UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
SEMINARIO DE TÍTULO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

RELACIÓN ENTRE SUCESOS VITALES Y SALUD MENTAL EN ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES: EL PAPEL MEDIADOR DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

POR
MAGDALENA CÁRDENAS JIMÉNEZ
MAKARENA OLIVARES ESCOBAR

PROFESORA
CLAUDIA MIRANDA CASTILLO

VALPARAÍSO, 13 DE ENERO 2017

ÍNDICE

	Pag N°
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS	12
2.1 Pregunta de Investigación	12
2.2 Objetivos	12
2.2.1 Objetivo General	12
2.2.2 Objetivos Específicos	12
2.3 Modelo teórico	13
2.4 Hipótesis	13
2.4.1 Hipótesis 1 y Modelo 1	13
2.4.2 Hipótesis 2 y Modelo 2	14
2.4.3 Hipótesis 3 y Modelo 3	14
2.4.4 Hipótesis 4 y Modelo 4	15
2.4.5 Hipótesis 5 y Modelo 5	15
3. MARCO TEÓRICO	16
3.1 Adulto Mayor	16
3.1.1 Datos epidemiológicos y demográficos	16
3.1.2 Envejecimiento y vejez	18
3.1.3 Adulto Mayor	22
3.2 Salud Mental y Bienestar	24
3.2.1 Problemas asociados a salud mental	28
3.2.2 Depresión	30
3.2.3 Depresión en el Adulto Mayor	31
3.2.4 Ansiedad	33
3.2.5 Ansiedad en el Adulto Mayor	34
3.2.6 Comorbilidad de ansiedad y depresión	34
3.3 Modelo del estrés	35
3.3.1 Estrés	35

3.3.2 Sucesos vitales 37
3.3.2.1 Sucesos vitales estresantes en la adultez mayor 40
3.3.2.2 Sucesos vitales estresantes asociados a depresión y ansiedad en el adulto mayor 41
3.3.2.3 Evaluación de los sucesos vitales 42
3.3.3 Regulación emocional y Estrategias de afrontamiento 46
3.3.3.1 Regulación emocional y Estrategias de afrontamiento en el adulto mayor 49
3.3.3.2 Crecimiento personal 50
3.3.3.3 Rumiación 51
3.3.3.4 Evitación experiencial 53

4. MARCO METODOLÓGICO 55
4.1 Diseño de investigación 55
4.2 Muestra 55
4.3 Procedimiento 56
4.3.1 Reclutamiento 56
4.3.2 Consentimiento informado 56
4.4 Instrumentos 56
4.4.1 Características sociodemográficas 56
4.4.2 Salud Física 57
4.4.3 Bienestar psicológico 57
4.4.4 Sintomatología depresiva 57
4.4.5 Ocio y tiempo libre 58
4.4.6 Sintomatología ansiosa 58
4.4.7 Estilo rumiativo 58
4.4.8 Evitación experiencial 58
4.4.9 Apoyo social 59
4.4.10 Impacto psicológico de los sucesos vitales pasados 59
4.4.11 Plan de análisis de datos 60

5. RESULTADOS 62
5.1 Características sociodemográficas 62
5.1.1 Edad 62
5.1.2 Región 63
5.1.3 Sexo 63
5.1.4 Estado civil 64
5.1.5 Nivel educacional 64
5.1.6 Condiciones económicas 65
5.1.7 Cantidad de personas en el hogar 66
5.2 Características de salud 67
5.2.1 Percepción de salud y enfermedades diagnosticadas 68
5.2.2 Sistema de salud 68
5.2.3 Asistencia regular a controles de salud 69
5.2.4 Percepción de aburrimiento y soledad 70
5.3 Características clínicas 71
5.4 Sucesos vitales 73
5.4.1 Frecuencia sucesos vitales experimentados 73
5.4.2 Frecuencia de sucesos vitales positivos y negativos 74
5.4.3 Cantidad de sucesos vitales positivos experimentados 76
5.4.4 Cantidad de sucesos vitales negativos experimentados 76
5.4.5 Crecimiento personal y rumiación ante sucesos vitales positivos y negativos 77
5.5 Relación entre sucesos vitales, estrategias de afrontamiento y salud mental 78
5.5.1 Correlación entre sucesos vitales y salud mental 78
5.5.2 Correlación entre sucesos vitales y estrategias de afrontamiento 79
5.5.3 Correlación entre estrategias de afrontamiento y salud mental 80
5.6 Análisis de mediación 82
5.6.1 Hipótesis 1: Relación entre sucesos vitales negativos, rumiación y depresión 82
5.6.2 Hipótesis 2: Relación entre sucesos vitales positivos, crecimiento personal y depresión 83
5.6.3 Hipótesis 3: Relación entre sucesos vitales negativos, 83

evitación experiencial y ansiedad
5.6.4 Hipótesis 4: Relación entre sucesos vitales positivos, crecimiento personal y bienestar psicológico 84
5.6.5 Hipótesis 5: Relación entre sucesos vitales negativos, crecimiento personal y depresión 84

6. DISCUSIÓN 86
6.1 Características de la muestra y comparación con otros estudios 86
6.1.1 Características sociodemográficas 86
6.1.2 Características de salud 87
6.1.3 Características clínicas 88
6.1.4 Características de soledad y aburrimiento 90
6.1.5 Características de los sucesos vitales 90
6.2 Comprobación de hipótesis 91
6.2.1 Efecto mediador de la rumiación en la relación entre sucesos vitales negativos y depresión 91
6.2.2 Efecto mediador del crecimiento personal en la relación entre sucesos vitales positivos y depresión 93
6.2.3 Efecto mediador de la evitación experiencial en la relación entre sucesos vitales negativos y ansiedad 94
6.2.4 Efecto mediador del crecimiento personal en la relación entre sucesos vitales positivos y bienestar psicológico 96
6.2.5 Efecto mediador del crecimiento personal en la relación entre sucesos vitales negativos y depresión 97
6.3 Fortalezas y limitaciones de la investigación 99
6.4 Proyecciones del estudio 100
6.5 Conclusión 101

7. REFERENCIAS 102

Anexo 1 119
Anexo 2 121

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Es un hecho comprobado que la esperanza de vida a nivel mundial es cada vez mayor, lo que sumado a la baja tasa de fecundidad que se aprecia en la actualidad, tiene como consecuencia el envejecimiento progresivo de la población mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el "Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud", entre 2015 y 2050, la proporción mundial de la población con más de 60 años de edad, pasará de 900 millones hasta los 2.000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 20% de la población. Esto se resume a que para el año 2050, una de cada cinco personas será mayor de 60 años. Es por esto que se hace necesaria la acción pública con respecto al envejecimiento de la población, y por lo cual serán de gran importancia los cambios que se pueden hacer tanto en lo político y social, como en lo cultural (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

En Chile, en la actualidad el envejecimiento demográfico de la población es tema obligado en la agenda estatal. Desde el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), se expone que el país está en un proceso creciente de envejecimiento de la población, lo cual se basa en la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) que evidencia un incremento continuo de la población de adultos mayores de 60 años en Chile. Según esta encuesta, la población adulta mayor alcanza los 3.075.603 habitantes en el país, lo que equivale al 17,5% de la población total. De este porcentaje, un 16,6% reside en la Región Metropolitana y un 20,6% reside en la región de Valparaíso (CASEN, 2015).

Por todo lo ya mencionado, la OMS (2015) recomienda una mayor visualización de esta situación, tomando una posición en pro de un envejecimiento activo y sano. Para esto, se ha ido creando un marco mundial sobre el cual determinar las acciones a realizar en Chile y en el mundo. La organización apoya así la meta de los gobiernos, la cual consiste en fortalecer y mejorar la salud mental de la población adulta mayor a través de planes de acción que se enmarquen en las políticas actuales y en estrategias eficaces para lograr aquello (OMS, 2015).

A nivel mundial, más de un 20% de las personas mayores de 60 años sufren algún trastorno mental o neural. La demencia y la depresión son los trastornos psiquiátricos más comunes en ese grupo de edad, y los trastornos de ansiedad no dejan de ser relevantes, afectando así a un 3,8% de la

población adulta mayor (OMS, 2015). Es necesario ahondar en los trastornos mentales que afectan mayormente a esta población y comprender los factores que inciden en la aparición de aquellos, debido a que estos pueden afectar el bienestar emocional y la salud mental en la población adulta mayor.

Respecto a la depresión, hay bastantes tipos de deterioro cognitivo asociado este trastorno en los adultos mayores, pues es capaz de producir una disminución en la velocidad de procesamiento central, disfunción ejecutiva, deterioro de la memoria a corto plazo y otros problemas de memoria asociados a este trastorno. En Chile, la prevalencia de sintomatología depresiva en personas mayores de 65 años se estimó en un 4,1% para hombres, 16,9% para mujeres y 11,2% para ambos sexos. Sin embargo, frecuentemente en adultos mayores la depresión se presenta de modo atípico, no cumpliendo con los criterios clínicos para depresión mayor, pero aquella sintomatología depresiva padecida en la población adulta mayor, tiene la misma repercusión en cuanto a morbimortalidad que la depresión mayor (Ministerio de Salud [MINSAL], 2013). En los registros del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2012), un número de 43.099 personas mayores de 65 años estuvieron en tratamiento por depresión el año 2012, y 23.374 por Trastorno de ansiedad. Se observa que son las mujeres mayores de 60 años quienes concentran la mayor población en los trastornos depresivos y bipolares, mientras que los hombres mayores presentan más trastornos de ansiedad (MINSAL, 2014).

Se puede apreciar una relación entre depresión y ansiedad. Por lo general, el diagnóstico de uno puede desencadenar la aparición de otro, ya sea porque tienen las mismas causas o por factores sociales que llevan a que se desencadenan síntomas comunes. Teniendo en cuenta que los trastornos de depresión y ansiedad representan las principales causas de discapacidad en la tercera edad, sumado a los cambios demográficos ya descritos en el país, es importante hacerse cargo de esta realidad, para así velar por la salud de este grupo etario, considerando la salud en la totalidad del concepto. La OMS define salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 2013). De esto se desprende el concepto de salud mental, en el cual es importante hacer hincapié. De este modo la OMS (2013) define salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades y es capaz de afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Por tanto, ambas

definiciones apuntan a considerar especialmente el concepto de bienestar. Desde este punto de vista, se debe tener en cuenta las condiciones que contribuyen a un mejoramiento del bienestar, el que, como concepto, implica varios factores. Así, Oramas, Santa y Vergara (2006) dicen que "(...) el concepto de bienestar forma parte de un universo conceptual más amplio: el de calidad de vida. Se refiere a cómo y por qué las personas vivencian sus vidas de manera positiva, y está muy relacionado con temas como bienestar psicológico, felicidad, satisfacción moral y afectos positivos. El término bienestar lleva implícita la vivencia personal, subjetiva (...)" (p.35).

Dada la importancia de la salud y el bienestar psicológico en los adultos mayores, es importante dilucidar aspectos que influyen en el mismo. Según Goodyer (2001) a través del ciclo vital del ser humano, este atraviesa por situaciones, circunstancias o estímulos que pueden ocurrir de forma inesperada. Estos han sido definidos como *sucesos vitales o acontecimientos vitales*, los cuales producen cambios en la vida del sujeto, y estos a su vez pueden alterar potencialmente su estado físico y/o mental. Estos sucesos vitales pueden clasificarse como positivos o negativos, y dicha clasificación va a depender de la interrelación de los factores personales del sujeto y los factores del entorno. Según Hammen (2005) y Monroe, Slavich y Georgiades (2008), el modelo cognitivo de la depresión ha sugerido que son los factores ambientales los que explican este trastorno, y a estos factores se les ha definido como *sucesos vitales estresantes* (Ingram, 1998); éstos incluyen situaciones de pérdida y fracaso, así como la muerte de un ser querido (Hammen, 2005). Lazarus y Folkman (1984) sugieren la Teoría de la Evaluación Cognitiva, donde se plantea que ante la presentación de estresores o sucesos vitales estresantes, las personas aplican procesos mentales como mecanismos de regulación emocional, que traen consecuencias negativas o positivas en su bienestar psicológico. Definen el estrés como un proceso compuesto por la transacción entre una situación interna o externa que posee determinadas características, y una persona que valora la situación en función de sus propias metas, valores, experiencias, etc. Para que se produzca el fenómeno del estrés, la persona debe percibir un desbalance entre las demandas externas o internas de los sucesos vitales, y los recursos que están a su disposición para superar esas demandas. En el marco de esta perspectiva transaccional, se plantea entonces un papel importante del estrés y las emociones en la valoración cognitiva y el afrontamiento de los sucesos vitales estresantes.

Ante la presentación de los acontecimientos vitales, Lazarus y Folkman (1986) definen el concepto de afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente

cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas de los estresores correspondientes a los sucesos vitales estresantes, y que son evaluados como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Se generan entonces estrategias de afrontamiento, las cuales son entendidas como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes. Aunque la puesta en marcha de estas no siempre garantiza el éxito, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyendo beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento (Macías, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013).

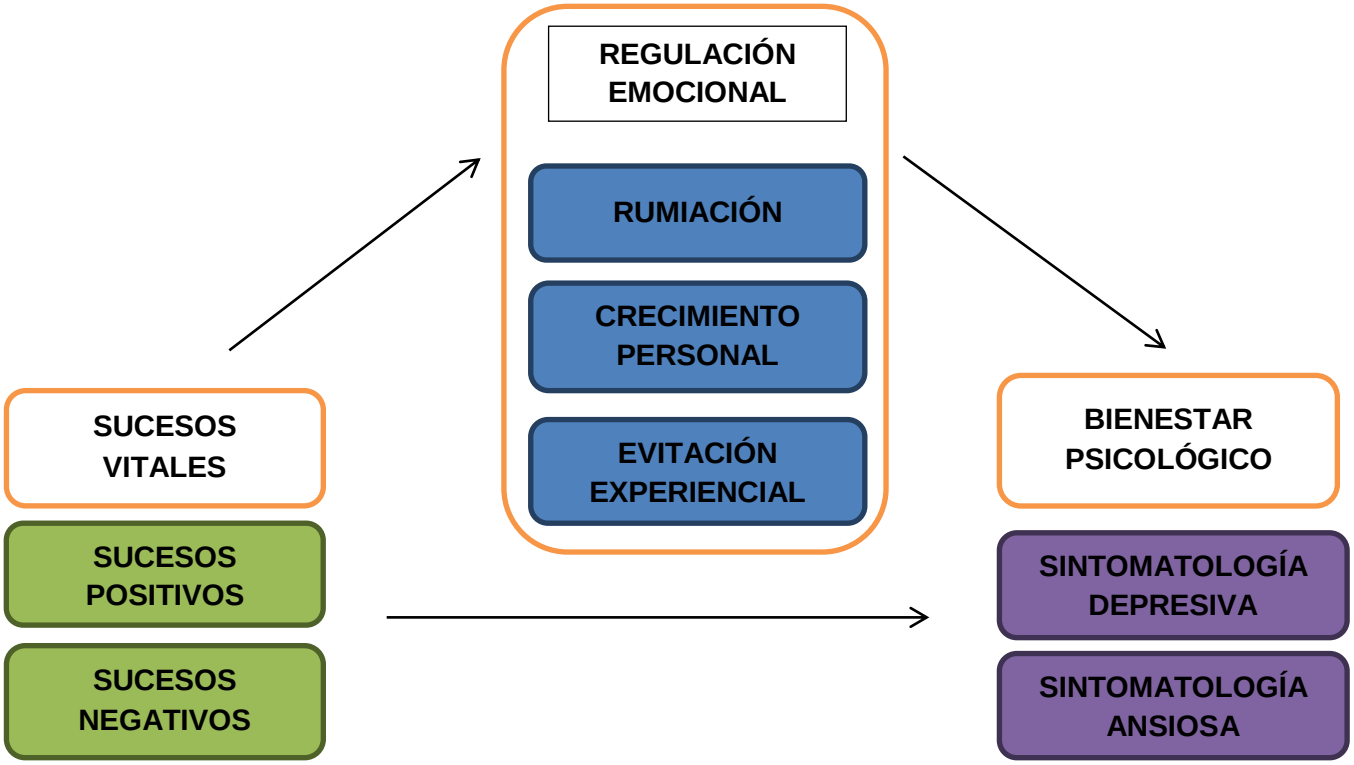
Dentro de los mecanismos o estrategias de afrontamiento en la resolución de conflictos emocionales, se encuentra el *crecimiento personal*, concepto que según la definición de Lazarus y Folkman (1986) alude el proceso respecto al nivel de responsabilidad sobre la vida personal, por ende, al grado de madurez con que el individuo nota que no puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes del entorno, y para lo que este recurre a algunos procesos cognitivos con los que pretende disminuir la alteración emocional y modificar el significado de la situación. Un segundo mecanismo de afrontamiento frente a los sucesos vitales, es el pensamiento repetitivo o persistente, dependiendo del estilo de pensamiento que el individuo adquiera. El concepto de *rumiación*, propuesto por Nolen-Hoeksema (1991), refiere a las distintas formas que pueden adquirir estos pensamientos repetitivos, y pese a poder ser considerada como una estrategia de afrontamiento, habitualmente se la ha estudiado de manera independiente del resto. Respecto a las formas de enfrentamiento de los sucesos vitales y el pensamiento que acompaña a la resolución de conflictos, Nolen-Hoeksema (2000) se focalizó sobre todo en la rumiación negativa, definiéndola como los pensamientos repetitivos y persistentes sobre el estado de ánimo negativo, los cuales favorecerían la predisposición, mantenimiento y agudeza de los síntomas depresivos. Frente a esto, se realizan diversos estudios que han demostrado finalmente que la rumiación negativa está asociada fuertemente a consecuencias emocionales perjudiciales para el individuo (Burwell & Shirk, 2007; Cova, Rincón, & Melipillan, 2009; Whitmar & Gotlib, 2011), por lo que se considera un mecanismo un afrontamiento desadaptativo para el bienestar psicológico del individuo ante estas situaciones. Otro mecanismo de afrontamiento que puede ser desadaptativo ante los sucesos vitales estresantes, propuesto por Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl (1996), es la *evitación experiencial*, como un elemento compartido por distintos síndromes psiquiátricos, y que se define como un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (como sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones

conductuales, ni intenta alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona, generando respuestas de escape o de evitación ante tal situación.

En consideración a todo lo planteado anteriormente, es importante identificar cómo los mecanismos de afrontamiento que utiliza la población de adultos mayores de la Región de Valparaíso y la Región Metropolitana, tales como el pensamiento rumiativo, la evitación experiencial y el crecimiento personal, median la relación entre la experiencia de los sucesos vitales negativos y positivos a lo largo de su vida y las condiciones de salud mental. A partir del conocimiento que se pueda generar a través de esta investigación, también se podrá contribuir a la implementación de los programas de prevención e intervención dirigidos al adulto mayor, tanto a nivel nacional como internacional.

A continuación, se presenta un esquema de los elementos que componen el modelo teórico mencionado anteriormente, los cuales serán abordados en el siguiente apartado:

Figura 1: *Modelo del Rol mediador de las estrategias de afrontamiento para la regulación emocional en la relación entre los sucesos vitales y la salud mental de los adultos mayores autovalentes.*



Se pueden visualizar las estrategias de afrontamiento para la regulación emocional que median la relación entre los sucesos vitales (que se clasifican como negativos o positivos) y la salud mental; crecimiento personal, rumiación y evitación experiencial. Las posibles consecuencias en la salud mental y el bienestar, frente a la evaluación de los sucesos vitales, son padecer trastornos o sintomatología depresiva y/o ansiosa, o bien presentar un estado de bienestar psicológico.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS:

2.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es el impacto de las estrategias de afrontamiento y su efecto sobre la relación de los sucesos vitales y la salud mental en los adultos mayores?

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo General

- Determinar el efecto mediador que tienen las estrategias de afrontamiento (rumiación, crecimiento personal y evitación experiencial) como forma de regulación emocional en la salud mental de la población adulta mayor al haberse experimentado distintos sucesos vitales.

2.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar y describir los conceptos psicosociales y clínicos de: salud mental, sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, sucesos vitales, pensamiento rumiativo, crecimiento personal, evitación experiencial y bienestar psicológico.

- Estimar las relaciones existentes entre las estrategias de afrontamiento, sucesos vitales y salud mental.

- Determinar si la rumiación como estrategia de afrontamiento, ante la experimentación de sucesos vitales negativos, tiene un efecto mediador en la posibilidad de presentar sintomatología depresiva.

- Determinar si el crecimiento personal, como estrategia de afrontamiento ante la experimentación de sucesos vitales positivos, tiene un efecto mediador en la posibilidad de presentar sintomatología depresiva.

- Determinar si la evitación experiencial, como estrategia de afrontamiento ante la experimentación de sucesos vitales negativos, tiene un efecto mediador en la posibilidad de presentar sintomatología ansiosa.

- Determinar si el crecimiento personal, como estrategia de afrontamiento ante la experimentación de sucesos vitales positivos, tienen un efecto mediador en el bienestar psicológico.

- Determinar si el crecimiento personal como estrategia de afrontamiento tiene un efecto mediador entre haber experimentado sucesos vitales negativos y presentar sintomatología depresiva.

2.3 Modelo Teórico

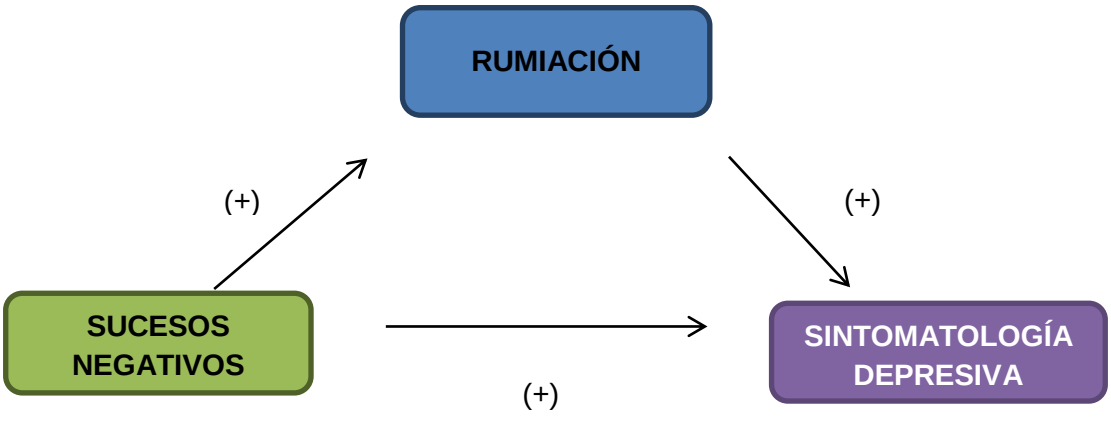
A partir del modelo implementado para realizar el análisis de regresión lineal entre las variables sugeridas en este estudio, se presentan cuatro modelos de análisis, los cuales se exponen en los siguientes apartados y tuvieron la finalidad de comprender el efecto de las estrategias de afrontamiento entre la vivencia de sucesos vitales:

2.4 Hipótesis

2.4.1

H1: La rumiación como estrategia de afrontamiento, tiene un efecto mediador entre la experimentación de sucesos vitales negativos y el presentar sintomatología depresiva en la población adulta mayor.

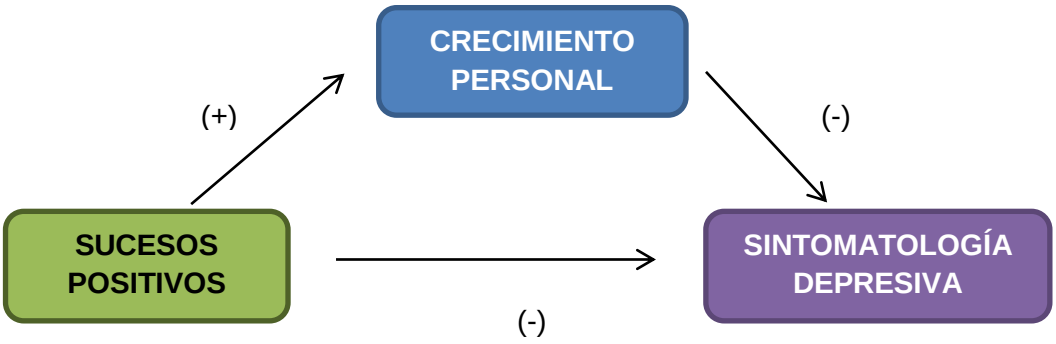
Modelo 1:



2.4.2

H2: El crecimiento personal, como estrategia de afrontamiento, tiene un efecto mediador entre el haber experimentado sucesos vitales positivos y el presentar sintomatología depresiva en la población adulta mayor.

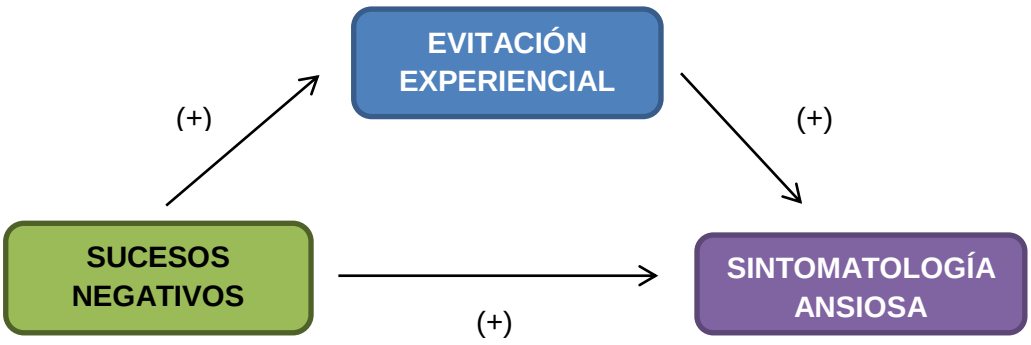
Modelo 2:



2.4.3

H3: La evitación experiencial como estrategia de afrontamiento, tiene un efecto mediador entre la vivencia de sucesos vitales negativos y el presentar sintomatología ansiosa en la población adulta mayor.

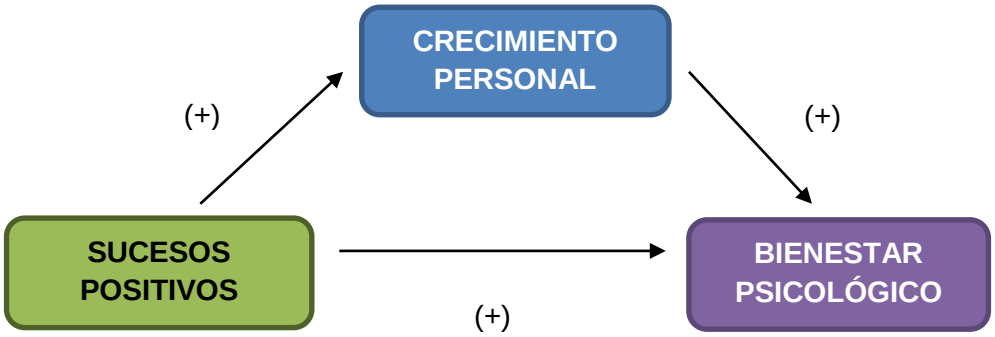
Modelo 3:



2.4.4

H4: El crecimiento personal como estrategia de afrontamiento, tiene un efecto mediador entre el haber experimentado sucesos vitales positivos y el experimentar un estado de bienestar psicológico.

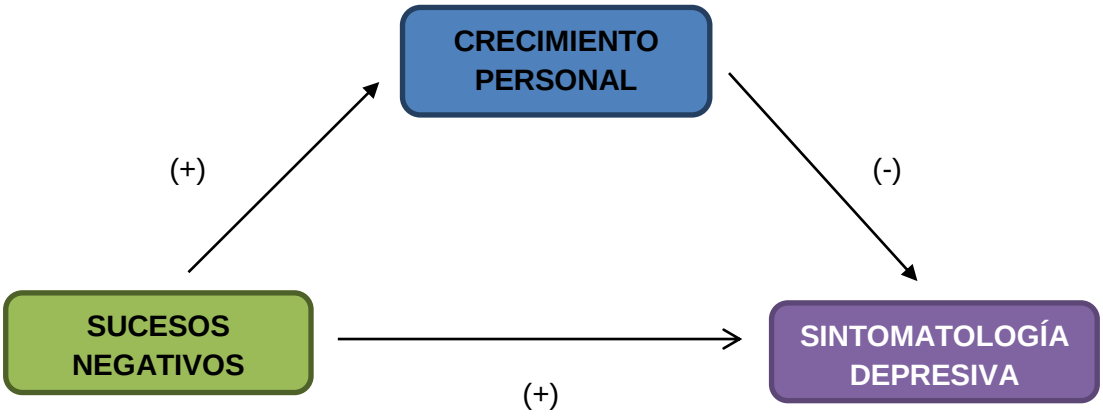
Modelo 4:



2.4.5

H5: El crecimiento personal, como estrategia de afrontamiento, tiene un efecto mediador entre haber experimentado sucesos vitales negativos a lo largo de la vida y presentar sintomatología depresiva.

Modelo 5:



3. MARCO TEÓRICO

3.1 ADULTO MAYOR

3.1.1 Datos epidemiológicos y demográficos

Actualmente, se vive más tiempo en todo el mundo, siendo la esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Todos los países enfrentan retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico. Por ende, es importante tener información respecto a cómo ha ido creciendo la población adulta mayor a nivel mundial. Según la OMS (2015), la "esperanza de vida al nacer" es una estadística que se utiliza habitualmente al analizar el envejecimiento de la población y se define como el número promedio de años que se podría esperar que viviera un recién nacido si las tasas de mortalidad prevalentes en el momento de su nacimiento no han cambiado a lo largo de su vida, y la "esperanza de vida a los 60 años" corresponde a una medida más precisa de la longevidad que la esperanza de vida al nacer. La variación entre los países es notoria; la esperanza de vida a los 60 años en los países de ingresos altos está aumentando dos veces más rápido que en los países de ingresos bajos y medianos, y casi tres veces más rápido que en África subsahariana. En los países de ingresos bajos y medianos, la mayor esperanza de vida se debe mayormente a la evidente reducción de la mortalidad en las primeras etapas de la vida, sobre todo durante la infancia y el nacimiento, y de la mortalidad por enfermedades infecciosas. Y en países de altos ingresos, el constante aumento de la esperanza de vida actualmente se debe especialmente a un descenso de la mortalidad entre las personas adultas mayores. El envejecimiento de la población, correspondiente a este cambio de distribución en la población de un país hacia edades más, empezó en los países de ingresos altos como por ejemplo en Japón. El 30% de su población ya tiene más de 60 años, y los cambios más drásticos se presentan en los países de ingresos altos y medianos (OMS, 2015).

Las proyecciones entre el año 2015 y 2050 indican que el porcentaje de las personas mayores de 60 años a nivel mundial casi se verá duplicado, pasando del 12% al 22%. Y para el 2050, se espera que la población mundial de este grupo etario llegue a los 2000 millones, habiendo un aumento de 900 millones de personas adultas mayores en comparación al año 2015. Para el año 2015, Chile tendrá incluso una mayor proporción de personas mayores que los Estados Unidos de

América. Se evidencia entonces, un rápido aumento la pauta de envejecimiento de la población a nivel mundial. Esta adaptación lleva a la ampliación de la esperanza de vida, lo cual ofrece oportunidades no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto. En esos años de vida adicionales se pueden emprender muchas nuevas actividades y las personas adultas mayores pueden contribuir de muchos modos a sus familias y comunidades. Sin embargo, alcanzar aquellas oportunidades y contribuciones depende en gran medida de un factor: la salud. Si las personas mayores pueden vivir esos años adicionales de vida con una buena salud y en un entorno propicio, podrán hacer las cosas que más valoran de forma muy similar a una persona joven. Por el contrario, si esos años adicionales se ven dominados por una disminución en la capacidad física y mental, las implicaciones para las personas mayores y para la sociedad son más negativas (OMS, 2015).

