

Aproximación desde el Trabajo Social: depresión y bienestar subjetivo en mayores institucionalizados vs no institucionalizados

Ana Dolores Cuadros Bordal

Trabajadora Social residencia de mayores. Jaén

Resumen

Este trabajo se centra en el estudio de las posibles diferencias en bienestar subjetivo y depresión entre personas mayores que viven en centros residenciales y personas mayores que viven en su domicilio. Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal cuyo ámbito ha sido la población rural de Beas de Segura (Jaén), en el que participaron 50 mayores con edades comprendidas entre los 65-95 años. Se aplicaron dos instrumentos para medir el bienestar subjetivo: escala Ryff y escala de Lawton y la escala de depresión geriátrica de Yesavage (versión abreviada).

Los resultados mostraron que no existen diferencias significativas entre los dos grupos en la variable Depresión pero si se encontraron diferencias tanto en el índice de Lawton como en las seis dimensiones medidas por el Ryff, es decir en Autoaceptación, Relaciones, Autonomía, Dominio del entorno, Crecimiento personal y Propósito de vida, en el sentido de que los participantes que viven en su domicilio puntúan más alto en todas las variables.

Palabras claves

Adulto mayor, depresión, bienestar subjetivo, dependencia.

Abstract

This work focuses on the study of the differences in subjective well-being and depression among elderly people living in residential and elderly people living at home. This is a descriptive study of transverse whose scope has been the rural population Beas de Segura (Jaén), which included 50 older aged between 65-95 years. The instruments used to measure subjective well-being: Ryff scale and scale of Lawton and the Geriatric Depression Scale of Yesavage (short version).

The results showed that there are no significant differences between the two groups in the variable depression but if both differences in the rate of Lawton as in the six dimensions measured by the Ryff, i.e. in self-acceptance, relationships, autonomy, mastery of the environment, personal growth and life purpose, in the sense that participants who live at home score highest in all the variables.

Keywords

Older adult, depression, subjective well-being, dependency.

1. INTRODUCCIÓN

El siglo XXI está marcado por un crecimiento sin precedentes de la población mayor de 65 en los países desarrollados, relacionado básicamente con una mejor calidad de vida, producto de los avances tecnológicos y las políticas de salud orientadas al tratamiento de los adultos mayores, entre otras causas.

El envejecimiento de la población es un fenómeno cuya importancia es hoy reconocida a todos los niveles por sus repercusiones económicas, sociales y culturales. Nunca antes en la historia se habían alcanzado las cifras de personas mayores en las sociedades occidentales. Gran parte de los trastornos degenerativos tanto físicos como mentales, atribuidos generalmente a la vejez, se deben a la edad, pero también son el producto de una serie de factores que se encuadran dentro de un inapropiado 'uso' del cuerpo y de la mente. La senectud es un proceso inevitable que en muchas ocasiones se ve acelerado por diversas causas relacionadas con el estilo de vida.

Un aspecto común del envejecimiento, lo constituye el hecho de que, la edad no hace más que acentuar las carencias de cada persona, de modo que en muchos casos se necesita de la ayuda de terceras personas, en el ámbito físico (sobre todo para las actividades básicas de la vida diaria), psicológico (especialmente emocional y afectivo), socioeconómico (entorno familiar, de la comunidad e instituciones) etc. Pero además de la edad, existen varios factores que pueden potenciar la dependencia: género, soledad, recursos sociales, nivel educativo, nivel de renta, hábitos de vida. (Gómez, Martos y Castellón, 2005).

2. DEPRESIÓN

Actualmente la depresión constituye uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población geriátrica. Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública, ya que, entre otros factores, aumentan con la edad. Aunque el síntoma nuclear de la depresión es el descenso del estado de ánimo, determinados mayores, con dificultades para el proceso mental de las emociones y los sentimientos pueden no percibir este estado de ánimo alterado y reparar más en sintomatología de la esfera física. No es raro que un anciano no se queje de tristeza o que impute sus respuestas emocionales a la edad y manifieste, prioritariamente, los síntomas de la esfera corporal. (López, 2001).

Todo esto trae como consecuencia que la depresión en el anciano no se detecte adecuadamente, se infradiagnostique y que con frecuencia estemos ante depresiones enmascaradas.

La Guía Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (2008), define la depresión como un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña.

I. CLASIFICACIÓN:

El **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos, *cuarta edición* (DSM-IV), expone una clasificación de los trastornos mentales. (Ver ANEXO 1: Clasificación de la depresión.)

II. SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN EN MAYORES

La aparición de síntomas depresivos suele ser lenta e insidiosa. A menudo estas manifestaciones no son consideradas importantes por el propio mayor o sus familiares, por lo que no acuden al médico y piensan que sólo pasan por una mala época; éstas se van gestando en días o semanas. Incluso en los meses anteriores puede presentar síntomas prodrómicos, como ansiedad generalizada, crisis de angustia o fobias.

Los síntomas se presentan de diversas formas en el estado de ánimo: puede darse una actitud deprimida, irritabilidad o ansiedad, quejas somáticas, accesos de llanto.

También, se dan manifestaciones psicológicas asociadas como la falta de confianza en sí mismo, la baja autoestima, pensamientos de remordimiento, se puede dar mala memoria y baja concentración. A veces se produce, la retracción social, pérdida de apegos, pérdida de interés en las actividades usuales. De igual forma se suelen tener sentimientos de desesperanza, expectativas negativas, indefensión y pensamientos recurrentes de muerte incluso pensamientos de suicidio (infrecuentes pero graves).

Asimismo, hay que considerar las manifestaciones somáticas, cuando se dan situación de agitación, retardo psicomotor, fatiga, insomnio, anorexia y pérdida de peso.

Igualmente se debe tener en cuenta las manifestaciones psicóticas, cuando los mayores tienen ideas delirantes de falta de valía y pecado; de mala salud (nihilistas, somáticas, o hipocondríacas); de pobreza. O cuando tiene alucinaciones depresivas auditivas, visuales y, con poca frecuencia, olfativas. (López, 2001).

III. CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

En la Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (2008), se recogen diferentes sucesos que pueden actuar como desencadenantes de la depresión en personas mayores: la muerte del cónyuge o ser querido (riesgo: mayor en el primer año, mantenido 3 años), una enfermedad médica/quirúrgica o problemas crónicos de salud o incluso que el mayor tenga una mala autopercepción de salud. La pérdida de funcionalidad e incapacidad, hace que el mayor se sienta menos útil y ello también puede acarrear la depresión.

Asimismo se es más proclive si se ha sufrido algún episodio depresivo en el pasado o existen antecedentes en la familia de personas deprimidas. Además, las experiencias de estrés: soledad, cambios en el estilo de vida o problemas en las relaciones interpersonales, situaciones conflictivas en el entorno o escaso soporte social puede conllevar a esta enfermedad.

También hay que tener en cuenta que la hospitalización, la institucionalización y la presencia de varias enfermedades físicas, con pocas probabilidades de recuperación, pueden también predisponer a la persona a los problemas depresivos.

IV. FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo que pueden provocar la depresión está el estado civil: las personas viudas, solteras, separadas o divorciadas tienen mayor riesgo de depresión que

las personas casadas. Como recoge Soriano Pacheco (2009), la prevalencia de la depresión mayor fue el doble en personas que viven solas que en personas que viven con otros familiares, por lo tanto, el aislamiento social se convierte en un factor de riesgo.

Otro factor es el género, podemos afirmar que existe una prevalencia, incidencia y morbilidad más elevada para las mujeres en la depresión. Según un estudio realizado por Matud, Guerrero y Matías (2006), donde se evaluaron variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión, en el que participaron 2.847 mujeres y 1.848 hombres, se confirmó que las mujeres presentaban más sintomatología depresiva que los hombres. Desde la perspectiva psicosocial se ha planteado que la mayor vulnerabilidad a la depresión del género femenino puede derivar de los condicionantes generados por su menor estatus social y poder, así como de la interiorización de las expectativas asociadas a los roles femeninos tradicionales. A la vez, consideran que debido a su menor estatus social y poder, las mujeres experimentan más sucesos negativos y tienen menos control que los hombres en muchas áreas de su vida, lo que puede llevarles a mayor estrés crónico y menor sentido de dominio, lo que puede conducirles a un afrontamiento de la depresión más inadecuado.

