

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA - CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“RELACIÓN ENTRE CAPITAL SOCIAL, AFRONTAMIENTO Y RESILIENCIA EN
LA INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR
INSTITUCIONALIZADO EN EL HOGAR Y CENTRO OCUPACIONAL DE
ANCIANOS DE SAN VICENTE DE PAÚL ZONA 5”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

CARMEN MARÍA VÉLIZ ESCOBAR

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA**

GUATEMALA, AGOSTO DE 2018

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a seated woman, likely the Virgin Mary, surrounded by various heraldic symbols including castles, lions, and columns. The Latin motto "CÆTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COACTEMALENSIS INTER" is inscribed around the perimeter of the seal.

CONSEJO DIRECTIVO

Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina

DIRECTOR

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizabal

SECRETARIA

M.A. Karla Amparo Carrera Vela

Licenciada Claudia Juditt Flores Quintana

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Pablo Josue Mora Tello

Mario Estuardo Sitaví Semeyá

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciada Lidey Magaly Portillo Portillo

REPRESENTANTE DE EGRESADOS

C.c. Control Académico
CIEPs.
UG
Archivo
Reg.046-2017
CODIPs. 1511-2018

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

03 de agosto de 2018

Estudiante
Carmen María Véliz Escobar
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto OCTAVO (8º) del Acta CINCUENTA Y SEIS GUIÓN DOS MIL DIECIOCHO (56-2018), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 03 de agosto de 2018, que copiado literalmente dice:

OCTAVO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“RELACIÓN ENTRE CAPITAL SOCIAL, AFRONTAMIENTO Y RESILIENCIA EN LA INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL HOGAR Y CENTRO OCUPACIONAL DE ANCIANOS DE SAN VICENTE DE PAÚL ZONA 5”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Carmen María Véliz Escobar

CARNÉ: 2013-15981
CUI: 2553-07209-0101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Dr. Walter Omar Paniagua y revisado por la Licenciada Suhelen Patricia Jiménez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



SECRETARIA

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizabal
SECRETARIA

/Gaby

UG-174-2018

Guatemala, 01 de agosto de 2018

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Señores Miembros:



Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, lo estudiantes **CARMEN MARÍA VÉLIZ ESCOBAR, CARNÉ NO. 2553-07209-0101 y Registro de Expediente de Graduación No. L-45-2018-C-**, ha completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- 10 créditos académicos del Área de Desarrollo Profesional
- 10 créditos académicos por Trabajo de Graduación
- 15 créditos académicos por: Exoneración Examen Técnico Profesional Privado según Acta CINCUENTA DOS MIL DIECISIETE (50-2017) de la sesión celebrada por el consejo Directivo el 07 de agosto de 2017.

Por lo antes expuesto, con base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación "**RELACIÓN ENTRE CAPITAL SOCIAL, AFRONTAMIENTO Y RESILIENCIA EN LA INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL HOGAR Y CENTRO OCUPACIONAL DE ANCIANOS DE SAN VICENTE DE PAÚL ZONA 5**", mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología –CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 20 de julio del año 2018.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Atentamente,



M.A. MAYRA LUNA DE ALVAREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN

Lucía G.
CC. Archivo
ADJUNTO DOCUMENTOS SEGÚN ANEXO ADHERIDO.

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUMUSAC

RECIBIDO
01 AGO 2018

FIRMA: UVI HORA: 15:49 Registro: 681



INFORME FINAL

Guatemala, 26 de julio de 2018

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que la licenciada **Suhelen Patricia Jiménez** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“RELACIÓN ENTRE CAPITAL SOCIAL, AFRONTAMIENTO Y RESILIENCIA EN LA INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL HOGAR Y CENTRO OCUPACIONAL DE ANCIANOS DE SAN VICENTE DE PAÚL ZONA 5”.

