esta es la época en que la mayoría de la gente ha encontrado el modo de subsistencia propio y el de su familia, y el momento en el cual han terminado la crianza y cuidado de sus hijos, actividad que suele

suplantarse con el cuidado y preocupación por los propios padres, cuando estos aún existen (Salvarezza, 2011, pág. 50).

En las personas, es la época en el que se han cumplido objetivos vitales, han encontrado la forma de sustento para sí mismo y los demás, es una época de autorrealización personal, así también, es el tiempo del paso de los años, pues se presentan características, los cuales según Salvarezza (2011) son el incremento de la interioridad, cambio en la percepción del paso del tiempo, personalización de la muerte y la trascendencia. Es decir, reevaluarse introspectivamente a sí mismo, la percepción de las personas del inevitable paso de los años, de su propia muerte y la de los suyos y la manera de trascender para ser reconocido por los otros.

La adultez tardía, que inicia aproximadamente desde los 60 años en adelante, es una fase caracterizada por el declive de las funciones vitales. Erickson en su teoría sobre las ocho etapas del desarrollo psicosocial, como la fase de integridad del yo frente a la desesperación, plantea:

En la última etapa de la vida, el individuo puede sentir que ha merecido la pena vivir, estar satisfecho con las decisiones tomadas a lo largo de la vida y aceptarlas como las apropiadas e inevitables dadas las circunstancias en las que se tomaron. La vida se contempla como un todo significativo (Desarrollo adulto y envejecimiento: modelos sociocontextuales, pág. 760).

En esta etapa la persona hace un recuento del transcurrir de su vida, de la trascendencia de sus decisiones tomadas, de los logros obtenidos y de pérdidas a lo largo de la vida.

4.6 Pérdidas en la vejez.

Durante el curso vital, la persona experimenta pérdidas, las mismas son parte del desarrollo, estas pérdidas pueden ser simbólicas o reales, sin embargo, cuando estas pérdidas son significativas pueden generar problemas afectivos, mencionando que:

La privación de tal recurso es capaz de generar dolor afectivo, es decir, estrés psicológico el cual, en situaciones extremas de pérdida puede ser caracterizado como una experiencia emocional displacentera (psicológica, social y/o espiritual), con sentimientos de vulnerabilidad, tristeza y miedo, depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social, crisis espirituales, etc (Gonzalez & Rangel, 2009, pág. 31, citado en Vasconez Clavijo., 2015).

La experiencia de una pérdida provoca en las personas dolor emocional, los mismos que pueden generar sentimientos desagradables en las personas y vulnerabilidad en sus sentimientos.

Se define a la estructura de la pérdida como “(...) el conjunto de objetos significativos (susceptibles de ser agrupados en diferentes clases de pérdidas),

percibidos bajo amenaza de ser perdidos, efectivamente perdidos, o cuya pertenencia es insegura o ambigua (concebibles como tipos de pérdidas), en una etapa determinada de la vida, cuya influencia continua definiendo cogniciones, afectos y conductas ante ellas” (Gonzalez & Rangel, 2009, pág. 33, citado en Rivera–Ledesma & López Lena, 2008). Las pérdidas se presentan en cualquier etapa de la vida y su impacto en las personas influye en la estabilidad emocional de los sujetos, además en su forma de pensar y ver las cosas.

En el adulto mayor las pérdidas se tornan fundamentales en la vida de estas personas, por lo que:

La vejez puede ser vista como la etapa de la vida en que ocurren numerosos cambios asociados a mermas en áreas importantes de la existencia, tales como el deterioro de la salud, el retiro o la jubilación, pérdidas ocupacionales y financieras, quebrantos de roles sociales, de la identidad, el status, muerte de seres queridos, que en conjunto constituye una importante fuente de estrés (González & Rangel, 2009, pág. 31, citado en Rivera–Ledesma & López Lena, 2008).

Las pérdidas que se presenta en el adulto mayor no solo se refieren a pérdidas físicas, sino también emocionales, sociales y personales, las mismas que provocan quebrantos emocionales y configuran el modo de ver el mundo de los adultos mayores. La experiencia de las pérdidas permite que las personas se den cuenta de las transiciones presentes en su desarrollo, ya que, va estar en constantes cambios, tanto de ganancias como de pérdidas, no obstante, durante el envejecimiento y

mientras más avanzan los años, las pérdidas son más experimentadas en los adultos mayores.

4.7 Soledad en la vejez

Las pérdidas que experimentan los adultos mayores afecta en el acontecer de las personas y en su afectividad, lo cual conlleva a experimentar soledad en este grupo de personas, es por ello que Montero López Lema (1999), definió la soledad como “un fenómeno psicológico multidimensional potencialmente estresante, que ocurre como resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, con un impacto diferencial sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica del sujeto” (González & Rangel, 2009, pág. 123, citado en Vasconez Clavijo M., 2016). La soledad es un fenómeno complejo pues involucra aspectos de la personalidad, de la interacción con el otro.

Así también, la soledad va más allá del contacto con otros, pues existen personas que al tener compañías cercanas manifiestan sentimientos de soledad y hay otras que al estar sin compañía no presentan sentimientos de soledad, y como menciona Rivera-Ledesma y Montero López (2009), la soledad no solo se basa en el déficit de contacto personal, sino también del sentir de las personas de su propio déficit afectivo, sin embargo, el que los adultos mayores experimenten soledad puede ser vista por unos, como una experiencia desagradable y por otros como una oportunidad en su desarrollo personal en esta etapa de la vida.

Se identifican dos factores respecto a la soledad que son: alienación familiar “vinculado con la experiencia solitaria en relación con la carencia de afecto proveniente de la familia nuclear” (Gonzalez & Rangel, 2009, pág. 125). Es decir, son sentimientos de desamparo de parte de la familia; y la insatisfacción personal “vinculado con la insatisfacción y carencia de propósito en la vida” (Gonzalez & Rangel, 2009, pág. 125). Es decir, inseguridad con respecto a su futuro.

En la vejez, la soledad se plantea que:

La vejez es uno de esos momentos en los que más fácilmente se puede experimentar la soledad. Por definición, esta etapa de la vida va acompañada de una sucesión de pérdidas, como el trabajo, el status social, el cónyuge, algunas capacidades físicas, etc., que facilitan la experiencia de la soledad (Bermejo, pág. 2).

En los adultos mayores en algunas ocasiones la soledad puede estar acompañada de una serie de pérdidas físicas, sociales y emocionales que la persona ha experimentando en el transcurrir de su vida, provocando la presencia de soledad.

La soledad se presenta a lo largo de la vida, sin embargo, en la senectud el sentimiento de soledad es mayor experimentado debido a factores como: “a) incremento en las pérdidas de diferente índole y b) limitación de recursos con los que cuenta el Adulto Mayor para enfrentar dichas pérdidas” (Rivera-Ledesma y Montero López Lena, 2008, citado en Gonzalez & Rangel, 2009, pág. 127). Es inevitable el sentimiento de soledad en las personas ante pérdidas significativas en la vida, sin

embargo, depende de las personas interpretar este sentimiento como una experiencia negativa en sus vidas, o como oportunidades de crecimiento.

4.8 Ansiedad en la vejez

La soledad que aqueja a los adultos mayores, junto con las pérdidas que experimentan las personas, puede generar ansiedad e incluso depresión, por lo se entiende a la ansiedad como:

Una emoción de estrés importante que emerge en el momento que un daño es anticipado; cuando el perjuicio (o el afrontamiento requerido por él) es ambiguo, y cuando el daño tiende a ser simbólico más que concreto, y concierne a una característica central de la identidad de la persona o self. (Lazarus, 1976, citado en González & Rangel, 2009).

La ansiedad es un estado emocional anticipado ante situaciones que el sujeto los percibe o interpreta como amenazas o peligros, es decir anticiparse a posibles amenazas futuras provocando en las personas estados de agitación e inquietud.

“La ansiedad en los adultos mayores puede ser descrita o experimentada con predominio de síntomas somáticos tales como mareos y temblores; además puede presentarse con ansiedad subclínica o síntomas de ansiedad que causan angustia o deterioro funcional” (Instituto Mexicano del seguro social, pág. 4). La ansiedad en los adultos mayores es frecuente, pero pocas veces se la puede diferenciar, pues se

enmascara en síntomas somáticos, emocionales o cognitivos, afectando la calidad de vida y el estado emocional de las personas que lo padecen.

4.9 Depresión en la vejez

La depresión, es otra de las condiciones que se pueden presentar en el adulto mayor, por lo que la OMS define a la depresión como “Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2016, citado en Vasconez Clavijo M. , 2016). Es decir, es un trastorno en el estado emocional de las personas, provoca sentimientos de tristeza profunda y alteraciones afectivas, interfiriendo en la calidad de vida y en la relación con los otros, además las personas presentan baja autoestima.

La depresión en los adultos mayores se diferencia de la depresión en otras etapas del ciclo vital, por la presencia de síntomas diferentes, por lo que las características que se pueden presentar para establecer como depresión son:

Estado con duración de más de dos semanas, debe comprobarse que existan sentimientos predominantes de disforia o estado de malestar; debe evaluarse manifestaciones como: aumento o disminución del apetito, sueño, energía, fatiga o cansancio, pérdida de interés o agrado en relación con actividades cotidianas, sentimientos de reproche hacia sí mismo, lentitud o agitación psicomotora, quejas o evidencia de

disminución en la capacidad de concentración, se debe determinar si manifiestan ideas de suicidio y valorar el impacto de las anteriores manifestaciones en el funcionamiento cotidiano de la persona (Yuste Rossell, Rubio Herrera, & Aleixandre Rico, 2004, pág. 197, citado en Vasconez Clavijo M. , 2015).

Las características que se muestran para identificar la presencia de depresión se basan no solo en síntomas cognitivos, sino también en síntomas somáticos como la falta de energía, pérdida del apetito, trastornos del sueño, etc., por lo que es importante identificar todos los síntomas que presentan los adultos mayores para así poder establecer la prevalencia de depresión.

4.10 Factores protectores y de riesgo frente al envejecimiento.

Las personas frente al proceso de envejecimiento que están atravesando en sus vidas, han adoptado factores protectores que les permitan hacer frente a su realidad, estos factores permitirán el desarrollo de un envejecimiento saludable.

Las distintas calidades de envejecimiento a las que asistimos en estos tiempos corroboran que, aunque el organismo se desgaste e incluso sufra deterioros, el sujeto no necesariamente declinará a nivel emocional y que, aun en aquellos que sufren condiciones sociales adversas, su fortaleza emocional les permitirá seguir luchando por su vida y su lugar en el mundo (Zarebski, Kabanchik, Kanje, & Monczor, s.f, pág. 33).

Los sujetos durante su envejecimiento, no necesariamente sufre emocionalmente, pues a pesar de enfrentar cambios significativos, hallan el modo de ser personas activas, constructores de una vejez saludable, por lo que:

Debemos incorporar los factores de personalidad y la historia de vida particular, que son los que van a marcar la diferencia entre las distintas vejez alcanzadas. Considerar, además, que cada sujeto va construyendo su cuerpo a partir del modo de llevarlo y su entorno, a partir del modo de llevarse con otros. En este sentido, la vejez es concebida como un trabajo de construcción que cada sujeto irá realizando en su devenir histórico y desde edades jóvenes, a lo largo del proceso de envejecimiento. (Zarebski, et al., s.f, pág. 33).

Cada persona durante el transcurso de su vida va ir construyendo su propio envejecimiento, dependiendo de su propia historia y su personalidad, sin embargo, existen factores que hacen que el envejecimiento sea vulnerable para las personas, los cuales son factores de riesgo patológicos, y se plantea que:

Lo que se detecta habitualmente en mayores, es el daño ya instalado, como ser: el aislamiento, la pérdida del papel que ocupaba en la familia, el trabajo y la sociedad. Así como también las situaciones de crisis vital frente a la jubilación, la viudez, etc. Se registran, además: deterioro cognoscitivo, presencia o no de depresión, ansiedad, ideación paranoide, alucinaciones u otros delirios, confundiendo, tal como se observa, la patología ya instalada con factores de riesgo (Olivera, Rodríguez,

Aznarc, Benabarre, Pardo, Ceresuela López, 2006 citado de Zarebski, et al., s.f, pág. 34).