Además del estrés y los trastornos afectivos, se da una asociación sistemática entre exposición a acontecimientos vitales e inicio de depresión. La mayoría de las personas deprimidas viven una experiencia vital estresante poco antes del inicio de su depresión.

Los acontecimientos vitales más potentes para precipitar una depresión serían aquellos no deseados, no controlables, inesperados, y que suponen una amenaza o peligro importante para el sujeto; entre ellos, los acontecimientos que suponen una pérdida para el individuo son los más claramente asociados al inicio de un trastorno depresivo.

La mayoría de la literatura empírica sobre la relación entre estrés y depresión se ha centrado en estresores episódicos, de contenido negativo o indeseable, llegando a la conclusión de que tanto el número como la gravedad del estresor se relacionan con el inicio de un episodio depresivo. Sin embargo, evidencia reciente sugiere que los estresores de baja intensidad pero crónicos son más prevalentes que los estresores mayores y pueden explicar mejor los trastornos del estado de ánimo. (Vázquez, Hervás, Hernáñez y Romero, 2009).

V. DATOS DE LA DEPRESIÓN EN MAYORES

Los estudios epidemiológicos sobre prevalencia de las diferentes alteraciones depresivas varían según el instrumento diagnóstico utilizado, sea la entrevista psiquiátrica o la aplicación de escalas orientativas, y según el grupo poblacional al que se estudie: ancianos en la comunidad, ancianos institucionalizados en residencias o ancianos hospitalizados. (Trillo, 2001).

Se estima que la carga personal de un cuadro depresivo con una duración de 6 a 8 meses, es más severa e incapacitante que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. La depresión es la primera causa de discapacidad dentro de los trastornos mentales, y se estima que en el año 2020 se convertirá en la segunda causa de incapacitación y muerte, tan solo superada por las enfermedades cardiovasculares. (Pérez y Arcia, 2008).

Según datos de la OMS el 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión, hasta los 75 años. Los trastornos depresivos afectan a: 10% de los ancianos que viven en la comunidad; 15% - 35% de los que viven en residencias; 10% - 20% de los ancianos que son hospitalizados y 40% de los que

padecen un problema somático y están en tratamiento por ello. (Zarragoitia, 2003).

Por ello, hay que tratar la depresión en el anciano como un problema psicológico y social, caracterizado por un sentimiento de malestar afectivo y físico. Se trata de un problema psicológico, porque es la persona quien la sufre, y social porque no es sino en el contexto social del individuo donde dicha experiencia cobra sentido.

3. BIENESTAR SUBJETIVO

El aumento de las expectativas de vida de la población mayor en los países desarrollados, obliga a una preocupación por la calidad de vida de estas personas. Por ello, cobra especial importancia el término de bienestar subjetivo, para referirse a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia.

Zamarrón (2006), explica que el bienestar subjetivo es la evaluación que una persona hace de su vida en términos cognitivos (referidos a la evaluación del sujeto sobre su vida) y en términos emocionales (referidos al estado de ánimo del sujeto). El componente emocional es el equilibrio entre los afectos positivos y los negativos. El componente cognitivo es la evaluación de la vida de acuerdo con los estándares del propio individuo. Por tanto, la estructura del Bienestar Subjetivo está constituida por tres elementos fundamentales estrechamente relacionados: satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo.

Los estudios sobre el bienestar se han organizado en dos grandes tradiciones: una relacionada fundamentalmente con la felicidad (bienestar hedónico) y otra ligada al desarrollo del potencial humano (bienestar eudaimónico), por extensión se ha identificado al bienestar subjetivo como principal representante de la tradición hedónica y el bienestar psicológico de la tradición eudaimónica. (González, Valle, Arce y Fariña, 2010).

El estudio del bienestar subjetivo se interesa por cómo y por qué las personas experimentan su vida de forma positiva, incluyendo tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas.

Se dice que un sujeto posee un alto bienestar subjetivo si expresa satisfacción con su vida y frecuentes emociones positivas, y sólo infrecuentemente, emociones negativas. Si por el contrario, el individuo expresa insatisfacción con su vida y experimenta pocas emociones positivas y frecuentes negativas, su bienestar subjetivo se considera bajo.

I. RASGOS DEL BIENESTAR SUBJETIVO.

Para Diener (1984), existen tres características que definen el bienestar: el primero de ellos es la subjetividad: depende de la interpretación y la valoración de la propia persona, no de factores objetivos. Supone, por tanto, una apreciación individual y subjetiva. Los bienes o recursos de que dispone la persona pueden facilitar el bienestar subjetivo pero no lo garantizan.

El segundo es la utilización de medidas positivas (experiencias emocionales agradables, satisfacción o afecto positivo) dentro de un período significativo de tiempo. Este bienestar subjetivo tiene como criterio las construcciones mentales de la persona, tales como creencias, valores y modos de enfocar la realidad, que marcan su percepción de sentirse felices.

El tercero de ellos, supone una evaluación global de los aspectos predominantes de la

vida de una persona, de aquellos que estima como fundamentales para ella.

Sin embargo, otros autores, identifican el bienestar subjetivo con la felicidad, se trataría de una apreciación global de nuestras vidas, una valoración del estado emocional predominante, un juicio sobre cómo se vive, en comparación con el criterio de felicidad que construye cada uno. (González, Valle, Arce y Fariña, 2010).

II. DIMENSIONES DEL BIENESTAR SUBJETIVO.

Según los autores Mella, González, D'Appolonio y Maldonado, (2004), Ryff, plantea que las diversas perspectivas que existen respecto al bienestar subjetivo pueden ser integradas un modelo multidimensional:

- *Autoaceptación*. Es el criterio más utilizado para definir bienestar, y es conceptualizado como la figura central de la salud mental, como una característica de madurez, realización personal y funcionamiento óptimo.

- *Relaciones positivas con los demás*. La importancia de la calidez y confianza en las relaciones interpersonales, así como la capacidad de amar, son vistas como uno de los principales componentes de la salud mental, siendo a la vez un criterio de madurez.

- *Autonomía*. Enfatiza la autodeterminación, la independencia y la regulación de la conducta.

- *Dominio del ambiente*. La habilidad de elegir o crear ambientes acordes a las propias condiciones físicas es definida como una característica de la salud mental. Implica la capacidad de manipular y controlar los entornos o ambientes complejos contando con la participación del medio.

- *Propósito en la vida*. Destaca la comprensión de un propósito o significado de la vida, un sentido de dirección o intencionalidad. Quién funciona positivamente tiene objetivos, intenciones y un sentido de dirección.

- *Crecimiento personal*. El funcionamiento psicológico óptimo requiere no solo desarrollar las características anteriores, sino también continuar el desarrollo de su propio potencial, crecer y expandirse como persona.

III. COMPONENTES DEL BIENESTAR SUBJETIVO.

Los componentes del bienestar subjetivo son: la satisfacción con la vida y el balance de los afectos positivos y negativos. Se evidencia que la satisfacción con la vida es una cognición, un proceso de juicio y una evaluación de la propia vida. Los afectos positivos son emociones placenteras como la felicidad, la alegría, la euforia; en cuanto a los afectos negativos son sentimientos o emociones desagradables como la tristeza, la envidia, la ansiedad. (Vera, Sotelo y Domínguez, 2005). (Ver ANEXO 2: Componentes del Bienestar Subjetivo).

González, Valle, Arce y Fariña (2010), consideran que la persona feliz es aquella que tiene un temperamento positivo; que no rumia excesivamente los acontecimientos negativos; que vive en una sociedad económicamente desarrollada; que posee recursos adecuados para progresar hacia sus metas; que mira el lado positivo de las cosas y que tiene confidentes sociales.