ESTUDIANTE:
Carmen María Véliz Escobar

DPI. No.
2553072090101

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 20 de julio de 2018 por el Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. Se recibieron documentos originales completos el 25 de julio de 2018, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
“Mayra Gutiérrez”

**Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio “A”
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530**



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**



**CIEPs. 062-2018
REG. 046-2017**

Guatemala, 26 de julio de 2018

**Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas**

Licenciado Espinoza:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

“RELACIÓN ENTRE CAPITAL SOCIAL, AFRONTAMIENTO Y RESILIENCIA EN LA INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL HOGAR Y CENTRO OCUPACIONAL DE ANCIANOS DE SAN VICENTE DE PAÚL ZONA 5”.

**ESTUDIANTE:
Carmen María Véliz Escobar**

**DPI. No.
2553072090101**

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 20 de julio 2018, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


**Licenciada Suhelen Patricia Jiménez
DOCENTE REVISORA**



**Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio “A”
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530**

Guatemala, 19 de febrero de 2018

Coordinación

Centro de Investigaciones en Psicología – CIEPs –

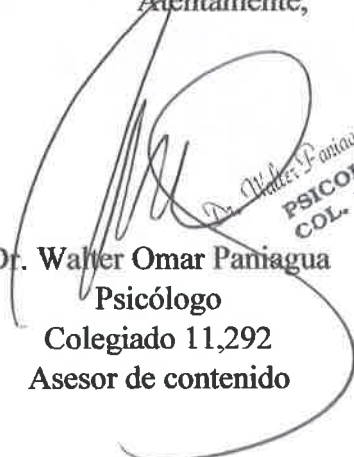
“Mayra Gutiérrez”

Por este medio me permito informar que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe final de investigación titulado “Relación entre capital social, afrontamiento y resiliencia en la incidencia de depresión en el adulto mayor institucionalizado en el Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos de San Vicente de Paúl zona 5” realizado por la estudiante Carmen María Véliz Escobar, CUI 2553 07209 0101.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, suscribo,

Atentamente,



Dr. Walter Omar Paniagua
Psicólogo
Colegiado 11,292
Asesor de contenido

Dr. Walter Omar Paniagua Solórzano
PSICOLOGO
COL. 11,292

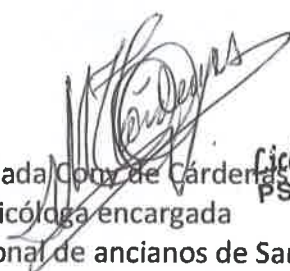
Guatemala, 29 de noviembre de 2017

Licenciado
Estuardo Espinoza
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs)
"Mayra Gutierrez"

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que la estudiante Carmen María Véliz Escobar, carné 201315981 realizó en esta institución 36 entrevistas y 9 talleres psicoeducativos a adultos mayores como parte del trabajo de investigación titulado: "Relación entre capital social, afrontamiento y resiliencia en la incidencia de depresión en el adulto mayor institucionalizado en el Hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl zona 5", en el período comprendido del 01 de julio al 29 de noviembre del presente año, en horario matutino (8:00 a 12:00 horas).

La estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro participar, me suscribo.


Licenciada María de Cárdenas
Psicóloga encargada

Licda. María de Cárdenas
PSICÓLOGA CLÍNICA
Col. 7986

Hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl
Teléfono: 2335 - 5514



Hogar y Centro Ocupacional
de Ancianos
San Vicente de Paúl
28 Calle 25-28 Zona 5
Tel: 2335-5514 • 2335-5913
hogarancianos@escasvin.org.gt

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR CARMEN MARÍA VÉLIZ ESCOBAR

DOCTOR RODOLFO EDMUNDO VÉLIZ CORZO
MÉDICO CIRUJANO PEDIATRA Y EPIDEMIÓLOGO
COLEGIADO No. 2996

LICENCIADA FLOR DE MARÍA PALENCIA
PSICÓLOGA CLÍNICA
COLEGIADO No. 1813

Dedicatorias

A mi padre José Fidel Véliz Corzo, por su gran sacrificio con respecto a mi educación y por enseñarme que el amor incondicional es el más grande patrimonio que un padre puede dejar a sus hijos. A mi madre Isabel Cristina Escobar Álvarez, por su amor, paciencia y comprensión, pero sobre todo por siempre confiar en mi discernimiento y mostrarme que cada día podemos ser mejores seres humanos.