Los cambios que trae consigo el envejecimiento pueden desarrollar en ciertas personas inestabilidad psíquica, provocando vulnerabilidad en la persona debido al enfrentamiento de las pérdidas que se presentan en esta etapa de la vida.

4.11 La Resiliencia

El envejecimiento es una etapa en la que se presentan cambios, adaptaciones y pérdidas. Las personas que poseen recursos para hacer frente a estos cambios y adaptarse a estos son aquellas que tienen capacidad resiliente. En este sentido, la resiliencia es definida como:

La capacidad que tienen los seres humanos de afrontar las adversidades de la vida, superarlas y aún salir fortalecidos de las situaciones difíciles. En otras palabras, la resiliencia es la capacidad de poseer, preservar o recuperar un nivel aceptable de salud física y emocional luego de una pérdida o una situación traumática. (Kotliarenco, Cáceres & Montecilla, 1997 citado en Zarebski, et al., s.f, pág. 73).

La capacidad de resiliencia la desarrollan las personas al enfrentar diversos problemas a lo largo de la vida, cuando convierten experiencias que muchas veces han sido adversas, en la oportunidad de desarrollar herramientas para su enfrentamiento. En este sentido, quienes han desarrollado este tipo de mecanismos,

estarían mejor preparadas para enfrentar los cambios y retos que vienen con el envejecimiento.

Existen factores asociados a la resiliencia, los cuales son:

La personalidad: afecto positivo, optimismo, flexibilidad cognitiva, capacidad de afrontamiento de las situaciones, dominio de sí mismo, la historia personal, la historia de pérdidas anteriores y como se transitaron, la posición frente a la independencia personal, el estado de salud y el acceso a los cuidados médicos, las pautas culturales y religiosas, la concepción de la vejez, la contención y los cuidados de la familia y de la sociedad, y los factores biológicos (Zarebski, et al., s.f, pág. 74, citado en Vasconez Clavijo M., 2015).

Todos estos factores permiten que la persona desarrolle la capacidad para hacerle frente a los cambios, le permiten mostrarse positivos ante el proceso que lleva consigo el envejecimiento.

5. Variables

Considerando que “una variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Batista Lucio, 2010, pág. 93). A partir de la definición anterior, se establece la afectividad como variable de estudio y a partir de ella las sub- variables: pérdidas, soledad, ansiedad y depresión, a partir de las siguientes definiciones:

Afectividad: El contenido de la vivencia de la afectividad es un estado de ánimo que se manifiesta a través de las principales expresiones del individuo: emociones, sentimientos, pasiones y motivaciones (Rojas, 2009).

Sub-variables: Se considera que la ansiedad y la depresión son indicadores de la condición afectiva, mientras que las pérdidas y soledad aparecen como acontecimientos que producen vivencias afectivas

Pérdidas: El conjunto de objetos significativos (susceptibles de ser agrupados en diferentes clases de pérdidas), percibidos bajo amenaza de ser perdidos, efectivamente perdidos, o cuya pertenencia es insegura o ambigua (concebibles como tipos de pérdidas), en una etapa determinada de la vida, cuya influencia continua definiendo cogniciones, afectos y conductas ante ellas (Gonzalez & Rangel, 2009, pág. 33, citado en Rivera–Ledesma & López Lena, 2008). Se considera como sub-variable, por la relación directa de la experiencia de pérdida con la vivencia afectiva.

Soledad: “(...) un fenómeno psicológico multidimensional potencialmente estresante, que ocurre como resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, con un impacto diferencial sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica del sujeto” (Gonzalez & Rangel, 2009, pág. 123, citado en Vasconez Clavijo M., 2015). Se establece como sub-variable de la afectividad, en cuanto percepción desagradable que implica una vivencia afectiva.

Ansiedad: Entendida esta como una emoción de estrés importante que emerge en el momento que un daño es anticipado; cuando el perjuicio (o el afrontamiento requerido por él) es ambiguo, y cuando el daño tiende a ser simbólico más que concreto, y concierne a una característica central de la identidad de la persona o self (González & Rangel, 2009, pág. 36).

Depresión: “Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2016, citado en Vasconez Clavijo M. , 2016).

6. Hipótesis

Los adultos mayores del grupo “Salud y Vida” del Centro de Salud El Blanqueado evidencian problemas significativos de afectividad vinculados a las pérdidas experimentadas en estos momentos de su trayectoria vital.

7. Marco metodológico

7.1 Perspectiva Metodológica

La presente investigación se desarrolla desde el enfoque cuantitativo, pues sigue procesos secuenciales, además:

Parte de una idea, que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se desarrolla un plan para probarlas; se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas, y se establece una serie de conclusiones respecto de la(s) hipótesis (Hernández Sampieri, et al., 2010, pág. 4).

Se elige esta perspectiva metodológica pues la afectividad puede ser medida cuantitativamente con el fin de recoger datos concretos y objetivos; no obstante, durante la investigación surgen datos cualitativos, los mismos que va a permitir profundizar los datos cuantitativos.

7.2 Diseño de Investigación

La presente investigación se basa en un diseño no experimental, entendida como:

La investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos en la investigación no experimental es

observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos (Hernández Sampieri, et al, 2010, pág. 149).

En la investigación no experimental se observan las situaciones existentes tal cual como ocurren, sin manipular las variables, para al final analizarlos, así pues se pretende estudiar al grupo de adultos mayores para entender su afectividad de acuerdo a la condición de vida actual.

7.3 Tipo de Investigación

El tipo de investigación es exploratoria y descriptiva. Es exploratoria, ya que “los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes” (Hernández Sampieri, et al., 2010, pág. 79). Es decir, propone develar información acerca de la afectividad de los adultos mayores, para obtener nueva información que sirva para el futuro de otras investigaciones.

Es descriptiva pues “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández Sampieri, et al., 2010, pág. 80, citado en Loza, 2016). A través de esta investigación se pudo explicar la afectividad del grupo de adultos mayores por medio de las sub-variables utilizadas en la investigación.

7.4 Instrumentos y técnicas de Producción de datos

Para la recolección de información se usara la ficha de recolección de datos, en el que constan datos de identificación, situación de vivienda, relaciones

familiares, estudios, trabajo, salud, ingresos económicos, prácticas religiosas, interés, pasatiempo, deportes, actividades cotidianas y expectativas del futuro.

Así también se van aplicar las siguientes pruebas psicológicas:

La Escala de Estructuras de pérdidas en el adulto mayor (Gonzalez & Rangel, 2009, págs. 31-45). Consta de 36 ítems, su autor Montero-López Lena y Rivera-Ledesma. Se usa esta prueba pues, evalúa el nivel alto, moderado, medio y bajo de pérdidas, así como los tipos de pérdidas en los adultos mayores.

El IMSOL-AM o escala de soledad en el adulto mayor, (Gonzalez & Rangel, 2009, págs. 123-130). Consta de 20 ítems, su autor Montero-López Lena y Rivera-Ledesma, basa su validez al realizar pruebas de convergencia y de contraste. Esta prueba evalúa la frecuencia de la experiencia de soledad en adultos mayores en dos dimensiones: alienación familiar (vinculado con la experiencia solitaria en relación con la carencia de afecto proveniente de la familia nuclear) e insatisfacción personal (vinculado con la insatisfacción y carencia de propósito en la vida, lo que provocan sentimientos de desamparo e inseguridad del futuro).

STAI-Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo: consta de dos partes cada una con 20 ítems, creada en 1964 por C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch, R.E. Lushene, basan su validez pues muestran correlaciones con otras medidas de ansiedad, como son la Escala de Ansiedad de Taylor y la Escala de Ansiedad de Cattell. Se usa esta prueba pues evalúa dos sub-escalas, como son la sub-escala estado, con frases que describen como se siente la persona en ese momento. La sub-escala rasgo con frases que identifican como se siente la persona habitualmente.

Inventario de Depresión de Beck BDI-II, consta de 21 ítems, evalúa la depresión en adultos y adolescentes de 13 años y más, sus autores son Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown y adaptado a la versión española por Jesús Sanz y Carmelo Vásquez. Se usa esta prueba ya que permite identificar depresión en las personas, en este caso identificar la posible prevalencia de depresión en los adultos mayores.

7.5 Consideraciones Éticas

Previa a la obtención de la información de la ficha socio demográfica, se firma con cada adulto mayor el consentimiento informado, en el que se manifiesta a las personas que los datos proporcionados van a ser usados con fines investigativos y que su identidad queda en absoluta reserva.

7.6 Plan de Análisis

Se ingresaron los datos generales de cada ficha socio-demográfica en un formato Excel, para su posterior análisis. Así también, se tomaron en cuenta las notas de campo, las mismas que se obtuvieron mediante la interacción con los adultos mayores al momento de aplicar los reactivos psicológicos, estas notas de campo permitieron explicar los resultados obtenidos con los reactivos aplicados.

Escala de estructura de pérdidas en el adulto mayor: el puntaje se obtuvo sumando las 36 opciones y se comparó con el cuadro de conversión de puntuaciones (nivel alto= 66 en adelante, moderado=52 a 65, medio=51, bajo=20 a 50), para obtener las clases de pérdidas se sumaron los puntajes obtenidos, luego se ingresaron los datos para realizar los gráficos y proceder a su análisis.

IMSOL-AM Escala de soledad en el adulto mayor: se sumaron los resultados para obtener niveles de soledad (ausencia=0, moderado=27 a 53, leve=< a 26, alto=>54), para los datos de alienación familiar se sumó el puntaje obtenido de los reactivos 1,2,4,5,6,8,9,10,11,13y15 y para la sub-escala de insatisfacción personal se sumó los puntajes de los reactivos 3,7,12,14,16,17,18,19 y 20. Luego se ingresó los datos, para su posterior el análisis.

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), para la asignación de puntaje en ansiedad-estado, es necesario invertir la puntuación asignada a la intensidad, (3=nada, 2=algo, 1=bastante, 0=mucho) de las preguntas 1,2,5,8,10,11,15,16,19 y 20, luego se sumó estos valores invertidos con los no invertidos.

Para la subescala Ansiedad-Rasgo se invierte los valores (3=casi nunca, 2=a veces, 1=a menudo, 0=casi siempre) de las preguntas 21,26,27,30,33,36, y 39, se sumó estos valores invertidos con los no invertidos. Tanto los datos de A-E y A-R se analizaron con el cuadro de categorías del STAI hombres y mujeres para adultos, para identificar la prevalencia de ansiedad en este grupo de adultos mayores.

Inventario de Depresión de Beck BDI-II, se sumó los valores de la pregunta 1 a la 40 y se comparó con el cuadro de puntuación, (mínimo=0-13, leve=14-19, moderado=20-28, severo=29-63), luego se ingresaron los datos, para posteriormente hacer el análisis de resultados.

8. Población y muestra

8.1 Población

Actualmente el Grupo “Salud y Vida” del Centro de Salud el Blanqueado cuenta con 130 integrantes, entre hombres y mujeres, con edades comprendidas entre los 25 y 82 años.

8.2 Tipo de Muestra

Se trata de una prueba no probabilística:

En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación (Hernández Sampieri, et al., 2010, pág. 176).

Para la investigación se tomó en cuenta a las personas que accedieron a la entrevista y a la aplicación de reactivos psicológicos.

8.3 Criterios de la muestra

Para la presente investigación se tomó en cuenta a los adultos mayores del grupo “Salud y Vida” del Centro de Salud El Blanqueado del Sur de la ciudad de Quito.