En Chile, el año 2013, la Unidad de Estudios de SENAMA desarrolló un trabajo que permite contar con información a nivel regional de una serie de indicadores sobre la situación de las personas mayores, con el fin de poder establecer brechas demanda/oferta de servicios para este grupo etario. Para la realización de este trabajo, el SENAMA utiliza como base teórico-metodológica el "Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez", elaborado por CELADE (2006). A su vez, el cálculo fue realizado de acuerdo a los datos de la última Encuesta de Caracterización Económica (CASEN) el 2011, por tanto se entienden como actualizados y a la vez representativos de la realidad de cada región (SENAMA, 2013). En primer lugar se informa acerca de los indicadores de envejecimiento de Personas Mayores Hombres y Mujeres, que refiere al número absoluto de personas mayores y que muestra el universo al que se enfocan las políticas sobre envejecimiento, contabilizando la cantidad de personas consideradas como parte de este grupo etario en un área geográfica determinada, en este caso en cada región del país. En la quinta región hay una cantidad de 136.874 hombres mayores, correspondientes al 41,5% de la región, y 192.983 mujeres, que corresponden al 58,5%. En la Región Metropolitana, hay 412.048 hombres mayores, correspondientes al 40,7% de la población adulta mayor de la región, y 599.190 mujeres, las cuales conforman un 59,3%. La proporción de personas mayores respecto al total de la población es considerada el indicador más significativo para evaluar el avance del proceso de envejecimiento demográfico y representa la importancia que los adultos mayores tienen dentro del conjunto de una población, y se interpreta como la cantidad relativa de personas de esta edad que existen en una determinada área geográfica. En la V región, la población total es de 1.423.592 personas, donde el

18,8% son adultos mayores. Y en la Región Metropolitana, la población total es de 5.879,912 personas, de las cuales el 14,7% corresponde a adultos mayores. Otro indicador a considerar respecto a la estructura demográfica por edad, es el índice de envejecimiento demográfico, que es definido como la razón de personas mayores sobre el total de menores en una población, y se interpreta como el número de personas mayores por cada 100 menores de 15 años. De esta manera, un aumento en el índice de envejecimiento puede significar tanto que las personas están viviendo más años (por lo tanto, aumentan las personas mayores), como también puede que estén teniendo menos hijos, o ambas. En la V región, el índice de envejecimiento demográfico corresponde al 96,7% de la población total, y en la Región Metropolitana este índice es del 70,6% (SENAMA, 2013).

Por otra parte, frente al fallido censo 2012, el INE implementa un método alternativo para actualizar dichas proyecciones, donde se utilizan datos efectivos de estadísticas vitales (nacimientos, defunciones) para el período 2002-2012 y de registros administrativos (migración), y se actualizan las proyecciones para el período 2013-2020. Desde un punto de vista demográfico, Chile es un país que transita hacia el envejecimiento; en el año 2014, el número de personas de 60 años o más (adultos mayores) es de 2,6 millones, representando un 15% de la población total, lo cual es superior al 11% correspondiente al año 2002. El número de niños y niñas entre 0 y 14 años es de 3,7 millones, representando un 21% de la población total, e inferior al 26% presentado en el 2002, lo que muestra una disminución evidente de infantes en la población. El índice de adultos mayores, medido como adultos mayores de 60 años y más, por cada 100 niños y niñas (0-14 años), pasa de un 41% en el año 2002 al 70% en el 2014, siendo evidente un aumento en el mismo. Respecto a la Región Metropolitana y Valparaíso, estas regiones aumentan levemente su proporción en el 2014 respecto al año 2002, pero la región de Valparaíso exhibe el mayor índice nacional de adultos mayores por cada 100 niños y niñas, seguido de Los Ríos, Maule y BíoBÍo (citado en INE, 2014).

3.1.2 Envejecimiento y vejez

Según Trusso (2002), el *ciclo vital* es el curso del desarrollo del individuo a través de etapas, edades, estadios, períodos o fases, distinguiendo por ejemplo: la niñez, adolescencia, edad adulta y la vejez. Cada etapa implica cambio y transformaciones que requieren de aceptación y adaptación para avanzar en el desarrollo. La vejez ha sido considerada como una etapa crítica del ciclo vital por todos

los cambios y adaptaciones que el adulto mayor debe ejercer. Pero pese a esto, es posible lograr la correcta aceptación de esta etapa.

La definición de la palabra “vejez” de acuerdo al diccionario hace referencia a la última etapa de la vida del hombre en el desarrollo vital. Según Moragas (1991) esta etapa presenta mayor distancia con la sociedad. De esta manera, la vejez se convierte como una etapa no deseada, y como sinónimo de incapacidad o limitación. Pero existen otras conceptualizaciones que refieren a un significado distinto del concepto, donde el tiempo tiene el poder de generar efectos en los individuos y esta es una etapa más por la que nunca se ha transitado.

Erikson (1968, 1974) hace referencia a las crisis de cada etapa del desarrollo en el ciclo vital, y estas corresponden al paso que hay entre un estadio y otro, donde se genera un proceso que va en progreso en las estructuras operacionales, o bien, un proceso de estancamiento o proceso regresivo, que mantiene las estructuras operacionales de una etapa anterior. La crisis puede resolverse, como también puede no hacerlo. En la vejez, el autor plantea que se produce la crisis de desesperanza versus la integridad, que como consecuencia desde el punto de vista psicológico en esta etapa, se puede producir: (1) la resolución o integridad, es decir, la difusión de la identidad que finalmente lleva a la integridad a través de la aceptación de sí mismo, la integración emocional de confianza y autonomía, la vivencia universal del amor que resume su vida y su trabajo, la convicción de la propia forma de vivir y de su historia, y confianza en sí mismo y en las nuevas generaciones; o (2) la irresolución de la crisis o la desesperanza, que alude a la ausencia de sus propios valores, temor a la muerte. Moragas (1991) plantea que la identidad nos es útil para organizar las interpretaciones que hacemos de nuestras experiencias, dándoles a éstas un significado subjetivo que puede ser modificado por la experiencia propia. Esta consolidación de la identidad es la que se ve sumamente afectada en la persona mayor al perder roles a nivel laboral y de tareas personales, a cambio del derecho de no hacer nada.

Todos llegamos a esta etapa de la vida, sin embargo, la forma en que envejecemos guarda relación con los recursos biológicos, intelectuales, sociales y materiales que hemos desarrollado a lo largo del ciclo vital. Respecto al Fondo de Solidaridad e Inversión Social (1996) citado en SENAMA (2015), uno de los factores que tienen mayor influencia sobre la calidad de vida del adulto mayor, es el aislamiento y el abandono, producido por desconectarse de las redes de apoyo social anteriormente

formadas. Es importante aludir a la participación de los adultos mayores en el territorio de las redes sociales, la cual se ha caracterizado por ser pasiva, en el sentido de que reciben más acciones que las que gestionan por su cuenta en tareas propias, lo que los sitúa más cerca de la marginación social que de la participación. Jung (1996) sugiere que en esta etapa hay una introspección natural de las relaciones, del significado de la vida y su comprensión, y de las ganas de entregarse a los demás. Al no haber una aceptación de esta tendencia a la introspección, Jung (1996) plantea que esto lleva a que los adultos mayores se estanquen, tengan sentimientos de inutilidad, y se sientan como sin gracia e inmóviles o rígidos. Si el desarrollo en cambio, procede de la manera ideal ante la aceptación de estas tendencias, la persona puede verse transformada a un ser más espiritual que trasciende y se desapega de las viejas costumbres.

En gran proporción, la vejez es negada, tanto como es negado el tema de la muerte, por ejemplo. Zapata (1999) plantea que la negación de la vejez corresponde, bajo esta perspectiva, a la incapacidad del adulto mayor de poder reconocerse a sí mismo y es lo que le lleva a identificarse como una persona con malas condiciones, mayormente en lo que respecta a salud. Al estar asumido de manera parcial como adulto mayor, no logra identificarse con aquellas descripciones. El sentido de pertenencia en el ámbito laboral, en las redes de apoyo externas, entre otras, se ve reducido a medida que pasan los años. Para atacar este problema que caracteriza a la etapa de la vejez, el gobierno ha creado redes de apoyo para este grupo etario, en áreas de salud, desarrollo social, recreación y turismo. Esto favorece la creación de grupos de manera anticipada a las consecuencias de la edad en las ofertas del servicio público (Encuentro Nacional de la Tercera Edad en 1984, Programa más vida para tus años de FOSIS que exige personería jurídica, Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad en 1974). Por otro lado, las municipalidades también han tratado de generar grupos autónomos centrados en actividades y servicios culturales, asistenciales y recreacionales. La Iglesia Católica, desde el año 1968 también crea clubes parroquiales, a través de Federaciones de Clubes de Ancianos, y luego pasa a depender de las Vicarías habiendo así mayor oferta y participación. El sector privado sin fines de lucro y las ONG, entre otros, también han contribuido a estos servicios de asociatividad a través de la Red de Programas para Adultos Mayores. Las modalidades de agrupación donde son convocados los adultos mayores se caracterizan en: (1) hogares de Ancianos, que dan alimentación, vivienda y cuidados con acción nula por parte de los adultos mayores; (2) los Clubes de Adultos Mayores, que promueven la interacción a través de

relaciones, y estimulan el expresar apoyo y solidaridad: y (3) las Asociaciones de Pensionados, donde se defienden los derechos del adulto mayor y se reivindica su historia.

Respecto a la vejez y a los procesos que determinan la forma de vida en esta etapa a medida que pasa el tiempo, se define el concepto de envejecimiento. El Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España, citado en SENAMA (2016), define el *envejecimiento* como un proceso de cambios que son graduales e irreversibles en la estructura y función de un organismo, y que ocurren como resultado del paso del tiempo. Este es un proceso que se extiende durante toda la vida, y que implica una serie de cambios que se inician en el momento de la concepción, los cuales se hacen más evidentes después de la madurez. Existen diferentes teorías acerca del envejecimiento que explican cómo ocurren los cambios por el paso del tiempo, como por ejemplo, desde la biología (teorías genéticas, celulares, sistémicas, de eventos vitales) la psicología (teoría del desarrollo, enfoque del ciclo vital, teoría de la actividad, teoría de la continuidad) y lo social (teoría de la desvinculación, de la subcultura, de la modernización.

De acuerdo al tipo de envejecimiento o vejez, Rowe y Khan (1997) hacen una definición, y lo clasifican en vejez normal, vejez patológica y vejez satisfactoria. La vejez normal se desprende de los estándares de un determinado contexto y es la que presenta la media de los parámetros correspondientes al funcionamiento biológico, psicológico y social que ha sido definido como normal para la edad. La vejez patológica ocurre en presencia de alguna enfermedad, pero la vejez no significa necesariamente enfermedad, aunque sí existen más probabilidades de tener enfermedades crónicas. Y por último refieren a la vejez satisfactoria, con éxito, competente o activa que es la que se presenta con baja probabilidad de enfermar y/o discapacidad asociada, con un adecuado funcionamiento físico y funcional y un alto compromiso con la vida y la sociedad. Corresponde al envejecimiento donde los factores extrínsecos contrarrestan los factores intrínsecos del envejecimiento, evitando que haya alguna pérdida funcional. Un envejecimiento saludable ocurre cuando hay bajo riesgo de sufrir enfermedades, y hay un alto rendimiento de las funciones físicas y mentales, lo que se traduce en un compromiso activo.

A partir de esta mirada del envejecimiento saludable propuesta por estos autores, en el año 2002 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, con el fin de apuntar hacia este. Se

reconocieron tres prioridades de acción: las personas mayores y el desarrollo; el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, y la creación de un entorno propicio y favorable para las personas mayores. En el Plan además se señalaron varias cuestiones clave, como promover la salud y el bienestar durante toda la vida; garantizar un acceso universal y equitativo a los servicios de asistencia sanitaria; prestar servicios pertinentes para las personas mayores con VIH o SIDA; capacitar a los que prestan cuidados y a profesionales de la salud; atender las necesidades de salud mental de las personas mayores; prestar los servicios pertinentes a las personas mayores con alguna discapacidad; proporcionar atención y apoyo a los cuidadores; y prevenir la negligencia, el maltrato y la violencia en las personas mayores. Frente a esta aprobación, surge la idea del *envejecimiento activo*, como un intento de unir de forma coherente ámbitos políticos muy fragmentados en aquel momento. Es entonces como la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002) define el envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, que tiene el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Se le da bastante importancia a la necesidad de actuar en múltiples sectores, con el objetivo de asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías. En este contexto político, la OMS reconoce seis tipos de determinantes clave del envejecimiento activo: los determinantes económicos, los personales, los conductuales, los sociales, los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales, y los relacionados con el entorno físico. A partir de esto, la OMS propone cuatro políticas fundamentales para la respuesta por parte de los sistemas de salud: reducir y prevenir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura; reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida; desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean accesibles, respetuosos con la edad y de buena calidad, y que tengan en cuenta a la vez las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen; y por último, proporcionar formación y educación a los cuidadores (OMS, 2015).

3.1.3 Adulto mayor

El término adulto mayor define a una persona de 60 años y más, bajo el criterio de las Naciones Unidas que es asumido por el Gobierno de Chile, y que se establece en la Ley 19.828; ley que crea al SENAMA. Desde el SENAMA se ha promovido la utilización del término adulto mayor, como también persona mayor, en reemplazo de tercera edad, anciano, abuelo, viejo, senescente, el

cual puede ser entendido en un sentido peyorativo, siendo asociado a una imagen negativa, discriminatoria y sesgada de la vejez. La construcción social del envejecimiento o vejez en Chile se relaciona mucho con esta visión. Barros (1989) informaba el arraigo de una negativa imagen cultural en torno a la vejez y una desvalorización social de su aporte en la sociedad. Ese modelo cultural desvaloriza las categorías sociales comprendidas en el grupo etario de los adultos mayores, incorporando desigualdades de género en su interior y la desvalorización por problemas económicos y de salud. Estos resultados de la década de los noventa son confluentes con las descripciones de las tres encuestas nacionales de inclusión y exclusión social del adulto mayor en Chile en los años 2008, 2011 y 2013, donde queda expresado claramente que la población chilena no está siendo preparada para la vejez, observándose a las personas mayores como sujetos que son dependientes y desligados de toda responsabilidad respecto a su propio bienestar. Según Mead (2006), la coincidencia de la imagen negativa de la vejez con una cotidianeidad social que la fundamenta, permite revelar un entorno sociocultural con un nivel importante de violencia hacia las personas mayores. Una manifestación de esto es la poca valoración de las personas mayores por parte de las generaciones más jóvenes que no los ven como referentes de aporte y aprendizaje, sino más bien como un obstáculo a las oportunidades.

La OPS y la OMS (1985) define el estado de salud entre la población adulta mayor en términos de mantenimiento de sus capacidades funcionales, en vez de centrarse en el déficit. Por ello, la independencia funcional es propuesta como el indicador más representativo para la adultez mayor. Fillenbaum (1984) confirma esta aseveración, y sugiere la evaluación de salud de los adultos mayores a partir de su estatus funcional, teniendo en cuenta la asociación del concepto de salud a la independencia funcional y su mantenimiento. El MINSAL (2003) refiere a la funcionalidad como la capacidad de la persona para poder manejar sus propios actos por su cuenta, de generar un entorno deseable para ella, y de realizar actividades cotidianas a nivel físico, psíquico y social en la mantención independiente de su cuerpo y subsistencia. A partir de esto, la OPS (1985) define a un *adulto mayor funcionalmente sano* como la persona que sería capaz de enfrentarse al proceso de cambio, propio de la etapa, con un nivel adecuado de adaptabilidad y de satisfacción personal, lo que es clave para definir la salud de la persona mayor. Sugiere que los adultos mayores se pueden clasificar en: (1) adulto mayor autovalente sano; (2) adulto mayor frágil; y (3) adulto mayor dependiente. El adulto mayor autovalente refiere a la persona que es mayor de 60 años, y que sus características tanto físicas, mentales, funcionales y también sociales, corresponden a su edad

cronológica, y puede realizar acciones funcionales y primordiales de autocuidado, como por ejemplo, desplazarse, bañarse, comer y vestirse. También pueden realizar actividades adaptativas, como llamar, leer, medicarse, viajar, hacer sus trámites y manejar su dinero. Por otro lado, el adulto mayor frágil se caracteriza por ver afectado su nivel de autonomía, por factores que pueden ser diversos (factores psicológicos, ambientales, económicos y/o sociales). Y por último, el adulto mayor dependiente corresponde al adulto mayor que no tiene la posibilidad de poder realizar sus actividades diarias, requiriendo así un apoyo constante y presente para poder realizarlas.

3.2 Salud mental y bienestar

En el último informe sobre la salud en el mundo (2010) la OMS sugiere que "La buena salud es fundamental para el bienestar humano y el desarrollo económico y social sostenible" (OMS, 2010). De este modo, la salud ha de considerarse como uno de los principales focos involucrados en el desarrollo de la sociedad moderna, considerándose un pilar fundamental para el funcionamiento individual y social. La OMS (2010) define salud como un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 2010). Es un concepto de salud amplio que considera factores más allá de la sola carencia de enfermedad.

Teniendo en cuenta que el bienestar de las personas se encuentra relacionado con un buen estado de salud, el enfoque en la salud pública ha de centrarse en contribuir a un enriquecimiento de las condiciones de los individuos más allá de la simple eliminación o disminución de los malestares. De este modo, el concepto de salud mental toma un papel importante en este propósito, siendo uno de los pilares fundamentales para la mantención de un estado completo de salud, el que es imprescindible a nivel individual como a nivel familiar y social. La salud mental es definida por la OMS (2010) como un estado de bienestar en el que una persona es capaz de notar sus propias aptitudes, está capacitado para afrontar presiones propias de sucesos normales de la vida y puede trabajar productiva y fructíferamente, estando capacitado para contribuir a la sociedad en la que está inserto. Desde este punto de vista, la percepción que tenga una persona acerca de su bienestar se hace imprescindible para el desarrollo de una adecuada salud mental. Como puede apreciarse, el concepto de bienestar forma parte de la percepción de lo que sería un buen estado de salud mental. Por su parte, el término bienestar es amplio y complejo, puesto que la percepción individual del mismo dependerá del contexto en que se encuentre viviendo cada individuo, así, este se adapta a las

creencias culturales y a las concepciones que están dadas por la misma. En su informe compendiado de promoción de la salud mental, la OMS (2004) hace referencia a esto último, diciendo que la salud mental es la base del bienestar y el funcionamiento efectivo para la comunidad y que el concepto de salud mental, por lo demás, tiene una interpretación amplia y variada, debido a que es afectada por las experiencias personales, factores contextuales, recursos sociales y valores culturales. La salud mental dependerá entonces de la percepción individual que tenga un sujeto de sus vivencias, y esta percepción está altamente influenciada por su ambiente. Se puede decir entonces que el bienestar dependerá de la apreciación que tenga un individuo de su realidad, la que tendrá un valor positivo o negativo según la educación entregada por la cultura para poder clasificar y entregar dichos valores. De este modo, Viera, López & Barrenechea (2006) dicen que el concepto de bienestar lleva consigo la vivencia personal subjetiva, es decir, la apreciación que se hace de la vivencia de los distintos eventos en la historia de vida de una persona, por lo que algunos autores consideran redundante el término bienestar subjetivo. Por esta razón, y a pesar de que en la literatura se distingue el concepto de bienestar psicológico con el de bienestar subjetivo, para muchos son considerados como sinónimos. Viera y colaboradores (2006) hacen una pequeña distinción entre ambos términos. Por un lado, el bienestar psicológico forma parte del nivel psicológico. Este va más allá del estado de ánimo y es un factor más estable en el tiempo, mientras que el bienestar subjetivo está compuesto por otras influencias como la satisfacción de necesidades de distinta índole y no únicamente de naturaleza psicológica.

Por otra parte, Valverde, Torre, Rahona y Gómez (2009) reconocen un conflicto filosófico que se ha reproducido en tiempos modernos sobre el concepto de bienestar. Por un lado la tradición hedónica, que considera al bienestar como la presencia de afecto positivo y la carencia de afecto negativo, mientras que la perspectiva eudaimónica plantea el término como una consecuencia de un funcionamiento psicológico pleno mediante el cual un individuo puede desarrollar todo su potencial.

Según Vazquéz y cols (2009), el hedonismo plantea como principal concepto el bienestar subjetivo el que incorpora dos elementos, el primero es el balance afectivo que se refiere a la diferencia entre las emociones positivas y negativas de una persona, es decir, a la resta entre las veces en que frecuenta emociones de índole positivo y las que frecuenta emociones negativas referidas a la experiencia inmediata. Esto además incluye la satisfacción vital percibida, la que obedece a componentes cognitivos y se refiere a un juicio general de la propia vida de una persona

(Lucas, Diener & Suh, 1996).Diener et al. (1985), Diener (2000) y Pavot y Diener (2008) refieren a la tradición hedónica como aquella que conceptualiza el bienestar psicológico basado en las emociones positivas y la satisfacción con la vida (citado en Solano, 2011). De este modo una persona feliz seria aquella que experimentó a lo largo de su vida un mayor número de emociones positivas que de emociones negativas. Así, Solano (2011) plantea que se ha demostrado el papel indispensable que tiene en la felicidad las emociones positivas y la satisfacción vital.

Por otro lado, el bienestar eudaimónico tiene sus orígenes en la literatura clásica, según Vazquéz y cols (2009). Aristóteles alienta a los hombres, en su obra del siglo IV a.c "Etica a Nicomaco" a vivir según su daimon. Este concepto corresponde al criterio de perfección hacia el que cada uno aspira y por el que da sentido a la vida. Según Avia y Vazqué(1998), aludiendo a los postulados Vázquez y cols (2009), en la medida de que una persona obedezca a su daimon logrará un estado óptimo. Vázquéz y cols (2009) hacen referencia a la definición de Waterman (1993) de bienestar según dicha tradición "La concepción eudaimónica establece que el bienestar se encuentra en la realización de actividades congruentes con valores profundos y que suponen un compromiso pleno, con el que las personas se sienten vivas y auténticas" (Waterman, 1993, p.18). Una de las autoras más representativas de esta tradición es Carol Ryff (1989, 1995) quien tomando como base los postulados de dicha concepción griega ha propuesto el término de bienestar psicológico el que se refiere al incremento del verdadero potencial de uno mismo. Según Solano (2011) la felicidad vista desde esta perspectiva está relacionada a nivel individual con la realización personal y el crecimiento y a nivel social con el compromiso y los valores compartidos. Vazquéz y cols. (2009) exponen el modelo de bienestar psicológico de Ryff como un modelo multidimensional compuesto de seis distintos factores que aportan a un nivel óptimo de bienestar psicológico. El funcionamiento positivo de una persona dependerá entonces de lograr que cada una de esas seis dimensiones se encuentre a un buen nivel. Las seis dimensiones que considera este modelo son la autoaceptación, las relaciones positivas con los otros, el control ambiental, el propósito en la vida y el crecimiento personal.

Si bien ambas tradiciones se han separado a lo largo de la historia, en los últimos años se ha intentado unir ambas perspectivas. De este modo, autores de la psicología positiva han propuesto tres vías para acceder al bienestar. Así, Peterson et al. (2005) postulan que la felicidad se puede alcanzar en primer lugar a través del placer hedónico. En segundo lugar, por medio del compromiso en tareas que requieren de fortalezas personales. Y por último, por medio de acciones que tengan un

significado para las personas. Si bien existen investigaciones que sugieren que el bienestar se encuentra influenciado por esta trilogía, las variables de compromiso y de significado son las que presentan una relación más alta con el bienestar psicológico (Solano, 2011).A pesar de esta evidencia empírica, se debe tener en cuenta que los factores del contexto son determinantes en el bienestar de un individuo. De esta manera, los predictores a considerar en este dependen de factores sociales y culturales (Biswas-Diener et al., 2005; Diener et al., 2003).La mayoría de los estudios de esta índole han sido realizados en poblaciones norteamericanas y anglosajonas, quedando el contexto cultural latino con un vacío en el estudio de la tríada y su influencia sobre el bienestar psicológico, por lo que se hace necesario aumentar las investigaciones con dicha población en esta área.

En cuanto a la concepción de salud mental en Chile, según Minoletti y Zaccaria (2005), los programas nacionales se han adaptado a los postulados de la OMS descritos en su informe sobre la salud en el mundo (2011) por lo que se sigue una línea de trabajo en salud pública que obedece a lógicas de intervención a nivel comunitario y con un enfoque biopsicosocial. Por consiguiente, se concibe el concepto de salud mental desde esta perspectiva que sobrepasa la mirada individual. Por ello, el Ministerio de Salud (MINSAL, 2015) propone el plan nacional de salud mental basado en una concepción de salud y especialmente de salud mental como dependiente no sólo de los factores individuales, además se consideran las condiciones de grupo y factores ambientales en los que se encuentra inserto un individuo. Por lo demás la concepción de bienestar se encuentra relacionada a estos factores, por lo que la salud mental se ve favorecida por aquellas acciones que promuevan mejores condiciones psicosociales a lo largo del ciclo vital, considerando los ambientes de interacción más cercanos a un individuo, es decir, entorno familiar, de educación o trabajo. Así se postula que la manera de prevenir y promocionar en cuanto a salud mental debe estar dirigida a la acción en todos los ambientes de un individuo para mejorar la calidad de vida de aquellos que presenten alguna enfermedad mental, pues esta depende tanto del curso de la enfermedad en sí como del comportamiento del entorno en que se encuentra inserta una persona. De esta manera la concepción de salud en un contexto nacional se basa principalmente en un enfoque sistémico, foco desde donde se pretende prevenir, promover, tratar y rehabilitar.

> “Las enfermedades mentales, como el resto de las alteraciones de la salud, responden a factores biológicos y psicosociales susceptibles de prevención, tratamiento y rehabilitación. La prevención, detección y tratamiento precoz y efectivo de los trastornos mentales requiere

de acciones de salud que involucren a las personas, familias y grupos organizados de la comunidad, así como de servicios de otros sectores." (MINSAL, 2015, p.3)

3.2.1 Problemas asociados a salud mental en adultos mayores

El impacto de los problemas asociados a salud mental y su respectiva prevalencia es cada vez mayor en la población universal, por lo que se ha vuelto uno de los objetivos que rigen las políticas públicas de salud a nivel mundial. De este modo Minoletti y Zaccaria (2005) apuntan a que la solución de los problemas en el área de la salud mental conforma indiscutiblemente una tarea cada vez más importante de la salud pública en el mundo. Considerando el cálculo de 450 millones de personas que presentan en la actualidad algún tipo de trastornos mental en la población universal. Además de las múltiples áreas involucradas en el padecimiento de algún trastorno mental ya sea sociales, intelectuales, laborales, académicas, entre muchas otras y el gasto que significa para la salud pública atender y prestar la mayor cobertura posible para el tratamiento de las diversas enfermedades el que puede equivaler según Minoletti y Zaccaria (2005) al 3-4% del producto nacional bruto en países desarrollados.

En Chile la presencia de trastornos mentales no se escapa del contexto mundial, presentando en el último año, 2016, cifras alarmantes y que significan un gran desafío para los programas de salud pública dedicados a la prevención y rehabilitación de la salud mental. Así la OMS ha situado a Chile como el país con mayor presencia de depresión en el año 2016, presentando un 17% de la población dicho trastorno, siendo este el porcentaje más alto en el mundo, lo que ha llevado a la OMS a recomendar para el país una ley de salud mental. En el año 2010, el porcentaje de la población nacional que presentó trastornos en salud mental se mantuvo en relación al porcentaje del año 2005. De esta manera, en el plan nacional de salud de Chile del año 2005, Minoletti y Zaccaria dicen que el país presenta una prevalencia de vida de los principales trastornos mentales de 36%. Siendo los más frecuentes la agorafobia (11,1%), la distimia (8,0%), la dependencia al alcohol (6,4%) y la depresión (9,0%) (MINSAL, 2005). En el caso de la depresión se puede apreciar un claro aumento desde un 9% a un 17% en tan solo 11 años.

Considerando la tendencia de envejecimiento de las pirámides poblacionales en la mayoría de los países a nivel mundial, el tema de la salud mental enfocada a los adultos mayores es una

problemática cada vez más relevante para las políticas de salud mundial. La OMS (2016) dice que a pesar de que la mayoría de las personas mayores se podrían considerar con un buen estado de salud mental, a medida de que la persona se hace más vieja corre el riesgo de presentar varias afecciones al mismo tiempo, esto, junto con la re-significación del concepto de vejez en el último tiempo, conlleva a que la preocupación por este grupo etario se haya ido incrementando cada vez más en las distintas culturas. La OMS (2016) dice que los trastornos neuropsiquiátricos y del sistema nervioso representan el 6.6% de la discapacidad total en adultos mayores y que a nivel mundial aproximadamente un 15 % de la población mayor de 60 años de edad presentan algún tipo de trastorno mental. Siendo la demencia y la depresión los trastornos más frecuentes en adultos mayores, seguidos por los trastornos de ansiedad que afectan al 3.8% del total de este grupo etario y los problemas generados por el abuso de sustancias psicotrópicas que afectan al 1% de esta población. Se debe tener en cuenta que la salud mental de la población de adultos mayores se encuentra más expuesta a sufrir cambios, pudiendo afectar negativamente el bienestar. Esto podría deberse tanto a las características sociales, como biológicas que el mismo proceso del desarrollo trae consigo. Es una etapa en que el cuerpo va sufriendo cambios, presentándose muchas veces el atrofiamiento de alguna parte del mismo o su deterioro, lo que trae consigo pérdida de independencia en muchos casos. Por lo demás existen cambios sociales que representan importantes giros en los estilos de vida, como procesos de jubilación, mayor cantidad de tiempo libre, pérdida de seres queridos, entre otros eventos. Por lo que se debe tener en cuenta la influencia mutua de la salud mental y física, es decir, las repercusiones que puede tener una sobre la otra.

Por su parte, en el contexto nacional, el gobierno de Chile tomando como base principal la realidad demográfica del país, que coincide con la realidad mundial caracterizada por los cambios en la pirámide poblacional encaminada cada vez más al envejecimiento, se ha adaptado a las condiciones de salud actuales, enfocando sus planes de salud pública hacia los problemas de mayor contingencia. Así pues según el informe nacional de salud del año 2007 del SENAMA en la población del país mayor de 75 años el 83% del total de la carga por enfermedad se concentra en 8 grupos siendo la principal causa las condiciones neuropsiquiátricas.

3.2.2 Depresión

Según el informe de promoción de salud mental de la OMS (2004) la depresión representaba la cuarta causa más importante en el aporte a la carga de enfermedad en el año 1990, situación que espera resultados menos favorables para el año 2020, en donde se proyecta que corresponderá a la segunda causa más significativa en el aporte de carga por enfermedad. En el presente año, la OMS (2016) estima que este trastorno afecta a 350 millones de personas en todo el mundo, siendo la principal causa de discapacidad a nivel mundial. La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que afecta a variados niveles de funcionamiento de la vida de una persona, manifestándose a través de distintas variaciones en los estados de ánimo, alterando las actividades de la vida diaria en más de un contexto en el que se desenvuelve un individuo. El Manual Estadístico y Diagnóstico de los trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-V) ubica entre los trastornos depresivos al trastorno de depresión mayor, el que implica necesariamente un cambio en el funcionamiento de una persona y en donde se deben presentar, por un período mínimo de dos semanas, al menos cinco síntomas que se han considerado indicadores de este trastorno. Dentro de estos síntomas deben aparecer de manera imprescindible la manifestación de (1) estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días o (2) pérdida de interés o de placer por gran parte de las actividades la mayor parte del día. Además de estos indicadores esenciales a reconocer en dicho diagnóstico, se encuentran: (3) pérdida o aumento significativo de peso o disminución o aumento del apetito la mayor parte de los días, (4) insomnio o hipersomnio casi todos los días, (5) agitación o retraso psicomotor (que pueda ser observado por terceros) casi todos los días, (6) fatiga o pérdida de energía casi todos los días, (7) sentimiento de inutilidad o culpabilidad en exceso o inapropiada casi todos los días, (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones casi todos los días y (9) pensamientos de muerte recurrentes. Debido a que el trastorno depresivo mayor puede presentarse de formas distintas y en diversas intensidades, existen tres maneras de clasificar la depresión las que corresponden a leve, moderada y grave y su clasificación va a depender de la duración, intensidad del síntoma y tiempo de duración de los mismos. Además se debe tener en cuenta la causa de los síntomas del trastorno depresivo, pues se debe reconocer cuando pudo ser provocado por sustancias o gracias al efecto secundario de algún medicamento.