A mis hermanos, José Fidel, Juan Pablo, Pedro Andrés y Roberto Vinicio, pues ustedes son las personas a las que me debo, con las que crecí y aprendí a vivir, porque a pesar de cualquier adversidad siempre estuvimos juntos y poco a poco vamos cumpliendo nuestros sueños y creciendo como profesionales y personas.

A toda mi familia que me acompaña y apoya, en especial a mi tío Rodolfo, por enseñarme el amor por el conocimiento y que un gran logro solo se obtiene con mucha inteligencia, esfuerzo y perseverancia.

A Mario Barrios, porque fuiste mi compañero y mejor amigo desde que te conocí, por nunca dejarme sola y disfrutar conmigo de los buenos y malos momentos, y por amarme y cuidar de mí. Y a su familia, Mario, Leslie y Nicol, por ser una segunda familia en mi vida y apoyarme desinteresadamente.

A mis amigos cercanos que me acompañaron en cada etapa de esta travesía, pues aprendimos juntos de muchas cosas, pero principalmente lo valiosa que es la amistad sincera. En especial, a Nidia Estrada, pues es de esas pocas amistades verdaderas que algunos tenemos la suerte de encontrar.

A mis catedráticos, que más que enseñarme un par de teorías abrieron mi mente y me enseñaron a pensar con mayor juicio crítico, en especial a Flor de María Palencia que me ayudó a redescubrir aquella psicología que más me apasiona.

A todos los guatemaltecos que cada día se enfrentan valientes a la vida en un país desigual y corrupto, pero a la vez sumamente hermoso, y que con su trabajo lograran que Guatemala remonte su vuelo y salga adelante.

Agradecimientos

Al ser supremo y universal, por su infinito amor, por el regalo que la vida y la oportunidad de culminar esta etapa con éxito, incluso en los momentos donde fue más necesaria la paciencia y la perseverancia.

A mi alma mater, la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, por darme la oportunidad de una educación de excelencia académica y profesional.

A mi asesor de contenido, el Doctor Walter Omar Paniagua Solórzano, por su apoyo incondicional y su gran amistad, que va más allá del compromiso profesional y llega al genuino amor por el conocimiento.

A mi revisora de tesis, la Licenciada Suhelen Patricia Jiménez, por su profesionalismo y por brindarme su conocimiento en este proceso de mi formación académica.

A todos los trabajadores del Hogar y Centro Ocupacional San Vicente de Paúl, en especial a la Licenciada Cony de Cárdenas, por abrirme las puertas y orientarme durante el trabajo de campo.

A los adultos mayores del Hogar y Centro Ocupacional San Vicente de Paúl, por sus muestras de cariño, sus historias y sus consejos, por todo el aprendizaje que adquirí cada día de trabajo.

Al pueblo de Guatemala, porque mi formación académica la debo a ustedes, y como profesional egresada de esta prestigiosa casa de estudios confirmo mi compromiso con mi nación.

Índice de contenido

Resumen	
Prólogo	
Capítulo I	4
1. Planteamiento del problema y marco teórico	4
1.01. Planteamiento del problema	4
1.02. Objetivos	7
1.03. Marco teórico	8
Capítulo II	25
2. Técnicas e instrumentos	25
2.01. Enfoque y modelo de investigación	25
2.02. Técnicas	26
2.03. Instrumentos	29
2.04. Operacionalización de objetivos	32
Capítulo III	35
3. Presentación, análisis e interpretación de los resultados	35
3.01. Características del lugar y de la muestra	35
3.02. Presentación y análisis de resultados	37
3.03. Análisis general	54
Capítulo IV	65
4. Conclusiones y recomendaciones	65
4.01. Conclusiones	65
4.02. Recomendaciones	67
4.03. Referencias	68
5. Anexos	72
5.01. Consentimiento informado	72
5.02. Datos sociodemográficos	74
5.03. Escala de valoración geriátrica de depresión Yesavage	76
5.04. Escala de capital social personal de Chen X	79
5.05. Escala de resiliencia (ER) de Wagnild y Young	84
5.06. Cuestionario de afrontamiento del estrés – CAE de Sandín y Chorot	86
5.07. Planificación de talleres	89