Se trabajó con 40 adultos mayores, entre hombres y mujeres, con edades que oscilan entre los 60 a los 82 años que aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

8.4 Fundamentación de la muestra

Para la presente investigación, se tomó en cuenta al grupo de adultos mayores, con el propósito de evidenciar la condición afectiva que presentan, así como para poder dar cuenta la existencia de pérdidas, soledad, ansiedad y depresión en este grupo de personas.

8.5 Muestra

Se trabajó con 40 adultos mayores, 29 mujeres y 11 hombres que asisten al grupo, quienes voluntariamente participaron en la investigación.

9. Cronograma de actividades

Tabla 1 Cronograma

Actividades	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Presentación al grupo de adultos mayores	X							
Recolección de Ficha Socio demográfica y firma de Consentimiento informado		X	X					
Solicitud cambio de tema		X						
Aplicación de pruebas Psicológicas			X	X				
Solicitud prorroga				X				
Asistencia al grupo	X	X	X	X	X	X	X	
Presentación Proyecto de Titulación								X
Entrega de información al grupo de Adultos mayores								X

Nota: Elaborado por Simbaña, L. 2016

10. Presentación y análisis de resultados

Las características socio demográficas del grupo son:

Tabla 2

Población que integró la muestra. Diciembre 2015-Marzo 2016

Distribución por género	Población %	Distribución por escolaridad	Población%
Femenino	29 (73%)		
Masculino	11 (27%)	Sin estudios	4 (10%)
Distribución por edad	Población %	Estudios mínimos	19 (47%)
60 - 69 años	24 (60%)	Primarios Completos	12 (30%)
70 - 79 años	14 (35%)	Bachillerato Incompleto	1 (2%)
80 - 89 años	2 (5%)	Bachillerato Completo	3 (8%)
Distribución por estado civil	Población%	Superior Completos	1 (3%)
Casado/a-Unido/a	23 (57%)		
Viudo/a	9 (23%)		
Divorciado/a	5 (13%)		
Soltero/a	3 (7%)		

Nota: Elaborado por Simbaña, L., 2016

El grupo de adultos mayores está conformado en su mayoría, por mujeres; las edades predominantes están entre 60 y 69 años; la mayor parte tienen estudios mínimos y primarios completos y están casados o en unión libre.

Tabla 3

Caracterización de la población según ficha socio demográfica utilizada en el estudio. La Arcadia.

Diciembre 2015-Marzo 2016.

Número de hijos	Población %	Situación de Vivienda	Población %
0 hijos	2 (5%)	Propia	30 (75%)
1-3 hijos	17 (42%)	Arrendada-prestada	8 (20%)
4-6 hijos	14 (35%)	Arrimado	2 (5%)
7-9 hijos	6 (15%)		
10-12 hijos	1 (3%)		
Creencia religiosa	Población %	Ingresos	Población %
Católica	36 (90%)	0 Dólares	2 (5%)

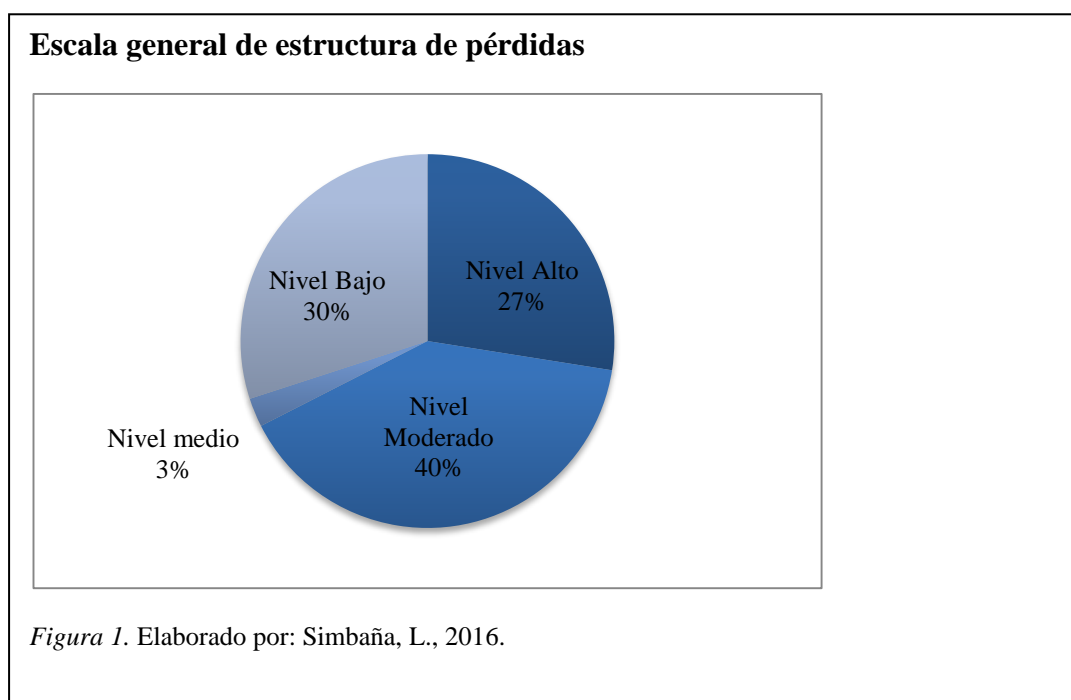
Cristiana	1 (2%)	50 Dólares	5 (12%)
Evangélica	3 (8%)	80-200 Dólares	14 (35%)
Vive con	Población %	201-400 Dólares	10 (25%)
Pareja/hijos	31 (77%)	401-700 Dólares	6 (15%)
Solo	7 (18%)	701 >1000 Dólares	3 (8%)
Otros	2 (5%)		
Jubilados	Población %		
Jubilados	10 (25%)		
No jubilados	30 (75%)		
Salud	Población %		
física regular	22 (55%)		
psicológica regular	22 (55%)		
Enfermedades crónicas diabetes	6 (15%)		
Enfermedades crónicas Hipertensión	10 (25%)		
Otras enfermedades	9 (22%)		
Ninguna	15 (38%)		
Fuentes de ingreso	Población %		
Ninguna	2 (5%)		
Jubilación	6 (15%)		
De hijos-familiares	14 (35%)		
De trabajo propio	10 (25%)		
Otras Fuentes	5 (12%)		
Bonos	3 (8%)		
Pasatiempos	Población %		
Asistir al grupo	11 (27%)		
Manualidades	7 (17%)		
Cuidar plantas-animales	5 (13%)		
Actividades Físicas	6 (15%)		
Otras Actividades	11 (28%)		

Nota: Elaborado por Simbaña, L., 2016

El grupo de adultos mayores, en su mayoría tiene de 1 a 6 hijos; la tercera parte son católicos y tienen vivienda propia, viven con su pareja e hijos; las personas mayoritariamente no son jubilados y obtienen ingresos de hijos y familiares; con respecto a la salud la enfermedad predominante en el grupo es diabetes e hipertensión, sin embargo una mayoría manifiesta no tener ninguna enfermedad,

10.1 Resultados de reactivos psicológicos

Los resultados que se muestran a continuación se obtienen de los reactivos psicológicos aplicados a los adultos mayores del grupo investigado, a través de los test de: Escala de estructura de pérdidas en el adulto mayor, Escala de soledad en el adulto mayor (IMSOL-AM), STAI-Inventario de ansiedad estado-rasgo y el Inventario de depresión de BECK (BDI-II). Los datos de cada instrumento fueron cruzados según: género, estado civil, escolaridad y edad de las personas.



El nivel de pérdida moderado es el predominante (40%); seguido por pérdidas de nivel bajo y alto, los cuales alcanzan alrededor de una tercera parte de la muestra, cada uno.

Escala de estructura según tipos de pérdida

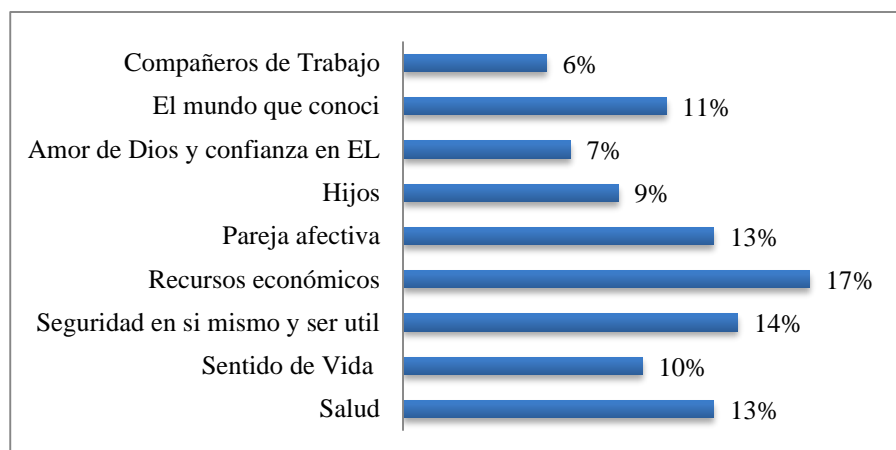


Figura 2. Elaborado por: Simbaña, L., 2016.

El tipo de pérdida predominante en el grupo es recursos económicos 17%, seguido de seguridad en sí mismo y ser útil (14%). Le sigue la salud (13%) y pareja afectiva (13%).

Escala de estructuras según tipo de pérdida y género

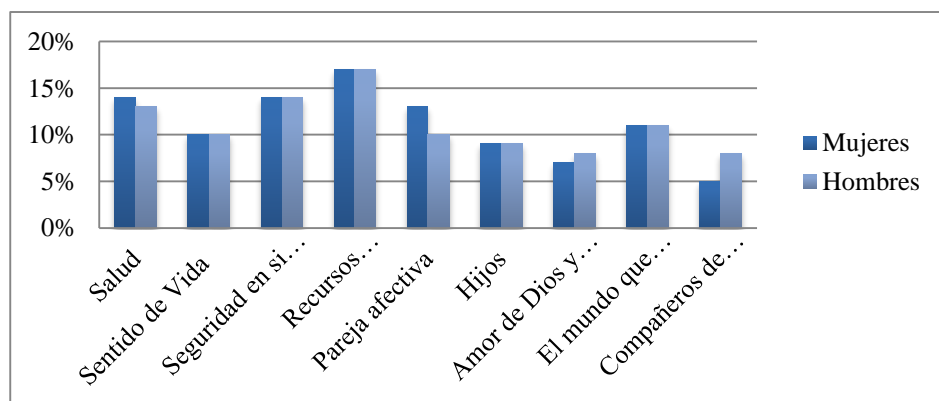


Figura 3. Elaborado por: Simbaña, L., 2016.

El tipo de pérdida predominante tanto en hombres y mujeres es recursos económicos 17%, le sigue salud, seguridad en sí mismo, pareja afectiva, existe menor porcentaje en amor a Dios y la confianza en él, y los compañeros de trabajo.

Escala de estructura según tipo de pérdida y edad

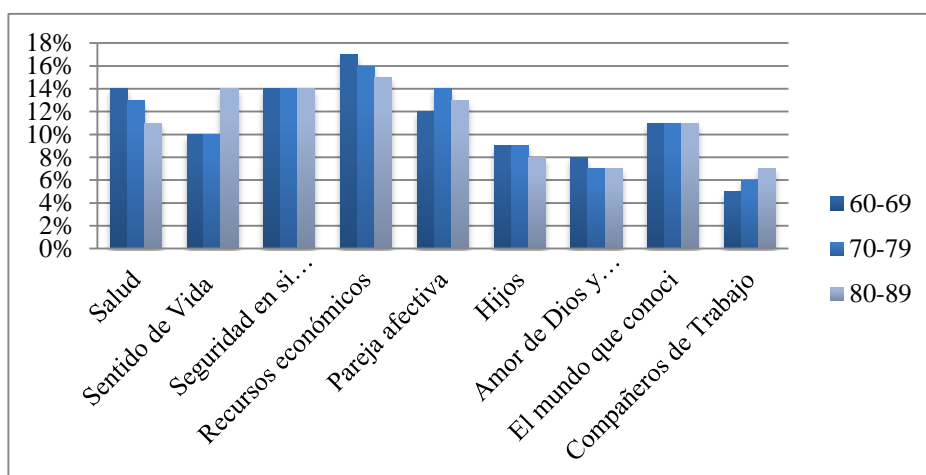


Figura 4. Elaborado por: Simbaña, L., 2016

En las personas de 60-69 años predominan pérdidas de los recursos económicos, le siguen en la misma proporción los de 70-79 y 80-89 años, posteriormente muestran pérdidas similares en seguridad en sí mismo y ser útil.