Por su parte, el ministerio de salud de Chile en la guía clínica de depresión (MINSAL, 2013) define depresión como una alteración patológica del estado de ánimo que se caracteriza por una baja

del humor y que culmina en tristeza, está acompañada de distintos síntomas y signos que persisten por al menos dos semanas, puede manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios haciéndose recurrente. Los síntomas y signos se ajustan a los criterios de diagnóstico mundiales de trastorno depresivo mayor, clasificaciones hechas por la Asociación Psiquiátrica Americana en el DSM-V y por la OMS en la décima versión de clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). En Chile, la depresión es uno de los trastornos mentales con mayor ocurrencia dentro de la población, situándose entre los cinco con mayor prevalencia en el país (Minoletti y Zaccaria, 2005). Por otro lado, este año la OMS (2016) posicionó a Chile como el país con más índice de depresión a nivel mundial. Por su parte el MINSAL (2013) basado en el estudio nacional de carga de enfermedad y carga atribuible (2007) dice que en la población general chilena la depresión unipolar es la segunda causa de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA) y la primera causa en mujeres chilenas de entre 20 y 44 años. Por lo demás, se puede apreciar que la presencia de este trastorno en población mayor de 15 años en el país no se distribuye de manera homogénea, siendo la IX región de la Araucanía la zona con mayor prevalencia (MINSAL, 2013).

3.2.3 Depresión en el Adulto Mayor

Gum, King-Kallimains y Khon (2009), dicen que el trastorno depresivo mayor es menos prevalente en adultos mayores que en la población más joven. A pesar de esto, Blazer (2009) evidencia que entre el 1% y 5% de la población adulta mayor presenta este trastorno (citado en Edelstein, Bamonti, Gregg & Gerolimatos, 2015).

El término de depresión en la vejez se utiliza para describir a adultos mayores que presentan este trastorno del estado de ánimo sin discriminar la época de inicio de la depresión, por otro lado se habla de depresión de inicio tardío para referirse al trastorno depresivo que inicia en el periodo de vejez (Edelstein et al., 2015).

La depresión en la vejez puede causar grandes sufrimientos y molestias en la vida cotidiana, según la OMS (2016) la depresión unipolar afecta a 7% de la población de adultos mayores en general. Blazer (2009) estipula que los síntomas de depresión en la vejez se han asociado a un deterioro funcional, cognitivo y a causas de mortalidad (citado en Edelstein et al., 2015), además comúnmente los síntomas del trastorno depresivo en adultos mayores son invisibilizados por efectos

de lo que se cree son características propias de esa etapa del desarrollo, atribuyéndose muchos síntomas a la edad y no al trastorno en sí. De este modo se hace más difícil el diagnóstico de depresión para este grupo etario, según la OMS (2016) es común que los síntomas de este trastorno se pasen por alto y que no sean tratados porque pueden coincidir con otros problemas que experimentan las personas mayores. La presencia de depresión en esta etapa del desarrollo difiere de la presentación del trastorno en otro grupo etario, en primer lugar según la OMS (2016) en la adultez mayor la percepción de la persona de tener mala salud es más alta que en las otras etapas del desarrollo, la experiencia de tener síntomas de depresión y la presencia de la misma también es distinta que en otros rangos de edad (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009, citado en Edelstein et al., 2015).

Por otro lado se ha observado que varios síntomas incrementan su intensidad en los adultos mayores comparados con los síntomas que presentan personas más jóvenes. En un estudio realizado por (Edelstein et al., 2015) se recopiló de varios autores datos sobre síntomas y signos que tienden a presentarse con más fuerza en la adultez mayor, demostrando que las personas mayores muestran más cambios psicomotores, reportando mayor enlentecimiento psicomotor o agitación, presentan mayores síntomas somáticos lo que implica consecuencias superiores en cambios de apetito y de peso, además de pérdida e interés en el sexo. Por lo demás en este grupo etario, son más comunes los cambios en el sueño, lo que junto con las características de esta etapa significa en la mayoría de los casos pérdida significativa de este, incrementando el número de personas mayores que se despierta temprano en las mañanas y las que reportan aumento de mal ánimo en las mañanas. Además tienen más posibilidad que los grupos más jóvenes de presentar características melancólicas en el curso de la depresión, esto incluye pérdida de placer en actividades que antes disfrutaban y ser reacios a la asistencia a eventos sociales. Existen también síntomas que se presentan con menos intensidad comparado con la presencia de esto en personas más jóvenes, de este modo la tendencia a experimentar sentimientos de culpa disminuye en la adultez mayor, así como la ideación suicida, sin embargo cuando se presenta ideación suicida en esta etapa del desarrollo, se muestra con más intensidad que en las otras etapas.

En contexto nacional, según el MINSAL (2013) en Chile las tasas de depresión en adultos mayores tienden a disminuir en comparación con los otros grupos etarios, según el informe de encuesta nacional de la salud (MINSAL, 2009- 2011) la prevalencia en sintomatología depresiva en personas mayores de 65 años en el año 2011 se estimó en un 4,1% para hombres y un 16,9% para mujeres, presentando un total de 11,2% para ambos sexos.

3.2.4 Ansiedad

Según la OMS (2016) los trastornos mentales comunes han aumentado en todo el mundo, de este modo se predice que el escenario para la ansiedad y la depresión a nivel mundial aumente cada vez más a través de los años. Se estima que entre 1990 y el 2013 el número de personas con depresión y ansiedad ha aumentado un 50%. De acuerdo a la guía práctica clínica para el manejo de ansiedad de España (2008) los trastornos de ansiedad se ven asociadas a niveles de incapacidad, significando un impacto directo en el bienestar personal de las personas que lo presentan, además afecta considerablemente en la productividad en el trabajo y en las relaciones sociales. El término ansiedad proviene del latín anxietas y se refiere a un estado inquietud, agitación o zozobra del ánimo, es una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional, la que está acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986). Por su parte, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR (2001) define la ansiedad como la anticipación aprensiva de una futura adversidad o algún tipo de peligro (con foco interno o externo), esta sensación se ve necesariamente acompañada por un sentimiento de disforia o por síntomas somáticos de tensión.

De acuerdo al GPC (2008) los estudios epidemiológicos internacionales no coinciden en un número que establezca la prevalencia de trastornos de ansiedad a nivel mundial, ya que esta depende principalmente del contexto de cada país, los criterios diagnósticos que se consideran en cada contexto y la muestra usada. Sin embargo, en el año 2008 los porcentajes estimados para el trastorno de ansiedad a nivel mundial de prevalencia fueron de 10,6 % y los de prevalencia vida 16,6%. El DSM V agrupa varios trastornos dentro de los trastornos de ansiedad, con síntomas y signos específicos para cada uno de ellos, el que se presenta comúnmente es el trastorno de ansiedad generalizada el que se caracteriza por presentar por un mínimo de seis meses síntomas asociados a preocupaciones excesivas sobre algún aspecto de la vida de la persona lo interviene en su funcionamiento normal, interrumpiendo en sus niveles de sueño y representando en algunos casos por medio de síntomas físicos. La ansiedad o preocupación debe tener sus causas en tres o más de los siguientes síntomas: (1) sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, (2) fatiga fácil, (3) dificultad para quedarse con la mente en blanco o para concentrarse, (4) irritabilidad, (5) tensión

muscular, (6) problemas de sueño. Estos síntomas no deben explicarse mejor por la presencia de otro trastorno o como efecto de la ingesta de algún medicamento sustancia.

En cuanto al contexto nacional según el informe de salud mental del MINSAL (2005) la prevalencia para los trastornos por ansiedad se encuentra entre aquellos con mayor prevalencia en el país, presentando una prevalencia de vida de 17,9% y una prevalencia de 6 meses de 9,7%. Además el mismo informe indicó que dicho trastorno junto con los trastornos afectivos son significativamente más frecuentes en la población de mujeres.

3.2.5 Ansiedad en el Adulto Mayor

Un 3,8% de la población de mundial de adultos mayores se ve afectado por trastornos de ansiedad según la OMS (2016). Según García-Valencia, Palacio-Acosta, Arias, Ocampo, Calle, Restrepo y López (2007) el envejecimiento se ve asociado a un número significativo de factores propios del proceso del desarrollo que pueden gatillar excesiva preocupación en una persona, estos estresores significativos provocan en las personas mayores una especial inquietud. Los sucesos vitales estresantes están asociados a sentirse nervioso, asustado, tenso o presentar constante temor y pueden activar la preocupación excesiva, la que es un claro sello de la ansiedad. De este modo, los trastornos de ansiedad son comunes en los adultos mayores y estos se asocian con un mayor riesgo de discapacidad y mala calidad de vida (Porensky, Dew, Karp, Skidmore, Rollman, Shear, & Lenze, 2009). Estos se encuentran entre los trastornos psiquiátricos más comunes en adultos mayores a nivel mundial.

3.2.6 Comorbilidad de ansiedad y depresión

Se puede apreciar una relación entre depresión y ansiedad. Por lo general, el diagnóstico de uno puede desencadenar la aparición de otro, ya sea porque tienen las mismas causas o por factores sociales que llevan a que se desencadenan síntomas comunes. A esto se le denomina comorbilidad entre trastornos. Siendo la depresión y la ansiedad trastornos muy frecuentes en la tercera edad tanto a nivel nacional como a nivel mundial, es importante considerar la asociación entre estos, ya sea las causas compartidas como la asociación entre la aparición de los mismos, pues muchas veces ambos se diagnostican erróneamente. Esto se debe a la confusión que genera la similitud de los síntomas y

las características comunes en su curso. De este modo, Almeida et al. (2012) dice que la ansiedad y la depresión son altamente comórbidos a finales de la vida, y estos a su vez, se asocian a la mala detección de los trastornos y los resultados del tratamiento, y a una mala calidad de vida. Debido a esto se cree que es especialmente relevante identificar los factores repetitivos que aparecen tanto en depresión como en trastornos ansiosos a modo de poder tratarlos eficazmente, considerando un diagnóstico preciso a base de este objetivo. Por su parte Miloyan, J.Byrne y A. Pachana (2015) plantean que altas tasas de ansiedad y depresión comórbidas entre los adultos mayores generan preguntas sobre el grado de convergencia entre los aspectos de la ansiedad y la depresión en la vejez. Al analizar un estudio a gran escala realizado en Netherlands en donde se investigó los factores de riesgo para la comorbilidad de ansiedad-depresión en una muestra de 3056 adultos mayores, el 26.1% de los participantes con desorden de ansiedad cumplía con los criterios para un trastorno depresivo mayor. Por otra parte de las personas con trastorno depresivo mayor el 47% cumplieron con los criterios para un trastorno de ansiedad comórbido. Bower & Loebach (2015) indican que en la base de investigación del National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) la tasa de prevalencia a los 12 meses de cualquier desorden de ansiedad es 11,6% en adultos mayores residentes en la comunidad con una tasa de prevalencia de toda la vida de 15,3%, siendo las mujeres las que presentan una mayor tasa de ansiedad. Así Byers, Yaffe, Covinsky, Friedman, & Bruce (2010) indican que estas son dos veces más propensas a sufrir de ansiedad que los hombres, no se conocen los factores que podrían afectar en dicha diferencia, sin embargo se cree que esto sucede gracias a factores biológicos y psicológicos que se presentan de manera distinta según el género.

3.3 MODELO DEL ESTRÉS

3.3.1 Estrés

Lazarus y Folkman (1986) refieren a que el estrés siempre ha sido definido como un estímulo o como una respuesta. Desde la definición como estímulo, el estrés está centrado en acontecimientos del entorno, como por ejemplo, en problemas laborales, enfermedades, entre otros (citado en Bonfill, Lleixa, Sáez & Romaguera, 2010). Pelechano (1991) por ejemplo, concibe el estrés como estímulo, incluyendo su repercusión o impacto en el sujeto, y lo define como un estímulo o sucesos externos al individuo, los cuales tienen características afectivamente negativas. Y desde un enfoque cognitivo y de procesamiento de la información, Fierro (1983) también refiere al estrés como un estímulo, y lo

define como un exceso o heterogeneidad de estimulación que el individuo no puede procesar de manera correcta (citado en Hombrados, 2005).A partir de esto, se considera que hay situaciones que se presentan, universalmente, de manera estresante y, las diferencias individuales que existen, no se toman en cuenta. Por otra parte, las definiciones del estrés como respuesta (Selye, 1936; y Cannon, 1939), son las que predominan en ámbitos como la biología y la medicina, haciendo referencia a que el individuo reacciona ante un estado de estrés. Para Selye (1936) el estrés es una respuesta del organismo, la cual no es específica, ante las demandas que se le hagan, y para Cannon (1939) el estrés refiere a una debilidad por parte de los mecanismos homeostáticos (citado en Slipak, 1995).

Por su parte, Lazarus (2000), desde una visión más contemporánea, plantea que es inadecuado que el estrés psicológico se defina como estímulo o como respuesta orgánica ante un estresor, y propone que es más apropiado hablar de estrés psicosocial o fisiológico, el cual es definido por el autor como los sucesos vitales estresantes. Autores como Ptacek, Smith y Zanas (1992) y Sandín (2003), también desde esta visión, plantean la definición de estrés interpersonal, el cual considera al estrés como un elemento social que da cuenta de los conflictos interpersonales, los cuales son una fuente social relevante del estrés (citado en Castaño & León del Barco, 2010). Esto alude a una nueva forma de definir el estrés como una interacción o transacción entre el individuo y el medio, es decir, el estrés como proceso y no como estímulo o respuesta (Sandín, 1999 citado en González y Landero, 2006). Lazarus y Folkman (1984) definen entonces el estrés psicológico como una relación particular entre el individuo y su entorno, la cual es evaluada por este como amenazante o que sobrepasa sus recursos, y que a la vez afecta a su bienestar. De esta manera, el estrés no se considera solo como un evento externo del cual la persona es víctima. Esta definición de estrés propuesta por Lazarus y Folkman (1986) es conocida como la teoría o perspectiva transaccional del estrés, y plantea que debe haber condiciones tanto internas como externas que se relacionen para generar la aparición de una respuesta. En otras palabras, la persona debe percibir un desbalance entre las demandas y sus propios recursos que están para superarlas, y esta transacción es un proceso que debe evaluarse en el tiempo (citado en Gómez, 2005). Peñacoba y Moreno (1999) refieren a que el modelo de Lazarus termina por definir el estrés como un sistema de procesos independientes que incluyen la evaluación del suceso estresante y el afrontamiento ante éste, lo cual modera la intensidad, la frecuencia y la duración, como también las respuestas psicológicas y también somáticas, lo que refleja un papel activo por parte del sujeto en el estrés como proceso. Es decir, el individuo decide lo que es o no es estresante a través de procesos perceptivos, como también puede

transformar la fuente de estrés a través de estrategias de afrontamiento personales. Lazarus (2000) refiere también a que una persona presenta estrés cuando, lo que ocurre, impide o dificulta el compromiso de la persona hacia una meta personal importante y a las intenciones situacionales, como también cuando la situación corrompe las expectativas que son altamente valoradas por el individuo. El grado en que se presenta el estrés se relaciona con el grado de intensidad del compromiso y de cierta manera, también con las expectativas y creencias que pueden ser logradas o corrompidas (citado en González & Landero, 2006).

A partir de esto, la teoría transaccional del estrés toma en cuenta tanto las características ambientales y personales, como también la importancia relativa a cada persona, pues las valoraciones subjetivas que hace la persona de la situación dan el significado al proceso de estrés de manera personal. Es decir, la teoría incluye a la persona y a la situación, donde se establece una relación entre ambos como resultado de la evaluación que hace la persona sobre sus relaciones adaptativas al contexto (Bonfill et al., 2010). Esta teoría, según Toboada (1998), explica entonces las distintas respuestas de las personas a un mismo estímulo y también a las diferentes interpretaciones y estilos de afrontamiento a partir de experiencias personales y características propias del individuo. Parte importante de la teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1986) es el concepto de evaluación cognitiva, también conocida como *appraisal*. Esta evaluación que hace el individuo de la situación, es definida como el mediador cognitivo de la reacción de estrés, el cual, según Sandín (1995) alude a un proceso universal mediante el cual los sujetos son capaces de valorar el significado de lo que está pasando, y que tiene estrecha relación con el bienestar personal (citado en González & Landero, 2006).

3.3.2 Sucesos vitales

Como se ha revisado, las valoraciones subjetivas que hace una persona acerca de los factores ambientales e individuales influyen en la causa de estrés. De este modo, los sucesos vitales están relacionados con este último, pues al ser valorados de manera negativa actúan como estresores dentro del modelo de estrés.

Antes de ahondar en las formas de evaluación y estrategias que las personas utilizan a partir de este modelo para regularse emocionalmente, es importante entender qué son los sucesos vitales y

cómo estos pueden ser clasificados. Goodyer (1990) plantea que las personas siempre estamos expuestas a situaciones, circunstancias o estímulos que ocurren de manera inesperada, y que a la vez provocan cambios y reajustes o nuevas adaptaciones por parte del sujeto en su vida. Dado esto, aquellas situaciones pueden afectar al estado físico y mental del individuo. Los sucesos vitales, también llamados *life events* o acontecimientos vitales pueden ser clasificados como sucesos positivos o negativos según la percepción del sujeto, dependiendo esta de la interrelación de sus factores personales y los factores provenientes del entorno. Existen también otras definiciones de los sucesos vitales, que refieren a los hechos o sucesos relevantes en la vida y que las personas reconocen también como relevantes para su cambio a través del ciclo vital. Plantea que a lo largo de la vida, los seres humanos pasan por distintas etapas como la niñez, adolescencia, juventud y adultez, en que ocurren acontecimientos decisivos, como la muerte de un familiar, cambiarse de hogar, divorciarse, entre otros (Suarez, 2010).

Por otro lado, Ingram (1998) define, desde un modelo cognitivo, los sucesos vitales estresantes como factores ambientales, y éstos incluyen situaciones tanto de pérdida como de fracaso, por ejemplo, la muerte de un ser querido. Por otro lado**,** Gasull (2005) define a los acontecimientos o sucesos vitales estresantes como un fenómeno económico social, psicológico y/o familiar que por su carácter de cambio desprevenido, produce una desadaptación social en el individuo a nivel social o psicológico (distrés) resultando en algunos casos motivo de enfermedad debido al fracaso en el intento de adaptación del sujeto. Jiménez, Menéndez & Hidalgo (2008) hacen referencia a los acontecimientos vitales estresantes, centrada en circunstancias o condiciones ambientales que son amenazantes o que desafían, exceden y terminan por dañar los recursos psicológicos y biológicos del sujeto. En estos, incluyen a los acontecimientos traumáticos graves, como cataclismos o desastres, abusos y violencia, entre otros; y al estrés crónico, asociado a problemas económicos, enfermedades crónicas a nivel individual y familiar, maltrato, divorcio, familiares en cárcel, etc. Y por otro lado, encontramos la definición de Revilla (1994), quien define los acontecimientos vitales estresantes como la respuesta psicofisiológica, cognitiva y motora como un intento de adaptación a la situación estresante que al fracasar, se produce una inadaptación que afecta a la salud y a la severidad de enfermedades ya presentes o producen el generar nuevas enfermedades. El sistema homeostático se desestabiliza y genera una crisis que podría producir una disfunción familiar ante la falta de redes de apoyo social.

Lazarus y Cohen (1997) clasifican los acontecimientos vitales en tres tipos: los que producen cambios mayores, que incluyen cataclismos y que afectan a un gran número de personas, siendo considerados como estresantes de manera universal, y que están fuera del control de las personas. Estos corresponden a desastres naturales, guerras, y su readaptación. En segundo lugar, están los acontecimientos que producen cambios mayores, correspondiente a aquellos cambios que afectan a una sola persona o a unas pocas, y que son acontecimientos también fuera del control del sujeto, como la muerte de un ser querido, enfermedades, divorcios, pérdidas del puestos de trabajo, entre otros. Y por último, en tercer lugar, está el tipo de acontecimientos llamados ajetreos diarios, los cuales refieren a cosas cotidianas que pueden ser irritantes, estresantes y perturbadoras en un determinado momento, como por ejemplo, tener excesivas responsabilidades. Estos acontecimientos pueden ser incluso más importantes en términos de adaptación y salud (citado en Lazarus & Folkman, 1991).

Por otra parte, Holmes y Rahe (1967) dicen que los acontecimientos vitales importantes como el casarse, el nacimiento de un hijo, jubilarse, el embarazo o el fallecimiento de un ser querido, siempre son una fuente de estresantes porque producen grandes cambios y exigen adaptación por parte del sujeto. Pero hay contradicciones a partir del cuestionamiento hecho por Papalia y Wendekos Old (1998), ya que estos autores proponen que el estrés es resultado de la ausencia de cambios, lo cual puede producir aburrimiento, falta de compromiso y soledad, entre otros. Desde la perspectiva interaccionista se critica el poco énfasis que ponen estos planteamientos en las diferencias individuales y la importancia en la manera en que se aprecia cognitivamente la situación, que finalmente es lo que genera el grado de estrés sufrido por la persona, junto con la percepción del sujeto. Se comienza entonces a dar relevancia a los acontecimientos diarios, los cuales pueden ser predictores del estrés, incluso más que las cuestiones extraordinarias. Darley, Glucksberg y Kinchla (1990) definen los acontecimientos cotidianos como experiencias que son transitorias, y que sin embargo, se perciben como memorables y angustiosas. Esto puede afectar de forma negativa a la salud mental debido al efecto acumulativo de estas situaciones cotidianas. Tanto así que Lazarus y Weinberger (1987) afirmaron que los sucesos cotidianos podían ser las causas más importantes de que estrés se produjera (citado en Oros & K. Vogel, 2016).

3.3.2.1 Sucesos vitales estresantes en la adultez mayor

A través de diversas investigaciones, se termina por apoyar el supuesto de que el tipo de situación estresante y las estrategias de afrontamiento que utilizan los individuos sí varían de acuerdo a las etapas evolutivas (Folkman, Lazarus, Pimley, & Novacek, 1987; Lazarus & Folkman, 1986; Aldwin, 1991; Benedet, Martínez Arias & Alejandre, 1998). Otros planteamientos, como los de Mahler (1986) Blos (1994) y Colarusso (1994), han propuesto que en cada etapa de la vida se pueden presentar diferentes pérdidas, por lo tanto, cada etapa del ciclo vital difiere respecto a las características de su estructura de pérdidas. El modelo de ajuste propuesto por Lazarus (1976) diferencia el papel de una *pérdida consumada,* con el de la *amenaza de pérdida*. La pérdida consumada hace referencia al estresor, y la amenaza de la pérdida hace referencia a la amenaza hacia el objeto significativo. También alude al papel de la *pérdida ambigua,* la cual hace referencia a la ambigüedad de la posesión del objeto significativo. Boss (2001) destacó la importancia de la pérdida ambigua, en la cual el sujeto no alcanza a dilucidar si ha perdido o no al objeto significativo, generando un obstáculo en el proceso de duelo y manteniendo por más tiempo la angustia que surge de la amenaza de pérdida. Ante estas pérdidas, surgen mecanismos que median los recursos internos y externos, y las estrategias de afrontamiento, que finalmente terminan en un ajuste o un desajuste adaptativo, lo cual se manifiesta posteriormente en ámbitos psicológicos, físicos y sociales. Baltes (1987) señala que la ocurrencia de estas pérdidas varía de persona a persona en cuanto a la naturaleza del suceso y el tiempo que toma, debido a que cada persona irá afrontando estas pérdidas en una secuencia particular, las cuales tendrán un valor afectivo a nivel individual. Al conjunto de pérdidas con su determinada ocurrencia y sucesión es definida por el autor como *estructura de pérdidas.* Esta estructura se define como el conjunto de objetos significativos que las personas perciben como posibles de ser perdidos o que se perciben como una pertenencia insegura en sus vidas, en una etapa puntual del ciclo vital. Estas percepciones tienen la capacidad de definir los afectos, cogniciones y conductas ante aquellos objetos. A partir del modelo de ajuste (Lazarus, 1976), Montero–López (1999) postula que cuando ocurre una pérdida que consta de una fuente de afecto, puede traer con ello sentimientos de soledad, y las pérdidas según Bar-Tur & Levy-Shiff (2000) provocan separaciones que podrían relacionarse con sentimientos de soledad y desamparo. A diferencia de este tipo de pérdida, cuando esta se presenta como amenaza sin ser una pérdida consumada, puede surgir la ansiedad, como también pueden surgir sentimientos de depresión, tales como soledad, desesperanza, ansiedad, ansiedad ante el envejecimiento o la muerte, entre otros. Estos sentimientos

suponen un dolor afectivo que tiene influencia el bienestar psicológico (citado en Rivera–Ledesma & Montero–López, 2008).

La estructura de pérdidas en el adulto mayor puede producir desajustes que son necesarios de explorar, como el impacto que produce directamente en la capacidad de adaptación del individuo (citado en Rivera–Ledesma & Montero–López, 2008). Rodin (1986) y Solomon (1996) postulan que, en comparación a los adultos, los adultos mayores de 65 años frecuentemente están expuestos a situaciones que presentan un problema para ellos y sobre las que no poseen ningún tipo de control, como por ejemplo, la muerte de un ser querido, las enfermedades crónicas, la discapacidad producida por estas, y el comenzar a acercarse a la propia muerte. Cuando estas situaciones se presentan, los adultos mayores usan usualmente estrategias centradas en el distrés emocional asociado al acontecimiento. Esto último ocurre debido a que este grupo etario evalúa los acontecimientos estresantes como sucesos que no son posibles de modificar (Folkman et al., 1987; Castro Bolaño, Otero-López, Freire Garabal, Núñez Iglesias, Losada Vázquez, Saburido Novoa & Pereiro Raposo, 1995). Respecto a las pérdidas, en esta etapa se caracterizan por ser pérdidas objetales y además por ocurrir como una sucesión de eventos que se acumulan en la vida, lo cual provoca que todo les ocurra de manera simultánea. La depresión, según Koenig, Larson y Matthews (1996), puede estar asociada entonces a las pérdidas significativas de la etapa, debido a que, cuando las pérdidas son sucesivas y representan fracasos simultáneos, y a la vez la persona cree que no cuenta con los recursos necesarios para afrontar estos sucesos, surgen sentimientos de desesperanza, lo cual según Nunn, Lewin, Walton y Carr (1996) corresponde a que el sujeto no genera una respuesta ante un futuro donde lo deseable es percibido como improbable de ocurrir. También pueden producirse sentimientos de indefensión, dado el fracaso en el intento de afrontamiento ante la situación estresante, lo cual, según Cohen (1982) es un factor de riesgo para sufrir enfermedades psicosomáticas.

3.3.2.2 Sucesos vitales estresantes asociados a depresión y ansiedad en el adulto mayor

Como ya se ha planteado anteriormente, hay demandas ambientales que son capaces de producir estrés en un gran grupo de personas, pero existen diferencias individuales y de grupo en cuanto a la respuesta que cada persona da ante estas situaciones. Según Lazarus y Folkman (1991), las personas difieren de los grupos en términos de sensibilidad y vulnerabilidad ante algunos tipos de

acontecimientos, y ante las interpretaciones y reacciones a partir de ellos. Ante situaciones que son semejantes entre sí, las personas pueden tener respuestas de cólera, depresión y ansiedad o culpabilidad, e incluso sensación de amenaza o de que están siendo provocados. De esta manera, un individuo puede negarse a afrontar, por ejemplo, una muerte repentina, como también puede desarrollar ansiedad al pensar en el problema muchas veces, o bien puede deprimirse por la pérdida. Los estudios de Benner, Roskies y Lazarus (1980) se plantea que incluso en situaciones más graves o adversas, los sujetos difieren en cuanto a su sensación, como el sentirse amenazados, angustiado, entre otras, y sus estrategias de afrontamiento también difieren entre sí. Es por esto que se debe dar mayor relevancia a los procesos cognitivos que median la relación de estímulo y reacción, así como a los factores ambientales. Esta es la única forma de poder entender el porqué de tales diferencias de reacción (citado en Lazarus & Folkman, 1991).

Existen algunos trabajos que se han dedicado a investigar la relación entre el estrés y la depresión (Muscatell, Slavich, Monroe & Gotlib, 2009), los cuales se han interesado en el papel que cumplen los sucesos vitales estresantes en la generación o mantención de trastornos depresivos. Vásquez, Gómez & Hervás (2008) proponen algunos de los modelos psicológicos, los cuales explican que existen factores de vulnerabilidad llamados diátesis, que son propios del individuo, y que en interacción con los sucesos estresantes o negativos, evaluados como tales, aumentan la posibilidad de que aparezca o se mantenga un trastorno depresivo. Los modelos cognitivos de Kercher & Rapee (2009) plantean que la depresión es explicada por los factores ambientales que rodean al individuo, y estos han sido definidos por Ingram (1998) como los "sucesos vitales estresantes". Se ha podido observar que las formas más leves en que se presenta el estrés según la evaluación de situaciones cotidianas tienen un papel importante en el inicio de la depresión (Hammen, Henry & Daley, 2000) y de esta manera, el estrés y la depresión se relacionan mayormente a estresores esporádicos que tienen un contenido negativo, siendo el número de estresores acumulativo para luego generar o mantener un episodio depresivo.

3.3.2.3 Evaluación de los sucesos vitales

Lazarus y Folkman (1986) definen a la evaluación cognitiva como un proceso que, ante un acontecimiento en particular, tiene la finalidad de determinar las consecuencias y repercusiones que este puede tener para el sujeto. Esto funciona continuamente durante el estado de vigilia, y se

clasifica en dos formas o aspectos valorativos básicos de evaluación: la evaluación primaria y evaluación secundaria. Los autores refieren a que esta elección de los términos no es acertada, porque sugieren de forma errónea que una evaluación es más importante que la otra, o que una precede a la otra.

La evaluación primaria puede dividirse en tres tipos de evaluación del acontecimiento, que puede calificarse como (1) *irrelevante:* cuando la persona no siente interés por las consecuencias posibles ante el encuentro con el entorno, o cuando este encuentro no contiene valor, compromiso o necesidad, a nivel adaptativo, para los seres humanos el distinguir entre señales relevantes e irrelevantes;(2) *benigna o positiva*: consta de una valoración positiva por parte del individuo, sobre las consecuencias del acontecimiento, ya sea porque producen un bienestar o contribuyen a conseguirlo. Estas evaluaciones se caracterizan por generar emociones placenteras como por ejemplo, amor, alegría, regocijo, felicidad o tranquilidad, pero siempre hay aprehensión en este tipo de evaluación, ya que estas traen culpa o ansiedad. Las valoraciones pueden ser complejas o mixtas, en función de los factores individuales y del contexto en que se desarrolle la situación; y (3) *estresante*: incluye aquellos acontecimientos que significan (a) daño/perdida, (b) amenaza y (c) desafío: El (a) daño/perdida se produce cuando la persona recibe algún daño, individual a nivel físico o psicológico, un daño a la estima propia o social, o el haber perdido a algún ser querido. Pero los acontecimientos que se perciben como más perjudiciales son aquellos en los que hay una pérdida de compromiso relevante; por otro lado, (b) la amenaza refiere a daños o pérdidas que aún no han ocurrido pero que el individuo prevé, y por último, (c) el desafío, el cual tiene bastante que ver con la amenaza, ya que ambos impulsan la implementación de las estrategias de afrontamiento. A pesar de que amenaza y desafío no son excluyentes entre sí, la diferencia principal entre ambos es que el desafío conlleva una valoración de las fuerzas necesarias para vencer en la confrontación, lo cual produce emociones placenteras (como impaciencia, excitación y regocijo), mientras que en la amenaza se valora el potencial que se acompaña de emociones negativas (como el miedo ansiedad y mal humor).El desafío tiene importantes implicaciones en el proceso de adaptación; las personas para las que los acontecimientos significan un desafío, tienden a generar recursos. Al parecer disponen de ventajas en moral, calidad de funcionamientos y salud del organismo, a diferencia de aquellas personas que se sienten fácilmente amenazadas. Por otro lado, a partir de estudios de Vygotsky, Hamburg, Goss y Lebovits (1961), se ha comprobado que la importancia adaptativa de la amenaza se distingue del daño/pérdida en que permite afrontar anticipadamente el acontecimiento, porque

mientras más predecible sea el futuro, el ser humano puede planear y tratar anticipadamente con las dificultades en el futuro (citado en Lazarus & Folkman, 1986).