Índice de tablas

Tabla 1. Definición e indicadores de variables.	25
Tabla 2. Operacionalización de objetivos.	32
Tabla 3. Caracterización sociodemográfica de la muestra.	37
Tabla 4. Caracterización sociodemográfica de la depresión.	38
Tabla 5. Caracterización sociodemográfica del capital social.	40
Tabla 6. Caracterización sociodemográfica de la resiliencia.	42
Tabla 7. Caracterización sociodemográfica del afrontamiento.	44
Tabla 8. Correlación general de las variables.	46
Tabla 9. Correlación de los tipos de capital social.	48
Tabla 10. Correlación de los componentes de la resiliencia.	50
Tabla 11. Correlación de los mecanismos de afrontamiento.	52

Resumen

Relación entre capital social, afrontamiento y resiliencia en la incidencia de depresión en el adulto mayor institucionalizado en el Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos de San Vicente de Paúl zona 5.

Autora: Carmen María Véliz Escobar

Esta investigación establece la relación entre capital social, afrontamiento y resiliencia con indicadores de depresión en el adulto mayor institucionalizado en el Hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl zona 5, durante el año 2017. La orientación metodológica es cuantitativa y el alcance correlacional. Inicialmente se llevó a cabo una evaluación con el total de la población utilizando la escala de valoración geriátrica de depresión. La muestra se seleccionó por conveniencia de las evaluaciones que presenten indicadores de depresión y que llenen los criterios de inclusión, donde se evaluaron las variables: capital social, resiliencia y afrontamiento. Para recolectar la información se empleó un cuestionario unificado a partir de las pruebas: Escala de capital social personal, Escala de resiliencia, Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE). Se realizó un análisis de las posibles correlaciones utilizando el coeficiente de correlación de Spearman, con un nivel de confiabilidad del 95%. Se establecieron las relaciones entre las variables descritas, y se implementaron talleres con base a los resultados empíricos en la población. Se concluyó que, sí existen correlaciones leves y moderadas entre la depresión con el capital social ($r = -.33$), resiliencia ($r = .49$) y afrontamiento ($r = .16$).

Prólogo

En la actualidad, el senescente se encuentra en un papel menospreciado y discriminado de la población. La desvalorización cultural que se le da al adulto mayor contrasta con la valoración que culturas antiguas le daban. Actualmente el anciano representa una carga más, se le ve como un niño indefenso al que hay que cuidar, incapaz de hacer algo funcional en el sistema económico y social. Cobra vital importancia llevar a cabo investigaciones con dicha población para generar nuevas ideas sobre su valoración e integración en la sociedad, venciendo los mitos que existen sobre la tercera edad.

Con la presente tesis se generó conocimiento sobre este grupo discriminado, con el fin ampliar la perspectiva que se tiene sobre el mismo. Al trabajar depresión, una de las patologías que aumenta su riesgo de incidencia con la edad y es frecuente en ancianos institucionalizados, se amplió la visión de dicha sintomatología y sus formas de abordarla, proponiendo que la misma se encuentra relacionada con diversas variables; por lo que, trabajando en dichas variables, se puede trabajar indirectamente la sintomatología depresiva en posteriores estudios.

El objetivo de investigación fue establecer la relación entre capital social, afrontamiento y resiliencia con indicadores de depresión en el adulto mayor institucionalizado en el Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos de San Vicente de Paúl zona 5 durante el año 2017. Para ello fue necesario identificar la presencia de indicadores de depresión; y posteriormente medir y establecer los niveles, componentes y mecanismos, del capital social, resiliencia y afrontamiento respectivamente.

El estudio se llevó a cabo en el Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paúl, el cual forma parte de la Asociación de Señoras de la Caridad de San Vicente de Paúl – ASCAVIP. Fue fundado en 1983, actualmente lleva 34 años de servicio. Brinda vivienda, alimentación, atención médica, psicológica, fisioterapia, terapia ocupacional, servicio social y de enfermería a hombres y mujeres. Es una asociación privada, sin embargo, brinda ayuda social a personas de escasos recursos. Se encuentra ubicada en 28 calle 25-28 zona 5, Ciudad de Guatemala, y el horario de atención administrativa es de 8:00 a 17:00 horas de lunes a viernes.