Escala de estructura según tipo de pérdida y estado civil

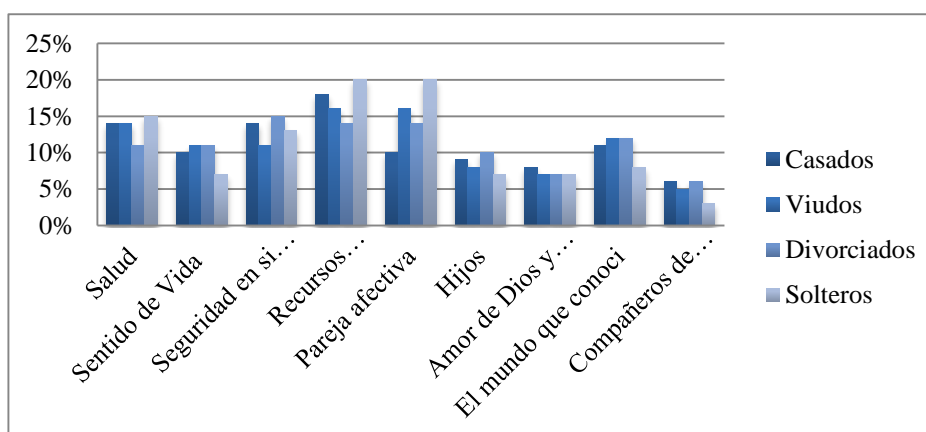
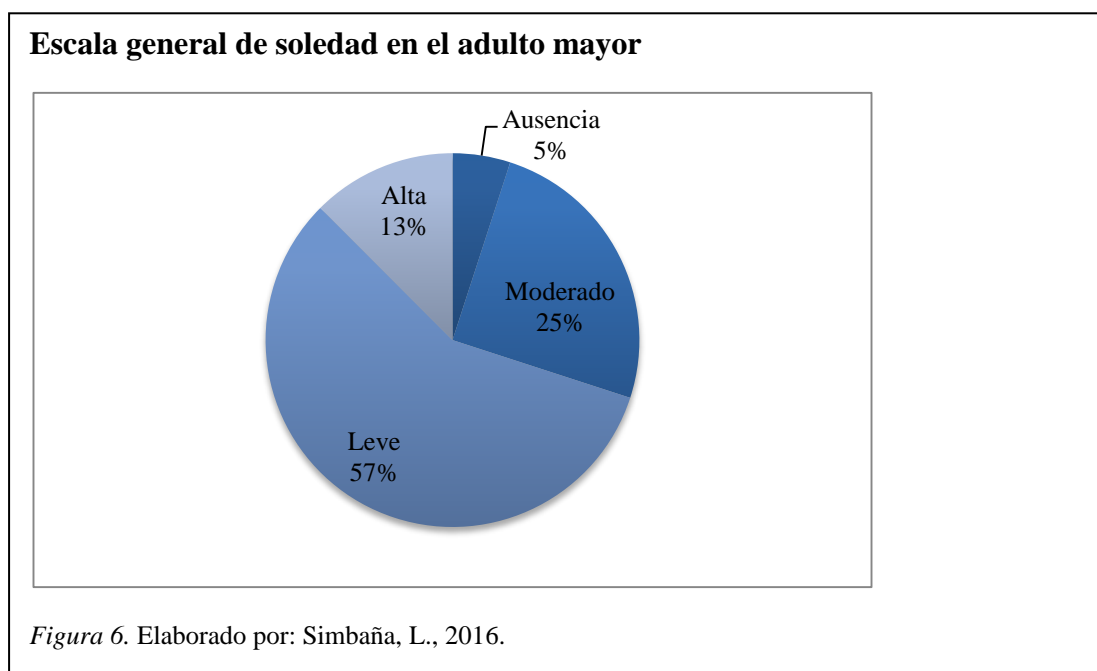


Figura 5. Elaborado por: Simbaña, L., 2016.

En los solteros predominan pérdidas en recursos económicos y pareja afectiva, le siguen en la misma proporción los casados/unión libre y los viudos, seguido de salud y seguridad en sí mismo.

En la escala de estructura según el tipo de pérdidas en lo que se refiere a la escolaridad mostraron que las personas que alcanzaron el bachillerato incompleto y superior completo presentaron predominio de pérdidas en recursos económicos, le sigue en menor proporción pareja afectiva y seguridad en sí mismo respectivamente, mientras que las personas con estudios mínimos, sin estudios, primaria y bachillerato completo mostraron menor predominio de pérdidas en hijos, amor a Dios y confianza en él y compañeros de trabajo.



Se aprecia que el nivel de soledad predominante es leve 57%, seguido de moderado, alto y ausencia de soledad, es decir, un poco más de la mitad del grupo presenta ciertas experiencias de soledad, mientras la otra parte estaría experimentando soledad.

Sub-escala general de soledad en el adulto mayor

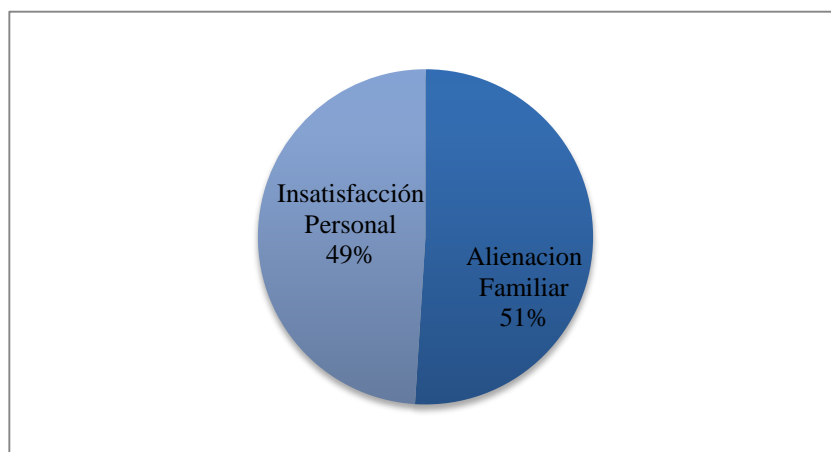


Figura 7. Elaborado por: Simbaña, L., 2016.

Se muestra que el 49% de adultos mayores evidencian insatisfacción personal debido a la percepción personal de no contar con intimidad afectiva, mientras que el 51% manifiesta alienación familiar al hecho de la ausencia de apoyo por parte de la familia.

Sub-escala de soledad en el adulto mayor según el género

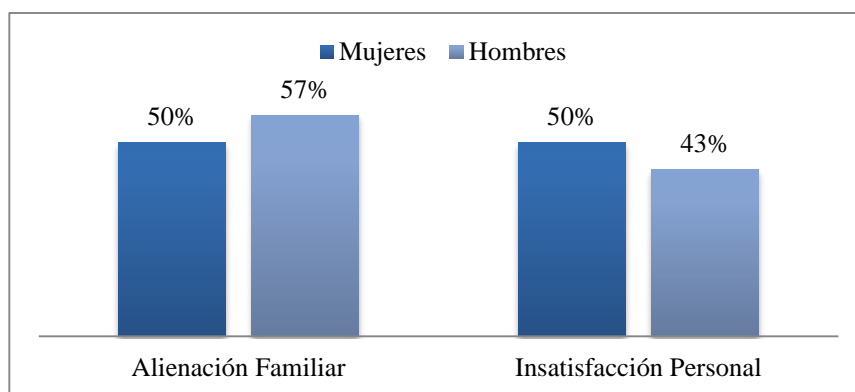


Figura 8. Elaborado por: Simbaña, L., 2016.

En comparación al género, predomina en los hombres el 57% de alienación familiar, es decir ausencia de apoyo de la familia, mientras en las mujeres similares niveles de alienación familiar e insatisfacción personal, ausencia de afecto por los otros y percepción de no contar con afecto.

Sub-escala de soledad en el adulto mayor según la edad

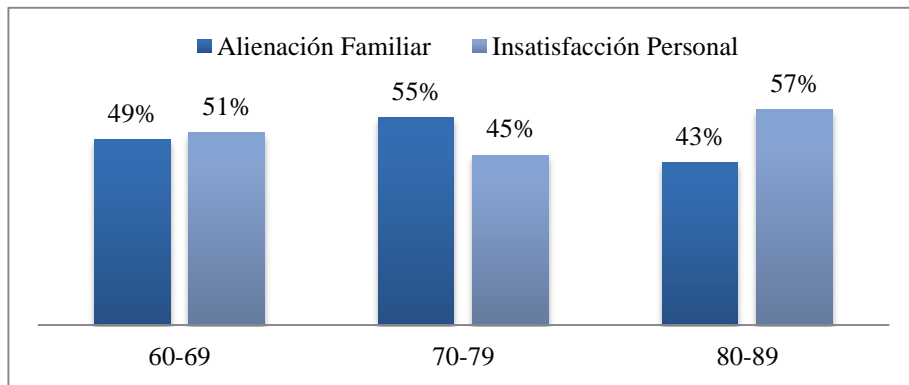


Figura 9. Elaborado por: Simbaña, L., 2016.

Las personas de 70-79 años muestran mayor ausencia de apoyo familiar (alienación familiar) que las personas de 80-89 que presentan mayor percepción personal de no contar con lazos afectivos (insatisfacción personal), las personas de 60-69 años muestran similares porcentajes.

Sub-escala de soledad en el adulto mayor según el estado civil

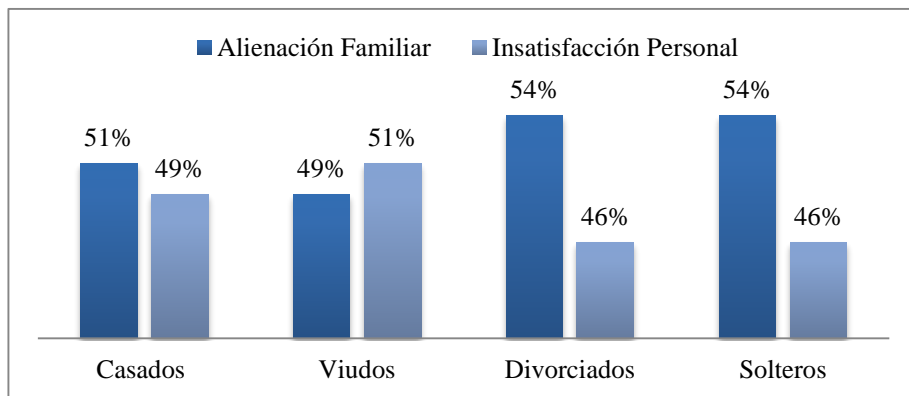
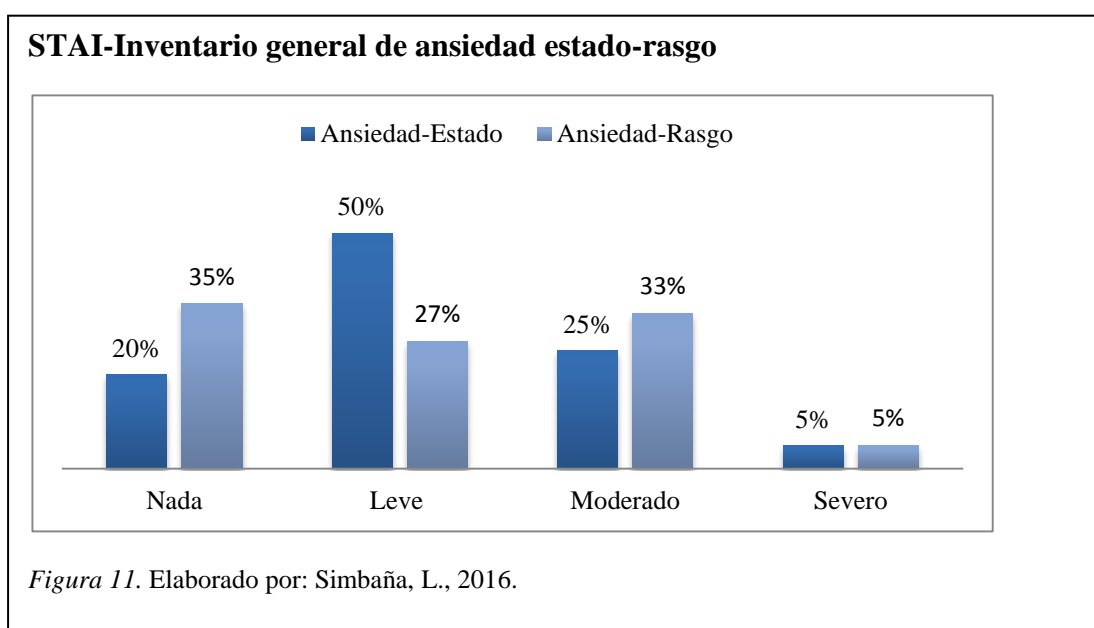


Figura 10. Elaborado por: Simbaña, L., 2016.