La evaluación secundaria se lleva a cabo cuando percibimos que estamos bajo amenaza y/o desafío, y tiene como fin determinar la forma en que se actuará ante la situación. Esta actividad de evaluación se presenta en cada confrontación ante un suceso estresante. Lazarus (1986) lo denomina un ejercicio intelectual, el cual se inclina a reconocer recursos que pueden ser aplicados al presentarse la situación, y también lo define como un proceso evaluativo de las opciones que existen para poder afrontar el suceso, el cual otorga seguridad al individuo tanto en la opción tomada como en las estrategias de confrontación. Respecto a estas creencias, Bandura (1997-1982) utiliza dos términos para diferenciarlas; la expectativa de resultados, que consta de la valoración por parte del sujeto de que una conducta determinada puede lograr resultados determinados; y la expectativa de eficacia, la cual apunta a la convicción de que el individuo puede llevar a cabo exitosamente la conducta y lograr con ello los resultados esperados. Posterior a la evaluación de la estrategia de afrontamiento, también se realiza una valoración de las consecuencias que ha traído el utilizar una estrategia particular o varias estrategias a partir de las demandas internas y/o externas. La reevaluación de las estrategias de afrontamiento refiere a la realización de un cambio en la evaluación inicial en base a nueva información proveniente del entorno, que puede deshacer la tensión generada en el individuo o aumentarla, y en base a esta nueva información se produce otras reacciones particulares. Por ejemplo, si otro manifiesta enojo por un enfado que es propio, eso puede producir vergüenza, culpa, miedo, rigidez, entre otros sentimientos. Como resultado de esta reevaluación, se genera una sucesión de emociones, y también de evaluaciones cambiantes. En conclusión, una reevaluación corresponde a una nueva evaluación de una situación que sigue de otra previa, y que a la vez puede transformarla. Existe además otra forma de reevaluación, llamada reevaluación defensiva, que refiere a cualquier esfuerzo hecho ante una situación del pasado para reinterpretarla de forma más positiva, o para hacer frente a los daños y amenazas, viéndolos de forma menos negativa (Lazarus & Folkman, 1986).

Respecto a la evaluación cognitiva, en los años 60, Lazarus junto a sus colegas Averill y Opton, emprendieron un proyecto para estudiar los mediadores cognitivos, utilizando para ello películas que eran capaces de generar estrés. Este estudio reflejó una tendencia de los sujetos a reaccionar con estrés al contemplar situaciones difíciles vividas por otras personas. Se demostró,

además, que los procesos de evaluación cognitiva afectaron, o bien, mediaron los niveles de respuesta al estrés y sirvieron para identificar algunas de las características de personalidad y factores situacionales de los que depende tal mediación (citado en Lazarus & Folkman, 1986).

Lazarus y Folkman (1986) hacen referencia entonces a los factores personales que influyen en la evaluación de un acontecimiento, como (1) el compromiso y (2) las creencias. Los compromisos son los que expresan lo que es de importancia para el individuo, y los que a la vez deciden lo que se encuentra en juego al presentarse una situación estresante; al estar involucrado un compromiso importante, la situación será evaluada como significativa. De esta manera, los compromisos determinan la evaluación que se hace de la situación a través de ciertos mecanismos, que acercan o alejan a la persona de situaciones que pueden ser amenazantes o desafiantes, como también pueden ser beneficiosas o dañinas. Y además, determinan la sensibilidad del individuo ante las características de la situación. Los autores postulan que mientras mayor sea la intensidad del compromiso, mayor vulnerabilidad tendrá el individuo ante el estrés psicológico respecto a su compromiso (entiéndase vulnerabilidad como una amenaza potencial debido a las distintas variables del individuo y la situación). Otro factor personal son las creencias; Wrubel, Benner y Lazarus (1981) las definen como configuraciones cognitivas, individuales o compartidas por la cultura, que constan de nociones preexistentes de la realidad, siendo estas un lente perceptual o una clase de "batería". En otras palabras las creencias determinan cómo el individuo percibe su relación con el entorno. Dentro de las creencias, se encuentran las creencias respecto al control personal y las creencias existenciales; las *creencias respecto al control personal* corresponden a la sensación de dominio y de confianza que corresponden a formas generalizadas de pensamiento, y también a expectativas específicas del individuo sobre la situación. A partir de este tipo de creencias, Lazarus y Folkman (1986) dicen que hay creencias generales sobre el control, las cuales refieren al grado o al nivel en que el individuo asume que puede tener control sobre la situación. Y por otro lado, aluden a la evaluación de control situacional, que corresponde al grado en que la persona es capaz de modificar o definir las relaciones estresantes con el entorno, y es a la vez el resultado de las evaluaciones que hace el individuo de las demandas del entorno, de los recursos personales, de las posibles estrategias de afrontamiento y de la capacidad propia de aplicarlas. Por otra parte, se encuentran las *creencias existenciales*, que corresponden a creencias generales que le sirven de ayuda al individuo para mantener la esperanza y buscarle significado a la vida, aunque existan experiencias dolorosas.

Por otra parte, los autores definen tres factores situacionales que influyen en la evaluación realizada por las personas cuando se presenta una situación; (1) la novedad de la situación, (2) la predictibilidad y (3) la incertidumbre del acontecimiento. La *novedad de la situación* es capaz de influenciar la evaluación en el sentido de que, mientras no haya experiencia previa, no se hará una evaluación ya sea de amenaza o desafío. Una situación nueva puede evaluarse como estresante solo si ha sido asociada previamente a un daño o peligro, pero en sí, esta sí puede convertirse en una situación amenazante o puede percibirse como ambigua, en este caso, se puede experimentar incertidumbre o amenaza en un alto nivel. La *predictibilidad* refiere a que hay características ambientales que se pueden descubrir o aprender, y pueden actuar como una señal de que algo dañino puede ocurrir. La *incertidumbre del acontecimiento*, a diferencia de la predictibilidad, se aplica a la conducta humana, introduciendo la noción de probabilidad. A la vez, Lazarus y Folkman (1986) hacen referencia a tres factores temporales; (1) la inminencia, (2) la duración y (3) la incertidumbre temporal del acontecimiento. Cuando un acontecimiento ocurre de manera inminente, la evaluación del acontecimiento es más intensa y urgente, y a medida que un suceso es menos inminente, el proceso de evaluación se vuelve más complejo. El tiempo, por otro lado, puede aumentar la sensación de amenaza, o bien, puede permitir que el individuo maneje el afrontamiento cognitivo ante las demandas de la situación, y en este caso, producir una reducción en las reacciones producidas ante el estrés.

3.3.3 Regulación emocional y estrategias de afrontamiento

Respecto a las estrategias de afrontamiento aplicadas en las situaciones de la vida en general, es necesario referirse en primer lugar al concepto de emoción y regulación emocional. Lombardo (2013) hace mención sobre la emocionalidad en la vejez y su regulación, como un aspecto que se vincula al capital psíquico de la persona adulta mayor y al bienestar psíquico. Define a las emociones como la actividad psíquica producida como reacción frente a estímulos tanto internos como externos, y a la vez define la regulación emocional o control emocional como un proceso por medio del cual las personas influyen en sus emociones. De esta manera los individuos manejan cuándo estas ocurren, con qué intensidad y de qué manera expresarlas, e implican un proceso que limita y atenúa estas expresiones emocionales. Según Gross y Thompson (2007) las emociones traen consigo procesos integrales que implican tres aspectos: los aspectos fisiológicos, comportamentales y los subjetivos (citado en Lombardo, 2013). Lombardo (2013) refiere a partir de esto, a que el aspecto

subjetivo es influenciado por el medio social, debido a que son las pautas culturales, en un momento específico, las que indican los comportamientos y expresiones que serían aceptables socialmente. De esta manera el rol de las emociones es el de la correcta adaptación al medio social, siendo estas un aporte de información central del sujeto, del ambiente y de los otros individuos. En esta regulación se implican distintas áreas cerebrales que intervienen en la expresión de las respuestas fisiológicas y conductuales. Los estados emocionales son de gran complejidad, debido a que generalmente coexisten distintas emociones, y esta complejidad de emociones necesita mecanismos de balance y control de la psique. Estos mecanismos provienen de la vida social en donde hay experiencias individuales y aprendizajes que permiten generar estrategias de expresión y regulación emocional, las cuales no tienen tendencias fijas ni inmutables debido a que son sensibles al desarrollo de cada individuo (Lombardo, 2013).

Respecto a las estrategias que los seres humanos utilizan para regular las emociones, primero es necesario entender el concepto de afrontamiento, el que ha ido evolucionado a lo largo de los años. En primera instancia, surgen los planteamientos tradicionales respecto al afrontamiento, a partir de dos modelos; la experimentación tradicional con animales y por otro lado, la teoría psicoanalítica del ego (yo). Los planteamientos tradicionales del modelo animal refieren a modelos de estrés y control que son influidos por Darwin, y según estos, la supervivencia de los animales depende de la habilidad que estos tengan para descubrir eventos predecibles y controlables en el entorno, este modelo define al afrontamiento como las acciones que son capaces de controlar condiciones aversivas del entorno, y que a la vez, son capaces de controlar el nivel de perturbación psicofisiológica que estas producen. Miller (1980) es uno de los exponentes de este modelo, y define el afrontamiento como el conjunto de respuestas conductuales que son aprendidas y son eficientes para la disminución del arousal, pudiendo así neutralizar la situación peligrosa. Los modelos psicoanalíticos y los planteamientos más contemporáneos de Lazarus y Folkman (1986) consideran que el modelo animal de afrontamiento es un tanto simplista ya que se centró principalmente en conductas de huida y evitación a partir del experimentar situaciones aversivas (Lazarus & Folkman, 1986).

Posteriormente, el modelo psicoanalítico de la psicología del ego/yo hace una nueva definición del afrontamiento, entendiéndolo como un conjunto de pensamientos y acciones realistas y flexibles que son capaces de solucionar problemas y por tanto, reducir el estrés producido en la

persona. A diferencia del modelo animal, este modelo psicoanalítico percibe y considera de manera distinta la relación entre el individuo y el entorno, pues entrega mayor importancia al factor de la cognición, sin prescindir del todo de la conducta del individuo. Menniger (1963), Haan (1969, 1977) y Vaillan (1977) plantean una jerarquía en la que el afrontamiento refiere a procesos organizativos y más maduros del ego; en primer lugar las personas presentan defensas, como forma neurótica de adaptación, y luego se generarían los procesos de fragmentación o fracaso del ego, que refiere a niveles regresivos o psicóticos de la conducta humana (citado en Lazarus & Folkman, 1986).

Según Kahn (1964) y sus colaboradores el estudio de la conducta de afrontamiento debe ser estudiada en sus éxitos y fracasos, y proponen generar una definición de afrontamiento que incluya también los esfuerzos necesarios que se hacen al manejar demandas evaluadas como estresantes, sin importar el resultado que este tenga. Plantean que ninguna estrategia, bajo esta perspectiva, puede ser mejor que otra (citado en Lazarus & Folkman, 1986). A partir de estos planteamientos, Lazarus y Folkman (1986) proponen una nueva alternativa a los modelos tradicionales, y definen el afrontamiento como los esfuerzos a nivel cognitivo y conductual, los cuales son cambiantes y se desarrollan con la finalidad de poder manejar las demandas del entorno o aquellas demandas internas que se pueden evaluar como desbordantes respecto a los recursos que posee el individuo. Esta nueva definición reconoce las limitaciones de los modelos tradicionales, orientándose hacia el afrontamiento en vez de a los rasgos. Por otro lado, Cohen y Lazarus (1973) (citado en Lazarus & Folkman, 1986), proponen una diferenciación entre el afrontamiento y las conductas adaptativas automatizadas, y limitan el afrontamiento a las demandas desbordantes del entorno respecto a los recursos del individuo, lo que a su vez no incluye las conductas y pensamientos que son automatizados, y que a su vez, no requieren esfuerzo. Es así como definen al afrontamiento; son los esfuerzos que el individuo hace para poder manejar las demandas internas y externas, y es lo que permite hacer parte del proceso todo lo que la persona piense o haga, independiente de los resultados que esto tenga.

Lazarus y Folkman (1986) refieren entonces al afrontamiento como proceso, el cual tiene tres aspectos principales: el primero alude a la importancia de las observaciones como también de las valoraciones que se relacionan con lo que el individuo hace o piensa, a diferencia de lo que hace o haría generalmente en determinadas situaciones. El segundo aspecto del afrontamiento es que este es un proceso cambiante, donde el individuo cuenta con estrategias defensivas en momentos

específicos, para así poder solucionar sus problemas a medida que cambia su relación con el entorno. Y el tercer aspecto, es que este proceso y los cambios producidos por las evaluaciones y reevaluaciones continuas en la relación cambiante entre individuo-entorno, no son al azar.

A partir de estos aspectos, Lazarus y Folkman (1986) distinguen dos funciones primordiales del afrontamiento; (1) el afrontamiento dirigido al problema, y (2) el afrontamiento dirigido a la emoción. El afrontamiento dirigido al problema busca modificar o manipular la situación problemática del entorno en el propio entorno. Y el afrontamiento dirigido a la emoción tiene la finalidad de regular respuestas emocionales que se presentan como consecuencia de la situación. Los modos de afrontamiento de una persona están determinados por los recursos que posee, como también por las creencias existenciales y generales del control, el nivel de motivación, las habilidades sociales, los recursos materiales y el apoyo social.

3.3.3.1 Regulación emocional y estrategias de afrontamiento en el adulto mayor

Pese a esto, se demuestran cambios relacionados con la edad y que refieren a un patrón más saludable con el paso de los años, de la adultez hasta la adultez mayor (John & Gross, 2004 citado en Lombardo, 2013). Existen diversos autores que proponen una integración progresiva en el desarrollo cognitivo y emocional a través del ciclo vital, dando mayor relevancia a la vejez. LabouvieVief (1996) considera dos patrones que parecen contradictorios respecto al desarrollo emocional en la adultez y el envejecimiento: en primer lugar, hay una línea que demuestra que la regulación emocional mejora en esta etapa por el predominio de aspectos positivos frente a los negativos, y por otro lado, está la Teoría de la selección socio emocional de Carstensen (2004), quien considera que en la vejez existen problemas de regulación emocional producto del declive de los recursos cognitivos que la afectan (citado en Lombardo, 2013). En lugar de esto, LavouvieVief (1996) refiere a que una integración y coordinación que es flexible, y que tiene dos estrategias centrales, optimización y diferenciación, las cuales sugieren un funcionamiento óptimo en esta etapa. Baltes (2000) propone que los efectos del aprendizaje y la práctica pueden hacer más competentes a los adultos mayores en la regulación emocional, lo cual ha sido avalado por muchas investigaciones.

Lazarus y Folkman (1986) plantean que la amenazas que pueden producirse hacia el bienestar, se evalúan distintamente dependiendo de la etapa de la vida y estas dan lugar a formas diferentes de afrontamiento.

3.3.3.2 Crecimiento Personal

Al haber introducido los conceptos de regulación emocional y afrontamiento, se han de exponer estrategias de afrontamiento que han tenido lugar en los seres humanos a partir de acontecimientos o sucesos vitales estresantes. Desde la perspectiva de los retos fundamentales en la psicología durante el siglo XXI por ampliar los campos de acción y estudiar distintas estrategias o mecanismos que contribuyen a la salud y al desarrollo de recursos y capacidades, Romero, García-Mas y Brustad (2009) plantean que el bienestar psicológico se ha centrado en desarrollar capacidades y en el crecimiento personal, , definido según Ryff (1995) y Ryff & Singer (2008) como el empeño para incrementar las potencialidades y seguir creciendo al máximo como persona. De este modo, el bienestar psicológico y el crecimiento personal, serían indicadores de un funcionamiento positivo del individuo (citado en Romero, Zapata, García-Mas, J. Brustad, Garrido & Letelier, 2010). Por otro lado algunos investigadores plantean el crecimiento como el resultado de la lucha de una persona con un suceso vital, aplicando una estrategia adecuada para afrontarlo y una regulación emocional adecuada frente a sucesos vitales negativos, desde este punto de vista dicha variable es considerada como una consecuencia psicológica positiva (Schaefer & Moos, 1998; Tedeschi & Calhoun, 1995, 2004).

Existen escalas para evaluar el crecimiento personal, una de las más relevantes es la escala de bienestar psicológico de Ryff (1989), específicamente la subescala de crecimiento personal, la que pretende medir el crecimiento como una capacidad general de afrontamiento, más que como una medida y considera el concepto como el empeño de una persona para desarrollar sus potencialidades, explorar sus capacidades, desarrollarlas al máximo y con esto seguir creciendo como persona (Ryff, 1989; Keyes, Ryff & Shmotkin, 2002). De este modo el concepto es entendido como la capacidad de extraer de las experiencias vitales pasadas un aprendizaje y con esto un crecimiento, por lo tanto el crecimiento personal puede ser considerado como una variable que media entre el efecto perjudicial que puedan generar los sucesos vitales de una persona y su bienestar psicológico (Fernández-Fernández, Márquez-González, Losada-Baltar, García, & Romero-Moreno, 2013).

Por su parte, Díaz & Sánchez (2001) investigan el papel que juegan los estilos de personalidad, incluyendo el crecimiento personal y las metas personales respecto a la predicción del logro de satisfacción vital, y los resultados han indicado que el considerar metas personales y las disposiciones ante estas, equivalentes a estilos de personalidad, logran la predicción de la satisfacción. El apoyo social, según Emmons (1986) y Palysy Little (1983) consiste en disponer redes sociales de apoyo y participar en la comunidad, lo cual sería un recurso positivo en la satisfacción vital. A partir del crecimiento personal logrado a través de la conformación de la personalidad, de la edad y la cultura, entre otros, la persona enfrenta los acontecimientos y las experiencias, siendo estas a la vez moldeadas a través de las emociones y las estrategias de afrontamiento con las que cuente cada individuo. Teniendo una buena red de apoyo social, la persona podrá lograr un óptimo bienestar psicológico, otorgando también así al individuo una visión de crecimiento, desarrollo y aceptación hacia sí mismo (citado en Romero, García-Mas & Brustad, 2009).

3.3.3.3 Rumiación

La rumiación es una estrategia de afrontamiento que corresponde a una forma de pensamientos repetitivos que se dan a nivel cognitivo en el individuo. El estudio de esta estrategia fue impulsado por Nolen-Hoeksema y Morrow (1991), quienes han definido la rumiación como "pensamientos repetitivos en el hecho de que uno está deprimido, en los síntomas depresivos y en las causas, significados y consecuencias de estos síntomas" (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991, p. 119).

En el año 2000, Nolen-Hoeksema centró su atención sobre todo en la rumiación depresiva; esta es definida como pensamientos repetitivos que a la vez son persistentes, y se generan partir de un negativo estado de ánimo, generando predisposición, mantención o agudización de síntomas depresivos en el individuo (Nolen-Hoeksema, 1991 citado en Avilés et al., 2014). Posteriormente, se desarrolla el concepto de rumiación depresiva y Treynor, González y Nolen-Hoeksema (2003) proponen que existen dos componentes distintos en ella: (1) la rumiación reflexiva y (2) la rumiación negativa. La rumiación reflexiva corresponde a la introspección del ánimo depresivo, y se aplica con el fin de poder entender el por qué el individuo se siente de esa forma, es decir, este es el análisis de las conductas vividas. Respecto a la rumiación reflexiva, no hay claridad respecto a los beneficios que puede traer ni en que contextos puede ser útil. Por otro lado, la rumiación negativa consta de

pensamientos que son auto-centrados y repetitivos, lo cual implica volver a revivir los síntomas depresivos de manera pasiva. Ambos subtipos, rumiación reflexiva y negativa, tienen distintas consecuencias, pues hay estudios que han demostrado que la rumiación negativa seria la que tiene un rol perjudicial en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología depresiva (Cova, Melipillán & Rincón, 2009; Joormann, Dkane & Gotlib, 2006; Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Investigaciones como las de Pimentel y Cova (2011) han permitido apreciar la influencia de la rumiación en el desarrollo y mantención de trastornos y síntomas emocionales, específicamente en sintomatología y trastornos tanto depresivos como ansiosos (Abela & Hankin, 2009; Fresco, Frankel, Mennin, Turk & Heimberg, 2002; Hankin, 2008). En algunos de estos estudios se propone un posible papel relevante de la rumiación en el desarrollo de sintomatología ansiosa, contradiciendo que la rumiación sería más específica de la sintomatología depresiva (Calmes & Roberts, 2007; Segerstrom, Tsao, Alden & Craske, 2000). También se ha evidenciado a través de los estudios de Nolen-Hoeksema et al. (2008) y Watkins (2008) la relación entre rumiación depresiva y la sintomatología depresiva y ansiosa, lo cual concuerda con investigaciones que asocian los pensamientos repetitivos como rumiación, con el desarrollo y mantenimiento de sintomatología ansiosa y depresiva. Los resultados del estudio de Pimentel y Cova (2011) evidencian que la rumiacion negativa predicen más consistentemente los síntomas ansiosos, no así la rumiacion reflexiva. Hay estudios recientes que plantean que la reflexión es una respuesta a cuando se presentan síntomas emocionales, pero no necesariamente esta es desadaptativa, diferente así la rumiación negativa, que sí ha demostrado una relación con futuro desarrollo de trastorno o sintomatología depresiva.

Otros estudios llevados a cabo por Calhoun, Cann, Teseschi y McMillan (2000) sobre rumiación, han podido distinguir entre rumiación intrusiva y rumiación deliberada. La rumiación intrusiva es definida por los autores como pensamientos involuntarios a partir de experiencias que han sido traumáticas. Por otro lado, la rumiación deliberada hace referencia a pensamientos que son intencionados, y que tienen la finalidad de entender qué ha pasado y qué consecuencias trae lo ocurrido (citado en Avilés et al., 2014).

3.3.3.4 Evitación experiencial

La evitación experiencial es otra estrategia de afrontamiento, que según Hayes y sus colaboradores (1996), se define como un fenómeno que se presenta cuando el individuo no desea ponerse en contacto con algunas experiencias en particular, como por ejemplo, con sensaciones corporales, con emociones, pensamientos o recuerdos, entre otros. El sujeto intenta modificar los eventos y el contexto que ocasiona tales acontecimientos. Según Wilson y Luciano (2002), un individuo atrapado en un patrón que es recurrente respecto a la evitación, estaría siendo parte de un círculo vicioso, donde la presencia simbólica o real de la situación aversiva produce la necesidad de eliminarla. A corto plazo, la evitación experiencial puede ser efectiva, ya que logra reducir o eliminar de manera temporal la experiencia que está siendo angustiante. Luciano y Sonsoles (2006) refieren que se vuelve un problema cuando esta estrategia produce inmediatamente un alivio, pero el malestar luego vuelve a presentarse con mayor intensidad y extensión. La brevedad del alivio obliga a seguir constantemente intentado que desaparezca el malestar y la situación que lo trae. Este se puede convertir en un patrón de comportamiento. En los estudios de Gantiva, Luna, Dávila y Salgado (2010) se evidencian en personas con trastornos de ansiedad las estrategias de evitación cognitiva, que caracterizan el estilo de afrontamiento evitativo, el cual, según Fernández (1997), se centra en el intento de retirada o huida ante el estresor y las consecuencias de este, y que a la vez se caracteriza por uso de estrategias pasivas o ausentes en el enfrentamiento de los hechos, que según Lazarus y Folkman (1986), se consideran como conductas evitación, y estas son clasificadas como conductas desadaptativas. Estas le permiten a la persona descentrarse de la situación estresante, evitando así las reacciones emocionales que aparecen posteriormente. Pero la evitación no constituye una solución para la situación problemática, sino que sólo disminuye la reacción emocional en el momento. Este es un tipo de afrontamiento orientado a la emoción, que corresponden a los actos realizados con el fin de generar un cambio a nivel de significado del estresor, y regular lo que parece negativo de las emociones resultantes. Según Comas (1987), para el individuo la evitación del agente estresor como forma de regulación, toma la forma de un facilitador para lograr ajustarse o adaptarse.

Luciano y Sonsoles (2006), hacen mención a la definición de la Teoría de los Marcos Relacionales (TMR) respecto a la evitación experiencial; según Velasco y Quirogar (2001) esta es una dimensión funcional que puede dar lugar a numerosos trastornos y desordenes psicológicos, siendo destacados los Trastornos de Evitación Experiencial (TEE), como también los trastornos de

ansiedad (citado en Patrón-Espinosa, 2013). Estos desórdenes de ansiedad, tales como desordenes obsesivo-compulsivo, estrés postraumático, agorafobia con ataques de pánico entre otros, pueden ser clasificados como Desordenes de Evitación Experiencial (Friman, Hayes & Wilson, 1998; Hayes, Wilson, et al., 1996). En estos trastornos se conforma como patrón prioritario el deshacerse del malestar, y sentirse bien instantáneamente como punto de partida para acciones que impliquen tomar distancia de las situaciones. Los sentidos se ponen en servicio de este fin, lo que puede ocasionar una fuerte fusión entre la persona y su cognición, convenciéndose de la coherencia de las acciones que cree son las correctas para vivir de manera óptima.

Respecto a los factores que contribuyen al surgimiento de la Evitación Experiencial, estos corresponden a la naturaleza bidireccional del lenguaje humano, la generalización inapropiada del control y surgimiento de reglas verbales, que produce la rigidez conductual, y la cultura, que es el soporte de estos modelamientos de evitación. Es entonces como la evitación experiencial surge de la adquisición del lenguaje y por ende lleva a algunas consecuencias psicológicas, como por ejemplo, el modelamiento de los eventos privados que la causan, y por tanto, la necesidad del individuo de ejercer control sobre los sucesos, dar explicaciones a partir de su conducta, y categorizar los hechos como buenos o malos. Según Hayes et al. (1996) y Luciano y Hayes (2001), esto refiere a un patrón rígido en el seguimiento de formas de evitación controlado por la engañosa disminución instantánea del malestar y al poder de la razón en términos de ser coherente con uno mismo y sus pensamientos en torno a lo que parece correcto, y que explica tal comportamiento. Bajo este planteamiento, se puede llegar a la clase de regulación verbal inefectiva frente al excesivo control de las consecuencias normales del comportamiento humano en los que rodean a la persona. Por otro lado, la formación de un patrón flexible ante estos sucesos, para realizar acciones valiosas, definidas como tales por cada persona.

Kohlmann (1993) afirma que la evitación representa una preferencia por no ejercer control, debido a que la tolerancia ante las emociones “negativas” es baja, lo cual da paso a los trastornos emocionales que se pueden manifestar a partir de ellas. Los resultados de una investigación realizada por Gantiva, Luna, Dávila y Salgado (2010) demuestran que las estrategias utilizadas por las personas ansiosas caracterizan mayormente por estrategias como la evitación y la percepción respecto a la pérdida de control, las cuales se corresponden con las teorías de aparición y mantenimiento de la ansiedad, como la propuesta por Barlow (2002).

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1 Diseño de investigación

Este estudio se clasifica como una investigación no experimental, de tipo descriptivo correlacional. Esto se debe a que los objetivos describen cómo es que los distintos factores psicológicos de la población adulta mayor, presentes en el enfrentamiento ante los diferentes sucesos vitales, impactan en el bienestar psicológico y en la salud mental del grupo etario señalado. A partir de esto, se realizó un análisis del rol mediador de las diferentes estrategias de afrontamiento ante los sucesos vitales, y cómo esta relación influye en el bienestar psicológico del adulto mayor.

4.2 Muestra

El muestreo utilizado en la investigación corresponde al tipo intencional no aleatorio, pues la muestra fue definida con anterioridad, y se establecieron los siguientes requisitos para la participación de la muestra:

- Tener 60 años o más.
- Ser autovalente, es decir, mantener autonomía, ser capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria por sí solo/a, y mantener un nivel de salud física y mental que permita mantener dicha capacidad.
- No encontrarse institucionalizado, es decir, no pertenecer a un asilo, residencia, hospital, etc…

La muestra fue constituida por 341 adultos mayores que cumplieron con los requisitos establecidos, y los cuales residían en la Región Metropolitana y en la ciudad de Valparaíso.

4.3 Procedimiento

4.3.1 Reclutamiento

El reclutamiento se realizó a través del contacto con la UCAM (Unión Comunal de Adultos Mayores) presente en la ciudad de Valparaíso y la Región Metropolitana. Esta se compone de diferentes clubes que poseen personalidad jurídica, los cuales decidieron cooperar con este estudio.

Además, accedieron a colaborar de manera independiente y de forma voluntaria otros adultos mayores residentes de dichas ciudades.

4.3.2 Consentimiento informado

En primera instancia, previo a la aplicación de los instrumentos que serán descritos en el siguiente apartado, se realizó un consentimiento informado a la muestra de adultos mayores que colaboraron con este estudio de manera escrita, a través de una hoja que contenía toda la información respecto a los propósitos de la investigación, los procedimientos y duración de los instrumentos a aplicar, los derechos de los participantes en aquellas instancias, y la confidencialidad pertinente (Ver Anexo 1).

4.4 Instrumentos

4.4.1 Características sociodemográficas

Dentro del protocolo de evaluación, se incluyeron preguntas específicas que apuntaron a obtener los datos sociodemográficos básicos de los/las participantes, tales como edad, sexo, estado civil, años de estudio y el con cuántas personas vive. Además, se agregaron preguntas respecto a la salud, tales como la percepción que se tiene de aquella, el padecer alguna enfermedad diagnosticada y cuál/es, a cuál sistema de salud pertenece, si asiste a los controles de salud pertinentes, y finalmente, una pregunta destinada a conocer la percepción de la persona respecto a la condición económica actual.

4.4.2 Salud física

Con la finalidad de evaluar la salud de los y las participantes, se utilizaron las subescalas de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 (Alonso, Prieto y Antóy, 1995) que en primera instancia consta de la subescala de salud general percibida, compuesta por dos ítems: el primero corresponde a "¿Cómo considera su salud?", con 5 posibilidades de respuesta tipo Likert (0 = muy bueno; 1= bueno; 2= normal; 3 = mala; y 4 = muy mala). La subescala de vitalidad consta de preguntas respecto a la vitalidad percibida de manera subjetiva en las últimas cuatro semanas, la cual se compone de 4 ítems que evalúan esta percepción, y de 6 posibles respuestas para aquello (0 = nunca, y 5 = siempre). Se evalúa también la función física o salud de la persona en la actualidad, con 3 posibles respuestas (no, no me limita nada; sí, me limita un poco; y sí, me limita mucho). El alfa de Cronbach de 0,70, lo que se indica un buen índice de consistencia interna en esta versión.

4.4.3 Bienestar Psicológico

Para evaluar el bienestar psicológico de los participantes de este estudio, se utilizó la adaptación española de la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989), la cual fue realizada por Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle, y Dierendonck (2006). Esta consta de 39 ítems que se dividen en 6 subescalas, las que miden el bienestar psicológico por medio de: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Tiene un formato de respuesta tipo Likert de 6 respuestas posibles (0 = nunca; y 5 = siempre). El alfa de Cronbach está comprendido entre 0,68 y 0,83, por lo cual las escalas de esta versión muestran una buena consistencia interna.

4.4.4 Sintomatología Depresiva

Para evaluar la sintomatología depresiva en la muestra de adultos mayores, se utilizó la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977), la cual consta de 20 ítems, con 4 posibles respuestas tipo Likert (raramente o nunca; alguna vez o pocas veces; ocasionalmente o varias veces; todo el tiempo). El alfa de Cronbach de la escala original varía entre 0.85 (con población) y 0.90 (con población clínica).

4.4.5 Ocio y Tiempo Libre

Para evaluar la realización de actividades de los y las participantes durante el último mes, y la mediación de esto en el bienestar psicológico, se añade la versión en castellano de la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) para dilucidar las actividades realizadas durante el mes pasado, la cual posee 6 ítems con una escala de respuesta tipo Likert (0= nada; y 4= mucho). El alfa de Cronbach es de 0,87, lo que indica que esta escala tiene propiedades psicométricas favorables, incluyendo una alta consistencia interna.

4.4.6 Sintomatología Ansiosa

La sintomatología ansiosa fue medida a través del Inventario de Ansiedad Geriátrica GAI (Geriátrica Anexita Inventory; Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley, & Arnold, 2007), la cual fue traducida al castellano y validada por Márquez-Gozález, Losada, Fernández-Fernández & Pachana (2012). Esta escala se compone de 20 ítems que se responden de manera dicotómica (de acuerdo/ desacuerdo). El alfa de Cronbach de la versión original es de 0.9154, lo que significa que presenta buenas propiedades psicométricas.

4.4.7 Estilo rumiativo

El nivel de rumiación se evaluó mediante una versión reducida del Cuestionario de Estilos de Respuesta a la Tristeza (RRS-versión reducida; Extremera y Fernández-Berrocal, 2006), la cual se compone de 10 ítems que se responden bajo una escala de respuesta tipo Likert, que da 4 posibles respuestas (0 = nunca; y 3= siempre). Estos ítems tienen la capacidad de evaluar la tendencia a tener pensamientos rumiativos (pensamientos negativos recurrentes) cuando el individuo experimenta sentimientos de tristeza, melancolía o abatimiento. El alfa de cronbach es de 0.91, lo que significa que la consistencia interna correspondiente a la población mayor es excelente.