Además, Diener afirma que el bienestar subjetivo contiene no sólo elementos globales de satisfacción con la vida, sino también elementos específicos de satisfacción en ámbitos importantes como el trabajo, la familia, el ocio, las finanzas...

IV. VARIABLES QUE INFLUYEN EN BIENESTAR SUBJETIVO.

Una posible clasificación de estos factores que, sin ser exhaustiva, abarca la mayor parte de variables vinculadas al bienestar subjetivo es la que considera las siguientes categorías: salud, poder adquisitivo, relaciones, acontecimientos vitales estilos de vida y variables sociodemográficas. (García, 2002).

En lo que respecta a la salud, es un aspecto importante del bienestar subjetivo; se halla estrechamente relacionada con la felicidad y está considerada como una de sus principales causas. Las personas con problemas emocionales autoinforman más negativamente su salud que aquellas que gozan de un equilibrio emocional. (Zamarrón, 2006).

El grado de bienestar subjetivo también está afectado por el nivel de poder adquisitivo de la persona, se ha comprobado que el dinero es directamente proporcional a la felicidad, en tanto en cuanto sirve para cubrir necesidades primarias, pero deja de ser así una vez que éstas son cubiertas. El dinero es importante en la medida que se transforma en un medio para lograr fines del individuo, pero en sí no es un predictor muy seguro de la felicidad. (Zamarrón, 2006)

En cuanto a las relaciones sociales son también una fuente fundamental de bienestar subjetivo, los mayores beneficios provienen de las relaciones íntimas de confianza y de apoyo. Así tener alguien con quien compartir problemas y alegrías, es uno de los factores que intervienen positivamente en nuestro sentimiento de felicidad. Está claro que el ser humano necesita de la protección y reconocimiento que le aportan las relaciones con los demás, necesita estar integrado en la sociedad. Así mismo, se ha podido comprobar que las personas casadas son más felices que las solteras o viudas (Zamarrón, 2006)

Otro factor a tener en cuenta son los acontecimientos vitales de la persona, los acontecimientos positivos se relacionan más intensamente con el componente de afecto positivo del bienestar subjetivo. Del mismo modo, se observa una relación positiva entre el padecimiento de eventos vitales de carácter negativo y medidas de afecto de ese mismo signo.

Además, influye el estilo de vida del mayor, ya que hace referencia a la posibilidad de la persona de ejercer sus costumbres culturales y de ser independiente y al estar cómoda en el lugar en el que vive.

Por último, hay que considerar variables sociodemográficas como la edad, género, estado civil, también repercuten en el bienestar subjetivo de cada persona.

4. DEPENDENCIA Y LUGAR DE RESIDENCIA

Como sabemos la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, crea un nuevo derecho subjetivo y universal, esta normativa recoge dos conceptos básicos:

Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

Dependencia: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra

u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

La importancia de este estudio, se basa en constatar la depresión y el bienestar subjetivo de un grupo de personas, ambas cuestiones están estrechamente relacionadas con la autonomía y dependencia que presente el mayor.

La autonomía en las **personas mayores institucionalizadas**, está condicionada por diversos motivos tales como el hecho de que cuando la persona dependiente ingresa en un centro residencial, pierde los roles que venía desempeñando, tanto de carácter social, como profesional o familiar. Además, en muchas ocasiones, se produce un aislamiento de la red socio-familiar habitual puesto que las relaciones familiares quedan considerablemente mermadas y reducidas a unas pocas visitas. Al mismo tiempo, debemos considerar las circunstancias que vienen derivadas del propio proceso de institucionalización, cambios significativos en el estilo de vida con incremento del grado de estrés: como son los compañeros, horarios y actividades impuestos, adaptación a unas normas que son indudablemente necesarias para la adecuada gestión de los centros. Todos estos cambios hacen que el grado de autonomía del mayor se vea afectado.

En lo que respecta a la autonomía del **mayor que reside en su domicilio**, está condicionada por diversos motivos como: la persona continúa manteniendo la relación con su entorno, cultiva vínculos con la familia y las amistades y con ello constata que para los demás tiene valor y significación, lo que repercute de forma positiva sobre su autoestima, además de tener un apoyo para realizar cualquier gestión que necesite, por lo que previsiblemente su grado de autonomía sea elevado.

Sin embargo, como sabemos, una situación de dependencia se puede presentar en cualquier momento, más lógico es que aparezca en la vejez, ya que ésta viene acompañada de ciertas dolencias y problemas de salud, lo que merma la capacidad de movimiento y posibilidad de desenvolvimiento cotidiano de la persona.

Por lo tanto, el grado de dependencia que presente un mayor puede ser el mismo, tanto si vive en su domicilio como si convive en una residencia. Pero hay que tener en cuenta el factor “hábitat” o entorno de la persona, para valorar la calidad de vida del dependiente, puesto que, a nivel físico, el estado de salud podrá mejorar en función de los cuidados que reciba. Y a nivel psicológico, el grado de bienestar subjetivo y depresión también podrá variar dependiendo del apoyo emocional que le ofrezca su entorno, con el objetivo primordial de conseguir la mayor autonomía para la persona.

5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVO GENERAL: Determinar las posibles diferencias en bienestar subjetivo y depresión entre personas mayores que viven en residencias y personas mayores que viven en su domicilio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar el grado de bienestar subjetivo de los mayores que participan en el estudio.
- Observar el nivel de depresión en mayores institucionalizados y no institucionalizados.

- Estudiar el grado de relación entre el nivel de depresión y el nivel de relaciones familiares/sociales.

HIPÓTESIS

- Las personas mayores que viven en centros residenciales presentan mayores niveles de depresión que las que viven en su domicilio.

- Las personas mayores que viven en su domicilio presenta mayores niveles de bienestar subjetivo que aquellas que residen en un centro residencial.

- Las personas mayores que mantienen vínculos socioafectivos con su entorno social, suelen presentar mayor grado de bienestar subjetivo y menos niveles de depresión.

6. METODOLOGÍA

I. PARTICIPANTES

Se escogió una muestra compuesta por 25 personas de la Residencia de Mayores “Los Olivos” y 25 mayores que residen en domicilios del municipio jiennense de Beas de Segura (Jaén). La edad estuvo comprendida en un rango entre los 65 años y los 95 años, estando la media en 80,68 años con una desviación típica 7,13, para mayores institucionalizados y una media de 71,04 años con una desviación típica de 4,78, para los mayores que viven en sus hogares.

Dentro del grupo de mayores institucionalizados, el 60 % de los participantes eran mujeres y el 40 % varones. En cuanto al grupo de mayores de domicilio, el 88 % de los participantes eran mujeres y el 12 % restante, varones.

Los trabajos que habían desarrollado quedaban en su mayor parte comprendidos en el sector primario y secundario en el caso de los varones, quienes se habían dedicado a la construcción (10%), la agricultura (80%), y otros trabajos no cualificados (10%). La dedicación de las mujeres había sido casi en su totalidad doméstica, repartiéndose entre las que habían sido amas de casa (80%), compatibilizándolo con trabajo en la agricultura concretamente en la campaña de recolección de aceituna (95%) y las que habían sido empleadas de hogar (20%).

A la hora de constituir la muestra se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- a) que fueran residentes de la institución.
- b) que fueran residentes de la localidad.
- c) que no tuvieran un deterioro cognitivo que impidiera la comprensión o respuesta del proceso de evaluación
- d) que quisieran contestar voluntariamente a las preguntas formuladas.

De la misma forma se establecieron estos criterios de exclusión:

- a) mayores que presentaban algún trastorno en la comprensión de la encuesta que dificultaran la recogida de datos.
- b) Encuestas que no fueron llenadas en su totalidad en el momento de la entrevista.

II. MATERIALES/INSTRUMENTOS

Para medir las variables de bienestar subjetivo y de depresión se administraron tres instrumentos psicométricos.

El primer instrumento que se utilizó fue la ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico. La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada.

La escala Yesavage se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si/no, diseñado en su versión original para ser auto administrado, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido. El marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último. Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano.

Para la interpretación de la escala cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-15.

- Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte:

No depresión 0-5 puntos

Probable depresión 6-9 puntos

Depresión establecida 10-15 puntos

Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el cribado general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por depresión.

El segundo instrumento que se aplicó fue la ESCALA FILADELFIA, desarrollada en 1975 por Lawton, esta escala es recomendada por grupos de expertos de la British Geriatrics Society y el American National Institute of Aging para la medición o cuantificación de la calidad de vida. Sirve para evaluar la actitud frente al envejecimiento, la insatisfacción con la soledad y la ansiedad con un objetivo claro, el de medir el grado subjetivo de satisfacción del anciano. Su aplicabilidad es excelente y sólo se ve limitada o interferida por la presencia de trastornos del lenguaje (afasias). (Sanjoaquín, Fernández, Mesa y García-Arilla, 2006).

Además para completar el estudio de Bienestar Subjetivo se empleó el tercer instrumento la ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO, desarrollada por C. Ryff y adaptada al español por Díaz D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y Van Dierendonck D. (2006). Esta escala fue retomada de la versión compuesta por 39 ítems a los que los participantes responden utilizando un formato de respuesta tipo Likert

con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 4 (totalmente de acuerdo). En su versión original, la escala consta de seis dimensiones: Autoaceptación, Relaciones Positivas con otras Personas, Autonomía, Dominio del Entorno, Propósito en la Vida y Crecimiento Personal. La validez factorial de este instrumento ha sido comprobada en diferentes estudios.

III. DISEÑO Y PROCEDIMIENTO

Delimitación y localización de Beas de Segura:

La Residencia de Tercera Edad donde se desarrolló el proyecto está ubicada en la localidad de Beas de Segura. Esta localidad está dentro la comarca de la Sierra de Segura, concretamente, se encuentra ubicado en la zona baja y más occidental de la Sierra, a unos 120 kilómetros de Jaén, capital de la provincia. Se trata de un municipio de zona rural cuya actividad económica principal depende del olivar y la recolección de la aceituna.

En lo que respecta al perfil de la población, según datos ofrecidos por el Excmo. Ayuntamiento Beas de Segura, en mayo de 2013, este municipio cuenta en la actualidad con una población total de 5.944 habitantes, de ellos, 2.725 son mujeres y 3.219 son hombres. Las personas mayores de 65 años ascienden a 1.178, por lo que la población está bastante envejecida.

Descripción de la institución: Residencia de Mayores “Los Olivos”.

Este centro residencial inició su andadura en diciembre de 2006 y hasta enero de 2008, fue gestionado por el Excmo. Ayuntamiento de Beas de Segura. El día 1 de Enero de 2008 se hizo efectivo el concierto de plazas con la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía y la gestión fue asumida por una empresa privada. En junio de 2008, se puso en marcha la Unidad de Estancias Diurnas con capacidad para 15 mayores.

La capacidad del centro son 32 plazas de residencia y 15 plazas de Unidad de Estancias Diurnas, que se distribuyen entre concertadas y privadas, la asignación de plazas concertadas está gestionada por la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia.

En cuanto a los usuarios del centro son mayores de 65 años, la media de edad en los varones se sitúa en torno a los 73 años, en cuanto a las mujeres, la media de edad asciende a los 84 años. La mayoría de los residentes, son naturales de la localidad o provienen de lugares cercanos aunque a veces llegan personas de puntos bastante distantes. Generalmente, los usuarios provienen de un entorno socio-familiar normalizado, pero existe una proporción muy elevada de personas que tienen familiares alejados del municipio, por lo tanto, el soporte familiar paralelo al centro es prácticamente nulo. En lo referente al estado civil, el 80% son personas viudas, el 17% solteros y el 3% divorciados. En lo que respecta a su nivel de cualificación, la mayoría de los residentes saben leer y escribir, hay un significativo porcentaje de analfabetismo.

Para la presente investigación se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal, donde se aplicaron 3 instrumentos psicométricos: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Escala Filadelfia de Lawton y Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. La metodología utilizada en este estudio combinó técnicas cualitativas y cuantitativas para ofrecer una descripción de la muestra lo más completa posible. Si bien los cuestionarios son de tipo cuantitativo, a la hora de realizar las encuestas se tuvieron en cuenta y se hicieron anotaciones de las aportaciones de tipo cualitativo que realizaron los mayores participantes.

Además se tuvieron en cuenta ciertas variables socio-demográficas como:

- > *Relaciones sociales*: familiares, vecinos y amigos.
- > *Edad*: entre 65 y 95 años.
- > *Sexo*: masculino-femenino.
- > *Número de hijos*: Si-No
- > *Nivel de instrucción* clasificado en 2 grupos: a) sin estudios: en el que se incluía a las personas que no sabían leer ni escribir y b) estudios elementales: en el que se incluía a los pacientes que sabían leer, escribir y cálculo elemental.
- > *Estado civil*: Soltero/a-Casado/a-Viudo/a-Divorciado/a
- > *Profesión*: agricultor-albañil- ama de casa- mecánico-fontanero-modista-pastor...

La recogida de datos se realizó de manera directa e individual durante los meses febrero y marzo de 2013. El procedimiento se llevó a cabo de la siguiente forma:

1ª Fase: Revisión bibliográfica y elección de las escalas que se administraron a los sujetos participantes.

2ª Fase: Permiso y coordinación con la Directora de la Residencia de Mayores. La selección de las personas para el estudio, se realizó, tras un cribado del deterioro cognitivo para comprobar que los mayores cumplían con los requisitos de inclusión de la muestra.

3ª Fase: Visitas domiciliarias para seleccionar a participantes de domicilios.

4ª Fase: Recolección de datos, que se llevó a cabo de la siguiente manera: la entrevistadora realizó una entrevista personalizada de manera directa, en primera instancia se daba una información general a cada sujeto, sobre el tipo de trabajo que se estaba realizando, se garantizaba la confidencialidad y si la persona estaba dispuesta a participar en el estudio exploratorio, debía firmar el documento “Consentimiento informado para la participación en el estudio”.

Las personas que aceptaron participar respondieron a los datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, profesión, nivel de relaciones sociales y acontecimientos vitales estresantes.

Cuando la persona no cumplía los requisitos, se agradecía su participación y se daba por terminada la sesión.

5ª Fase: Aplicación de las tres escalas de valoración que fueron seleccionadas. Primero para estimar los síntomas depresivos se administró la Escala GDS de Yesavage. Segundo para valorar el grado de bienestar subjetivo se administró la Escala Filadelfia de Lawton y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

En la evaluación de cada uno de los instrumentos la entrevistadora, proporcionaba las opciones de respuesta de forma independiente con letras y diseños grandes para permitir a las personas identificar con mayor posibilidad las respuestas con mayor facilidad en la escala.

Finalmente, cabe destacar que se tomó en consideración que había muchas personas analfabetas o con un nivel de escolaridad bajo. De este modo, cuando el participante no podía contestar individualmente a las encuestas, la entrevistadora recogió la información.

Esta situación es típica en este segmento de edad poblacional, principalmente si se considera que la mayoría nació durante la Guerra Civil Española o durante la posguerra, teniendo en cuenta que sus primeros años de vida viviendo en una zona rural muy empobrecida, que aún hoy se pueden considerar zonas lejanas a las catalogadas como urbanas.

7. RESULTADOS

Los análisis de datos se llevaron a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 19, y todas las decisiones estadísticas se tomaron con un nivel de significación del 0,05.

I. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DEPENDIENTES CONSIDERADAS.

En primer lugar, se obtuvo el coeficiente de correlación de Pearson entre las distintas variables a fin de determinar la relación existente entre ellas. Los resultados de estas relaciones se muestran en la Tabla 3. Como puede observarse existe una relación negativa entre el nivel de depresión de los participantes y las siguientes dimensiones del Riff: Autoaceptación, Relaciones, Autonomía y Propósito de vida. Asimismo, la depresión se relaciona de forma inversa también con el Índice de Lawton, de modo que cuanto mayor es el nivel de depresión menor es la puntuación en este índice.