Los solteros y divorciados muestran mayor alienación familiar, ausencia de apoyo familiar, los viudos mayor insatisfacción personal, demandan afecto a los otros, mientras los casados muestran similar nivel de alienación familiar e insatisfacción personal.

La sub-escala de soledad, según la escolaridad del grupo mostró que las personas que alcanzaron el bachillerato incompleto presentó mayor insatisfacción personal, es decir, carencia de propósito en la vida, mientras las personas que alcanzaron la primaria y bachillerato completo mayor alienación familiar vinculado a carencias afectivas familiares. Las personas con estudios mínimos y sin estudios muestran similar alienación familiar e insatisfacción personal.



En general, predomina el nivel leve de ansiedad-estado, mientras que en ansiedad-rasgo predomina ausencia de ansiedad, seguido en la misma proporción de moderado.

STAI-Inventario de ansiedad estado-rasgo según el género

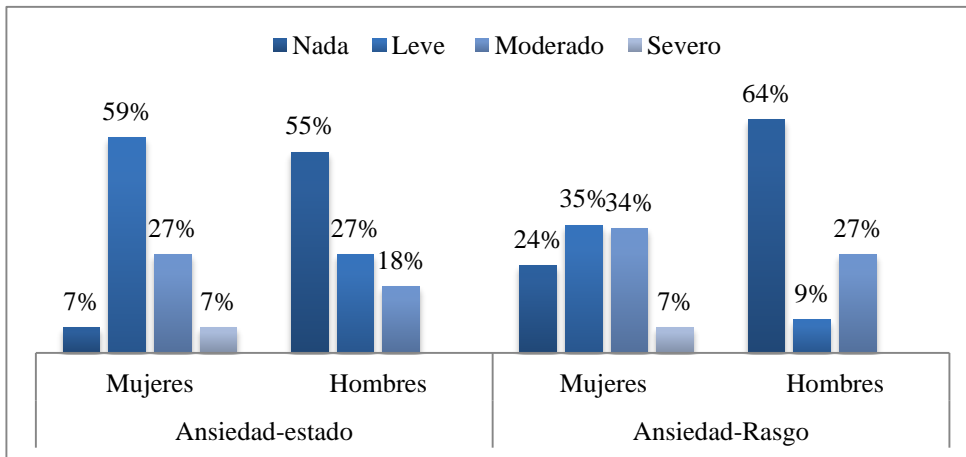


Figura 12. Elaborado por: Simbaña, L., 2016.

En comparación al género, en las mujeres predomina nivel leve de ansiedad-estado, mientras los hombres no muestran niveles de ansiedad.

En ansiedad-rasgo, en los hombres no presentan niveles de ansiedad, mientras las mujeres evidencian nivel leve y moderado de ansiedad-rasgo.

STAI- Inventario de ansiedad estado-rasgo según el estado civil

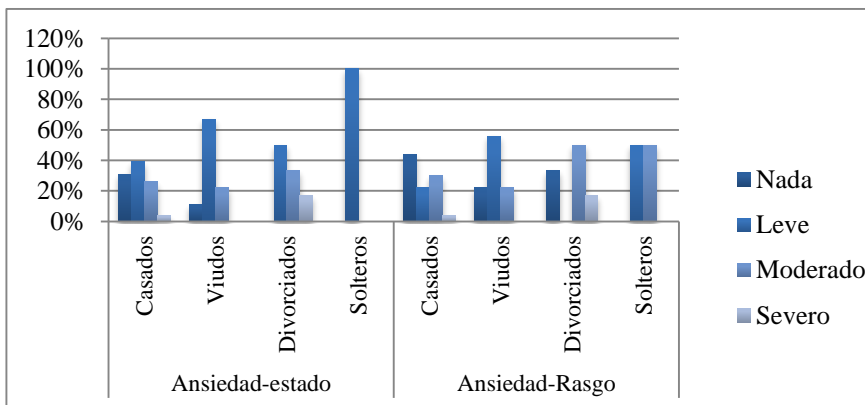


Figura 13. Elaborado por: Simbaña, L., 2016.

De acuerdo al estado civil, tanto en casados, viudos, divorciados y solteros predomina niveles leves de ansiedad-estado, mientras en ansiedad-rasgo, en los viudos predomina el nivel leve, divorciado moderado y soltero leve y moderado.

STAI-Inventario de ansiedad estado-rasgo según el rango de edad

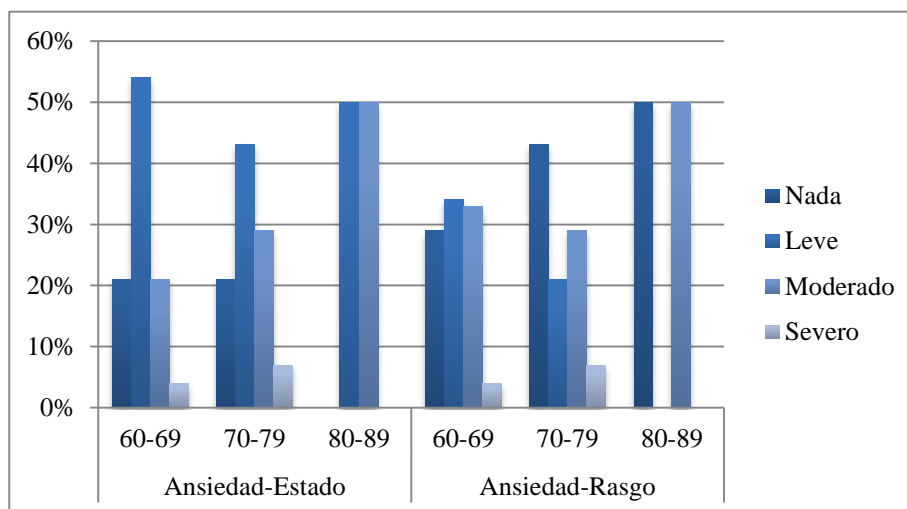


Figura 14. Elaborado por: Simbaña, L., 2016.

Con respecto al rango de edad, en ansiedad-estado predomina en las personas de 60-69 años niveles leves de ansiedad, mientras en ansiedad-rasgo no predominan niveles de ansiedad.

El inventario de ansiedad estado-rasgo según la escolaridad mostró que tanto en ansiedad-estado y ansiedad-rasgo predominan niveles leves de ansiedad en las personas que alcanzaron bachillerato incompleto, sin estudios y primarios completos, mientras las personas que alcanzaron superior completo presentan nivel moderado de ansiedad-estado, las personas con estudios mininos y bachillerato completo no mostraron niveles significativos de ansiedad.

Inventario general de depresión de Beck (BDI-II)

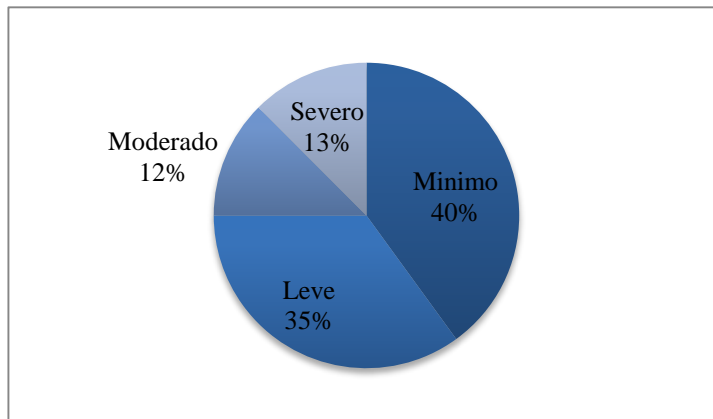


Figura 15. Elaborado por: Simbaña, L., 2016.

El nivel de depresión general predominante en el grupo es mínimo 40%, le sigue en la misma proporción leve, severo y moderado, el nivel severo (13%) lo presentan 5 personas, lo cual evidencian problemas afectivos.

Inventario general de depresión de Beck (BDI-II) según preguntas

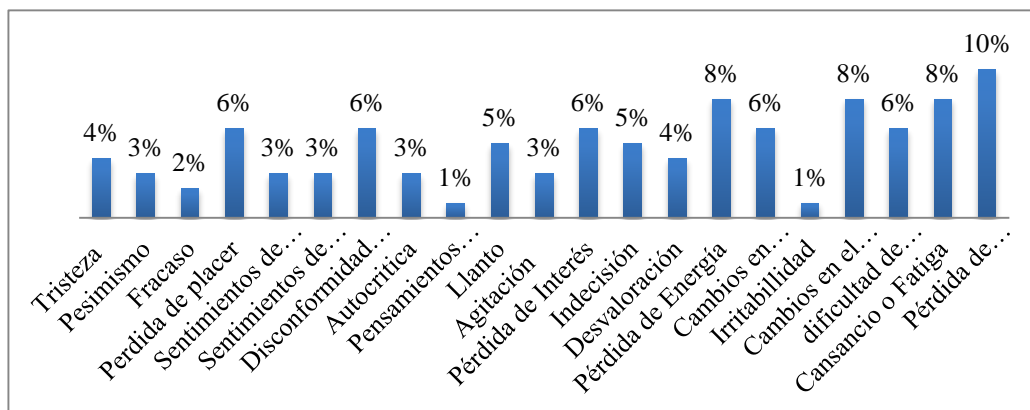


Figura 16. Elaborado por: Simbaña, L., 2016.

En general, en el grupo predomina pérdida de interés en el sexo 10%, le sigue en la misma proporción, pérdida de energía, cambios en el apetito y cansancio, existe un porcentaje menor en fracaso, pensamientos suicidas e irritabilidad.

Inventario de depresión de Beck (BDI-II) por pregunta según el género

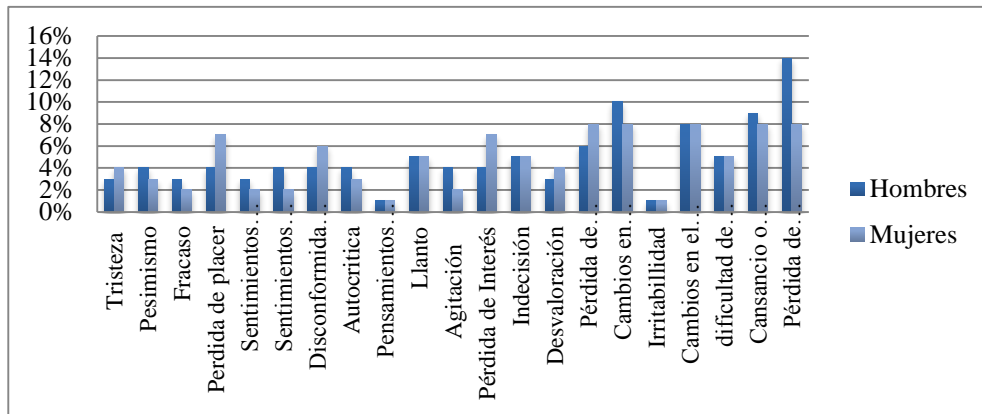


Figura 17. Elaborado por: Simbaña, L., 2016.