4.4.8 Evitación Experiencial

Con la finalidad de evaluar en qué medida la persona utiliza la evitación experiencial como estrategia de afrontamiento ante los sucesos vitales, se aplica el Cuestionario de Aceptación y Acción

(AAQ) implementada por Hayes et al. (2000). Esta se compone de 9 ítems, donde se manifiestan diferentes situaciones y respuestas de la persona ante estas. Cada ítem tiene un formato de respuesta tipo Likert (0 = nunca; y 6 = siempre). El alfa de Cronbach corresponde a un 0,70, lo que indica que la escala posee propiedades psicométricas aceptables.

4.4.9 Apoyo Social

Para medir el nivel de apoyo social que posee cada participante de la muestra, se utiliza la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (Zimet et al.,1988) compuesta de 6 ítems que se inclinan a dilucidar las redes de apoyo de la persona, con una escala de respuesta tipo Likert (0 = nunca; y 3 = siempre). La consistencia interna de la escala total tiene un valor de 0,86, por lo que se considera que esta tiene una alta confiabilidad.

4.4.10 Impacto psicológico de los sucesos vitales pasados

Con la finalidad de evaluar la ocurrencia y experimentación de los sucesos vitales pasados, y el impacto emocional que producen estos en la actualidad, se utilizan las Escalas de Evaluación del Impacto Psicológico de Sucesos Vitales Pasados (EEIPV; Fernández-Fernández, 2013): (1) escala de ocurrencia de sucesos vitales (EO); (2) escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales pasados (EPR); y (3) escala de crecimiento personal asociado a sucesos vitales pasados (ECP).

La Escala de Ocurrencia de Sucesos Vitales (EO) se trata de una escala de fácil aplicación que mide 14 sucesos vitales significativos. Se ha considerado para su creación, la clasificación de sucesos vitales negativos y positivos de Sarason et al (1978), además de la escala de Holmes y Rahe (1967), en donde se proponen diversos sucesos vitales consideramos como importantes. Se eligieron los sucesos con mayores índices de unidad de cambio vital, basado en la revisión de la escala de reajuste social realizada por Miller y Rahe (1998). Tomados de dicha escala, se evaluaron en el instrumento los ítems correspondientes a matrimonio, muerte del cónyuge, muerte de un familiar cercano, enfermedad o lesiones propias y cambio en la salud de un familiar. Por lo demás se han considerado otros ítems que representan sucesos vitales relevantes para la población mayor, como conocer nuevas amistades, conflicto familiar importante, viajes realizados, problemas económicos,

entre otros. Considerando la población estudio, el modo de contestar dicha escala es simple; para cada ítem los participantes debían elegir las opciones de "sí o no".

Para los casos en los que la población estudio reconoció haber experimentado algún suceso a lo largo de su vida, se utilizaron dos escalas en donde se indagaba en los sucesos vitales positivos y negativos clasificados previamente, que experimentó la muestra de adultos mayores. La primera escala derivada de la Escala de Ocurrencia de Sucesos Vitales (EO), se denomina Escala de crecimiento personal asociado a sucesos vitales pasados (ECP). Esta mide el grado en que los adultos mayores perciben si existe algún tipo de crecimiento personal tras los sucesos vitales que reconocieron haber experimentado. Se midió esto último mediante la pregunta: "¿Hasta qué punto ha extraído algo positivo (aprendizaje, crecimiento personal) de esta experiencia?", las cuatro opciones de respuesta eran de tipo Likert y corresponden a: 0= nada, 1= poco, 2= algo, 3=mucho. Tratándose entonces, de una medida directa, por tanto, entre mayor es la puntuación mayor crecimiento personal se ha reconocido.

La segunda escala, derivada de la Escala de Ocurrencia de Sucesos Vitales (EO), se denomina Escala de Pensamiento Rumiativo sobre sucesos pasados (EPR). Esta mide la recurrencia de pensamientos negativos que podrían generar malestar emocional o amargura en los adultos mayores, se evaluó mediante la pregunta "¿Con qué frecuencia le vienen a la cabeza recuerdos y pensamientos sobre este acontecimiento provocándole malestar o amargura?" para la que había cuatro opciones de respuesta de tipo Likert (0 = nunca, 1= alguna vez, 2= bastante, 3= casi siempre) Por lo que se trata de una medida directa, es decir, a mayor puntuación mayores niveles de pensamiento rumiativo.

4.4.11 Plan de análisis de datos

El análisis de los datos estadísticos obtenidos a través de estos instrumentos se realizó por medio del programa SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales), desarrollado por la Universidad de Chicago, ya que este permite realizar un análisis descriptivo, de correlaciones, y análisis de regresión lineal.

En primera instancia se realizó un análisis descriptivo con las variables tanto sociodemográficas como clínicas. Al finalizar este análisis, se observó la distribución normal de los datos, las distribuciones estadístico descriptivo, como de la distribución de frecuencias de cada variable.

Posteriormente, se realizó un análisis de correlación de Spearman, con el fin de observar las relaciones existentes entre haber experimentado determinados sucesos vitales, la utilización de estrategias de afrontamiento emocional y las condiciones de salud mental.

A partir de las correlaciones significativas entre las variables dependientes e independientes que se plantean en las hipótesis, se realizó un análisis de mediación a través de un análisis de regresión lineal con las mismas para concluir si las estrategias de afrontamiento determinadas tenían un efecto de mediación entre los sucesos vitales y las condiciones de salud mental de la muestra. Es necesario, por ende, definir el concepto de mediación; la variable funciona como un mediador cuando puede explicar la relación entre una VI (predictora) y una VD (resultado). La correlación parcial puede utilizarse para probar una hipótesis de mediación. Entonces, una variable mediadora es aquella en la que una VI tiene un efecto y que, a su vez, esta ejerce una influencia sobre una VD. Esta influencia del VI sobre la VD se transmite directamente a través de la variable mediadora intermedia (Todman & Dugardt, 2007).

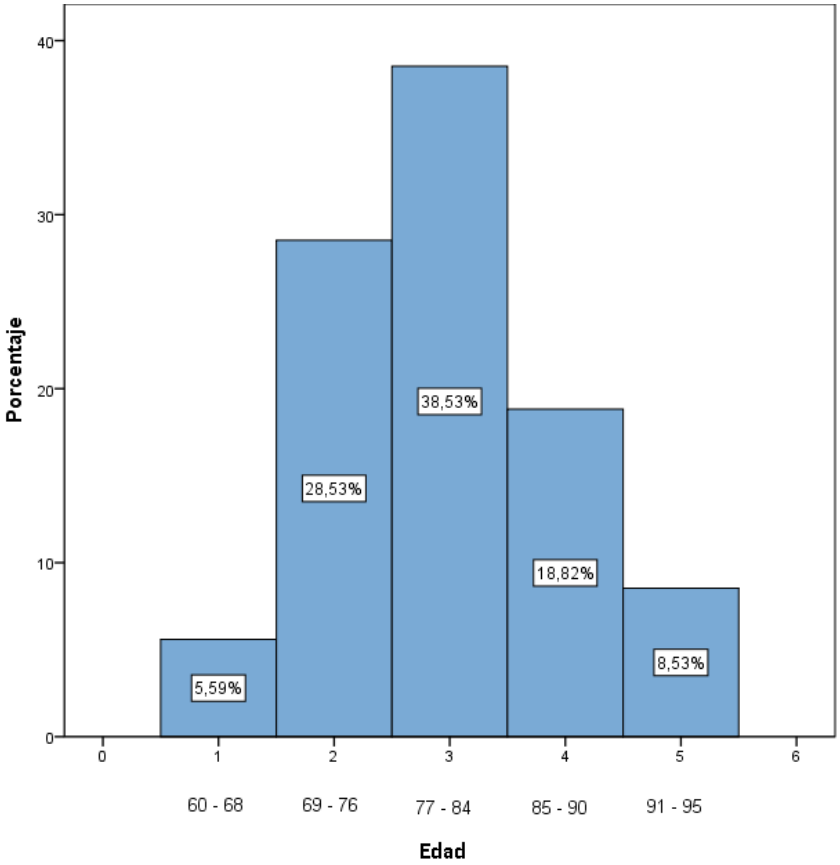
5. RESULTADOS

5.1 Características sociodemográficas

5.1.1 Edad

En la muestra de 341 adultos mayores con un rango etario de entre 60 y 95 años, 340 reportaron su edad, la que en promedio se encuentra en los 72 años. La distribución revela que un 38,53% del total se encuentra entre los 77 y 84 años. Un 28.5% tenía entre 69 y 76 años, el 18.8% de la muestra se ubicó en un rango de edad de entre 85 y 90 años, seguido por un 8.5% correspondiente a adultos mayores de entre 91 y 95 años de edad. Y el menor rango etario es el correspondiente a personas de entre 60 y 68 años, con un 5.6% de la muestra (Ver Gráfico Nº1).

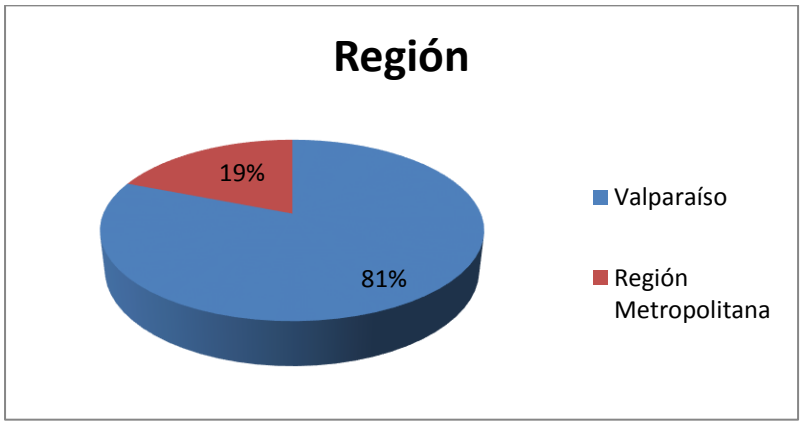
Gráfico Nº1: Distribución por rango etario



5.1.2 Región

El 81% de la muestra de 341 adultos mayores habita en la región de Valparaíso, mientras que un 19% corresponden a personas que residen en la Región Metropolitana (Ver gráfico Nº2).

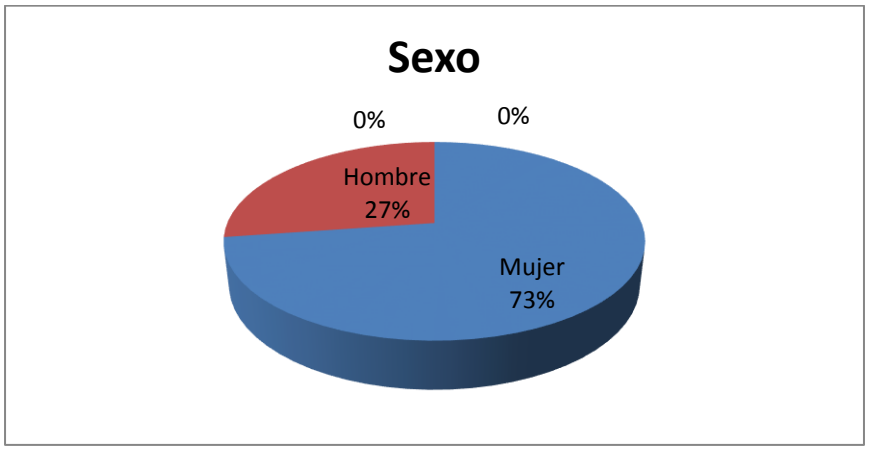
Gráfico N°2: Región de residencia



5.1.3 Sexo

En la población participante de 341 adultos mayores, hubo una mayor prevalencia del género femenino, el cual corresponde a un 73%, por sobre un 27% de hombres (Ver gráfico N° 3).

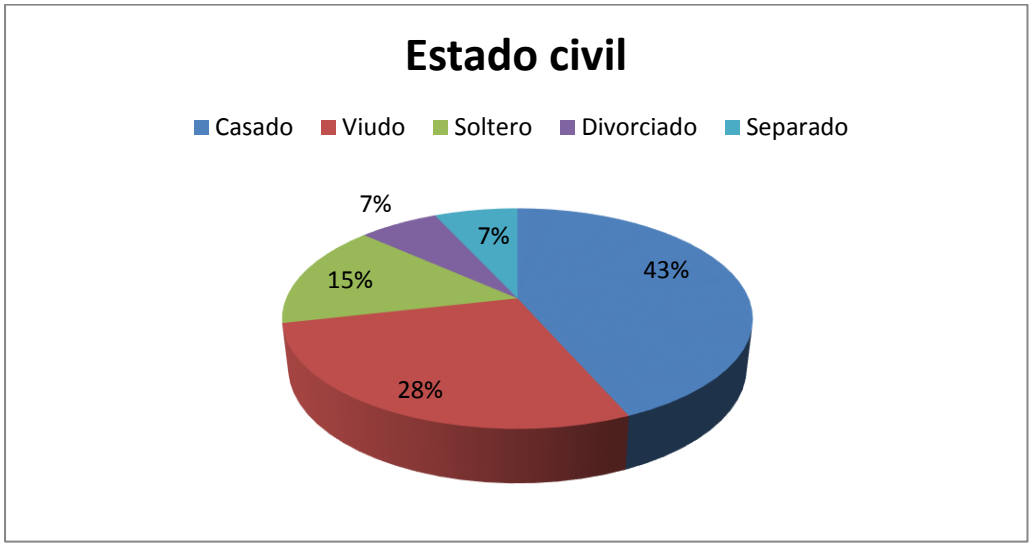
Gráfico N° 3: Distribución por sexo en población adulta mayor



5.1.4 Estado Civil

De un total de 341 adultos mayores, 336 reportaron su estado civil, revelando que un 43% de ellos se encuentran casado, un 28% son viudos, 15% solteros, mientras que el 7% son personas separadas o divorciadas (Ver gráfico N°4).

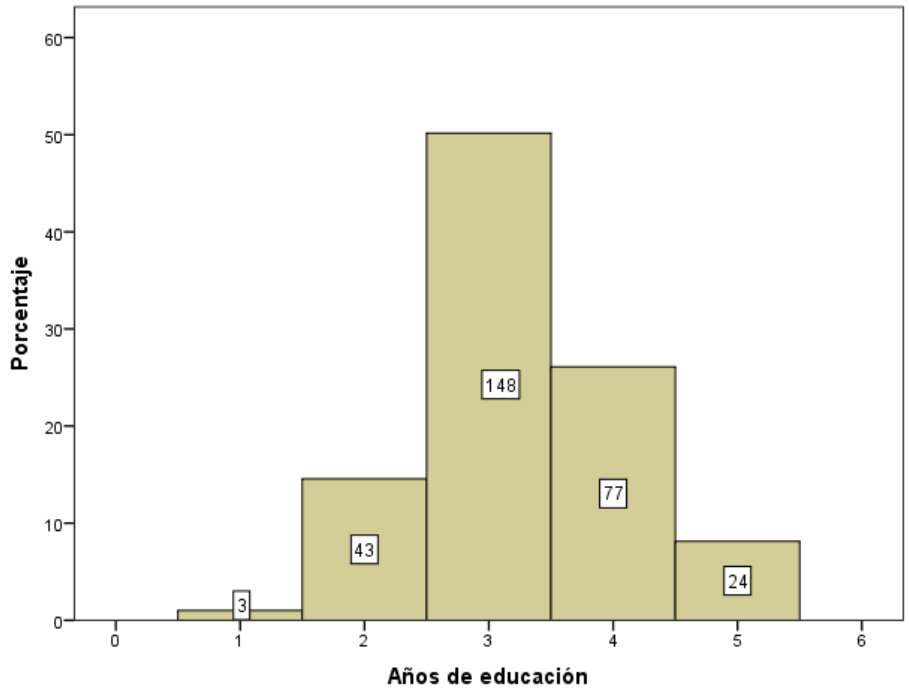
Gráfico N° 4: Distribución del Estado Civil de los adultos mayores



5.1.5 Nivel educacional

Del total de 341 encuestados, 295 adultos mayores registraron su nivel de educación formal, poniendo de manifiesto que un 43.4%de ellos tiene de 7 a 12 años de educación formal, siendo este el mayor porcentaje de la muestra, un 22.6% de personas estudiaron entre 13 a 18 años, el 12.6% reportó tener hasta 6 años, un 7% había estudiado de 19 a 25 años, y un 1% del total reportó no haber recibido nunca educación formal (Ver gráfico Nº5)

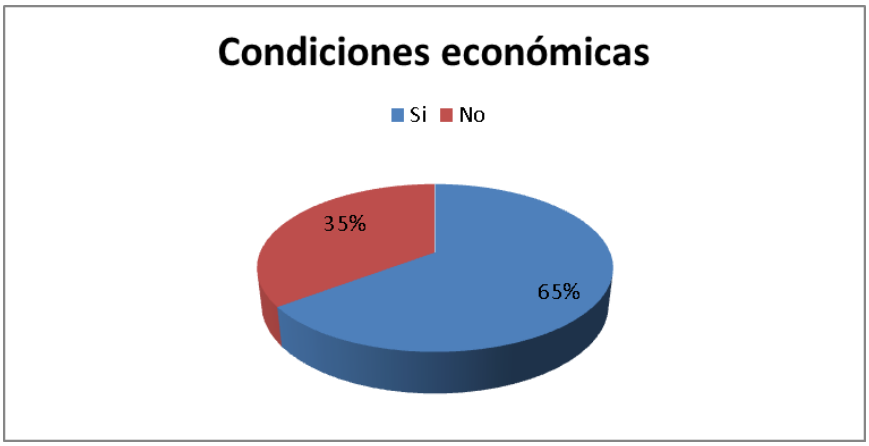
Gráfico Nº 5: Porcentajes de escolaridad del adulto mayor



5.1.6 Condiciones económicas

Las condiciones económicas fueron reportadas por 335 personas de un total de 341 adultos mayores y estas parecen ser suficientes para afrontar adecuadamente el día a día en un 65% de la muestra, mientras que para un 35% parecen no ser condiciones económicas satisfactorias actualmente (Ver gráfico Nº6).

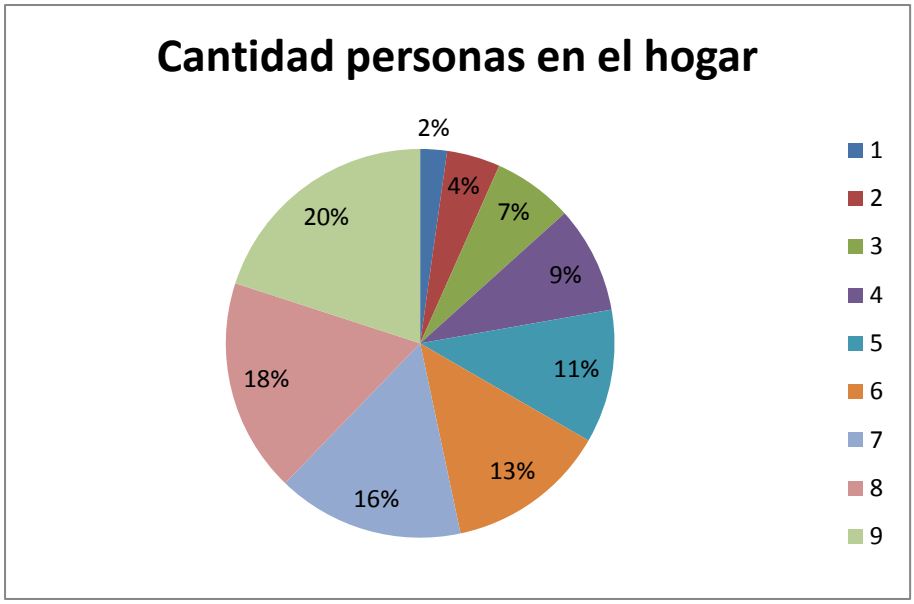
Gráfico N° 6: Distribución de la Satisfacción respecto a las Condiciones Económicas actuales en los adultos mayores participantes.



5.1.7 Cantidad de personas en el hogar

De la muestra de 341 encuestados, 287 adultos mayores indicaron la cantidad de personas en su hogar, mostrando que el 78% de ellos conforma un hogar en que viven de 5 a 9 personas, incluyéndose a ellos mismos. Mientras que el 22% de estos conforma un hogar de 1 a 4 personas, considerándose a ellos mismos (Ver gráfico Nº7).

Gráfico N° 7: Cantidad de personas que viven en el hogar (incluyéndose)

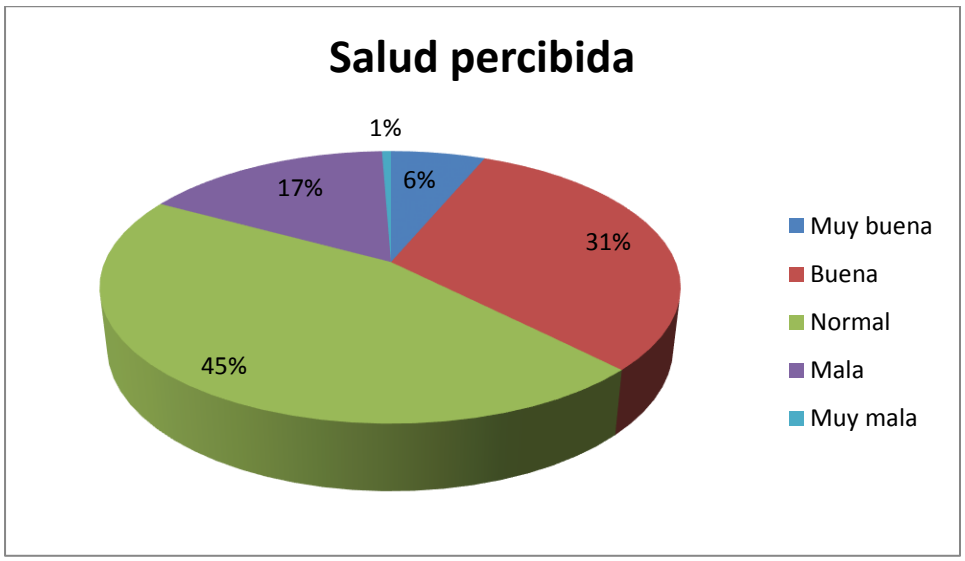


5.2 Características de Salud

5.2.1 Percepción de salud y enfermedades diagnosticadas

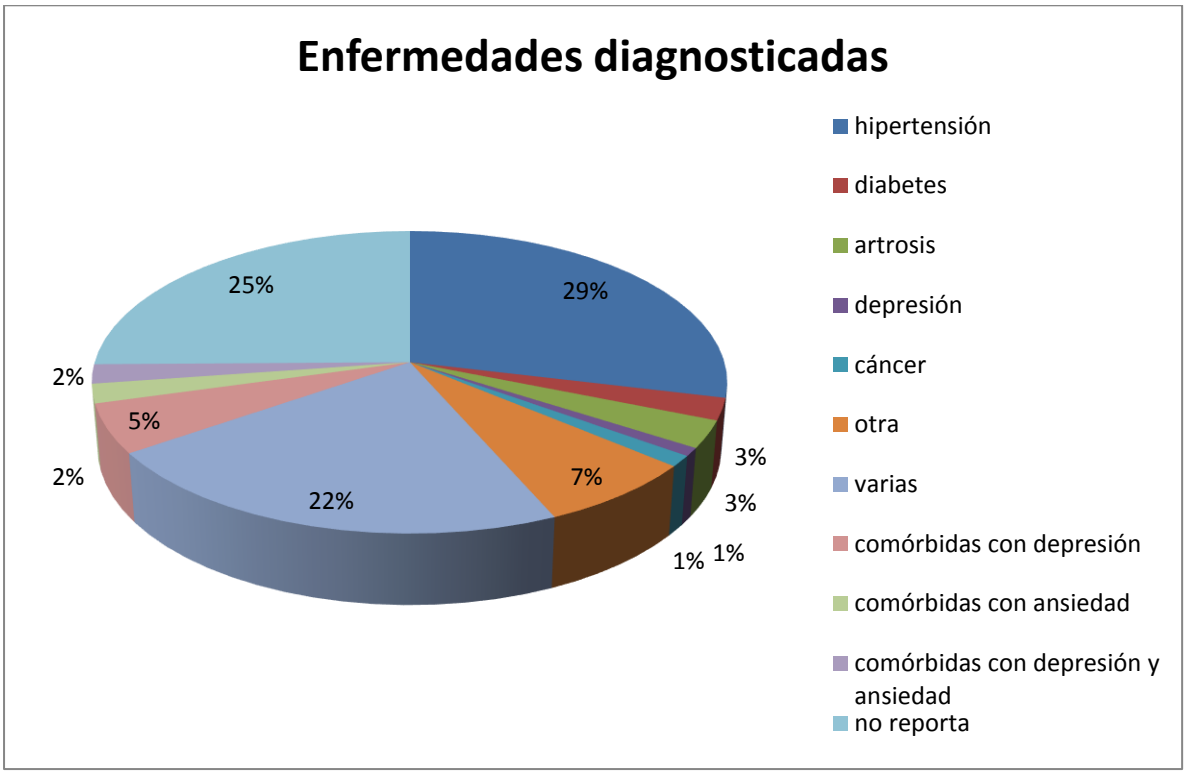
La salud percibida por la muestra parece ser “muy buena” para un 6% de los participantes, un 31% la percibe como “buena”, un 45% como salud “normal”, un 17% como una salud “mala”, y un 1% la percibe como “muy mala” (Ver gráfico Nº8).

Grafico N° 8: Distribución de Salud percibida en los adultos mayores



En las enfermedades diagnosticadas que fueron reportadas, se observa que un 28,7% de la muestra reporta Hipertensión, un 22% tiene diagnosticada varias enfermedades, 7,3% de la muestra reporta “otras” enfermedades diagnosticadas, un 5,3% tiene enfermedades comórbidas con depresión, un 2,9% tiene artrosis, un 2,3% tiene diabetes, un 2,1% tiene enfermedades comórbidas con ansiedad, y un 2,1% reportan tener enfermedades diagnosticadas comórbidas con depresión y ansiedad. Mientras que el 25,2% de la muestra no reporta enfermedades diagnosticadas (Ver gráfico N° 9).

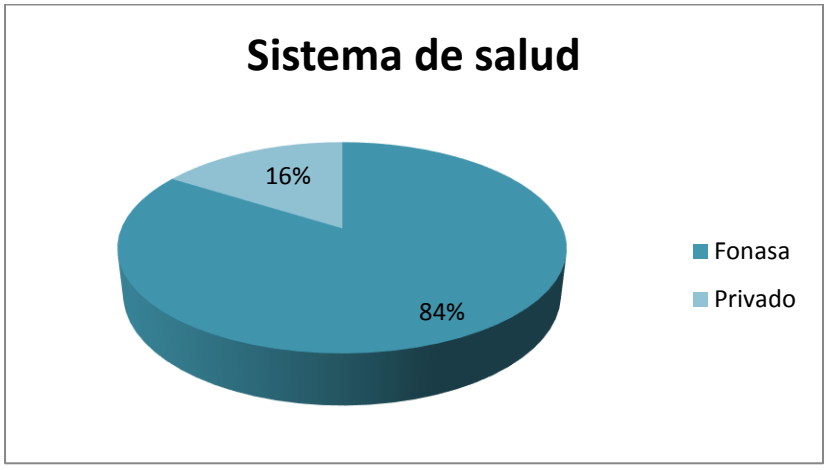
Gráfico N° 9: Distribución de las Enfermedades Diagnosticadas presentes en adulto mayor.



5.2.2 Sistema de salud

Un 84% de la muestra está incorporada al sistema de salud público Fonasa, mientras que solo un 16% pertenece a un sistema de salud privado (Ver gráfico N º 10)

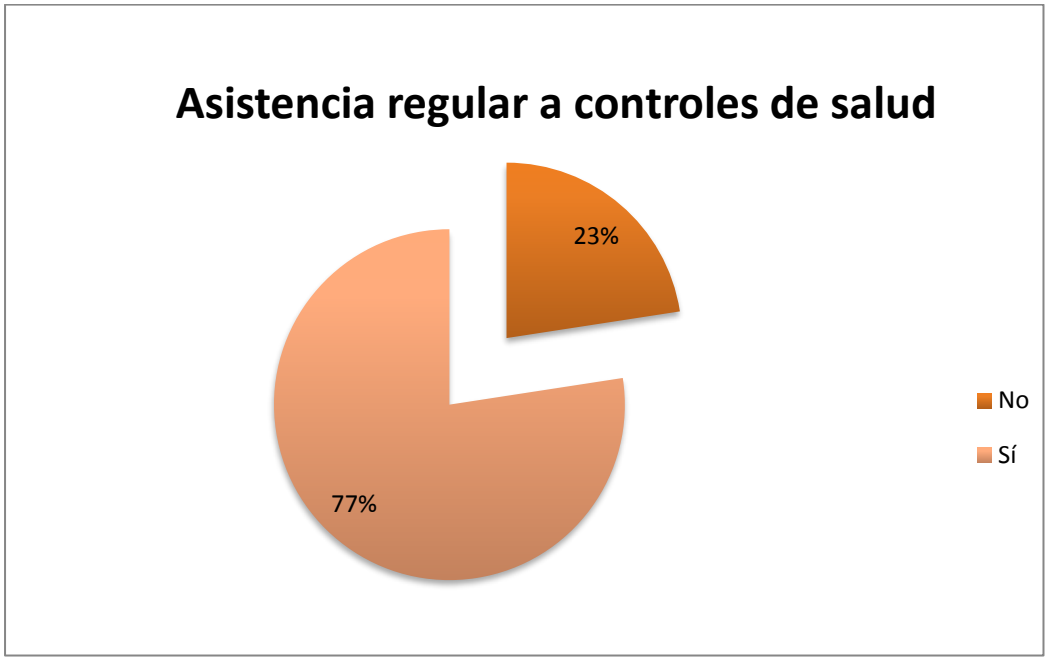
Gráfico N°10: Sistema de salud al que pertenecen



5.2.3 Asistencia regular a controles de salud

A partir del sistema de salud al que las personas de esta muestra están incorporadas, un 77% de la muestra asiste regularmente a sus controles de salud, mientras que el 23% de ella no asiste de manera regular a sus controles (Ver gráfico Nº11).

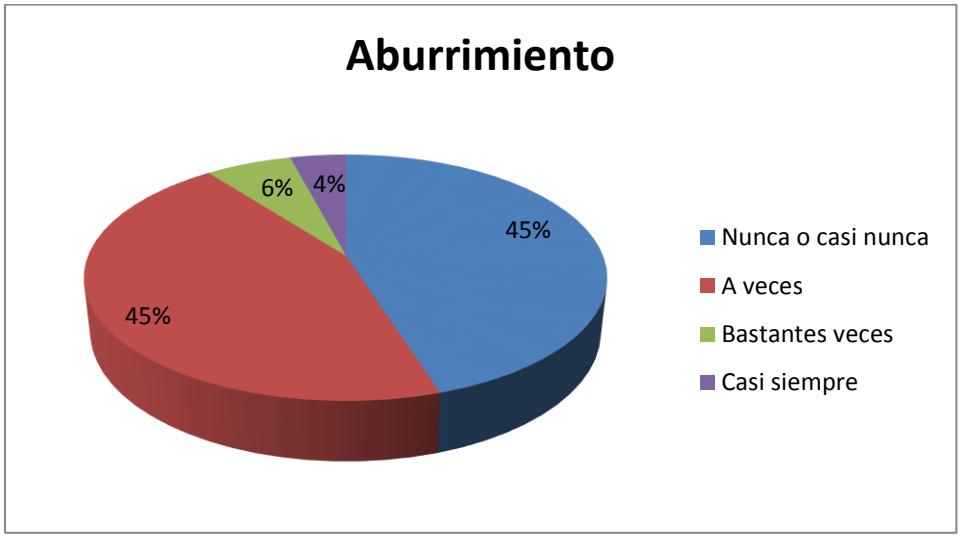
Gráfico N° 11: Asistencia de forma regular a los controles de salud



5.2.4 Percepción de aburrimiento y soledad

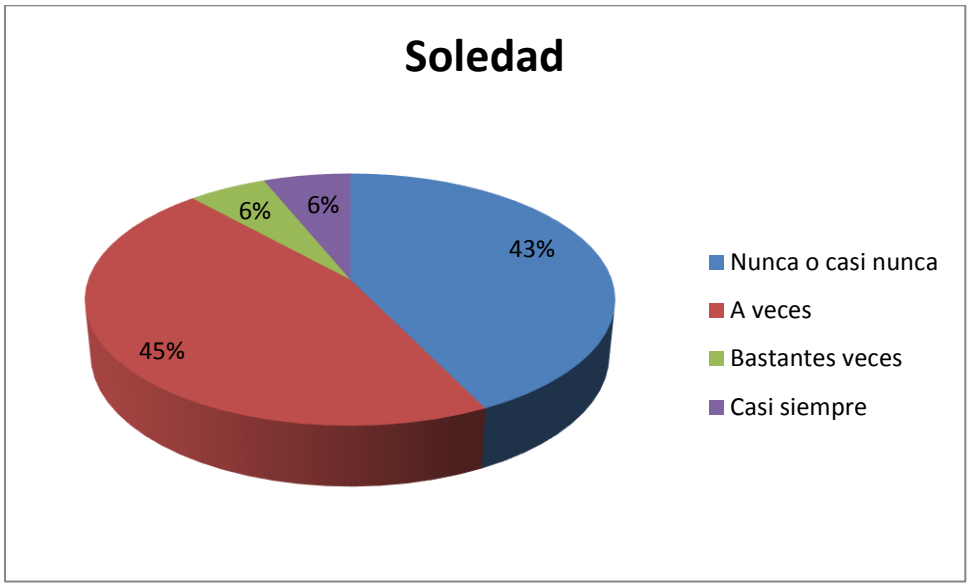
Respecto al sentimiento de aburrimiento en la población adulta mayor participante, se obtiene que un 45% se aburre nunca o casi nunca, un 45% se aburre a veces, un 6% reporta aburrirse bastantes veces, y u 4% de los participantes se aburre casi siempre (Ver Gráfico N°12).