En lo que respecta a las seis dimensiones del Ryff, todas ellas se relacionan significativamente de forma positiva entre sí. Igualmente, existe una relación positiva entre dichas dimensiones y el Índice de Lawton.

En cuanto a la Edad, existe una relación significativa entre ésta y el Índice de Lawton en el sentido de que las puntuaciones en este índice son menores conforme aumenta la edad de los participantes. Del mismo modo, la edad se relaciona negativamente con todas las dimensiones del Ryff a excepción de la dimensión de Autoaceptación con la que no se obtuvo una relación significativa.

Finalmente, se encontró una relación significativa positiva entre el número de hijos y las dimensiones de Relaciones, Dominio del entorno y Crecimiento personal. El número de hijos también correlaciona de forma directa con el Índice de Lawton.

(Ver ANEXO 3. Valor del coeficiente de correlación de Person para las distintas variables).

II. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE DOMICILIO.

Con el fin de establecer las posibles diferencias entre las distintas variables dependientes en función del lugar en el que viven las personas mayores, se llevaron a cabo comparaciones de medias entre el grupo que vive en su propio domicilio y el que vive en una residencia. El promedio de edad en el grupo de participantes que viven en una residencia ($\bar{X}=80,68$, $S_X=7,12$) en comparación con las personas que viven en su domicilio ($\bar{X}=71,04$, $S_X=4,78$), fue significativamente mayor, $t_{48}= 5,615$, $p < 0,001$. Por ello, se utilizó la variable Edad como covariado en los análisis de las variables consideradas a fin de controlar que las diferencias encontradas se debieran a la edad y no al lugar de residencia. Los resultados mostraron que no existen diferencias significativas entre los dos grupos en la variable Depresión pero si se encontraron diferencias tanto en el índice de Lawton como en las seis dimensiones medidas por el Ryff, es decir en Autoaceptación, Relaciones, Autonomía, Dominio del entorno, Crecimiento personal y Propósito de vida, en el sentido de que los participantes que viven en su domicilio puntúan más alto en todas las variables (Ver ANEXO

4: Estadísticos descriptivos y resultados del ANCOVA para las distintas variables en función del lugar de residencia. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$).

III. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL SEXO.

En cuanto a las posibles diferencias en función del sexo de los participantes en las distintas variables consideradas en este estudio (Ver ANEXO 5. Estadísticos descriptivos para las distintas variables en función del sexo), los análisis realizados mostraron que existen diferencias significativas en la variable Depresión, $t_{48} = -2,36$, $p < 0,05$, mientras que no hubo diferencias en ninguna otra variable.

IV. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL

Existen diferencias significativas, $F(3,46)=4,59$, $MCE = 18,24$, $p < 0,006$, en la variable Relaciones. Las comparaciones a posteriori mostraron que los casados ($\bar{X}=17,37$, $S_X=0,98$) tienen una puntuación significativamente mayor que los solteros ($\bar{X}=9,75$, $S_X=2,13$) y que los viudos ($\bar{X}=14,64$, $S_X=0,85$) entre los que también existen diferencias. (Ver ANEXO 6).

Además, existen diferencias significativas, $F(3,46)=4,98$, $MCE = 25,74$, $p < 0,006$, en la variable Autonomía. Las comparaciones a posteriori mostraron que los casados ($\bar{X}=22,84$, $S_X=1,16$) tienen una puntuación significativamente mayor que los solteros ($\bar{X}=16,50$, $S_X=2,54$), que los viudos ($\bar{X}=17,44$, $S_X=1,01$) y que los divorciados ($\bar{X}= 15,50$, $S_X= 3, 59$) entre los que también existen diferencias. (Ver ANEXO 7).

En lo que respecta a la variable Dominio del entorno, existen diferencias significativas, $F(3,46)=6,52$, $MCE = 11,35$, $p < 0,006$. Las comparaciones a posteriori mostraron que los casados ($\bar{X}=19,42$, $S_X=0,77$) tienen una puntuación significativamente mayor que los solteros ($\bar{X}=13,50$, $S_X=1,68$) y que los divorciados ($\bar{X}=12,50$, $S_X=2,38$) entre los que también existen diferencias.

En lo que respecta a la variable Crecimiento personal, existen diferencias significativas, $F(3,46)=3,25$, $MCE = 19,23$, $p < 0,006$. Las comparaciones a posteriori mostraron que los casados ($\bar{X}=20,21$, $S_X=1,00$) tienen una puntuación significativamente mayor que los solteros ($\bar{X}=14,50$, $S_X=2,19$).

En cuanto a la variable Próposito en la vida, existen diferencias significativas, $F(3,46)=4,39$, $MCE = 13,35$, $p < 0,006$. Las comparaciones a posteriori mostraron que los casados ($\bar{X}=19,95$, $S_X = 0,84$) tienen una puntuación significativamente mayor que los divorciados ($\bar{X}=13,00$, $S_X=2, 58$).

En cuanto a la variable Lawton, también existen diferencias significativas, $F(3,46) = 3,11$, $MCE = 13,40$, $p < 0,006$. Las comparaciones a posteriori mostraron que los casados ($\bar{X}=10,89$, $S_X=0,84$) tienen una puntuación significativamente mayor que los solteros ($\bar{X}=6,25$, $S_X=1,83$) y que los divorciados ($\bar{X}=6,00$, $S_X=2, 59$) entre los que también existen diferencias.

V. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE SI TIENEN O NO HIJOS

Como puede observarse, existen diferencias significativas, $F(1,48)=13,95$, $MCE = 9,63$, $p < 0,006$, en la variable Autoaceptación. Las personas que tienen hijos ($\bar{X}=18,42$, $S_X=0,50$) tienen una puntuación significativamente mayor que los sujetos que no han tenido descendencia ($\bar{X}=14,59$, $S_X=0,89$). (Ver ANEXO 8).

También se han encontrado diferencias significativas, $F(1,48)=28,24$, $MCE = 14,30$, $p < 0,006$, en la variable Relaciones. Las personas que tienen hijos ($\bar{X}=16,74$, $S_X=0,61$) tienen

una puntuación significativamente mayor que los sujetos que no han tenido descendencia ($\bar{X}=10,08$, $S_x=1,09$).

Asimismo existen diferencias significativas, $F(1,48)=10,57$, $MCE = 12,70$, $p<0,006$, en la variable Dominio del entorno. Las personas que tienen hijos ($\bar{X}=17,92$, $S_x=0,58$) tienen una puntuación significativamente mayor que los sujetos que no han tenido descendencia ($\bar{X}=14,08$, $S_x=1,03$).

Del mismo modo se han encontrado diferencias significativas, $F(1,48)=18,66$, $MCE = 16,08$, $p<0,006$, en la variable Crecimiento personal. Las personas que tienen hijos ($\bar{X}=19,24$, $S_x=0,65$) tienen una puntuación significativamente mayor que los participantes que no tienen hijos ($\bar{X}=13,50$, $S_x=1,16$).

Igualmente existen diferencias significativas, $F(1,48)=11,94$, $MCE = 13,17$, $p<0,006$, en la variable Propósito en la vida. Las personas que tienen hijos ($\bar{X}=18,74$, $S_x=0,59$) tienen una puntuación significativamente mayor que los participantes que no han tenido descendencia ($\bar{X}=14,58$, $S_x=1,05$).

Finalmente en lo que respecta a la variable Lawton, también se existen diferencias significativas, $F(1,48)=13,89$, $MCE = 11,98$, $p<0,006$. Las personas que tienen hijos ($\bar{X}=10,10$, $S_x=0,56$) tienen una puntuación mayor que los sujetos que no han tenido descendencia ($\bar{X}=5,83$, $S_x=0,1$).

DATOS EN PORCENTAJES: RESIDENCIA: anexo 9 DOMICILIO: anexo 10

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio consistía en valorar y comparar los niveles de depresión y bienestar subjetivo entre 2 poblaciones de personas mayores de 65 años, partiendo de tres hipótesis: la primera de ellas que *las personas mayores que residen en sus domicilios padecen menos depresión que aquellos que residen en instituciones geriátricas*; la segunda, *las personas mayores que viven en su domicilio presentan mayores niveles de bienestar subjetivo que aquellas que residen en un centro residencial*; la tercera, *las personas mayores que mantienen vínculos socioafectivos con su entorno social, suelen presentar mayor grado de bienestar subjetivo y menos niveles de depresión*.