En comparación al género, en los hombres predomina pérdida de interés en el sexo, seguido de cambios en el apetito y cansancio, mientras en las mujeres predomina nivel similar en pérdida de energía e interés en el sexo, cambios en el apetito, sueño y cansancio.

Inventario de depresión de Beck, por pregunta según rango de edad

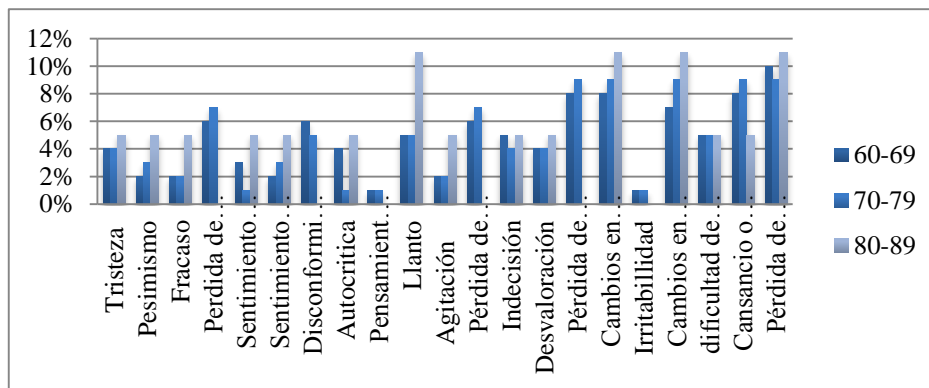


Figura 18. Elaborado por: Simbaña, L., 2016.

Respecto al rango de edad, en las personas de 80-89 años predomina llanto, cambios en el apetito y sueño, y pérdida de interés en el sexo, seguido de las personas de 70-79 años donde predomina, pérdida de energía e interés en el sexo, cambios en el apetito y sueño, cansancio.

Inventario de depresión de Beck según preguntas y estado civil

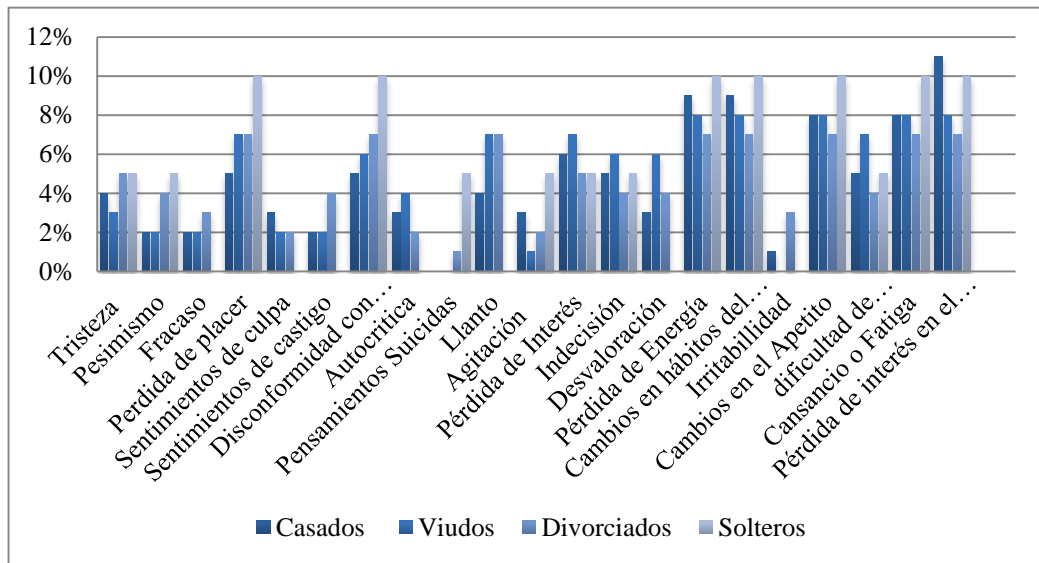


Figura 19. Elaborado por: Simbaña, L., 2016.

De acuerdo al estado civil, en los solteros predomina pérdida de placer, energía e interés por el sexo, disconformidad consigo mismo, cambios en el apetito, cansancio o fatiga, le siguen los casados con predominio en cansancio o fatiga, pérdida de energía y cambios en el apetito.

El Inventario de depresión de Beck, según la escolaridad mostró que las personas que alcanzaron estudios superior completo presentaron predominio en sentimientos de fracaso, sentimientos de culpa, pérdida de energía, cambios en los hábitos del sueño y pérdida de interés en el sexo, le siguen las personas que alcanzaron el bachillerato incompleto y presentan disconformidad consigo mismo, pérdida de interés, energía, de interés en el sexo, cambios en los hábitos del sueño y el apetito y cansancio, este grupo muestra sentimiento que generarían depresión; mientras las personas con estudios mínimos, sin estudios, primarios y bachillerato completo no muestran porcentajes significativas en las preguntas del BDI-II.

10.2 Notas de Campo

Las notas de campo se refieren a los datos registrados durante la observación al grupo de adultos mayores, estos registros muestran el sentir de las personas.

La pérdida más significativa que manifiestan los adultos mayores es sobre su salud, pues mencionan no sentirse con la misma energía de antes, refieren dolencias de sus articulaciones que les impide moverse con facilidad, enfermedades del corazón que les provoca agitación y mareo.

Otra pérdida significativa que manifiestan los adultos mayores es la de los recursos económicos con los que antes contaban, mencionan ya no encontrar trabajo para obtener ingresos, señala una persona que a veces no tiene para comer y asiste al comedor de la iglesia para alimentarse y recibir un poco de víveres para su hogar y tener para comer unos pocos días.

Algunos adultos mayores hablan de la pérdida de sus seres queridos, unos recuerdan a sus padres y lo mucho que les hace falta, lloran fácilmente al pensar en ellos, otros recuerdan a sus esposos, mientras otras personas mencionan cómo conocieron y se enamoraron de su pareja, la edad en la que se casaron, los hijos que tuvieron y con nostalgia recuerdan el tiempo en que murió su pareja, y menciona, “ahora vivo con una de mis hijas, ella me cuida, me da la comida, paso viendo a mi bis nieto de 2 años, con el duermo tarde y me entretengo”.

En su mayoría, el grupo de adultos mayores no ha perdido la fe en Dios, para ellos, él les protege y cuida, mencionan “mi Dios es él único que nos cuida, el amor a

él nunca se pierde, él nos protege en todo momento y lugar, va a ver por nosotros hasta el último día de nuestra vida”, la creencia hacia Dios es lo que los reconforta todos los días.

Con respecto a la soledad, existen personas que viven solas, sin embargo no se sienten solas, mencionando una persona que a pesar de que su esposo falleció, no se siente ni sola ni desamparada por él y manifiesta “él me dejó asegurada con la pensión del montepío, eso me ayuda para mis gastos y para tener para comer todos los días, por eso a pesar que falleció no me ha abandonado”.

Para el grupo de adultos mayores, el asistir al grupo “Salud y Vida” es fundamental, pues aquí se reúnen no solo para hacer ejercicios y para el control de su salud, sino también para recrearse y distraerse y como manifiestan las personas “el venir acá nos gusta y nos ayuda para estar bien, aquí nos chequean y nos divertimos entre todos”.

El que los adultos mayores asistan al grupo, que participen en las actividades que realizan, que socialicen con sus compañeros, compartan sus experiencias, ha permitido en cierta medida a las personas hacer frente a las adversidades de la vida, a superar la pérdida un familiar, a que se sientan emocionalmente estables, a que se sientan pertenecientes a un grupo en el que se reúnen no solo para ejercitarse, sino también para divertirse por un momento, y como manifiestan la mayor parte de adultos mayores, “los días que asisten al grupo les ha ayuda a sentirse bien”, por lo que es evidente que la permanencia del grupo “salud y vida” ha permitido en las personas superar de manera positiva las adversidades que se les ha presentado.

10.3 Análisis de resultados

En relación a la pérdida que experimenta el grupo de adultos mayores investigados, sobresale que el 40% presenta un nivel moderado de pérdidas. Estos resultados se dan a pesar de que es una etapa de pérdidas significativas en sus vidas.

Los adultos mayores destacan que, las pérdidas más significativas que se han presentado son las relacionadas a los recursos económicos, sin embargo de que la mayoría cuenta con ingresos pero estos ahora, sin actividad laboral, se han disminuido.

En este sentido, el 5% de adultos mayores no tienen fuentes de ingreso, mientras otros reciben ayuda de los hijos o familiares (35%); una cuarta parte tienen una fuente de trabajo propio (25%), reciben la jubilación (15%), o reciben el bono del estado (8%).

La consideración de que la mayor pérdida es la económica, puede traer como consecuencia la vivencia de una disminución de su poder adquisitivo y con ello una merma de sus condiciones de vida; así mismo, como efecto, sentimientos de inseguridad y frustración y a la larga una percepción de inutilidad, al sentir que no pueden contar consigo mismo y depende de otros para su subsistencia.

Otra de la pérdida relevante que destaca el grupo, es la pérdida de la salud tanto física como psicológica. Los resultados obtenidos evidencian que el 66% da cuenta de estar comprometida su salud física con algún tipo de enfermedad crónica. En este caso una preocupación fundamental para ellos es el de no poder contar con la

vitalidad de antes, esta es además la razón fundamental que les hace acudir al grupo semanalmente. En este sentido se observa que, solo el 38% manifiesta no presentar ninguna enfermedad, mientras el resto sí. Así: el 22% otras enfermedades como problemas del corazón, próstata, etc., el 25% presentan hipertensión y 15% diabetes.

En cuanto a la salud psicológica, el grupo refiere un estado de salud regular (55%), manifestando malestar emocional, como el de estar tristes y deprimidos. Esta percepción de pérdida de la salud tiene una connotación psíquica de afectación, aunque no tenga un nivel clínico de trastorno.

El grupo de adultos mayores, a la vez, destaca pérdidas de la pareja afectiva, así pues, el 13% de personas manifiestan haber perdido a la persona que amaba, lo cual, resulta concordante con lo señalado como un estado de soledad, pero percibido como de nivel leve; sin embargo, otras personas que perdieron a su pareja no mostraron la percepción de soledad. En este sentido muchos de ellos comentaron que la soledad se ve aplacada con el hecho de recibir el dinero provenientes del seguro (montepío), lo cual, como manifiestan las personas les hace sentir que no están desamparadas por su pareja.

Así también, se destaca que, a pesar que el 57% de las personas están casadas o viven en unión libre, han perdido el cuidado y el cariño de su pareja, por lo que se estaría generando alienación familiar (51%), al sentir que la persona solo cuentan consigo mismo.

Se destaca que, los solteros muestran niveles leves de soledad, así como un mayor estado de soledad o alienación familiar (54%) e insatisfacción personal o soledad como sentimiento (46%). El hecho de estar y sentirse solos genera en este grupo riesgo de presentar afectación de tipo afectivo.

La pérdida de pareja, que se ubica en el cuarto lugar con un porcentaje de 13%, podría estar vinculada a la experiencia de soledad (alienación) que alcanza el 51%. Es decir viven una situación de soledad, aunque a niveles leves. En este sentido, los datos recogidos en las notas de campo explican, como para estas personas, el apoyo que encuentran al reunirse en el grupo “Salud y Vida” es de gran beneficio para su salud física y emocional, así como la creencia religiosa (católicos 90%, cristianos 2% y evangélicos 8%). Estas últimas darían el sentido de que: “el amor de Dios y la confianza en él, no generaría sentimientos de desamparo”.