Gráfico N° 12: Distribución de sentimiento de aburrimiento en los adultos mayores.



Respecto al sentimiento de soledad presente en la muestra de adultos mayores, se identifica que un 45% nunca o casi nunca se siente solo, un 45% se siente solo a veces, un 6% se siente solo bastantes veces, y un 4% se siente solo casi siempre (Ver gráfico Nº13).

Gráfico N° 13: Distribución de Sentimiento de Soledad en la población adulta mayor.



5.3 Características Clínicas

En relación a las características clínicas de la población adulto mayor. Se midieron los constructos de vitalidad y función física a partir de la subescala de vitalidad (en donde a mayor puntuación es mayor el estado de salud). La vitalidad percibida obtuvo una media de 11,83 (d.e=4,251) en una escala de puntuación de 0 a 20, lo cual indica que los adultos mayores reconocen sentirse dinámicos y llenos de energía la mayor parte del tiempo. Desde esta misma lógica de análisis, en relación a la función física se observó que existe baja capacidad para llevar a cabo actividades físicas, existiendo una limitación por estado de salud, así en la escala de función física con un puntaje de 0 a 19, la muestra tiene una media de 5.80 (d.e= 5.088).

Por otro lado, según la escala CES-D (Con puntuaciones de 0 a 49 en la muestra), considerando que a mayor puntaje obtenido mayor sintomatología depresiva, y en donde puntajes mayores a 16 indican la presencia de sintomatología depresiva. La población estudiada tiene una media de 14,81 (d.e = 9,915), por lo que se puede observar que los adultos mayores no presentarían sintomatología depresiva.

Respecto al nivel de ansiedad, medido a través del Inventario de Ansiedad Geriátrica GAI, en donde a mayor puntaje obtenido mayor es el nivel de ansiedad. Se evidencia que los adultos mayores

presentan un bajo nivel de ansiedad con una media de 6,74 (d.e = 6,74) en una escala de puntuación de entre 0 a 20.

Con respecto al ocio con un puntaje promedio de 13,22 (d.e = 5,008) en una escala de 1 a 24 puntos. Se evidencia que la muestra presenta adecuados niveles de ocio. Lo mismo sucede con el apoyo social, se identifica que los adultos mayores tienen buen apoyo social, se obtiene una media de 12,74 puntos (d.e = 4,403), medido en una escala de 0 a 18 puntos.

En cuanto al estilo rumiativo, se reconoce que la población adulta mayor tiene bajo pensamiento rumiativo. Esto se evidencia a partir del puntaje promedio obtenido por la muestra de 9,11 puntos (d.e= 6,999) en una escala de puntuación de 0 a 30 puntos.

Por otro lado la evitación experiencial medida a través del cuestionario (AQQ) en una escala de 18 a 52 puntos, obtuvo un puntaje promedio de 32,75. Lo que pone de manifiesto que más de la mitad de la muestra utiliza la evitación como estrategia de afrontamiento.

Respecto al Bienestar psicológico, se obtuvo a través de la escala una media de 136,56 puntos, lo que indica altos niveles de bienestar psicológico en la presente muestra.

La escala de apoyo social percibido con puntos de corte de 0 a 18, se obtuvo un puntaje promedio de 12,74, lo que indica que existe un adecuado nivel de apoyo social en los adultos mayores encuestados.

Tabla N°1: Estadísticos Descriptivos de las Características Clínicas.

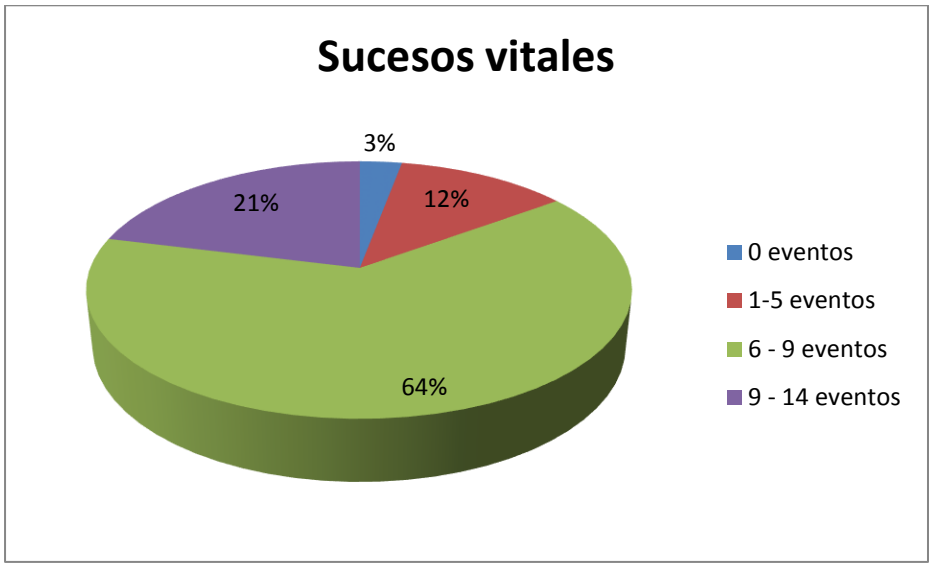
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Vitalidad	329	0	20	11,83	4,251
Función física salud	314	0	19	5,8	5,088
Depresión	262	0	49	14,81	9,915
Ocio	308	1	24	13,22	5,008
Ansiedad	301	0	20	6,74	6,097
Bienestar psicológico	252	46	190	136,56	26,31
Estilo Rumiativo	285	0	30	9,11	6,999
Evitación experiencial	280	18	52	32,75	6,585
Apoyo Social	304	1	18	12,74	4,403

5.4. Sucesos Vitales

5.4.1 Frecuencia sucesos vitales experimentados

En cuanto a los sucesos vitales, de un total de 341 encuestados, 331 personas contestaron esta categoría y señalaron haber experimentado en promedio 7 de los sucesos vitales planteados. El 64% identificó haber experimentado de 6 a 9 de los sucesos vitales expuestos en el cuestionario, siendo este el porcentaje más alto. Mientras que el 3% identifica no haber experimentado alguno de los sucesos vitales referenciados (Ver gráfico Nº14).

Gráfico Nº 14: Frecuencia de sucesos vitales experimentados.



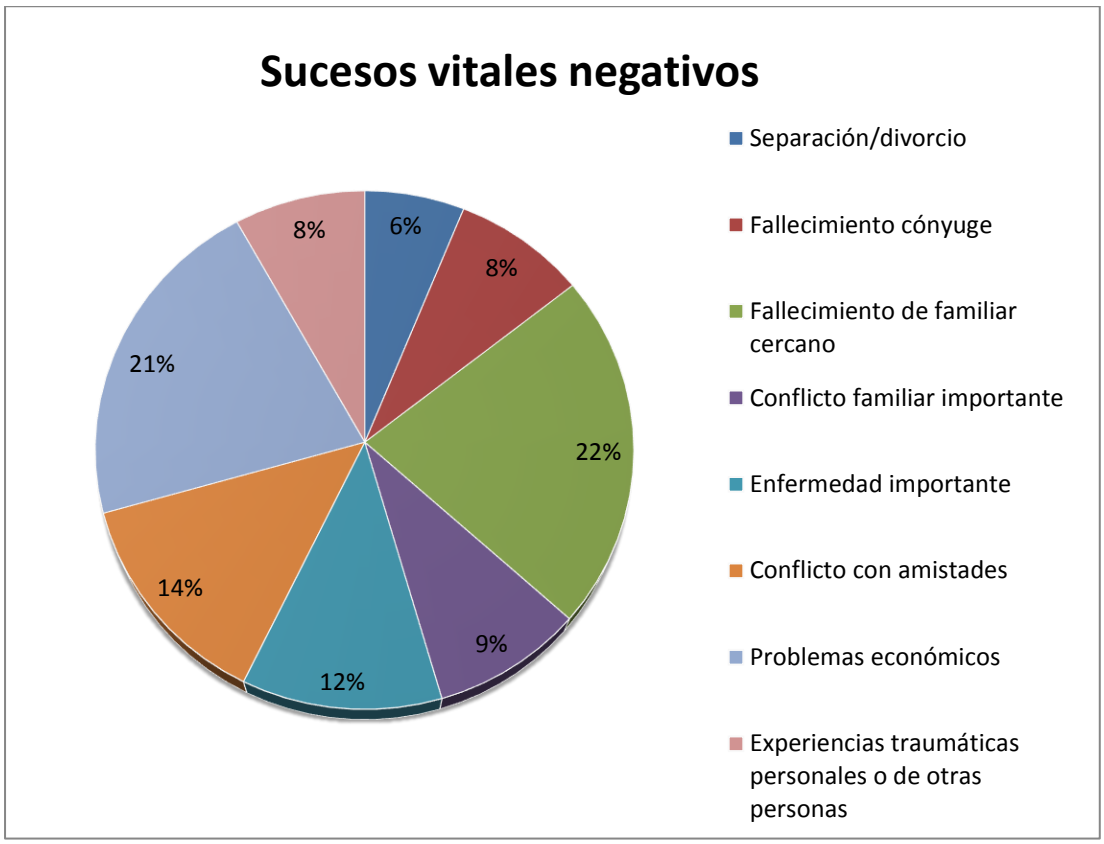
5.4.2 Frecuencia de sucesos vitales positivos y negativos

De la muestra de 341 adultos mayores, 304 encuestados respondieron la categoría correspondiente a los sucesos vitales positivos y reconocen en promedio haber vivido 4 de ellos. El 23% experimentó matrimonio, el 22% conoció amistades nuevas y experimentó el nacimiento de hijos/nietos, el 21% realizó algún viaje, y el 12% vivió experiencias o cambios de tipo laboral (Ver gráfico 15)

Gráfico N° 15: Frecuencia de sucesos vitales positivos

En cuanto a los sucesos vitales que fueron clasificados como negativos, 276 personas respondieron esta categoría y en promedio distinguen haber experimentado 4 de los sucesos vitales negativos expuestos. De esto un 22% de la muestra experimentó el fallecimiento de familiares cercanos, un 21% vivió problemas económicos, un 14% experimentó conflictos con amistades, un 12% separación o divorcio, un 9% vivó algún conflicto familiar importante, un 8% el fallecimiento del cónyuge y vivió experiencias traumáticas personales o de otras personas, y un 6% vivió alguna enfermedad propia importante (Ver gráfico Nº 16).

Gráfico N°16: Frecuencia de sucesos vitales negativos



5.4.3 Cantidad de sucesos vitales positivos experimentados

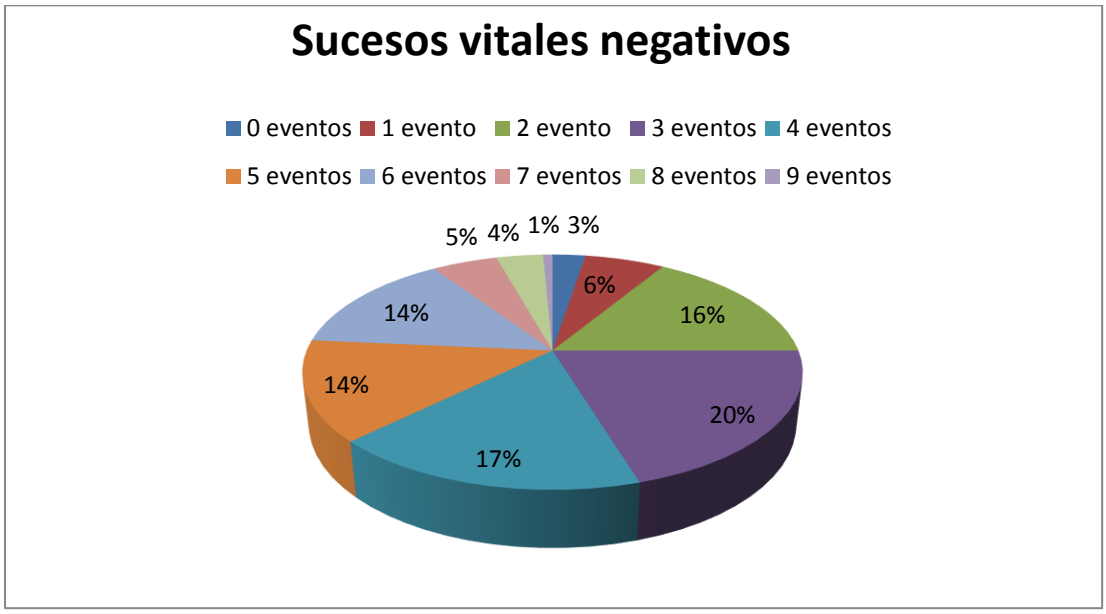
En cuanto a los sucesos vitales positivos, un 55% de la muestra identifica haber experimentado 4 o más sucesos vitales positivos, mientras que un 38% reconocen haber experimentado 3 eventos o menos de los eventos planteados.

Gráfico N°17: Cantidad de sucesos vitales positivos experimentados

5.4.4 Cantidad de Sucesos vitales negativos experimentados

En el caso de los sucesos vitales negativos el 41% de los adultos mayores encuestados reconoce haber experimentado 4 o más de ellos a lo largo de su vida, mientras que un 36% identificó menos de 4 de los eventos propuestos (Ver Gráfico N° 18).

Gráfico N°18: Cantidad de Sucesos vitales negativos experimentados



5.4.4 Crecimiento personal y Rumiación ante Sucesos vitales positivos y negativos

En un rango de 0 a 42, el promedio del crecimiento personal ante sucesos vitales es de 15,09 y el promedio de rumiación con un 6,29, lo que significaría que en la muestra evaluada la estrategia de afrontamiento prevalente correspondería al crecimiento personal.

Para los sucesos vitales positivos, se evidencia que se presenta la estrategia de crecimiento personal ante estos acontecimientos, en un rango de 0 a 15 puntos, una media de 8,4 puntos, mientras que la estrategia de rumiación se presenta con una media de 1,54 lo cual evidencia que la estrategia prevalente de la muestra ante los sucesos vitales positivos corresponde al crecimiento personal.

Respecto a los sucesos vitales negativos, en un rango de puntuación de 0 a 27, el crecimiento personal se presenta con una media de 6,69 puntos y la rumiación con 4,75 puntos, lo que implica una mayor prevalencia del crecimiento personal como estrategia de afrontamiento ante estos sucesos (Ver tabla N°2):

Tabla N°2: Estadísticos Descriptivos de Crecimiento Personal y Rumiación ante sucesos vitales positivos y negativos.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Crecimiento personal ante S.V	341	0	39	15,09	8,917
Crecimiento ante S.V Positivos	341	0	15	8,4	4,652
Crecimiento ante S.V Negativos	341	0	27	6,69	5,638
Rumiación ante S.V	341	0	24	6,29	5,481
Rumiación ante S.V Positivos	341	0	15	1,54	2,043
Rumiación ante S.V Negativos	341	0	19	4,75	4,31

5.5 Relación entre sucesos vitales, estrategias de afrontamiento y salud mental

5.5.1 Correlación entre Sucesos Vitales y Salud Mental

En la tabla N° 3, se observa que los sucesos vitales se correlacionan significativamente de manera directa con la ansiedad (Rs=0,14, p=0,00) pero no ocurre lo mismo con la depresión y el bienestar psicológico, en donde no existe correlación significativa (Rs=0,082, p=0,18; Rs=0,04, p=0,45).

Por otro lado, los sucesos vitales positivos se correlacionan de manera directa significativa con el bienestar psicológico (Rs=0,22, p=0,00), pero no se correlacionan con la depresión o la ansiedad (Rs=-0,108, p=0,09; Rs=-0,06, p=0,26).

En lo que respecta a los sucesos vitales negativos, estos se correlacionan significativamente de manera directa con depresión y ansiedad. Mientras que para el bienestar psicológico la correlación es significativa e inversa (Rs=0,19, p=0,00; Rs=0,26, p=0,00; y Rs=-0,15, p=0,02 respectivamente).

Tabla N°3: Correlación entre Sucesos Vitales y Salud Mental

		Depresión	Ansiedad	Bienestar Psicológico
Sucesos Vitales	Coeficiente de correlación	0,082	,145*	0,048
	Sig. (bilateral)	0,188	0,013	0,450
S.V Positivos	Coeficiente de correlación	-0,108	-0,067	,221**
	Sig. (bilateral)	0,092	0,263	0,001
S.V Negativos	Coeficiente de correlación	,194**	,262**	-,150*
	Sig. (bilateral)	0,003	0,000	0,026

* Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

** Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral).

5.5.2 Correlación entre Sucesos Vitales y Estrategias de afrontamiento

La tabla N° 4 muestra que los sucesos vitales se correlacionan significativamente de manera directa con el crecimiento personal, así mismo sucede con la variable rumiación, presentando una correlación significativa y directa con la misma (Rs=0,67, p=0,00; Rs=0,54, p=0,00). Se mostró que entre mayor cantidad de sucesos vitales experimentados, mayor es el crecimiento personal y los niveles de rumiación.

Por su parte, los sucesos vitales positivos, también presentan una relación directa significativa con las variables de crecimiento personal y rumiación ante los sucesos vitales (Rs=0,54, p=0,00; Rs=0,14, p<0,01). De este modo, entre mayor sea la presencia de sucesos vitales positivos, es mayor el crecimiento personal y la rumiación. Por otro lado, se demuestra que no existe relación significativa entre los sucesos vitales positivos y la evitación experiencial.

En cuanto a la relación entre sucesos vitales negativos y crecimiento personal, rumiación y evitación experiencial estas variables se relacionan de forma directa y significa. (Rs=0,53, p=0,00; Rs=0,61, p=0,00; Rs=0,14, p<0,05). Lo que pone en evidencia que a mayor cantidad de sucesos vitales negativos experimentados, mayor será la presencia de dichas estrategias de afrontamiento.

El estilo rumiativo se correlaciona significativamente de modo directo con los sucesos vitales totales y con los sucesos vitales negativos (Rs=0,18, p=0,00; Rs=0,30, p=0,00).

Tabla N° 4: Correlación entre Sucesos Vitales y Estrategias de afrontamiento

		Crecimiento personal ante Sucesos Vitales	Rumiación ante Sucesos Vitales	Evitación experiencial	Estilo Rumiativo
Sucesos Vitales	Coeficiente de correlación	,677**	,548**	0,033	,189**
	Sig. (bilateral)	0	0	0,585	0,001
S.V. Positivos	Coeficiente de correlación	,545**	,149**	-0,106	-0,055
	Sig. (bilateral)	0	0,009	0,09	0,379
S.V. Negativos	Coeficiente de correlación	,536**	,615**	0,145*	,302**
	Sig. (bilateral)	0	0	0,025	0,000

** Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral).

5.5.3 Correlación entre Estrategias de afrontamiento y Salud Mental

En la tabla N°5 se observa que la correlación entre la estrategia de afrontamiento de crecimiento personal tiene una correlación inversa significativa con la sintomatología depresiva,

mientras que tiene una correlación directa significativa con el bienestar psicológico (Rs = -0,18, p<0,01; Rs = 0,23, p<0,01). Por tanto se evidencia que a mayor crecimiento personal, menor es la sintomatología depresiva, y a mayor crecimiento personal, mayor es el bienestar psicológico.

En el caso de la correlación entre la estrategia de rumiación y sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva, y bienestar psicológico, también resulto ser significativa (Rs=0,28, p=0,00; Rs=0,31, p=0,000; Rs=-0,24, p=0,00). Directa para el caso de las sintomatologías depresiva y ansiosa e inversa para el bienestar psicológico. Esto quiere decir que, a mayor rumiación, mayor sintomatología ansiosa, mayor sintomatología depresiva, y menos bienestar psicológico.

Para la estrategia de afrontamiento de evitación experiencial, existen correlaciones altamente significativas con ansiedad, depresión y bienestar psicológico (Rs=0,48, p=0,00; Rs=0,49, p=0,000; Rs=-0,52, p=0,00), las dos primeras correspondientes a correlaciones directa, y la última era una correlación indirecta. Esto quiere decir que a mayor evitación experiencial existirá mayor ansiedad y depresión, y menor bienestar psicológico.

El estilo rumiativo como estrategia de afrontamiento, se relaciona significativamente con la depresión, la ansiedad y el bienestar psicológico (Rs=0,59, p=0,00; Rs=0,61, p=0,00; y Rs=-0,52, p=0,00 respectivamente), siendo las dos primeras correlaciones directas, mientras que la última es indirecta.

Tabla N°5: Correlación entre Estrategias de Afrontamiento y Salud Mental

		Depresión	Ansiedad	Bienestar psicológico
Crecimiento personal ante S.V	Coeficiente de correlación	-,181**	-0,001	,233**
	Sig. (bilateral)	0,003	0,992	0,000
Rumiación ante S.V	Coeficiente de correlación	,313**	,283**	-,241**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000
Estilo Rumiativo	Coeficiente de correlación	,593**	,618**	-,523**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000
Evitación Experiencial	Coeficiente de correlación	,495**	,485**	-,521**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000

** Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral).

5.6 Análisis de mediación

5.6.1 Hipótesis 1: Relación entre sucesos vitales negativos, rumiación y depresión

Las correlaciones observadas entre las variables sugeridas permiten realizar un análisis de regresión lineal. Se realizaron 3 análisis de regresión con cada modelo; para el Modelo 1 de mediación, una primera regresión donde los sucesos vitales negativos fueron tratados como variable independiente y la variable depresión como variable dependiente, una segunda en donde los sucesos vitales negativos fueron tratados como variable independiente y rumiación (la posible mediadora) como variable dependiente, y la tercera, en donde los la rumiación es considerada variables independiente, siendo la depresión la variable dependiente. El efecto mediador se obtuvo sustrayendo el primer coeficiente de regresión (sucesos vitales negativos a depresión; B=1,60) y el tercer

coeficiente de regresión (rumiación a depresión; B=0,88). La reducción del tercer coeficiente cuando la variable fue analizada fue de 1,06 – 0,88 = 0,18, lo que sugiere un efecto mediador parcial. El efecto mediador fue testeado con la aplicación de la formula aproximada del test de Sobel (Todman & Dugartd, 2007) para los coeficientes no estandarizados y errores estándar para la segunda regresión (sucesos vitales negativos a rumiación) y para la tercera regresión (rumiación a depresión). Esto produjo un valor de Z=4,56, p=0,00, así se confirmó que la rumiación media significativamente la relación entre sucesos vitales negativos y sintomatología depresiva.

5.6.2 Hipótesis 2: Relación entre sucesos vitales positivos, crecimiento personal y depresión

El análisis de correlación de Spearman realizado con los sucesos vitales positivos, el crecimiento personal y la depresión, indicó una correlación significativa entre los sucesos vitales positivos y el crecimiento personal, al igual que el crecimiento personal también correlacionó significativamente con la sintomatología depresiva. Pero por otro lado, no se encontró una correlación significativa entre los sucesos vitales positivos y la sintomatología depresiva, por lo que no fue posible hacer un análisis de regresión lineal (ya que este refiere al análisis de la relación), y por ende, no se pudo realizar un análisis de mediación para estas tres variables. Esto quiere decir que el crecimiento personal no tiene un efecto mediador en la relación entre los sucesos vitales positivos y la sintomatología depresiva en esta muestra.

5.6.3 Hipótesis 3: Relación entre sucesos vitales negativos, evitación experiencial y ansiedad

Para el Modelo 3 de mediación, se realizó la primera regresión, tomándose como variable independiente los sucesos vitales negativos y ansiedad como variable dependiente. A continuación se realizó una segunda regresión, en donde la variable sucesos vitales positivos fue tratada como variable independiente y evitación experiencial (posible variable mediadora) como dependiente. Para terminar se lleva a cabo la tercera regresión, en donde evitación experiencial se consideró como variable independiente, siendo la ansiedad la variable dependiente. El efecto mediador se obtuvo sustrayendo el primer coeficiente de regresión (sucesos vitales negativos a la variable ansiedad; B = 0,807) y el tercer coeficiente de regresión (evitación experiencial a ansiedad; B = 0,478).). La reducción del tercer coeficiente cuando la variable fue analizada fue de 0,807– 0,478) = 0,329, lo que sugiere evitación experiencial media parcialmente entre ambas variables. El efecto mediador fue

testeado con el test de Sobel (Todman & Dugartd, 2007), donde se sustraen los coeficientes de la segunda regresión (sucesos vitales negativos a evitación experiencial) y de la tercera regresión (evitación experiencial a ansiedad). Esto produjo un valor de Z = 2,141, p = 0,016. Por esto se concluye que evitación experiencial media significativamente la relación entre sucesos vitales negativos y ansiedad.

5.6.4 Hipótesis 4: Relación entre sucesos vitales positivos, crecimiento personal y bienestar psicológico

Para el Modelo 4 de mediación, se realizó la primera regresión donde los sucesos vitales positivos se toman como variable independiente, y el bienestar psicológico como variable dependiente. Luego una segunda, en donde los sucesos vitales positivos fueron tratados como variable independiente y crecimiento personal (la posible mediadora) como variable dependiente, y finalmente la tercera regresión, en donde el crecimiento personal se toma como variable dependiente, y el bienestar psicológico como independiente. El efecto mediador se obtuvo sustrayendo el primer coeficiente de regresión (sucesos vitales positivos a crecimiento personal) y el tercer coeficiente de regresión (crecimiento personal a bienestar psicológico). La reducción del tercer coeficiente cuando la variable fue analizada fue de 4,27 – 0,69 = 3,58, lo que sugiere un efecto mediador parcial. El efecto mediador fue testeado con el test de Sobel (Todman & Dugard, 2007), donde se sustraen los coeficientes de la segunda regresión (sucesos vitales positivos a crecimiento personal) y de la tercera regresión (crecimiento personal a bienestar psicológico). Esto produjo un valor de Z=3,44, p=0,00, por lo que se concluyó que el crecimiento personal media significativamente la relación entre sucesos vitales positivos y el bienestar psicológico.

5.6.5 Hipótesis 5: Relación entre sucesos vitales negativos, crecimiento personal y depresión

Para el Modelo 5 de mediación, se realizó la primera regresión donde los sucesos vitales negativos se toman como variable independiente y el crecimiento personal (posible mediadora) como variable dependiente. Luego se hace una segunda regresión, en donde los sucesos vitales negativos fueron tratados como variable independiente y crecimiento personal (la posible mediadora) como variable dependiente, y finalmente la tercera regresión, en donde el crecimiento personal se trató

como variables independiente, y la depresión como variable dependiente. El efecto mediador se obtuvo sustrayendo el primer coeficiente de regresión (sucesos vitales negativos a depresión) y el tercer coeficiente de regresión (crecimiento personal a depresión). La reducción del tercer coeficiente cuando la variable fue analizada fue de 2,282-1,062 = 1,22, lo que sugiere un efecto mediador parcial. El efecto mediador fue testeado con el test de Sobel, para los coeficientes no estandarizados y errores estándar, extrayendo el valor de la segunda regresión (sucesos vitales negativos a crecimiento personal) y para la tercera regresión (crecimiento personal a depresión), donde finalmente se obtuvo un valor Z = -2,131, p = 0,016, por lo que se concluyó que el crecimiento personal media significativamente la relación entre sucesos vitales negativos y la sintomatología depresiva.

6. DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación se basó en determinar el impacto de las estrategias de afrontamiento que se utilizan para regular la emoción ante los sucesos vitales vividos, y las condiciones de salud mental del adulto mayor (rumiación, crecimiento personal y evitación experiencial). El propósito del estudio se alcanzó, quedando en evidencia que las estrategias de afrontamiento como rumiación, crecimiento personal y evitación experiencial influyen de manera significativa en la relación entre sucesos vitales y salud mental en los adultos mayores, siendo estas variables mediadoras en esta relación. De este modo la sintomatología depresiva, la ansiedad y el bienestar psicológico en este grupo etario se ven afectadas por las estrategias de afrontamiento que utilicen los adultos mayores ante los sucesos vitales estresantes.

6.1 Características de la muestra y comparación con otros estudios

6.1.1 Características sociodemográficas

Considerando que la participación fue de 341 personas, se encuentran ciertas diferencias y similitudes de las características sociodemográficas de la muestra respecto a los datos recogidos a nivel nacional. Por un lado, la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN, 2015) indica que la mayor proporción de adultos mayores se distribuye entre los 60 y 64 años de edad en la Región de Valparaíso y en la Región Metropolitana, a diferencia del presente estudio, en donde la mayor proporción de la muestra se encontró entre los 77 y 84 años, siendo esta más envejecida que el rango de edad predominante en Chile. En la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN, 2015), se observa que un 57% de los adultos mayores son mujeres, siendo mayor el porcentaje de mujeres que de hombres en la población mayor. Lo mismo ocurre en la muestra que participó en este estudio, siendo el sexo femenino el que tuvo mayor prevalencia con un 77% en la participación de esta investigación. A partir de la Tercera Encuesta Nacional de inclusión y exclusión social de las personas mayores en Chile (SENAMA, 2013), se encontró una similitud con esta muestra donde el 43% eran personas casadas. Por otro lado, los datos de SENAMA (2016) a partir también de la encuesta CASEN del 2015, indican que el promedio de escolaridad tanto en la Región Metropolitana como en la V región, es de 8 años de educación formal. En esta muestra, el promedio de educación formal fue de 11 años. Respecto a la percepción de seguridad económica, los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (2013) indican que un 75% de las personas mayores han manifestado que el dinero que tienen les alcanza

para satisfacer sus necesidades, mientras que un 25% manifiesta que no les alcanza para esto. Esto ocurre similarmente con esta muestra, ya que el 65% estaba conforme con sus condiciones económicas, mientras que un 35% no lo estaba. De acuerdo a las personas que vivían en el hogar, se observa que en los datos a nivel nacional de SENAMA (2016) un 60,7% de la población adulta mayor es jefe del hogar. Y los hogares unipersonales correspondían a un 13,1%, lo que indica que la mayor parte de los hogares estaban conformados por más de una persona, lo que concuerda con la muestra del presente estudio al obtenerse que solo un 2% vivía en hogar unipersonal y un 98% vivían con más personas en el hogar. Respecto al sistema de salud al que pertenecían los adultos mayores, los datos de la Encuesta CASEN (2015) indican que a nivel nacional un 85,2% de las personas mayores está inserto en un sistema de salud público. En esta muestra, se obtuvo que la proporción de personas que estaban incorporadas a un sistema de salud público fue un 84%, lo que concuerda con los datos expuestos por SENAMA (2016).

En síntesis, respecto de variables sociodemográficas, la muestra de este estudio coincide mayormente con muestras de adultos mayores recogidas en encuestas a nivel nacional. Sin embrago, los participantes de esta investigación son más envejecidos y cuentan con un mayor nivel educacional.