Podemos afirmar que los resultados obtenidos no parecen apoyar la primera hipótesis de trabajo, puesto que nos indican que tanto el grupo de mayores de residencia como el grupo de mayores de domicilios tienen niveles de depresión similares, denotando que el lugar de residencia no influye significativamente en la presencia de síntomas depresivos. Por lo que nuestros resultados, en cualquier caso, no permiten establecer claras diferencias entre los niveles de depresión que padecen ambos colectivos.

Como señala López Trigo (2001), existe una gran dispersión de datos con respecto a la prevalencia de depresión en población de residencias, debido en parte a la heterogeneidad de los centros, así podemos encontrar estudios en los que la prevalencia se sitúa en torno al 14% (en este estudio) y otros en los que alcanza el 70%. Además, los trabajos que encuentran diferencias en depresión en función del domicilio, es cuando presentan casos en los que los mayores tienen depresión mayor.

Lo que si demuestra nuestro estudio, es la relación negativa entre depresión y bienestar

subjetivo, ya que cuánto mayor es el nivel de depresión en la persona, menor es el grado de bienestar subjetivo que tiene.

Otro dato que aporta y confirma la investigación es que las mujeres presentan mayor nivel de sintomatología depresiva que los hombres. Este hecho se haya ampliamente constatado en múltiples estudios epidemiológicos y clínicos que versan sobre género y depresión, como el de Matud et al., 2006. La depresión es uno de los problemas de salud mental más común dándose en las mujeres con mayor frecuencia que en los hombres.

En cuanto a la segunda hipótesis, se ha confirmado totalmente ya que los mayores que residen en sus domicilios, tienen una elevada puntuación en todas las dimensiones de la escala de Ryff y en el Índice Lawton, con respecto a los mayores de residencia. Pero al mismo tiempo, hay que destacar que la edad influye en ambos grupos y se comprueba la disminución en la escala de bienestar cuando los ancianos son más longevos.

En lo que respecta a la tercera hipótesis podemos decir que sólo se ha validado parcialmente, ya que los datos reflejan que las personas mayores que tienen hijos y están casadas tienen mayor puntuación en las escalas de Ryff y Lawton que los mayores que no tienen descendencia, están viudos o solteros.

Las relaciones sociales que las personas mayores mantienen con miembros de otras generaciones son importantes para su salud y su bienestar ya que prolongan la independencia en la vejez a través del apoyo emocional que proporcionan. En la vejez, más que en otras etapas de la vida, las relaciones intergeneracionales adquieren una importancia notable por el impacto sobre el individuo. Ello parece explicarse por el hecho de que fomentan la motivación, la relajación y los estados de ánimo saludables. (Buz y Bueno, 2006).

-> **En función de la descendencia**

La relación positiva entre el número de hijos y las dimensiones de Ryff y el Índice Lawton, nos indican que quienes por los motivos que fuere no han tenido descendencia carecen de uno de los recursos que más satisfacción procuran en la vejez en lo que respecta a la obtención tanto de ayuda material en caso de necesidad como de permanente apoyo emocional. (Iglesias, 2001).

Por ello, los mayores institucionalizados perciben el déficit de la intensidad de los vínculos familiares lo que representa para ellos un importante motivo de insatisfacción. En estos contextos, las posibilidades para que aparezcan indicios de depresión se elevan en gran medida, ya que probablemente no exista aspecto más negativo para el bienestar emocional de las personas que unas escasas relaciones con la familia. Las personas mayores valoran en una gran magnitud el hecho de recibir de manera periódica las visitas de familiares. Pues bien, cuando la situación relacional no da para más, la escasez de las visitas constituye un importante elemento de desengaño que tiende a generar entre los mayores incluso la desilusión por la vida (Iglesias, 2001).

En definitiva, las relaciones filiales, para aquellos mayores que tienen la oportunidad de disfrutarlas, proporcionan grandes dosis de motivación por la vida en el presente, así como de tranquilidad cuando se imaginan tiempos venideros. Pero estos beneficios se hallan condicionados por la existencia de hijos viviendo en el entorno próximo de los mayores o, cuando menos, en su misma localidad.

-> En función del estado civil

En el análisis en función del estado civil, hemos comprobado que la valoración que realizan las personas participantes sobre su satisfacción con la vida, tiende a mejorar tanto en las dimensiones Ryff como en Lawton cuando la persona está casada frente a los solteros, divorciados y viudos. García Martín (2001), explica que hay trabajos que demuestran que el matrimonio es uno de los mayores predictores de bienestar subjetivo. Las personas casadas informan de un mayor grado de satisfacción con la vida que las personas solteras, viudas o divorciadas.

La separación de un ser querido o su pérdida, se asocia a un mayor riesgo de padecer síntomas depresivos. Cabe destacar, no obstante, que el estado civil de soltería o viudez da lugar a situaciones significativamente dispares. Las personas solteras, al no verse sorprendidas de repente por la desaparición de la figura del cónyuge, no sufren la desarticulación de su entorno familiar a la que deben hacer frente quienes enviudan, además de lo cual suelen tener mejor definidos sus círculos de relación social. En el proceso de adaptación a las nuevas condiciones de vida que origina la viudedad, resulta algo bastante habitual que con el paso del tiempo se produzcan continuos altibajos en el estado de ánimo de las personas mayores. (Iglesias, 2001).

CONCLUSIONES

Los datos presentados están extraídos de una muestra pequeña, con lo que los resultados tienen obvias limitaciones metodológicas. No obstante, nos invitan a hacer ciertas reflexiones generales acerca de algunos aspectos que consideramos importantes para el bienestar de nuestros mayores.

Las personas que viven en su propio domicilio presentan, indudablemente, una mayor integración social, tanto por lo que se refiere a la red de apoyo social con la que cuentan como a la satisfacción que les reportan las relaciones sociales, por ello, su grado de bienestar subjetivo es más elevado.

Mientras que la población de residencia, presenta niveles de bienestar subjetivo menores, por lo que son necesarias nuevas medidas encaminadas a mejorar y/o aumentar el bienestar subjetivo y la calidad de vida de los mayores institucionalizados. En este sentido, desde las residencias de mayores habría que potenciar actuaciones como: la existencia de visitas y la promoción de redes sociales de apoyo, que faciliten al mayor contar con la posibilidad de establecer lazos de amistad a los que recurrir en los momentos de mayor vulnerabilidad, el establecer normas de participación en el funcionamiento del centro, programas de actividad física, salidas al exterior. Es importante planificar programas flexibles y con actividades variadas para que puedan adecuarse a las diferencias individuales y puedan cubrir los intereses de los residentes.