Comparando los datos de pérdidas y soledad con los de ansiedad y depresión se observa que los niveles moderados de pérdidas y leve de soledad, concuerdan con los niveles de ansiedad y depresión leves. Así el nivel de ansiedad-estado alcanza niveles leves en el 50% y ausencia de ansiedad-rasgo. Del mismo modo, los niveles de rasgos depresivos en el 60% no existen y alcanzan niveles mínimos en un 40%.

10.4 Interpretación de resultados

El análisis de la condición afectiva del grupo se realizó a partir de los datos obtenidos en la escala de pérdidas, soledad, ansiedad y depresión. Las pérdidas junto con la soledad, consideradas como acontecimientos que producen vivencias afectivas no placenteras que pueden estar relacionadas con la presencia de ansiedad y depresión como indicadores de la condición afectiva en los adultos mayores.

Los datos obtenidos evidencian que predomina en el grupo niveles moderados de pérdidas (40%) y niveles leves de soledad en más de la mitad del grupo (57%); además no se encuentran estados de ansiedad y depresión relevantes.

Las pérdidas que suelen ocurrir en estos momentos de las trayectorias vitales, en el caso del grupo, se destacan como relevantes la pérdida de los recursos económicos, la salud, la seguridad en sí mismo y la pareja afectiva. Estas pérdidas pueden traer como consecuencia una disminución del poder adquisitivo, una afectación de la capacidad de autonomía, una disminución de su valoración personal, ligada a sentimientos de inutilidad e inseguridad.

En efecto tienen el temor de que con una salud disminuida y con la dependencia económica de otros, ellos no pueden valerse completamente por sí mismos. De allí que su participación en el grupo es de vital importancia, pues allí cuidan su salud y con ello intervienen para controlar la pérdida de su vitalidad y autonomía, al mismo tiempo que previenen depender de otros.

Este grupo de adultos mayores surgió desde la intención de trabajar en pro del cuidado de la salud, este objetivo se hace realidad, pero además, el funcionamiento del grupo alcanza otros efectos benéficos que inciden sobre el bienestar personal y la calidad de vida del grupo. De este modo se orienta hacia algunos de los postulados del envejecimiento activo, respecto a promover la autonomía y la independencia, según lo destaca la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento (Madrid 2002).

La experiencia de soledad se la puede vincular a la pérdida de pareja afectiva causada por la muerte del conyugue y/o el distanciamiento de los familiares, incluido la misma pareja, lo que determina que la persona experimente una situación de soledad o alienación familiar. “La alienación familiar está vinculada con la experiencia solitaria en relación a la carencia de afecto proveniente de la familia nuclear” (González & Rangel, 2009). Es decir, quienes viven una situación de soledad, tanto por ausencia de la pareja así como por el alejamiento de hijos u otros familiares cercanos.

En el caso del grupo se evidencia la existencia de experiencias de situaciones de soledad, sobre todo en el caso de la viudez y la soltería, pero cuando se compara con los niveles de sentimientos de soledad, como vivencia de insatisfacción, esta se encuentra en estados leves.

Bajo esta misma reflexión, con la evidencia de experiencias de pérdidas y soledad, en el grupo, se esperaría que estén presentes niveles relevantes de ansiedad y depresión, no obstante esto no se evidencia en la mayoría de los adultos mayores, pues tanto ansiedad como depresión no alcanza valores importantes. Sin embargo

queda el profundizar y atender a aquellos que si muestran rasgos severos de depresión (13%).

Según los datos recogidos en las notas de campo los resultados anteriores podrían explicarse por la presencia de los factores resilientes.

La resiliencia, es la capacidad que tienen los seres humanos de afrontar las adversidades de la vida, superarlas y aún salir fortalecidos de las situaciones difíciles (Zarebski, et al., s.f). Vinculando este concepto a la experiencia del grupo, la resiliencia surgiría desde varios factores tales como: la actitud de los miembros del grupo frente a cambios y pérdidas. Por ejemplo, las pérdidas de recursos económicos, pues aunque algunas personas cuentan con recursos provenientes de la familia, otros en cambio para hacer frente a la falta de ingresos económicos realizan manualidades para poder venderlas, buscando así su sustento económico.

Así también la resiliencia en el grupo se vincula a la pérdida de la pareja afectiva, es decir, las personas que han perdido a su pareja han superado su pérdida a partir del apoyo en el grupo.

Otro de los factores que ha permitido la capacidad de resiliencia en el grupo es la creencia en un ser superior, así pues ellos han expresado que: el amor a Dios y la confianza en él, ha permitido en el grupo afrontar las adversidades, y por ende adaptarse a los cambios que se les presentan en sus procesos de envejecimiento.

Existen factores de la personalidad asociados a la resiliencia que manifiesta el grupo, tales como el optimismo y la capacidad de afrontamiento de las situaciones, pues se muestran positivos ante la pérdida de un ser querido, o son optimistas e incluso son divertidos con el resto del grupo.

La capacidad de afrontamiento que se encuentra en el grupo viene dada partir de las luchas que han debido hacer a lo largo de la vida, no solo en este momento de sus existencias. En este sentido, la mayoría del grupo ha experimentado diversas situaciones difíciles, sobre todo en el plano económico, estas adversidades ha demandado de ellos el desarrollo de recursos personales en la búsqueda de soluciones para enfrentar esas situaciones difíciles. Por ello ahora cuentan con esos recursos, entre los que se destacan el optimismo, compensación de las pérdidas y espíritu de lucha para enfrentar las dificultades.

El grupo evidencia problemáticas significativas, estas son económicas, y de salud, sin embargo viven la vida de la mejor manera, sin victimizarse ante su circunstancias y ante las problemas que se les presente.

El grupo tiene un papel fundamental en la vida de los adultos mayores, pues ha desarrollado factores protectores dentro del proceso del envejecimiento, los cuales permiten a los adultos mayores hacer frente a su nueva realidad. Así pues las personas la acudir al grupo, realizar las actividades físicas, intercambiar con los otros que pasan situaciones semejantes, entre otros, brinda a los adultos mayores la posibilidad de contar con un espacio de compartir; experiencias físicas donde se sientan activos, un lugar en el que son escuchados, atendidos, y tomados en cuenta.

Se concluye entonces que el grupo se constituye en ayuda mutua y que a través del grupo puedan generar mecanismos para hacer frente a los cambios del envejecer, a la aceptación y adaptación de la realidad cambiante.

Conclusiones

La condición afectiva de los adultos mayores del grupo “salud y vida” del centro de salud el Blanqueado, destacan un nivel moderado de pérdidas y leve de soledad que causan cierta insatisfacción personal. Sin embargo, no se evidencian porcentajes significativos de ansiedad y depresión. Todo lo cual parecería estar vinculado a elementos resilientes y a la influencia del espacio grupal como factores protectores.

Respecto a la hipótesis planteada, esta no se cumple, pues la mayor parte de adultos mayores no presentan problemas significativos en su afectividad.

Las pérdidas que destaca el grupo como recursos económicos, seguridad en sí mismo, salud y pareja afectiva no son determinantes de una afectividad ansiosa o depresiva.

El grupo evidencia la experiencia de soledad o alienación familiar; sin embargo al comparar con sentimientos de insatisfacción ligados a la experiencia de soledad los valores son leves.

La presencia de ansiedad y depresión en el grupo es mínima para la mayoría, pese a las pérdidas, todo lo cual, al parecer, está relacionado con recursos resilientes, desarrollados por la mayoría de los miembros del grupo. Estos recursos estarían vinculados a la pertenencia al grupo de adultos mayores, así como a las creencias religiosas, los mismos que ejercen una función protectora.

El predominio de la religiosidad en el grupo, manifestados como la creencia del amor a Dios y la confianza en él, han permitido que las personas tengan esperanza y protección, todo lo cual interviene como un factor protector al enfrentar diversas circunstancias adversas.

En el grupo se destaca la presencia de recursos resilientes construidos a lo largo de sus vidas tales como: optimismo, capacidad de lucha, entusiasmo y compensaciones frente a las pérdidas.

La existencia del grupo “Salud y Vida” del Centro de Salud El Blanqueado permite que el grupo pueda sentirse fortalecido para hacer frente a los diferentes cambios propios de este momento de la trayectoria vital. Así este ejerce una acción protectora para sus miembros. De este modo, la condición afectiva del grupo se ve influida favorablemente.

Los planteamientos del envejecimiento activo están presentes a través del funcionamiento del grupo, quien brinda a los adultos mayores del sector de la Arcadia un espacio de promoción de salud, fomento de la autonomía y la independencia. Todo lo cual contribuye a mejorar su calidad de vida.

El grupo “salud y vida” juega un papel fundamental en los adultos mayores, pues socializan con sus compañeros, comparten experiencias y provocan en las personas sentimientos de pertenencia y solidaridad. Así se sienten parte de un grupo en el que se reconfortan, superando de manera positiva las adversidades y compartiendo las alegrías.

Las creencias religiosas contribuyen a generar en los miembros del grupo, aceptación, esperanza y tranquilidad.

Los factores protectores durante el envejecimiento ayudan a que las personas puedan hacer frente a los cambios y dificultades que se presentan en estos momentos de la trayectoria vital. Así se ve en el grupo, pues las pérdidas que han experimentado, para la mayoría, no han generado trastornos afectivos significativos, conservando su entusiasmo, capacidad de lucha frente a los déficits de su salud y búsqueda de bienestar.

Las edades predominantes en el grupo investigado están entre 60 y 69 años, lo cual explica que la mayoría no presente pérdidas significativas respecto a una condición grave de salud, más bien se trata de estados crónicos que están siendo controlados en el mismo grupo. Esta situación ejerce una influencia favorable con su condición afectiva.

Existe un pequeño grupo de personas que mostraron depresión severa, que requiere ser atendida a través de un trabajo individualizado.

Recomendaciones

Resulta necesario considerar la atención individualizada para aquellas personas que muestran depresión severa.

La constatación de que un grupo de adultos mayores percibe vivir soledad, aun con la presencia de seres queridos que afectivamente están distantes, genera la necesidad de desarrollar estrategias de acercamiento con los familiares para mejorar las relaciones y fomentar la inclusión familiar.

Los lugares para los adultos mayores creados por diferentes entidades, son de gran importancia para las personas que están en esta etapa de la vida, pues estos se convierten en una estrategia de promoción de bienestar, de solidaridad, de enfrentamiento de cambios, de actividad y participación de los adultos mayores.