6.1.2 Características de Salud

En cuanto a la percepción de salud de los adultos mayores entrevistados, se evidencia que la mayor parte de ellos la percibe como normal o buena (76%). Considerando salud desde los postulados de la OMS (2010) que propone el concepto como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Es posible notar concordancia entre la percepción de salud general de la muestra y la propuesta de la OMS sobre el concepto. De este modo, a pesar de que gran parte de los adultos mayores presenta limitaciones físicas, el estado de salud es evaluado de forma positiva. Esta evaluación contrasta con resultados de investigaciones previas en el país. La Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (2013) muestra que la percepción de salud de los adultos mayores de Chile es mala o regular (61,1%): En dicho estudio consideraron como variables influyentes en la noción de salud del adulto mayor, la presencia enfermedades diagnosticadas con sintomatología física y problemas de salud de esta naturaleza, entre otras variables de otro origen. En cuanto a las causas físicas se identifican enfermedades relacionadas con las articulaciones y la tensión alta, como los malestares más frecuentes, coincidiendo con los resultados de esta investigación, en donde el 39% de la muestra

reporta hipertensión como enfermedad diagnosticada. Llama la atención, que en este caso, más de la mitad de la muestra fue conformada por el género femenino, contrarrestando aún más los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida (2013), en donde se dilucidó que la percepción mala de la salud es más alta en mujeres. Esta discordancia podría explicarse por las características de los adultos mayores que participaron del estudio, pues estos son personas activas socialmente, a diferencia de la población representativa del país mayor de 60 años. Desde este punto de vista se cree que la concepción de buen estado de salud, ha incluido, además, variables que no son de naturaleza física como el apoyo social, el bienestar psicológico y el ocio, las tres con adecuados niveles de apreciación. Varios estudios reconocen el papel que juega la brecha social en la salud general de los adultos mayores. Azpiazu, Cruz, Villagrasa, Abanades, García, & Alvear (2002), reconocen como factores principales asociados a un mal estado de salud general autopercibido, sentimiento de soledad, falta de apoyo emocional y social, entre otros. Mostrando que en las personas de edad el nivel de salud y de bienestar pareciera estar estrechamente ligado al grado de protección social ofertado.

Respecto a la asistencia regular a controles de salud, la Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez (2013) sólo tiene registros de la población mayor inserta en sistema público FONASA, los cuales indican que un 54% de la población mayor asiste a sus controles de salud. Considerando como el 100% al 84% que pertenecían a este sistema en la muestra del presente estudio, podría decirse que un 45% de los que pertenecían a FONASA asistían regularmente a sus controles médicos, o que parece un poco menor a los resultados de la encuesta nacional.

6.1.3 Características clínicas

En cuanto a los resultados en salud mental, a nivel mundial la OMS (2010) declara que la depresión unipolar afecta al 7% de la población de adultos mayores, y según el informe de Encuesta Nacional de la Salud (MINSAL, 2009- 2011) la prevalencia en sintomatología depresiva en personas mayores de 65 años en el año 2011 se estimó en 11,2% para ambos sexo, lo que no difiere con creces, con los resultados de este estudio, donde el 8% de los encuestados reportó presentar un diagnóstico de depresión.

Por otro lado, se obtuvieron puntos de corte de 0 a 49 en los resultados de la escala CES-D, siendo el promedio de puntajes en la muestra de 14,81. Los puntajes de corte de la escala CES-D

indican que existiría sintomatología depresiva al obtener 16 o más puntos. Lo que indicaría que, a pesar de que el puntaje obtenido por la muestra se acerca al puntaje de corte, no se podría identificar una presencia significativa de sintomatología depresiva.

En cuanto al reconocimiento de la presencia de ansiedad en la población adulta mayor, en la escala GAI, con puntos de corte de 0 a 20, se obtuvo un promedio de 6,64 puntos. Considerando que a mayor puntaje, mayor nivel de ansiedad, se manifiesta que la muestra no presentaría altos niveles de ansiedad. En comparación con datos de la OMS (2010) un 3,8% de la población mundial de adultos mayores se ve afectado por trastornos de ansiedad. Desde el contexto nacional según el informe de salud mental del MINSAL (2005) la prevalencia para los trastornos por ansiedad en la población general se encuentra entre aquellos con mayor prevalencia en el país, presentándose esta con un 17,9%. Dado esto se podría inferir que no existiría correspondencia entre los datos epidemiológicos a nivel nacional y los resultados de la muestra.

Por otro lado, se podría pensar que la escasa presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en esta muestra, podrían estar explicados, por una parte, gracias a los elevados niveles de apoyo social que caracterizan al grupo, y que, como se dijo anteriormente, influyen considerablemente en el bienestar percibido por una persona.

Por otra parte, se encuentra el hecho de que muchas veces se confunden los síntomas de ansiedad y depresión, así Almeida et al. (2012) dice que la ansiedad y la depresión son altamente comórbidos a finales de la vida, existiendo factores repetitivos que aparecen tanto en depresión como en trastornos ansiosos. Por otra parte, existe sintomatología depresiva y ansiosa que muchas veces puede ser atribuida a otras enfermedades que se asocian al proceso de envejecimiento. De este modo la población encuestada reporta un 2,1% de enfermedades diagnosticas que son comórbidas con depresión y ansiedad.

Por último, existen características propias de la edad que también son confundidas con ambas condiciones. Fiske, Wetherell y Gatz, (2009) afirman que los síntomas del trastorno depresivo en adultos mayores son invisibilizados por efectos de lo que se cree son características propias de la etapa del desarrollo, de este modo se atribuyen los síntomas a la edad y no al trastorno (citado en Edelstein et al., 2015).

6.1.4 Características de soledad y aburrimiento

El Fondo de Solidaridad e Inversión Social (1996) citado en SENAMA (2015), señala que uno de los factores de mayor influencia sobre la calidad de vida del adulto mayor, es el aislamiento y el abandono que se da al desconectarse de las redes de apoyo social anteriormente formadas, lo que genera importancia en la participación de los adultos mayores en el territorio de las redes sociales y su evaluación en este contexto investigativo. A partir de esto, se midieron los sentimientos de soledad y aburrimiento que se presentaban en esta muestra. Respecto al sentimiento de soledad, el 88% de las personas se sentía solo nunca, casi nunca o a veces, y a nivel nacional, la Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez (2013) indica que un 85% de los mayores vive acompañado, lo que en este estudio parece ser una proporción mayor. En la presente muestra, la mayoría de los participantes pertenecían a Clubes de Adultos Mayores, lo que significa que estas eran personas con redes de apoyo importantes, ya que estos generan un rol protector en su bienestar. Frente a esto, cabe destacar que el promedio en la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido fue de 12,7 puntos, lo que indica un alto apoyo social, tal como se podía predecir. Y respecto a las redes familiares de esta muestra, se observó que un 98% vivían con más personas en el hogar, lo que evidencia una mayor proporción de personas que viven acompañadas en esta muestra, y que podría explicar, junto con la pertenencia a los clubes de adultos mayores, el bajo sentimiento de soledad en los participantes. Respecto al aburrimiento, un 90% se aburría nunca, casi nunca o a veces, lo que también se vería explicado por la participación activa de la mayor parte de la muestra en las actividades, talleres y contacto entre la red que genera el pertenecer a los clubes de adultos mayores, o también podría verse explicado por poseer estos adultos mayores los recursos personales necesarios que les permiten no sentir aburrimiento y/o soledad, como la autodistracción, la aceptación, la re-interpretación positiva, la religión y el afrontamiento activo (Urquijo, Mochietti & Krzemien, 2011).

6.1.5 Características de los sucesos vitales

En cuanto al reconocimiento de los sucesos vitales, la mayor parte de la muestra reconoce haber experimentado por lo menos cuatro de los cinco sucesos vitales positivos y cuatro de los nueve sucesos vitales negativos predefinidos (Holmes y Rahe, 1967), lo que implica una mayor ocurrencia de sucesos vitales positivos en esta muestra. En lo que respecta a los sucesos vitales positivos, se vivieron con mayor frecuencia eventos como el matrimonio, el nacimiento de hijos/as y conocer nuevas amistades, lo que concuerda con los planteamientos de Lázarus & Folkman respecto a

evaluar una situación como benigna o positiva respecto a las consecuencias del acontecimiento, cuando estas producen un bienestar o contribuyen a conseguirlo, y las caracterizan por generar emociones placenteras como por ejemplo, amor, alegría, regocijo, felicidad o tranquilidad, que se pueden generar en los acontecimientos como el matrimonio, tener hijos y conocer a nuevas personas. En lo que respecta a la ocurrencia de los sucesos vitales negativos, hay estudios previos que reconocen la presencia de sucesos vitales negativos como causantes de estrés en los adultos mayores. El hecho de vivir experiencias traumáticas como enfermedades graves propias o de un ser querido, o la muerte de un familiar cercano o conyugue se reconocen como aquellos eventos más frecuentes generadores de estrés en este grupo etario (Stefani, D. & Feldberg C., 2006). Los resultados de esta investigación concuerdan con los estudios revisados, en que las personas encuestadas identifican la muerte de un familiar cercano como uno de los sucesos negativos que han vivenciado con más frecuencia.

6.2 Comprobación de hipótesis

6.2.1 Efecto mediador de la rumiación en la relación entre sucesos vitales negativos y depresión

Como resultado de este análisis, se obtuvo que la rumiación tuvo un efecto mediador significativo entre los sucesos vitales negativos y la presencia de sintomatología depresiva, lo que permite confirmar la hipótesis 1. Esto quiere decir que los sucesos vitales negativos tienen un efecto directo en la sintomatología depresiva y a su vez dichos sucesos presentan un efecto indirecto sobre los síntomas depresivos en los adultos mayores a través de la rumiación.

Este análisis se basó por un lado, en la relación entre los sucesos vitales negativos y la depresión, la cual se observó en los trabajos de Hammen (2005), donde se plantea que los acontecimientos vitales negativos tenían incidencia en el inicio de algunas formas de depresión. Muscatell, Slavich, Monroe & Gotlib (2009) se han dedicado a investigar la relación entre el estrés y la depresión, y más específicamente se han interesado en el papel que cumplen los sucesos vitales estresantes en la generación o mantención de trastornos depresivos, y encontraron que la exposición a un evento negativo previo en la vida se asoció con una mayor presentación de este tipo de sintomatología y trastornos depresivos. Por su parte, Vásquez, Hernangómez y Hervás (2008) proponen una semejanza entre los modelos cognitivos, y esta refiere a que todos estos son considerados modelos de diátesis-estrés, que señalan la existencia de determinados factores de

vulnerabilidad cognitiva propios del individuo, y que estos, en su interacción con los sucesos estresantes o negativos, aumentan la posibilidad de que aparezca o se mantenga un trastorno depresivo. Se observó de igual forma en el presente estudio, que existió una relación importante entre los sucesos vitales negativos o estresantes, y la sintomatología depresiva, lo que quiere decir que a mayores sucesos vitales negativos experimentados en esta muestra, mayor fue la sintomatología que presentaban.

Por otro lado, se tomaron en cuenta los planteamientos previos respecto a la relación entre la rumiación y la depresión como sintomatología y trastorno. Respecto a esto, Pimentel y Cova (2011) exponen que la rumiación influye en el desarrollo y mantención de sintomatología o trastornos depresivos (Abela & Hankin, 2009; Fresco, Frankel, Mennin, Turk & Heimberg, 2002; Hankin, 2008). Y a través de los estudios de Nolen-Hoeksema et al. (2008) y Watkins (2008) se logra observar nuevamente que existe una relación entre el estilo rumiativo negativo y la sintomatología depresiva, lo cual concuerda con otras investigaciones y con lo apreciado en este estudio, donde se observó que también existía una correlación significativa entre la rumiación como estrategia de regulación emocional y la sintomatología depresiva.

Respecto a los efectos mediadores de las estrategias de afrontamiento, Lazarus, Averill y Opton, emprendieron un proyecto para estudiar los mediadores cognitivos ante situaciones estresantes. Se demostró a partir de ello que los procesos de evaluación cognitiva afectaron, o bien, mediaron los niveles de respuesta al estrés. Estos autores, junto a otros teóricos como Garnerski et al. (2002) comparten la idea de que los procesos cognitivos pueden ayudar a las personas a regular sus emociones y de esta manera no ser abrumados por la intensidad o duración que estas puedan tener. Aldao & Nolen-Hoeksema (2010) y Garnefski, et al. (2001), refieren a las estrategias cognitivas de afrontamiento de la emoción como modos cognitivos de manejar la información emocionalmente activante, los cuales pueden ser respuestas ante la vivencia de un suceso vital negativo (Thompson, 1990). Hay estudios que han comprobado el efecto mediador de la rumiación entre los sucesos vitales negativos, tales como el fallecimiento de algún familiar el cual en este estudio es efectivamente un evento prevalente según los resultados de esta investigación, y la sintomatología depresiva (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Shear et al., 2007; Fernández-Fernández et al., 2013).En conclusión, los resultados de este análisis de mediación se corresponden con los planteamientos previos de la rumiación como estrategia de regulación mediadora.

6.2.2 Efecto mediador del crecimiento personal en la relación entre sucesos vitales positivos y depresión.

A través del análisis de correlación, se comprobó que no existe una relación significativa entre sucesos vitales positivos y depresión. Según Todman y Dugard (2007) una variable funciona como mediador cuando puede explicar la relación entre una variable predictiva (sucesos vitales positivos, en este caso) y una variable resultado (depresión, en esta hipótesis). La ausencia de esta relación base impidió llevar a cabo un análisis de regresión entre el crecimiento personal, los sucesos vitales positivos y la depresión. Por tanto se rechaza la hipótesis 2 de la investigación. Este resultado no se corresponde con lo esperado, ya que en investigaciones previas la relación entre la aparición de sucesos vitales positivos y la disminución en la sintomatología depresiva en los adultos mayores se mostraba significativa, aunque baja. En primer lugar, se consideró el rol que tienen los sucesos vitales positivos sobre las condiciones de salud mental, de este modo Caputo et al. (1998) y Theorell et al. (1986) destacan el efecto amortiguador que tienen los sucesos vitales positivos en la salud mental y física de las personas (citado en Fernández-Fernández, Márquez-González, Losada Baltar, García, & Romero-Moreno, 2013). En segundo lugar, se tomaron en cuenta investigaciones como la de Fernández-Fernández et al. (2013) en donde se identifica una correlación entre los sucesos vitales positivos y la disminución de sintomatología depresiva en adultos mayores de una muestra española, aunque se reconoce el aumento en esta relación debido a la influencia mediadora del crecimiento personal. Así Fernández-Fernández et al. (2013) dicen que "el efecto positivo que tienen los sucesos vitales positivos sobre la sintomatología depresiva es indirecto, siendo el crecimiento personal el mecanismo mediador de tal efecto". Estos resultados apoyan los resultados encontrados en otros estudios en los que el crecimiento personal se identifica como un elemento positivo para la adaptación a los sucesos vitales y se relaciona con menores niveles de depresión y mayores niveles de bienestar psicológico" (Helgelson et al., 2006; Tennen et al., 2005, citado en Fernández-Fernández et al., p. 97). A diferencia de estos postulados la ausencia de una relación entre las variables dependiente e independiente, impidió testear si existía un aumento de esta, lo que sugiere que en la población estudiada no existe un efecto mediador del crecimiento personal sobre los sucesos vitales positivos y la depresión.

6.2.3 Efecto mediador de la evitación experiencial en la relación entre sucesos vitales negativos y ansiedad

A partir de un análisis de mediación, se comprobó que la evitación experiencial tuvo un efecto mediador entre la experimentación de sucesos vitales negativos y la presencia de sintomatología o trastornos ansiosos en los adultos mayores, lo que confirmó la hipótesis 3 de este estudio. Esto quiere decir que los sucesos vitales negativos tienen un efecto directo en la sintomatología ansiosa y a su vez dichos sucesos presentan un efecto indirecto sobre los síntomas ansiosos en la muestra por medio de la evitación experiencial.

Para este análisis se tomó en cuenta la relación expuesta en la literatura previa de los sucesos vitales estresantes o negativos y la sintomatología ansiosa A partir del modelo de ajuste propuesto por Lazarus (1976), el cual diferencia el papel de una *pérdida consumada,* con el de la *amenaza de pérdida*, siendo la pérdida consumada el estresor, y la amenaza de la pérdida una amenaza hacia el objeto significativo. También alude al papel de la *pérdida ambigua,* la cual hace referencia a la ambigüedad de la posesión del objeto significativo. Rivera-Ledsema y Montero-López (2008) plantean frente al este modelo de ajuste propuesto por Lazarus, que cuando la pérdida de objetos o personas significativas se presenta como amenaza sin ser esta una pérdida consumada, puede surgir la ansiedad, y en los adultos mayores, puede surgir ansiedad ante el envejecimiento o la muerte, entre otros. Estos sentimientos suponen un dolor afectivo que tiene influencia el bienestar psicológico. Otros autores como García-Valencia y cols (2007) plantean que los sucesos vitales negativos o estresantes están asociados a sentirse nervioso, asustado, tenso o presentar constante temor, y pueden activar la preocupación excesiva, lo que es propio de una condición de ansiedad. Según Yusté, Rubio y Aleixandre (2004) el envejecimiento trae consigo un potencial suficiente para la aparición de estresores significativos, siendo según los autores quizá los eventos más importantes, los problemas de salud, ya que estos causan en las personas mayores una especial inquietud. En este estudio, ambas variables se relacionaron significativamente, lo que demostró que en esta muestra, a mayor experimentación de sucesos vitales negativos, se presentaba una mayor sintomatología ansiosa. Y respecto a los eventos de mayor frecuencia, estos fueron el fallecimiento de familiares, los cuales se asocian a la concepción de pérdida significativa o ambigua que aparecen como mayores causantes de la sintomatología ansiosa en el envejecimiento.

También fue de importancia para este análisis la relación que pudo observarse en la literatura previa entre los sucesos vitales negativos y la evitación experiencial. Moos (1993) construyó un modelo explicativo del afrontamiento que combina el método de afrontamiento ante una situación aversiva, y la direccionalidad de la respuesta, ya sea por aproximación o por evitación. Los estudios de Wilson y Luciano (2002) indican que un individuo que tiene un patrón evitativo recurrente, estaría siendo parte de un círculo vicioso, donde la presencia simbólica o real de una situación aversiva produce la necesidad de eliminarla. En este estudio, ambas variables se vieron significativamente relacionadas, lo que concuerda con lo que establecen estos estudios, queriendo decir esto que a mayor experimentación de sucesos vitales negativos, mayor era la utilización de la evitación experiencial como estrategia de regulación emocional.

Por otra parte, se observó en estudios previos la existencia de una relación entre la evitación experiencial y la sintomatología ansiosa, la cual fue relevante para la realización de este análisis de mediación. Campos, Iraurgui, Páez y Velasco (2004) en un estudio de meta-análisis, concluyen que los intentos de desconexión mental por parte de las personas, así como la evitación cognitiva de los eventos y pensamientos que concurren con ello, como también el distanciamiento y la resignación, influyen negativamente en el bienestar psicológico, y esto se asocia a la producción de síntomas somáticos, y ansiedad, entre otros (Campos et al., 2004; Sandín & Chorot, 2003). González y Landero (2007) realizaron un estudio en el que compararon las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes con y sin trastorno de ansiedad. Los resultados señalaron que los pacientes con trastorno ansioso puntuaban alto en las estrategias relacionadas a la focalización en la emoción y en la evitación, y los que no padecían un trastorno ansioso puntuaban alto en las dimensiones centradas en el problema y la evaluación. Esto se corresponde con los resultados de esta investigación, al verse la evitación experiencial significativamente relacionada con la sintomatología ansiosa.

En los estudios de Fernández-Fernández y cols (2013) se consideró la evitación experiencial como posible mediadora ante las relaciones existentes entre las variables, para lo que se obtuvo como resultado que la evitación experiencial no parecía presentar un efecto mediador en la relación entre los sucesos vitales negativos y el malestar emocional en los adultos mayores. Esto no se corresponde con el presente estudio, en donde se comprobó dicho efecto entre los sucesos vitales negativos y la sintomatología ansiosa.

6.2.4 Efecto mediador del crecimiento personal en la relación entre sucesos vitales positivos y bienestar psicológico

Por medio de un análisis de mediación se evidenció que el crecimiento personal tiene un efecto mediador en la relación entre la experimentación de sucesos vitales positivos y el bienestar psicológico. Por lo que se confirma la hipótesis 4 del estudio, quedando de manifiesto que los sucesos vitales positivos tienen un efecto directo en el bienestar psicológico y a su vez dichos sucesos presentan un efecto indirecto sobre este a través del crecimiento personal.

En primer lugar, se demuestra que las personas encuestadas utilizaron mayoritariamente como estrategia de afrontamiento ante los sucesos vitales positivos el crecimiento personal. Algunos investigadores plantean esta estrategia de afrontamiento como el resultado de la lucha de una persona con un suceso vital (Schaefer y Moos, 1998; Tedeschi y Calhoun, 1995, 2004). Tomando en cuenta el crecimiento personal como la valoración positiva por parte del individuo, sobre las consecuencias de un acontecimiento, ya sea porque producen un bienestar o contribuyen a conseguirlo, generando emociones placenteras (Lazarus y Folkman, 1986). Se esperaba que se visualizara una relación entre ambas variables, considerando que los sucesos vitales positivos han de traer consecuencias positivas para un individuo. De esta manera el crecimiento personal se vería incrementado por las características mismas del suceso. Concordando con la literatura previa, de esta forma en un análisis realizado por Bilbao (2009) en donde se estudiaron las dimensiones del bienestar psicológico, se demuestra que los hechos positivos apoyan más intensamente aspectos del bienestar psicológico, como el crecimiento personal, las relaciones positivas con otros y el sentido de la vida.

En segundo lugar queda de manifiesto que a mayor experimentación de sucesos vitales positivos incrementa el bienestar psicológico en dicha población. En esta muestra se observa una relación significativa entre ambas variables, concordando con los planteamientos de la bibliografía revisada previamente, a pesar de que en la mayoría de los estudios se reconoce una asociación, aunque moderada, entre ambas variables. Variados estudios han investigado la relación de los eventos positivos con el bienestar subjetivo, García (2002) propone que esta relación es consistente pero modesta, indicando que la manera en que un sujeto percibe un suceso vital influye considerablemente en su bienestar. Al comparar la percepción de las personas que han

experimentado una mayor cantidad de eventos positivos frente a un escaso número de sucesos negativos, presentan puntuaciones de bienestar subjetivo más altas que aquellos que atraviesan mayores adversidades y un menor número de eventos positivos. En comparación con las personas que reportaban igual número de vivencia de ambos signos, que presentaban puntuaciones intermedias de bienestar subjetivo (Eronen y Nurmi, 1999, citado en García, 2002).

Por otro lado, en cuanto a la relación entre el bienestar psicológico y el crecimiento personal, Romero, García-Mas y Brustad (2009) plantean que el bienestar psicológico se ha centrado en desarrollar capacidades y en el crecimiento personal. El bienestar psicológico y el crecimiento personal, serían indicadores de un funcionamiento positivo del individuo (citado en Romero, Zapata, García-Mas, J. Brustad, Garrido & Letelier, 2010). Esta relación se evidencia en los resultados de la presente investigación, pues se ha demostrado que los adultos mayores presentaban mayores índices de bienestar psicológico en la medida de que mostraban mayores puntuaciones en el crecimiento personal.

Por último, hallazgos anteriores proponen que el crecimiento personal puede ser considerado como una variable que media entre el efecto perjudicial que generan los sucesos vitales de una persona y su bienestar psicológico (Fernández-Fernández, Márquez-González, Losada-Baltar, García, & Romero-Moreno, 2013). Esto podría explicarse debido a que, según (Baker, 2011) la capacidad de crecimiento personal es un elemento importante para desarrollar una adecuada regulación de las emociones ante los sucesos de la vida. Por tanto en la medida de que aparezcan sucesos vitales, a mayor crecimiento personal, se podrán regular mejor las emociones que estos provocan, extrayendo lo mejor de dichos sucesos y sacando el máximo de provecho para utilizarlos, lo que reforzaría la percepción de bienestar en la persona.

6.2.5 Efecto mediador del crecimiento personal en la relación entre sucesos vitales negativos y depresión

A partir de las relaciones que pudieron evidenciarse a través de este estudio, y de los estudios previos, se testeó el efecto mediador que podía presentar el crecimiento personal en la relación entre los sucesos vitales negativos y la sintomatología depresiva, a través de un análisis de regresión lineal se obtuvo de esto que el crecimiento personal tuvo un efecto mediador entre la experimentación de sucesos vitales negativos a lo largo de la vida y la presentación de sintomatología depresiva en los

adultos mayores, lo que implica que se confirma la hipótesis 5. Esto quiere decir que los sucesos vitales negativos tienen un efecto directo en la sintomatología depresiva y a su vez dichos sucesos presentan un efecto indirecto sobre los síntomas depresivos en los adultos mayores a través del crecimiento personal.

De los estudios previos que se tomaron en cuenta para el análisis de mediación, se observó que la presencia de sucesos vitales negativos se ha asociado en varias investigaciones a la presencia de sintomatología depresiva, como ya se ha expuesto anteriormente en este estudio.

Por otra parte, se observaron relaciones significativas entre los sucesos vitales negativos y el crecimiento personal como estrategia de regulación emocional. Lazarus y Folkman (1984) plantean que las personas utilizan estrategias de afrontamiento para la regulación emocional cuando se presentan situaciones no modificables, para poder adaptarse a las situaciones estresantes de la vida, tal como el fallecimiento de algún familiar, evento que en esta muestra fue altamente predominante. Investigadores tales como Schaefer & Moos (1998), y Tedeschi & Calhoun (1995, 2004) plantean que el crecimiento personal es el resultado de la lucha de una persona con un suceso vital, donde ésta aplica una estrategia y una regulación emocional adecuada frente a sucesos vitales estresantes o negativos. Páez, Bobowik, Carrera, y Bosco (2011) destacan quetanto las emociones negativas como las positivas se han asociado al crecimiento personal después del estrés, sugiriendo que o ambos motivan la mejora o crecimiento, o que la coexistencia de ambos genera también este crecimiento personal. Estudios actuales como el de Fernández-Fernández et al. (2013) también afirman una relación significativa entre estas variables. Esto se corresponde con los resultados de este estudio, observándose que existió una relación significativa entre los sucesos vitales negativos y el crecimiento personal como estrategia de regulación emocional frente a estos. Cabe destacar que en la población mayor estudiada, se observó que el crecimiento personal fue una de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por la muestra ante los sucesos vitales negativos.

También se tomaron en cuenta para este análisis la relación planteada en previas investigaciones entre el crecimiento personal y la sintomatología depresiva.Algunos investigadores sobre el crecimiento como el resultado de la lucha de una persona con un suceso vital, aplicando una estrategia adecuada para afrontarlo y una regulación emocional adecuada frente a sucesos vitales negativos, desde este punto de vista dicha variable es considerada como una consecuencia psicológica positiva (Schaefer & Moos, 1998; Tedeschi & Calhoun, 1995, 2004). En el presente estudio se obtuvo que el crecimiento personal se relacionó de manera significativa, pero indirecta,

con la sintomatología depresiva, lo que evidenció que a mayor crecimiento personal, menor sintomatología depresiva se presentaba en esta muestra, lo que concuerda con las relaciones encontradas en aquellos estudios previos, y que señalan precisamente una consecuencia positiva en salud mental a partir de esta estrategia.

Respecto al crecimiento personal como variable mediadora entre los sucesos vitales negativos y la sintomatología depresiva, los estudios de Nolen-Hoeksema y Davis (1998), Páez et al. (2011) y Fernández-Fernández et al. (2013), indican que el crecimiento personal está asociado a poder encontrar efectos positivos a partir de una experiencia negativa que es vivida por el adulto mayor, quedando pendiente dilucidar qué efecto tenía realmente el crecimiento personal frente a los eventos negativos y al malestar psicológico, para lo cual se planteó esta hipótesis, la cual fue confirmada.

6.3 Fortalezas y limitaciones de la investigación

Respecto a la contribución de esta investigación, se considera como fortaleza el haber visibilizado diversas estrategias de afrontamiento como variables mediadoras, ya que la literatura y estudios previos entregaron las aristas necesarias para considerar al crecimiento personal, la rumiación y la evitación experiencial como variables relevantes en el bienestar de las personas mayores. El poder estudiar estos constructos como mediadores pueden llegar a tener una gran implicancia en lo que refiere a los lineamientos para trabajar en salud mental con este grupo etario en Chile.

Con respecto a las limitaciones de este estudio, en primer lugar este se realizó con una muestra intencionada, perteneciente en su mayoría a clubes de adultos mayor de ambas regiones, lo que implica que se trataba de personas con una vida social activa y altos niveles de actividad de recreación, siendo una característica no necesariamente representativa de la población adulta mayor del país. Por lo demás el promedio de edad de la muestra es de 72 años, tratándose de una población envejecida en comparación a la población representativa de los estudios a nivel nacional, en donde el promedio de edad se encuentra sobre los 65 años. No existió una sistematización que permitiera una mayor representación de la realidad de este grupo etario a nivel nacional, es importante considerar para investigaciones posteriores el reclutamiento de una muestra que pudiera ser más representativa de las condiciones de la población adulta mayor chilena.

Por último se encuentra el hecho de que si bien los instrumentos de medición aplicados, constan de apropiada validez y fiabilidad, no están validados en Chile. Además, la aplicación de todos ellos en conjunto significaba periodos extendidos de tiempo para que pudieran ser contestados por completo. Esto imposibilitó que se pudiera aplicar personalmente el cuestionario a cada persona, trayendo como consecuencia que muchos ítems no fueran contestados, así cada instrumento tiene una representatividad distinta de la muestra. Es importante considerar, entonces, para estudios futuros, que se hace imprescindible monitorear personalmente cada aplicación del instrumento, con el fin de evitar en lo posible la devolución de cuestionarios incompletos.

6.4 Proyecciones del estudio

Las proyecciones que pueden realizarse a partir de esta investigación se dirigen principalmente a que se generen más investigaciones a nivel tanto nacional como internacional respecto a las estrategias de afrontamiento como posibles variables mediadoras entre los sucesos vitales en la etapa de la adultez mayor y el bienestar en salud mental, como manera de poder respaldar o contradecir las hipótesis confirmadas en este estudio. De esta manera, se podría dar a conocer información que podría ser relevante para los trabajos aplicados por parte de todos los profesionales de salud mental, tanto en prevención como en intervención a nivel grupal y/o individual, en lo que respecta a promover el crecimiento personal en este grupo etario y disminuir los niveles de pensamientos rumiativos y evitación experiencial, como manera de producir una correcta adaptación a esta etapa evolutiva en que se encuentran, y finalmente tener consecuencias más positivas en lo que respecta a la salud mental y el bienestar como tal. Al saber que los duelos por pérdidas consumadas y ambiguas, tanto de familiares como de las funciones físicas del adulto mayor, son los que causan una mayor sintomatología desadaptativa, se propondría trabajar en el desarrollo emocional a partir de estos y otros eventos, en forma de programas de promoción educativa del desarrollo emocional, los cuales implicarían la participación de agentes educativos, diversos profesionales de salud y de la comunidad. Estos han sido propuestos en España (Soldevila, Ribes, Filella, & Agulló, 2005), a partir de la necesidad en adultos mayores de trabajar el desarrollo de habilidades emocionales para afrontar de mejor manera las situaciones que se presentan a lo largo de esta etapa, y estos tienen como fin generar un mayor bienestar personal y social. Un tipo de programa como este propondría objetivos dirigido al trabajo en la regulación emocional; definir el

concepto de regulación emocional, conocer las diferentes estrategias de afrontamiento y regulación de emociones, adquirir nuevas estrategias de regulación emocional más adaptativas, respetar el hecho que ante un mismo acontecimiento podemos pensar, sentir y actuar distinto, identificar las propias estrategias de regulación emocional, conocer la relajación y sus beneficios, experimentar la relajación, identificar las situaciones estresantes para cada participante, conocer los beneficios de la reestructuración cognitiva, y aplicar esta ante pensamientos y sentimientos negativos. Estos espacios de trabajo además posibilitarían la inclusión de esta población a una red más amplia de apoyo, el cual también se puede observar que contribuye al bienestar según la literatura.

6.5 Conclusión

En el presente estudio se logró comprobar que las estrategias de afrontamiento (rumiación, crecimiento personal y evitación experiencial) como estrategias para regular las emociones, efectivamente tienen un papel esencial en la explicación del bienestar psicológico y las condiciones de salud mental en el adulto mayor, según la valoración que este haga sobre los sucesos vitales que atraviesa.

Por lo demás se pudo establecer una diferenciación entre los sucesos vitales que eran calificados como positivos y negativos por este grupo etario, identificándose aquellos que tenían más relevancia e influencia sobre el bienestar. Del mismo modo se logró definir y dilucidar las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas por las personas de la muestra.

Por último se consiguió establecer relaciones significativas entre los sucesos vitales y las condiciones de salud mental. Esto permitió clarificar las estrategias de afrontamiento que aumentan o disminuyen esta relación previa, quedando de manifiesto puntos importantes a considerar en la intervención clínica con adultos mayores.