En definitiva, la implicación en la vida social del entorno proporciona numerosos beneficios a las personas mayores, además la participación en actividades socioculturales contribuyen al sentimiento de utilidad que perciben en la dedicación de su tiempo y de sus energías.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Texto revisado. Barcelona: Ed. Masson.
- Díaz D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y Van Dierendonck D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema* Vol. 18, nº 3.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Gómez, M., Martos A. y Castellón A., (2005). La capacidad funcional y el apoyo social informal en un grupo de personas mayores institucionalizadas. *Rev Mult Gerontol* 15(2), 85-91.
- Lawton, M.P. (1975). The philadelphia center morale scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 1 (30), 85-89.
- López Trigo, J.A. (2001). La depresión en el paciente anciano. *Revista Electrónica de Geriatría y Gerontología* Vol. 3 Núm. 2, 1-16.
- Louro González, A. (2008). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto*. Santiago de Compostela: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- González Cabanach, R., Valle Arias, A., Arce Fernández, F. y Fariña Rivera, F. (2010). *Calidad de vida, bienestar y salud*. La Coruña: Psicoeduca
- García Martín, M.A. (2002). El Bienestar Subjetivo. *Escritos de Psicología* Núm. 6, 18-39.
- Iglesias de Ussel, J. (2001). *La soledad en las personas mayores*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Martínez, J., Onís, M.C., Dueñas, R., Albert C., Aguado C. y Luque R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam* Vol. 12 Núm 10, 620-630.
- Matud M.P., Guerrero K., y Matías R.G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud* 2006, Vol. 6, Nº 1, pp. 7-21
- Mella R., González L., D'Appolonio J. y Maldonado I. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psykhē* Vol.13, Nº 1, 79-89
- Pérez Martínez, V. y Arcia Chávez N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral* nº 24 (3).
- Sanjoaquín Romero, A., Fernández Arín, M., Mesa Lampré M.P. y García-Arilla Calvo, E. (2006). *Tratado de Geriatría para Residentes. Capítulo 4. Valoración Geriátrica Integral*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- Soriano Pacheco, J. (2009). *Marcadores relacionales en la depresión mayor y distimia* (Tesis). Universidad Autónoma Barcelona.
- Vázquez Valverde, C., Hervás, G., Hernangómez, L. y Romero N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: Una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investi-

gación. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud* N° 1, 139-165.

- Vera Noriega, J.A., Sotelo Quiñones, T., y Domínguez Guerea, M.T. (2005). Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* Vol. 7 N° 002.
- Yesavage, J.A. Geriatric Depression scales. *Psychopharmacol Bull* 1988, 24: 709. (Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado GDS para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación).
- Zamarrón, M.D. (2006). El bienestar subjetivo en la vejez. *Revista Portal Mayores, Informes Portal Mayores*, n° 52. *Lecciones de Gerontología*, II, 4-19.
- Zarragoitia Alonso, I. (2003). La depresión en la tercera edad. *Revista Electrónica de Geriátria y Gerontología* Vol. 5 Núm. 2, 1-21.

10. ANEXOS

ANEXO 1. Tabla 1: Clasificación de la depresión. Fuente: DSM-IV.

<p>Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante. <i>Código CIE-10: F32, F33.</i> Los criterios que se establecen para este tipo de trastorno son:</p> <p>Criterio A: La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días. - Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales. - Disminución o aumento del peso o del apetito. - Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el sueño) - Enlentecimiento o agitación psicomotriz - Astenia (sensación de debilidad física) - Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa - Disminución de la capacidad intelectual - Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas. <p>Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.</p> <p>Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.</p> <p>Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.</p> <p>Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.</p>	<p>Trastorno distímico. <i>Código CIE-10: F34.1.</i> Los criterios para este tipo de trastorno depresivo son:</p> <p>Criterio A: Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.</p> <p>Criterio B: Deben aparecer dos o más de estos síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variaciones del apetito (trastornos en la alimentación) - Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el dormir). - Astenia - Baja autoestima - Pérdida de la capacidad de concentración - Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza (véase desesperanza aprendida) <p>Criterio C: Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.</p> <p>Criterio D: No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad. Si antes de la aparición de la distimia se dio un episodio depresivo mayor, éste tendría que haber remitido por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha.</p> <p>Criterio E: No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos, ni se presentan tampoco los criterios para un trastorno bipolar.</p> <p>Criterio F: No hay criterios de esquizofrenia, de trastorno delirante o consumo de sustancias tóxicas (véase adicción).</p> <p>Criterio G: No hay criterios de enfermedades orgánicas.</p> <p>Criterio H: Los síntomas originan malestar y deterioro de las capacidades sociales, laborales o en otras áreas del funcionamiento del paciente.</p>	
<p>Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo) <i>Código CIE-10: F43.20, F43.22</i></p> <p>Por trastorno adaptativo o depresión reactiva, se acepta la aparición de síntomas cuando ésta ocurre en respuesta a un acontecimiento vital estresante, y no más allá de los tres meses siguientes a su aparición. Se habla de depresión reactiva cuando el cuadro es más grave de lo esperable o tiene mayor repercusión funcional de la que cabría esperar para ese factor estresante. Debe existir, entonces, un criterio de “desproporción” para su diagnóstico.</p>	<p>Trastorno depresivo no especificado <i>Código F32.9</i></p> <p>Se denomina trastorno depresivo no especificado a aquella situación en la que aparecen algunos síntomas depresivos, pero no son suficientes para el diagnóstico de alguno de los trastornos previos. Esta situación puede darse cuando existe un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo), en el contexto de un trastorno disfórico premenstrual o en cuadros de trastorno depresivo post-psicótico (residual) en la esquizofrenia.</p>	<p>Otros tipos</p> <p>Duelo patológico: En el DSM-IV se contempla una situación de duelo que puede precisar tratamiento, aunque sin cumplir los criterios de ninguno de los trastornos previos.</p>

ANEXO 2. TABLA 2: Componentes del Bienestar Subjetivo. Fuente García, 2002.

Sent.positivo	Sent. Negativo	Satisfacción con la vida	Dominios Satisfacción
Alegría	Culpa, vergüenza	Deseo de cambiar	Trabajo
Euforia	Tristeza	Satisfacción con la vida actual	Familia
Satisfacción	Ansiedad y preocupación	Satisfacción con el pasado	Ocio
Orgullo	Enfado	Satisfacción con el futuro	Salud
Cariño	Estrés	Opinión de la vida de cada uno por parte de personas importantes para el individuo	Ingresos
Felicidad	Depresión		Con uno mismo
Éxtasis	Envidia		Con los demás

ANEXO 3. TABLA 3: Valor del coeficiente de correlación de Pearson para las distintas variables.

	Autoaceptación	Relaciones	Autonomía	Dominio entorno	Crecimiento Personal	Propósito de vida	Lawton	Edad	Nº de hijos
Depresión	-0,517**	-0.388**	-0.327*	-0.127	-0.232	-0,301*	-0,578**	0.150	-0.115
Autoaceptación		0,637**	0,670**	0,591**	0,563**	0,655**	0,716**	-0.245	0.268
Relaciones			0.570**	0.590**	0.640**	0.573**	0.678**	-0.301*	0.531**
Autonomía				0.640**	0.527**	0.584**	0.477**	-0.448**	0.187
Dominio Ent.					0.580**	0.701**	0.436**	-0.469**	0.290*
Cre. Personal						0.721**	0.534**	-0,520**	0.546**
Propósito vida							0.657**	-0.455**	0.213
Propósito vida								-0.301*	0.321*
Edad									-0.190

** p < 0.01 * p < 0.05

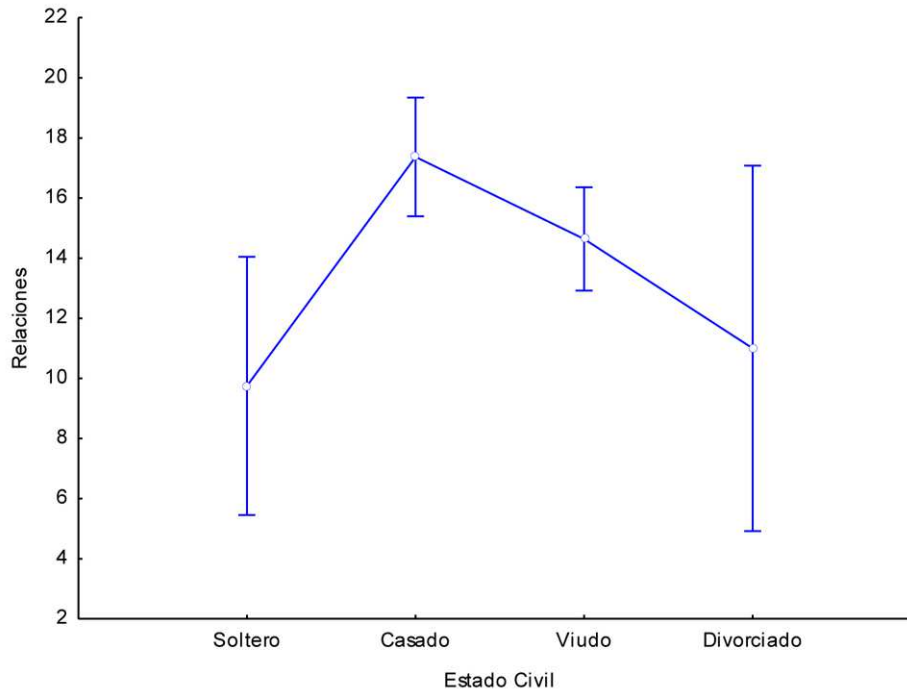
ANEXO 4. Tabla 4: Estadísticos descriptivos y resultados del ANCOVA para las distintas variables en función del lugar de residencia. *p < 0,05; **p < 0,01.