Presupuesto

La presente investigación amerita los siguientes gastos:

Tabla 4

Transporte	150.00
Reactivos psicológicos proporcionados por la Universidad	
STAI Cuestionario Ansiedad Estado-Rasgo	
Cd, impresiones, empastado	80.00
Copias	10.00
TOTAL	240.00

Nota: Elaborado por Simbaña, L. 2016

Referencias bibliográficas

- Bermejo, J. C. (s.f.). *La Soledad en los Mayores*. Recuperado de http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/JC_Bermejo_La_soledad_en_los_mayores.pdf
- Berriel, F., Pérez, R., & Rodríguez, S. (2011). *Envejecimiento, vejez y cuidados. Desarrollo adulto y envejecimiento: modelos sociocontextuales*. (s.f.). Recuperado de http://www.ub.edu/dpssed/fvillar/principal/pdf/proyecto/cap_12_ciclovital.pdf
- Dicaprio, N. (1989). *Teorías de la Personalidad*. Mexico: MacGraw-Hill.
- Dulcey-Ruiz, E., & Uribe Valdivieso, C. (2002). *Psicología del ciclo vital: Hacia una visión comprehensiva de la vida humana*. Recuperado de http://www.fundacioncepsiger.org/archivos/psico_del_ciclo_vital.pdf
- Ecuador Inmediato.com. (16 de febrero de 2010). *El envejecimiento poblacional, el desafío para el Ecuador hacia el 2025*. Recuperado de Ecuador Inmediato.com:http://www.ecuadorinmediato.com/Noticias/news_user_view/el_envejecimiento_poblacional_desafio_para_ecuador_hacia_el_2025--121480
- Fernández Ballesteros, R. (1996). *Encuentros multidisciplinares*. Recuperado de La psicología de la vejez: <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>
- Fernández Ballesteros, R. (1996). *La psicología de la vejez*. Recuperado de <http://www.encuentrosmultidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>

- Gerontólogos argentinos. (s.f). *Narcisismo, resiliencia y factores protectores en el envejecimiento*. Buenos Aires: INAES.
- Gobierno de Colombia. (2015). *Ministerio de salud*. Recuperado de Enfoque de Curso de Vida: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ABCenfoqueCV.pdf>
- González, A. L., & Rangel, C. (2009). *Evaluación en psicogerontología*. Mexico: Manual Moderno.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Batista Lucio, M. d. (2010). *Metodología de la Investigación*. Recuperado de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Instituto Mexicano del seguro social. (s.f.). *Diagnostico y Tratamiento del Transtorno de Ansiedad Generalizada en el Adulto Mayor*. Recuperado de Guia de Práctica Clínica GPC: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/499GRR.pdf>
- Loza, M. (2016). Capitulo III Metodología de la investigación.
- Oganizacion Mundial de la Salud. (2002). *Envejecimiento Activo:un Marco de Político*. Recuperado de http://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/oms_envejecimiento_activo.pdf
- OMS. (2016). *Temas de salud: Depresión*. Recuperado de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Pinazo, S., & Sanchez, M. (2005). *Gerontología. Actualiazación, Innovación y Propuestas*. Madrid: Pearson Prentice-Hall.

- Rivera-Ledesma, A., & Montero López Lena, M. (2009). *Escala de estructura de pérdidas en el adulto mayor*. Mexico: Manual moderno.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero-López Lena, M. (2009). *Evaluación en psicogerontología*. Mexico: Manual moderno.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero-López, M. (2008). *Estructura de pérdidas en la adultez mayor: una propuesta de medida*. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000600006
- Rivera-Ledesma, A., & Montero-López-Lena, M. (2009). IMSOL-AM Escala de Soledad en el Adulto Mayor. En A. L. Gonzáles-Celis Rangel, *Evaluación en psicogerontología* (págs. 123-131). Mexico: Manual moderno.
- Rojas, E. (16 de Enero de 2009). *Viaje al interior de la Afectividad*. Recuperado de http://www.esposiblelaesperanza.com/index.php?option=com_content&view=article&catid=69:tema-2-madurar-la-dimension
- Salvarezza, L. (2011). *Psicogeriatría. Teoría y clínica 2ª edición*. Buenos Aires: Paidós.
- Urbano, C. A., & Yuni, J. A. (2005). *Psicología del Desarrollo: enfoques y perspectivas del curso vital*. Argentina : Brujas.
- Vasconez Clavijo, M. (2015). Estudio de la condición afectiva que presentan los integrantes del grupo de adultos mayores del barrio San Vicente de la parroquia de Yaruquí en el perío mayo-agosto 2015. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Yuste Rossell, N., Rubio Herrera, R., & Aleixandre Rico, M. (2004). *Introducción a la psicogerontología*. Madrid: Pirámide.

Anexos

Formatos de reactivos aplicados

Anexo 1: Escala de estructura de pérdidas en el adulto mayor

Instrucciones: Lea con atención las siguientes afirmaciones y elija la opción que describa mejor si ha perdido lo que indican

¿Ha perdido?	No	A veces creo que sí, a veces creo que	
		no	Sí
1. El sentirme físicamente bien	1	2	3
2. Seguridad para hacer lo que antes hacía	1	2	3
3. El sentido de mi vida	1	2	3
4. El sentir que valgo la pena	1	2	3
5. El sentirme productivo cada día	1	2	3
6. La seguridad de estar económicamente protegido	1	2	3
7. Los cuidadoso y el cariño de mi pareja	1	2	3
8. La cercanía de mis hijos	1	2	3
9. La confianza en Dios	1	2	3
10. El saber para que vivo	1	2	3
11. El tener suficiente dinero para mis gastos	1	2	3
12. Lo que la gente decía que yo era	1	2	3
13. La atención de mis hijos	1	2	3
14. El respeto que me tenían por mi trabajo	1	2	3
15. La gente que pensaba o sentía como yo	1	2	3
16. La convivencia con mis compañeros de trabajo	1	2	3
17. El saber que tengo dinero para ver por mi gente	1	2	3
18. El sentirme sano	1	2	3
19. El amor a Dios	1	2	3
20. La mujer (hombre) que amaba	1	2	3
21. El sentir que tenía el dinero que necesitaba	1	2	3
22. El sentir que Dios está conmigo	1	2	3
23. El sentir que podía encontrar una pareja para mi	1	2	3
24. El saber para qué lucho	1	2	3
25. El que me buscaran cuando había problemas	1	2	3
26. Lo que siempre fue mi manera de vivir	1	2	3
27. Confianza en mí mismo	1	2	3
28. El mundo que conocía	1	2	3
29. El ser necesario para los demás	1	2	3
30Seguridad para tomar decisiones	1	2	3
31. El saber que mi cuerpo funciona bien	1	2	3
32. Mis compañeros de trabajo	1	2	3
33. Dinero con el que contaba cada mes	1	2	3
34. El amor de mi vida	1	2	3
35. La presencia de mis hijos	1	2	3
36. el que mis hijos vinieran a verme	1	2	3

Nota: Tomado de López Lena M y Rivera-Ledesma A., 2009.

Anexo 2: Escala de soledad en el adulto mayor IMSOL-AM

Instrucciones. Enseguida encontrará una serie de afirmaciones que describen diversos sentimientos. Su tarea consiste en indicar con qué frecuencia experimenta dichos sentimientos empleando para ello la clave que se encuentra al lado derecho de cada oración. Responda de manera sincera y espontánea, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, lo que importa es lo que usted sienta.

Afirmaciones	Todo el tiempo (4)	La mayor parte del tiempo (3)	Algunas veces (2)	Casi nunca (1)	Nunca (0)
01. Siente que sólo cuenta consigo mismo(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
02. Se siente rechazado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
03. Se siente inseguro(a) acerca de su futuro	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
04. Se siente aislado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
05. Se siente incomprendido(a) en su familia	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
06. SE siente vacío(a) de cariño	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
07. Se siente cansado(a) de luchar por la vida	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
08. Se siente como encerrado(a) en sí mismo(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
09. Se siente solo(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
10. Se siente apartado(a) de su familia	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
11. Se siente abandonado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
12. Siente su vida vacía	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
13. Siente que su familia desconoce sus sentimientos	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
14. Se siente insatisfecho(a) con su vida	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
15. Siente que su familia desapruueba sus forma de ser	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
16. Siente que su vida carece de propósito	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
17. Se siente desamparado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
18. Siente que la soledad es su única compañía	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
19. Siente que su vida está llena de conflictos y tristezas	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
20. Se siente triste	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)

Nota: Tomado de López Lena M y Rivera-Ledesma A., 2009.

Anexo 3. Inventario de ansiedad estado-rasgo.

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO

Nombre: _____

Ansiedad-Estado

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor como se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento comodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mi mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy <<atado>> (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

Ansiedad- Rasgo

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique como *se siente usted en general*, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa como se siente usted generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona intranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy Satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afecta tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

Nota: Tomado de

[http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ANSIEDAD/EVALUACION%20GENERAL%20DE%20LOS%20TRASTORNOS%20DE%20ANSIEDAD/ESCALA%20DE%20ANSIEDAD%20ESTADORASGO%20\(STAI\)/STAI_P.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ANSIEDAD/EVALUACION%20GENERAL%20DE%20LOS%20TRASTORNOS%20DE%20ANSIEDAD/ESCALA%20DE%20ANSIEDAD%20ESTADORASGO%20(STAI)/STAI_P.pdf)

Anexo 4: Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el apetito).

1. Tristeza 0 No me siento triste 1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Estoy triste todo el tiempo Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo 3 soportarlo	6. Sentimientos de Castigo 0 No siento que estoy siendo castigado. Siento que tal vez pueda ser 1 castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado
2. Pesimismo 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo 1 2 No espero que las cosas funcionen para mí. Siento que no hay esperanza para mi futuro y 3 que solo puede empeorar	7. Disconformidad con Uno Mismo Siento acerca de mi lo mismo que 0 siempre 1 He perdido la confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusto a mi mismo
3. Fracaso 0 No me siento como un fracasado 1 He fracasado más de lo que hubiera debido. 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos 3 Siento que como persona soy un fracaso	8. Autocrítica No me critico ni me culpo más de lo 0 habitual Estoy más crítico conmigo mismo de 1 lo que solía estarlo Me critico a mí mismo por todos mis 2 errores Me culpo a mí mismo por todo lo 3 malo que sucede
4. Pérdida de placer 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto No disfruto tanto de las cosas como solía 1 hacerlo Obtengo muy poco placer de las cosas de las 2 que solía disfrutar. No puedo obtener ningún placer de las cosas 3 de las que solía disfrutar.	9. Pensamientos o Deseos de Suicidas 0 No tengo ningún pensamiento de matarme. He tenido pensamientos de matarme, 1 pero no lo haría 2 Querría matarme Me mataría si tuviera la oportunidad 3 de hacerlo
5. Sentimientos de culpa 0 No me siento particularmente culpable. Me siento culpable respecto a varias cosas que 1 he hecho o que debería haber hecho antes Me siento bastante culpable la mayor parte del 2 tiempo 3 Me siento culpable todo el tiempo	10. Llanto 0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier cosa 3 Siento ganas de llorar pero no puedo

Nota: Tomado de Beck A., 2009.

<p>11. Agitación No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 0 habitual. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. 1 lo habitual. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto. 2 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo. 3</p>	<p>17. Irritabilidad 0 No estoy más irritable que lo habitual 1 Estoy más irritable que lo habitual 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual 3 Estoy irritable todo el tiempo</p>
<p>12. Pérdida de Interés No he perdido el interés en otras actividades o personas 0 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas 1 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 2 Me es difícil interesarme en algo. 3</p>	<p>18. Cambios en el Apetito 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito</p> <hr/> <p>1ª Mi apetito es un poco menor que lo habitual</p> <hr/> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual</p> <hr/> <p>2ª Mi apetito es mucho menor que antes</p> <hr/> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual</p>
<p>13. Indecisión Tomo mis decisiones tan bien como siempre 0 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones 1 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones 2 Tengo problemas para tomar cualquier decisión. 3</p>	<p>3ª No tengo en apetito en absoluto</p> <hr/> <p>3b Quiero comer todo el tiempo</p>
<p>14. Desvalorización 0 No siento que yo no sea valioso. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía 1 considerarme Me siento menos valioso cuando me comparo con otros 2 3 Siento que no valgo nada</p>	<p>19. Dificultad de Concentración 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 1 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 2 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p>
<p>15. Pérdida de Energía 0 Tengo tanta energía como siempre Tengo menos energía que la que solía tener. 1 No tengo suficiente energía para hacer demasiado. 2 No tengo energía suficiente para hacer nada. 3</p>	<p>20. Cansancio o Fatiga 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. 1 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer. 3</p>
<p>16. Cambios en los Hábitos de Sueño No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 0 Duermo un poco más que lo habitual. 1a Duermo un poco menos que lo habitual. 1b Duermo mucho más que lo habitual. 2a Duermo mucho menos que lo habitual. 2b Duermo la mayor parte del día. 3a Me despierto 1-2 horas más temprano 3b y no puedo volver a dormirme.</p>	<p>21. Pérdida de interés en el sexo. No he notado ningún cambio reciente en mi interés en el sexo. 0 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo 1 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo. 3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>

Nota: Tomado de Beck A., 2009.