REFERENCIAS

Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *MedClin (Barc)*, *104*(20), 771-776.

American Psychiatric Association. (2013). Los trastornos depresivos. En Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5 ª ed.).

Arciniega, J. D. D. U. (2014). Resiliencia y Envejecimiento. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, (2), 67-77.

Avilés, P., Cova, F., Bustos, C., E. García, F. (2014). Afrontamiento y rumiación frente a eventos adversos y crecimiento postraumático en estudiantes universitarios. *Liberabit:* Lima (Perú) 20(2): 281-292, 2014.

Ayuso, J. L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca

Baquero, L. C. M. (2015). Vejez, ¿un final "triste" para una historia de vida? Revisión de estudios sobre la depresión en los adultos mayores. *ENFOQUES*, *1*(1).

Barlow, D. (2002). Ansiedad y sus trastornos: La naturaleza y el tratamiento de la ansiedad y el pánico (2 ª ed.). New York: Guilford Press. Nueva York: Guilford Press.

Bilbao, M. (2009). Creencias sociales y bienestar: Valores, creencias básicas, impacto de los hechos vitales y crecimiento psicológico. (Tesis Doctoral). Universidad Del País Vasco, España.

Biswas-Diener, R., Vitterso, J. & Diener, E. (2005). Most people are pretty happy, but there is cultural variation: The Inughuit, the Amish, and the Maasai. Journal of Happiness Studies, 6, 205–226.

Bonfill, E., Lleixa, M., Sáez, F. & Romaguera, S. (2010).Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy. *Index de Enfermería*, *19*(4), 279-282.

Bower, E. & Loebach, J. (2015). Late-Life Anxiety Disorders. Assessment and Treatment for the Psychological Disorders of Aging, Volume 2, Cap 1. Editorial Board.

Bruno, F. E., De Rosa, S. M., Stover, J. B. & De La Iglesia, G. (2012). Afrontamiento al estrés, apoyo social percibido y sintomatología psicopatológica: estudio preliminar en Buenos Aires. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Burwell, R. A. & Shirk, S. R. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: Associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36, 56-65.

Bulbena, A. (1986). Psicopatología de la psicomotricidad. In J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 236-255). Barcelona: Salvat.

Byers, A. L., Yaffe, K., Covinsky, K. E., Friedman, M. B. & Bruce, M. L. (2010). High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, *67*(5), 489-496.

Campos, M., Iraurgui J., Páez, D. & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y Regulación Emocional de hechos estresantes: un meta-análisis de 13 estudios. Boletín de Psicología, 82, 25-44

Carrasco, A. E. R., García-Mas, A. & Brustad, R. J. (2009). Estado del arte, y perspectiva actual del concepto de bienestar psicológico en psicología del deporte. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *41*(2), 335-347.

Carrasco, A. E. R., Campbel, R. Z., García-Mas, A., Brustad, R. J., Quiroz, R. G. & López, A. L. (2010). Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en jóvenes tenistas de competición. *Revista de Psicología del Deporte*, *19*(1), 117-133.

Casado, F. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. Apuntes de Psicología. Vol. 20 ISSN 0213-334

Castaño. E. & León del Barco. B (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2010, 10, 2, pp. 245-257.

Castro Bolaño, C., Otero-López, J.M., Freire Garabal, M., Núñez Iglesias, M.J., Losada Vázquez, C., Saburido Novoa, J.L. & Pereiro Raposo, D. (1995). Un estudio comparativo de las estrategias de afrontamiento al estrés en distintos grupos de edad. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 30(2), 73-78.

Cohen F. Personality, stress, and the development of physical illness. En: Stone GC, Cohen F, Adler NE (associates). Health psychology: A handbook. Sn Francisco, California: 1st Ed. Jossey–Bass Publishers; 1982; p.152–164.

Comeche, M.I., Díaz, M.I. & Vallejo, M.A. (1995).Cuestionarios, inventarios y escalas: Ansiedad, depresión y habilidades sociales. Madrid: UNED y Fundación Universitaria – Empresa.

Cova, F. Melipillán, R. & Rincón, P. (2009). Reflexión, rumiación negativa y desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes de sexo femenino. Terapia Psicológica, 27, 155-16.

Davis, C., Nolen-Hoeksema, S. & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: two construal's of meaning. Journal of personality and social psychology, 75(2), 561

Diener, E., Odisha, S. & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. Annual Review of Psychology 54, 403–425

Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personalista assessment*, *49*(1), 71-75.

Edelstein, B., Bamonti, P., Gregg, J. & Jeronimitos, L. (2015). Depression in Later Life. Assessment and Treatment for the Psychological Disorders of Aging, Volume 2, Cap 1. Editorial Board

Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica

Erikson, E. (1968, 1974). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2006). Validity and reliability of the Spanish versions of the Ruminative Response Scale-Short Form and the Distraction Responses Scale in a sample of highschool and college students. Psychological Reports, 98, 141-150.

Fernández Abascal E.G. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. Cuaderno de prácticas de motivación y emoción, Madrid: Pirámide.

Fernández-Fernández, V., Márquez-González, M., Losada-Baltar, A., García, P. E. & Romero-Moreno, R. (2013). Diseño y validación de las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales pasados: el papel del pensamiento rumiativo y el crecimiento personal. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *48*(4), 161-170.

Ferreira, E., Granero, R., Noorian, Z., Romero, K., Domenech-Llaberia, E. (2012). Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población adolescente. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica* Vol.17, N° 2, pp. 123-136, 2012.

Fierro, A. (1997). Estrés, afrontamiento y adaptación. *Estrés y Salud. Valencia: Promolibro*.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Pimley, S. & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping process. Psychological and Aging, 2, 171-184.

Friman, P., Hayes, S. & Wilson, K. (1998). Why behavior analysts should study emotion: The example of anxiety. Journal of Applied Behavior Analysis, 31, 137-156

Gantiva, C., Luna, A., Dávila, A. & Salgado, M. (2012).Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia: avances de la disciplina*, *4*(1), 63-70.

García, M. (2002). Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. *Revista Digital*, *8*(48), 652-660. Recuperado de http://www.efdeportes.com/efd48/bienes3.htm

García-Valencia, J., Palacio-Acosta, C., Arias, S., Ocampo, M., Calle, J., Restrepo, D. & López, C. (2007). Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente. Revista colombiana de psiquiatría, 36(4), 610-627.

Goodyer, I. (2001). Life events: Their nature and effects. In I. M. Goodyer (Ed.). The depressed child and adolescent (2nd ed., pp. 204-232). Cambridge: Cambridge University Press

Goodyer, I. (1990). Recent life events and psychiatric disorder in school age children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31, 839-848.

Gómez Ortiz, V; (2005). Richard Stanley Lazarus (1922-2002). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37() 207-209.

Guía, G. D. T. (2008). Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. *Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. AgenciaLaínEntralgo. Comunidad de Madrid*.

Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *1*, 293-319.

Hammen, C., Henry, R., Daley, S. (2000) Depression an sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity. J Consult ClinPsychol 2000;68:782–787

Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V. & Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 1.152- 1.168.

Ingram, R., Miranda, J., Segal, Z. (1998). Cognitive vulnerability to depression. New York: Guilford Press.

Instituto Nacional de Estadísticas, Chile (2014). *Actualización de Proyecciones de Población (2002-2020).* Recuperado de http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/revistaseconomicas/presentaciones/pdf/proyecciones_poblacion_2014.pdf

Jiménez, J., Gallego, M., Villa, E. & Echeverry, Á. (2011). El afrontamiento de la soledad en la población adulta: Facing loneliness of adult population. Medicina UPB, 30(2), 150-162.

Jung, C. (1996). En: Psicología del Enevejecimiento, Belsky, J; pág.27.

Kohlmann, C. (1993). Rigid and Flexive Modes of Coping: Related to Coping Style. Anxiety, Stress, and Coping, 6, 107-123.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y proceso cognitivos*. México: Roca.

Luciano, M. & Hayes, S. (2001). Trastorno de evitación experiencial. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 1, 109-157.

Macías, M., Madariaga, C., Valle, M. & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología Desde El Caribe*, *30*(1), 123-145.

Mairal, J. (2004). Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *4*(3), 505-516.

Martínez, R., Tuya, L., Martínez, M., Pérez, A. & Cánovas, A. (2009).El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman: caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, *8*(2)

Márquez-González, M., Losada, A., Fernández-Fernández, V. & Pachana, N. A. (2012). Psychometric properties of the Spanish version of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, *24*(01), 137-144.

Ministerio de Salud (2013). Guía Clínica AUGE: *Depresión en personas de 15 años y más.* Recuperado de http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf

Ministerio de Salud (2014). *Programa Nacional de Salud de las personas adultas mayores*. Recuperado de http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf

Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005).The national mental health plan in Chile: 10 years of experience. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *18*(4-5), 346-358.

Moragas, R. (1991). Gerontología Social, Ed. Herder.

Moos, R. (1993). Coping Responses Inventory-Youth Form. Odessa: Psychological Assessment Resources.

Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I. & Mayer, B. (2005). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. Personality and Individual Differences, 39, 1105-1111.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination, Perspectives on Psychological Science, 3, 400-424.

Nolen-Hoeksema, S. (2000).The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. Journal of Abnormal Psychology, 109, 504-511.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. Journal of Anormal Psychology, 100, 569-582.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS (1985). Hacia el bienestar de los ancianos. Washington DC, EE.UU

Organización Mundial de la Salud (2010). Informe sobre la salud en el mundo. Recuperado de http://www.who.int/whr/2010/es/

Organización Mundial de la Salud (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2015). Constitución de la Organización Mundial de la Salud: principios. Recuperado de http://www.who.int/suggestions/faq/es/

Organización Mundial de la Salud (2016). La salud mental y los adultos mayores. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/

Organización Mundial de la Salud (2016). La depresión. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/

Organización Mundial de la Salud (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/

Organización Mundial de la Salud (2016). La salud y los adultos mayores. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/

Oros, L. B., & Vogel, G. K. (2016). Eventos que generan estrés en la infancia: diferencias por sexo y edad. *Enfoques*, *17*(1), 85-101.

Pachana, N., Byrne, G., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007).Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International psychogeriatrics*, *19*(01), 103-114.

Páez, D., Bobowik, M., Carrera, P. & Bosco, S. (2011). Evaluación de Afectividad durante diferentes episodios emocionales.

Patrón-Espinosa. F. (2013). La evitación experiencial como dimensión funcional de los trastornos de depresión, ansiedad y psicóticos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* vol. 5 num. 1, pp. 85-95.

Peña-Solano, M., Herazo-Dilson, M. & Calvo-Gómez, J. (2009). Depresión en ancianos. *Revista de la Facultad de Medicina*, *57*(4), 347-355.

Porensky, E. K., Dew, M. A., Karp, J. F., Skidmore, E., Rollman, B. L., Shear, M. K. & Lenze, E. J. (2009). The burden of late-life generalized anxiety disorder: effects on disability, health-related quality of life, and healthcare utilization. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *17*(6), 473-482.

Quintanilla, J. R. G. & García, C. B. P. (2015). Prevalencia de trastornos mentales y recursos humanos en salud mental en el salvador. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, *18*(3), 1193.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, *1*(3), 385-401.

Ramírez, M. G. & Hernández, R. L. (2006). Ansiedad y Estrés. Universidad Autónoma de Nuevo León, México. 2006, 12(1), 45-61.

Revilla de la L, Ríos de los AM, Dios de J. Factores que intervienen en la producción de los problemas psicosociales. Aten Primaria 2007;39(6): 305-11

Rey, L., Valverde, M. & Extremera, N. (2013). Tendencia hacia el perdón y calidad de vida en personas mayores: el papel mediador de las estrategias de regulación cognitiva-emocional. Universidad de Málaga.

Rivera-Ledesma, A. & Montero-López Lena, M. (2008). Estructura de pérdidas en la adultez mayor: una propuesta de medida. *Salud mental*, *31*(6), 461-468.

Rodríguez, M., Rincón, H., Velasco, M., Hernández, C., Ramos, M. & González, J. (2012). Prevalencia de trastornos mentales en una población que demanda servicios de salud en una IPS de baja complejidad y su asociación con la ideación suicida y la discapacidad percibida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*,*30*(2), 141-151.

Rowe, J., y Kahn, R. (1997). Successfull Aging. The Gerontologist, 37 (4) 433-440.

Sanhueza, M., Castro, M. & Merino, J. (2005). Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud. *Ciencia y enfermería*, *11*(2), 17-21.

Sanjuán, P. & Magallares, A. (2006). Estilo atributivo negativo, sucesos vitales y sintomatología depresiva. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, *11*(2), 91-98.

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, *9*(2), 09-21.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (2013). Indicadores Sociodemográficos de las Personas Mayores a Nivel Territorial. Recuperado de http://www.senama.cl/filesapp/boletin%20Unidad%20de%20EstudiosOK.pdf

Servicio Nacional del Adulto Mayor (2013). Inclusión y exclusión social de las personas mayores en Chile: Tercera Encuesta Nacional de Inclusión y exclusión social.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (2016). Panorama regional de las personas mayores: CASEN 2015.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (2015). La construcción social de las demencias en las personas mayores de la región metropolitana, Chile:Investigación cualitativa en vejez y envejecimiento. Recuperado de http://www.senama.cl/filesapp/Laconstruccionsocialdelasdemencias.pdf

Servicio Nacional del Adulto Mayor (2015). Glosario Gereontológico. Recuperado de http://www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf

Servicio Nacional del Adulto Mayor (2016), Boletín Unidad de estudios: Panorama regional de las Personas Mayores CASEN 2015. Recuperado de http://www.senama.cl/filesapp/SEGUNDA%20ENCUESTA.pdf

Sierra, J., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, *3*(1), 10-59.

Slipak, O. E. (1991). ALCMEON 3: Historia y concepto del estrés (1ra. Parte). *Alcmeon*, *3*, 355-360.

Solano, A. (2011). Las rutas de acceso al bienestar. Relaciones entre bienestar hedónico y eudaemónico: un estudio en población argentina. *Revistaiberoamericana de diagnóstico y evaluaciónpsicológica*, *1*(31), 37-57.

Soldevila, A., Ribes, R., Filella, G. & Agulló, M. (2005). Objetivos y contenidos de un programa de educación emocional para personas mayores. Emocionat.RevistaIberoamericana de Educación, 37(5), 1-12.

Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature. Canadian JournalPsychiatry. 2006; 51:100–113.

Stefani, D. & Feldberg, C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología*, *22*(2), 267-272.

Suarez Cuba, M. Á. (2010). La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. *Revista Médica La Paz*, *16*(2), 58-62.

Todman, J. & Dugard, P. (2007). Approaching multivariate analysis. USA: Psychology Press.

Thompson, R. (1990). Emotion and self-regulation. In R. A. Thompson Ed. Socioemotional development. Nebraska Symposium on Motivation. Lincoln: University of Nebraska Press.

Valverde, C. V., Torres, G. H., Rahona, J. J. & Gómez, D. (2009).Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud= Annuary of Clinical and HealthPsychology*, (5), 15-28.

Urquijo, S., Monchietti, A. & Krzemien, D. Adaptación a la crisis vital del envejecimiento: rol de los estilos de personalidad y de la apreciación cognitiva en adultas mayores. *Anuales de Psicología* [revista en Internet]. 2008 Dic [fecha de consulta 16 de septiembre de 2011]; 24(2): 299-311. Recuperado de http://redalyc.uaemex. mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16711589013

Van Dierendonck, D., Abarca, A. B., Díaz, D., Jiménez, B. M., Gallardo, I., Valle, C. & Carvajal, R. R. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, *18*(3), 572-577.

Vázquez, C., Hervás, G., y Hernangómez, L. (2008). Modelos cognitivos de la depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas. En J.L. VázquezBarquero (Ed.), Las fases tempranas de las enfermedades mentales: Los trastornos depresivos (pp. 21-33). Madrid: Elsevier

Veytia. M., Gonzáles. N., Andrade. P. & Oudhof. H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. Vol. 35, N° 1. Pp.

Viera, A., López, S. & Barrenechea, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revistacubana de salud y trabajo*, 7(1-2), 34-9.

Waterman, A. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678–691.

Whitmar, A. & Gotlib, I. (2011). Brooding and reflection reconsidered: a factor analytic examination of rumination incurrently depressed, formerly depressed, and never depressed individuals. *Cognitive Therapy and Research,* 35, 99-107.

Yoon, L. K., Maltby, J. & Joormann, J. (2013). A Pathway from Neuroticism to Depression: Examining the Role of Emotion Regulation. *Anxiety, Stress, and Coping*, 26, 558-572.

Yuste, N., Rubio, R. y Aleixandre, M. (2004). Introducción a la psicogerontología. Madrid: Pirámide.

Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S. & Farley, G. (1988).The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personalityassessment*, *52*(1), 30-41.

Zapata, Z. (1999). Adulto mayor: participación e identidad. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, Vol. X. N° 1. 2001.

Anexo 1 **CONSENTIMIENTO INFORMADO[1]**

Este documento certifica que yo, _____, he recibido la siguiente información:

1) El propósito de la investigación es conocer algunas características psicológicas de la personas mayores de 60 años.

2) La entrevista, basada en preguntas, que se realizará hoy tendrá una duración aproximada de 30 minutos. Entiendo que tengo libertad para irme en todo momento o para no responder a cualquier pregunta que no desee responder. Asimismo, entiendo que tengo derecho a que se me explique en detalle el propósito de las tareas y a solicitar en cualquier momento que se me aclarare cualquier duda que se me pueda presentar.

3) La participación es totalmente voluntaria y que no tendrá ninguna consecuencia negativa sobre servicios que esté recibiendo o pueda recibir de otras instituciones.

4) La información recogida es totalmente confidencial y mi nombre o cualquier dato que pudiera identificarme no será difundido ni usado de ninguna manera.

5) Si tengo alguna duda o cuestión en el futuro puedo consultar directamente al responsable de la investigación en Chile, Dra. Claudia Miranda Castillo, de la de la Pontificia Universidad Católica de Chile. e-mail:camirand@uc.cl, Teléfono: 223547297

6) Esta investigación ha sido revisada y aprobada por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Francisco de Vittoria, Madrid, España.

Santiago, _____ de _____ de 201__

Firma Participante_____ Firma Entrevistador_____

[1] Copia para el interesado

CONSENTIMIENTO INFORMADO[2]

Este documento certifica que yo, _____, he recibido la siguiente información:

1) El propósito de la investigación es conocer algunas características psicológicas de la personas mayores de 60 años.

2) La entrevista, basada en preguntas, que se realizará hoy tendrá una duración aproximada de 30 minutos. Entiendo que tengo libertad para irme en todo momento o para no responder a cualquier pregunta que no desee responder. Asimismo, entiendo que tengo derecho a que se me explique en detalle el propósito de las tareas y a solicitar en cualquier momento que se me aclarare cualquier duda que se me pueda presentar.

3) La participación es totalmente voluntaria y que no tendrá ninguna consecuencia negativa sobre servicios que esté recibiendo o pueda recibir de otras instituciones.

4) La información recogida es totalmente confidencial y mi nombre o cualquier dato que pudiera identificarme no será difundido ni usado de ninguna manera.

5) Si tengo alguna duda o cuestión en el futuro puedo consultar directamente al responsable de la investigación en Chile, Dra. Claudia Miranda Castillo, de la de la Pontificia Universidad Católica de Chile. e-mail: camirand@uc.cl, Teléfono: 223547297

6) Esta investigación ha sido revisada y aprobada por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Francisco de Vittoria, Madrid, España.

Santiago, _____ de _____ de 201__

Firma Participante_____ Firma Entrevistador_____

[2] Copia para el equipo de investigación

Anexo 2 **PROTOCOLO DE EVALUACIÓN**[3]

- **Marque <u>con una cruz</u> la opción que corresponda a su situación:**

EDAD: _____años	**SEXO:**	Mujer 1	Hombre 2

ESTADO CIVIL :	Casado 0	Viudo 1	Soltero 2	Divorciado 3	Separado 4

- ¿Cuántos AÑOS ha estudiado aproximadamente (colegio, instituto, estudios profesionales y /o universidad) hasta la fecha? **……..años.**

- ¿Cómo considera **su salud?**

Muy buena	Buena	Normal	Mala	Muy mala
0	1	2	3	4

- ¿Tiene usted **alguna enfermedad DIAGNOSTICADA** (cáncer, problemas cardíacos, hipertensión, fibromialgia, depresión, ansiedad, etc.?**: Sí** ☐ **No** ☐

En caso afirmativo:
¿Cuál/es?_____

- ¿Considera que sus **condiciones ECONÓMICAS** actuales son SUFICIENTES para afrontar adecuadamente el día a día?

Sí ☐ **No** ☐

- ¿**Cuantas personas** viven en su casa? (inclúyase usted también) Nº de personas**……**

- ¿Cuál es su **Sistema de salud**?: **Fonasa** ☐ **Privado** ☐

- ¿Asiste regularmente a **controles** de salud? **Sí** ☐ **No** ☐

-

[3] Todas las respuestas a este cuestionario serán tratadas garantizando el anonimato y siempre con objetivos de investigación dirigidos a mejorar la calidad de vida de las personas.

- **Responda con la respuesta que más se ajuste con usted**

	Nunca	**Solo alguna vez**	**Algunas veces**	**Muchas veces**	**Casi siempre**	**Siempre**
1. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?						
2. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?						
3. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?						
4. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?						

- Por favor, responda en relación a su salud:

	No, no me limita nada	**Sí, me limita un poco**	**Sí, me limita mucho**
1. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?			
2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?			
3. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?			
4. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?			
5. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?			
6. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?			
7. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?			
8. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?			
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?			
10. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?			

A continuación se le presentan unas frases que describen cómo usted podría haberse sentido durante la SEMANA PASADA.

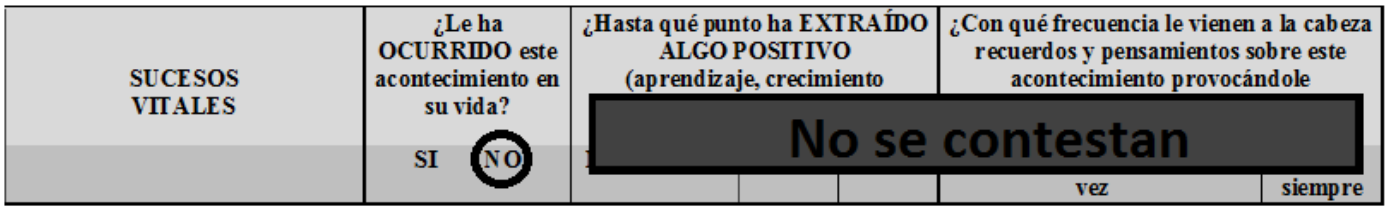
	Raramente o nunca (menos de 1 día)	**Alguna vez o pocas veces (1 o 2 días)**	**Ocasional-mente o varias veces (3 o 4 días)**	**Todo el tiempo (5-7 días)**
1- Me molestaron cosas que habitualmente no me molestan				
2- No tuve hambre; tenía poco apetito.				
3- Sentía que no podía librarme de la tristeza incluso con la ayuda de mi familia o amigos.				
4- Sentí que era tan bueno como otras personas.				
5- Tuve problemas para concentrarme en lo que hacía.				
6- Me sentí deprimido.				
7- Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo.				
8- Me sentí optimista sobre el futuro.				
9- Pensé que mi vida había sido un fracaso.				
10- Me sentí temeroso.				
11- Mi sueño era inquieto, no descansaba.				
12- Estaba contento.				
13- Hablaba menos de lo habitual.				
14- Me sentí solo/a.				
15- La gente me resultaba antipática.				
16- Disfruté la vida.				
17- Lloré en ocasiones.				
18- Me sentí triste.				
19- Sentí que no le gustaba a la gente.				
20- No tenía ganas de nada.				

Durante el **mes pasado**, hasta qué punto **ha realizado** alguna de las siguientes actividades:

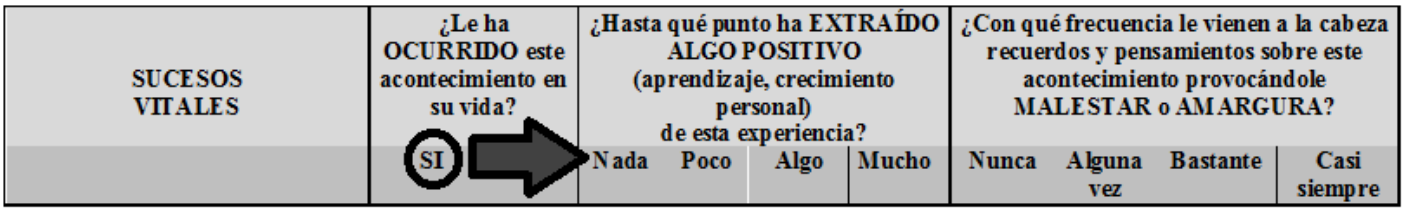
	Nada	**Un poco**	**Término medio**	**Bastante**	**Mucho**
1. Estar tranquilo					
2. Ir a la iglesia u otras reuniones de grupos u organizaciones					
3. Aficiones u otros intereses					
4. Ir a comer o cenar fuera o a otras actividades sociales					
5. Pasar buenos ratos con otras personas					
6. Visitar a la familia y/o amigos					

A continuación, se muestran unas preguntas en la **1º COLUMNA,** sobre **ACONTECIMIENTOS VITALES IMPORTANTES.**

- **Para cada acontecimiento que <u>NO</u> LE HA OCURRIDO**, por favor marque con un **círculo** la opción "**NO",** y <u>NO CONTESTE</u> las columnas. **Pasando al siguiente acontecimiento**



- **Para cada acontecimiento que <u>SI</u> LE HA OCURRIDO**, por favor, señálelo en la **2º COLUMNA** rodeando con un **círculo** la opción **"SI",** y a continuación, **RESPONDA A LAS PREGUNTAS** que se muestran en las **COLUMNAS SIGUIENTES**, rodeando con un círculo la respuesta que considere oportuna en cada caso.



SUCESOS VITALES	¿Le ha OCURRIDO este acontecimiento o en su vida?		¿Hasta qué punto ha EXTRAÍDO ALGO POSITIVO (aprendizaje, crecimiento personal) de esta experiencia?				¿Con qué frecuencia le vienen a la cabeza recuerdos y pensamientos sobre este acontecimiento provocándole MALESTAR o AMARGURA?			
	SI	NO	Nada	Poco	Algo	Mucho	Nunca	Alguna vez	Bastante	Casi siempre
1. Matrimonio	Sí	No								
2. Nacimiento de hijos/nietos	Sí	No								
3. Separación/divorcio	Sí	No								
4. Fallecimiento cónyuge	Sí	No								
5. Fallecimiento de otro familiar cercano	Sí	No								
6. Conflicto familiar importante	Sí	No								
7.Enfermedad importante (física o mental) de uno mismo	Sí	No								
8. Enfermedad (física o mental) de alguien cercano	Sí	No								
9. Conocer nuevas amistades	Sí	No								
10. Conflictos con amistades	Sí	No								
11. ¿Algún viaje realizado?	Sí	No								
12. Experiencias o cambios de tipo laboral	Sí	No								
13. Problemas económicos	Sí	No								
14. Experiencias traumáticas personales o de personas cercanas (p.ej., accidente de tráfico)	Sí	No								

Generalmente, ¿usted diría que SE ABURRE?

Nunca o casi nunca	A veces	Bastantes veces	Casi siempre
0	1	2	3

Generalmente ¿se siente usted SOLO/SOLA?

Nunca o casi nunca	A veces	Bastantes veces	Casi siempre
0	1	2	3

Por favor, marque con una cruz la respuesta que más se ajuste a su situación <u>actual:</u>

	SI	**NO**
1. Me paso mucho tiempo preocupado		
2. Me resulta difícil tomar una decisión		
3. A menudo me siento asustadizo		
4. Me resulta difícil relajarme		
5. A menudo no puedo disfrutar de las cosas debido a mis preocupaciones		
6. Las pequeñas cosas me molestan mucho		
7. A menudo siento hormigueo en mi estómago		
8. Me considero una persona preocupadiza		
9. No puedo dejar de preocuparme por las cosas, incluso las que no son importantes.		
10. A menudo me siento nervioso		
11. Mis propios pensamientos me hacen sentir ansioso		
12. Tengo molestias de estómago debido a mis preocupaciones		
13. Me considero una persona nerviosa		
14. Siempre anticipo que ocurrirá lo peor		
15. A menudo me siento tembloroso		
16. Creo que mis preocupaciones me complican la vida		
17. Mis preocupaciones me sobrepasan con frecuencia		
18. Algunas veces siento un gran nudo en mi estómago		
19. Dejo de hacer algunas cosas porque me preocupo mucho		
20. A menudo me siento alterado		

	NUNCA	Raramente	A veces	Frecuente-mente	Casi Siempre	SIEMPRE
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas						
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones						
3. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga						
4. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad						
5. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo						
6. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar						
7. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto						
8. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo						
9. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría						
10. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas						
11. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo						

	NUNCA	Raramente	A veces	Frecuente-mente	Casi Siempre	SIEMPRE
12. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro						
13. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí						
14. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad						
15. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo						
16. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen						
17. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida						
18. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo						
19. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida						
20. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza						
21. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria						

	NUNCA	Raramente	A veces	Frecuente-mente	Casi Siempre	SIEMPRE
22. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida						
23. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida						
24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo						
25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí						
26. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está						
27. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo						
28. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona						
29. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona						
30. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento						

	NUNCA	Raramente	A veces	Frecuente-mente	Casi Siempre	SIEMPRE
32. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente						
33. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida						
34. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí						
35. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes						
36. tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones						
37.Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general						
38. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos						
39. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo						

Las personas nos diferenciamos, entre otras cosas, en lo que pensamos y hacemos cuando estamos tristes, abatidas o melancólicas. Por favor, lea atentamente cada una de las afirmaciones que aparecen a continuación y, tras cada una de ellas, indique la **frecuencia con la que piensa o actúa de esa manera SIEMPRE QUE SE ENCUNTRE TRISTE, ABATIDO O MELANCÓLICO**. Por favor, **piense en cómo se comporta, no en cómo cree que debería comportarse.**

	Nunca	**A veces**	**Frecuentemente**	**Siempre**
1.Piensa en lo solo/a que te sientes				
2.Piensa en sus sentimientos de cansancio y dolor				
3.Piensa en lo difícil que le resulta concentrarse				
4.Piensa en lo apático/a y desganado/a que se siente				
5. Piensa: "¿Por qué no puedo seguir adelante?"				
6. Piensa en una situación negativa reciente, deseando que las cosas hubieran ido mejor				
7. Piensa en lo triste que se siente				
8. Piensa en todos sus fracasos, sus fallos, sus errores y defectos				
9. Piensa en lo poco que le apetece hacer nada				
10. Piensa: “Pero, ¿por qué no puedo manejar mejor las situaciones?”				

A continuación, aparecen algunas frases. Por favor, piense hasta qué punto cada una de ellas se aplica a usted (le define), EN GENERAL.

	Nunca	Rara-mente	Ocasional-mente	A veces	Frecuen-temente	Casi siempre	Siempre
1. Tenga o no tenga claro cuál es el mejor modo de resolver un problema, me pongo en marcha							
2. Muchas veces me doy cuenta de que estoy pensando en cosas que he hecho y que haría de forma distinta si tuviese otra oportunidad							
3. Cuando estoy deprimido o con ansiedad no soy capaz de hacer frente a mis responsabilidades							
4. Me preocupa tener bajo control mi ansiedad, mis preocupaciones o mis sentimientos							
5. Mis sentimientos me dan miedo							
6. Cuando valoro algo de forma negativa, suelo darme cuenta de que es sólo mi forma de verlo y no un hecho objetivo							
7. Cuando me comparo con otras personas tengo la impresión de que la mayoría lleva su vida mejor que yo							
8. La ansiedad es mala							
9. Si pudiera borrar por arte de magia todas las experiencias dolorosas que he tenido en la vida, lo haría.							

A continuación, le pedimos que señale cuál de las respuestas posibles le parece más ajustada al enunciado que planteamos.

	Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Siempre
1. Tengo amigos o familiares allegados que me visitan en casa.				
2. Cuando lo necesito hay alguna persona que me expresa afecto y me anima.				
3. Cuando lo necesito hay alguien que me alienta a que exprese mis ideas y pensamientos				
4. Cuando lo necesito tengo a alguien que me puede prestar una ayuda económica o material importante.				
5. Cuando lo necesito tengo a alguien para contarle mis problemas.				
6. Cuando lo necesito tengo las fuentes de información adecuadas.				