	Domicilio propio		Residencia		M. Cuadrática del error	F(1,47)
	\bar{X}	S _x	\bar{X}	S _x		
Depresión	3,28	3,06	3,40	3,55	10,89	0,469
I de Lawton	10,72	3,43	7,44	3,67	12,89	5,309*
Autoaceptación	18,92	2,99	16,08	3,41	10,54	6,194*
Relaciones	17,60	2,88	12,48	4,94	16,72	12,292**
Autonomía	22,64	3,23	16,04	5,67	21,48	11,43**
Dominio del entorno	19,78	2,33	14,72	3,83	10,05	10,738**
Crecimiento personal	20,92	2,79	14,80	4,16	12,44	15,864**
Propósito de vida	20,00	2,81	15,98	3,78	11,11	9,389**

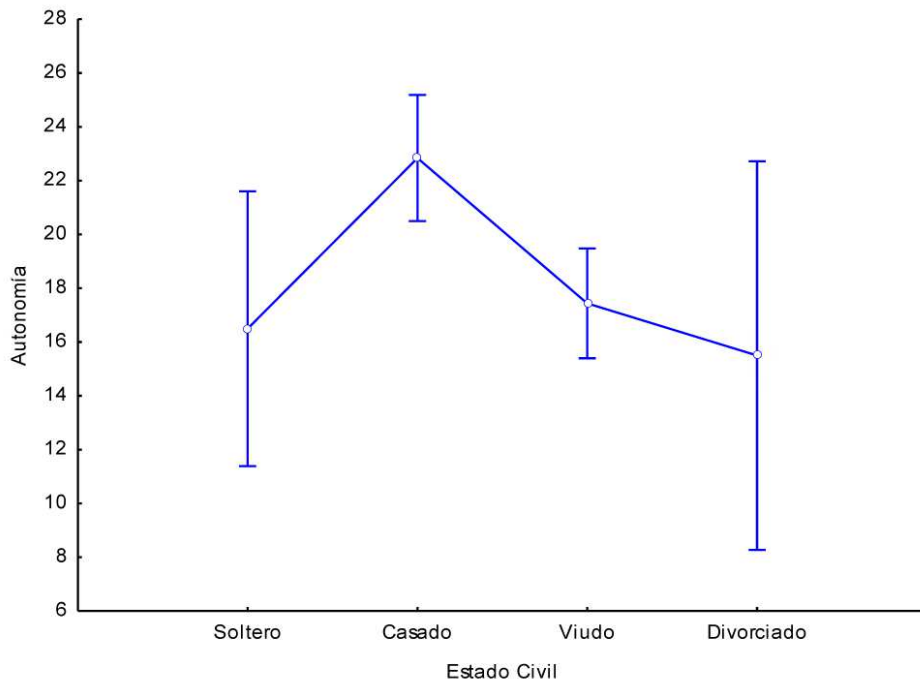
ANEXO 5. Tabla 5. Estadísticos descriptivos para las distintas variables en función del sexo.

	Varón		Mujer	
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x
Depresión	1,92	2,06	3,84	3,50
I de Lawton	8,85	4,46	9,16	3,73
Autoaceptación	17,38	3,79	17,54	3,42
Relaciones	13,54	5,02	15,70	4,53
Autonomía	18,92	6,71	19,49	5,33
Dominio del entorno	15,85	4,74	17,41	3,53
Crecimiento personal	16,85	5,09	18,22	4,54
Propósito de vida	17,31	4,40	17,89	3,92
Edad	77,46	4,90	75,30	8,49

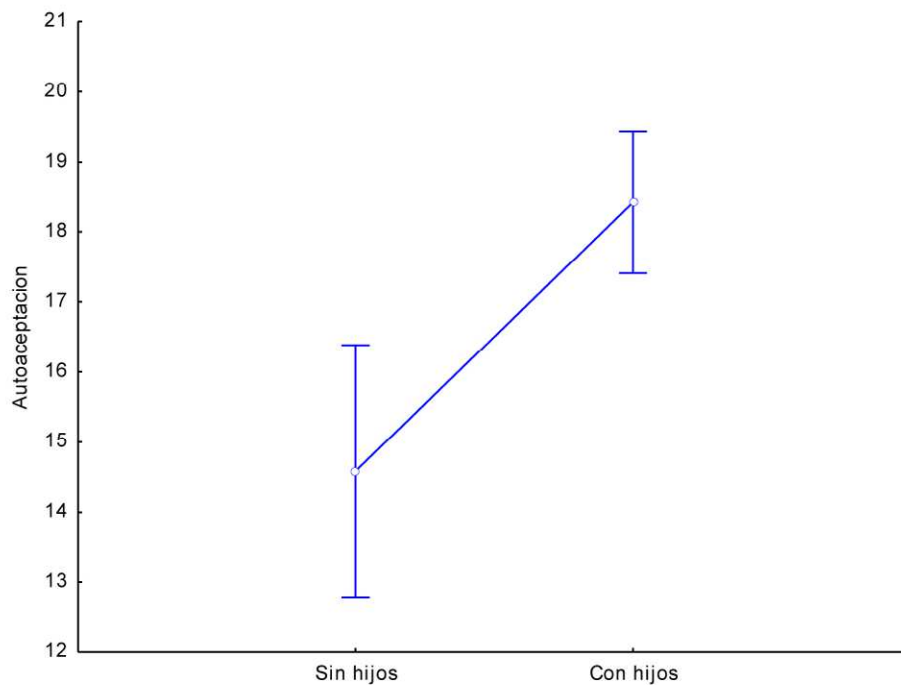
ANEXO 6. Figura 2. Promedios de la variable Relaciones en función del Estado Civil.



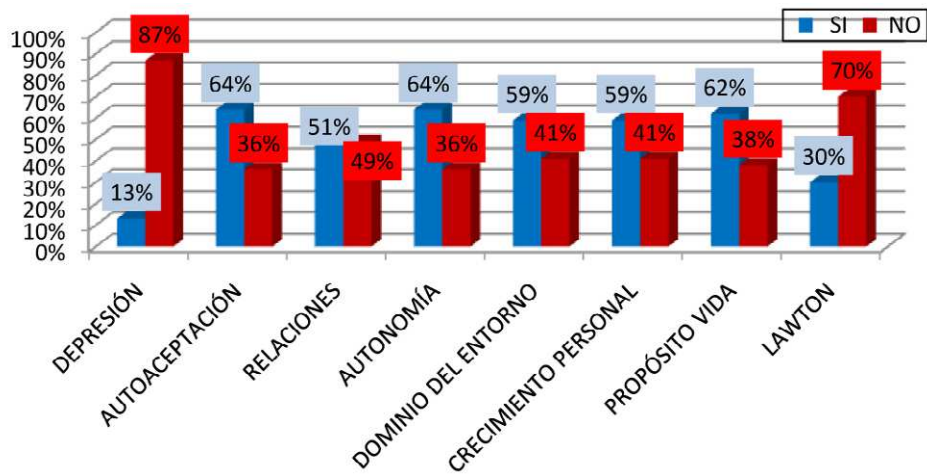
ANEXO 7. Figura 3: Promedios de la variable Autonomía en función del Estado Civil.



ANEXO 8. Figura 4. Promedios de la variable Autoaceptación en función de si se tienen o no hijos.



ANEXO 9. Resultados en porcentajes de Residencia.



ANEXO 10. Resultados en porcentajes de Domicilios.