El muestreo fue por conveniencia, y se delimitó a los adultos mayores que cumplieran con todos los criterios de inclusión establecidos previamente. De modo que, del total de la población de la institución, la cual estaba conformada por 68 ancianos, se evaluó únicamente a 36 de ellos. Por el tamaño final de la muestra los resultados obtenidos no son generalizables, y por lo tanto solo son aplicables para esta población, siendo esta una de las limitaciones del estudio.

Los alcances de la investigación fueron establecer las correlaciones entre las variables establecidas utilizando el coeficiente de correlación de Spearman, con un nivel de confiabilidad del 95%, con lo que se llegó a conclusiones; vinculando la teoría con los resultados obtenidos; sobre las relaciones entre la depresión, el capital social, la resiliencia y el afrontamiento. Así mismo, se llevaron a cabo talleres psicoeducativos basados en los hallazgos empíricos, lo cual tiene relevancia social ya que permitió abordar de forma educativa las deficiencias encontradas en la población del estudio, así como tener un mayor contacto con la población del estudio.

Entre los aportes y beneficios obtenidos, se puede mencionar el valor teórico que tuvo la ampliación de la dinámica de la depresión al identificar las correlaciones de esta con el capital social, la resiliencia y el afrontamiento. Asimismo, la ejecución de talleres basados en los hallazgos empíricos generó un aporte social a la población del estudio. Por otro lado, se aportó un nuevo enfoque metodológico en el estudio del adulto mayor en Guatemala, ya que se profundizó en el tema por medio del diseño correlacional, algo poco estudiado en el país.

Para finalizar, quiero aprovechar este espacio para agradecer a todos los empleados de la institución Hogar y Centro Ocupacional San Vicente de Paúl zona 5, y a los adultos mayores que colaboraron voluntariamente en el presente estudio, pues permitieron no solo que culminara una etapa en mi proceso de formación, sino que aportar a la ciencia y al desarrollo de nuevas herramientas teóricas en el campo de la psicología.

Capítulo I

1. Planteamiento del problema y marco teórico

1.01. Planteamiento del problema

La población senescente es un tema relevante en los estudios de psicología actuales. En muchos países las tasas de adultos mayores están aumentando exponencialmente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2002 afirma que “entre 1970 y 2025, se prevé que la población con más edad aumente en unos 694 millones, o el 223 por ciento. En 2025, habrá un total de cerca de 1,2 billardos de personas con más de 60 años” (p. 76).

El envejecimiento de la población es un tema que ya se deja ver en la actualidad, sobre todo en países de primer mundo donde la esperanza de vida ha aumentado, sin embargo, se espera que para el 2025 el 80% de la población mayor de 60 años viva en países en vías de desarrollo (OMS, 2002).

Junto al aumento de dicha población, se observa un descuido de la misma. En Guatemala es algo común observar adultos mayores abandonados en las calles llevando a cabo trabajos informales, incluso pidiendo limosna. En las instituciones como hogares que reciben a esta población, es frecuente encontrar ancianos que han sido abandonados por sus familiares. En esta cultura se ve al adulto mayor como poco productivo y poco funcional (Estrada, Cardona, Segura, Ordoñez, Osorio & Chavarría, 2013), todo esto conlleva a los ejemplos anteriormente mencionados, al maltrato, a la negligencia, y al descuido, entre otros.

La depresión constituye un problema común en la población gerontológica (Estrada, et al., 2013). Estudios afirman que una cuarta parte de los adultos mayores que viven en comunidad presentan trastornos mentales, sin embargo, estas cifras se disparan hacia la vertiente patológica en los senescentes institucionalizados (Triadó, 2014). Uno de los aspectos que aumentan la problemática es el envejecimiento de la población, debido principalmente a decrecientes tasas de fertilidad y aumento de la longevidad; consecuentemente, el problema de depresión y otros trastornos del estado de ánimo en dicha población es un tema que con el tiempo está dando más trabajo.

Según Triadó (2014), los trastornos mentales en esta etapa de la vida se manifiestan y se relacionan con aspectos tanto biológicos como psicosociales, los últimos íntimamente ligados a los sentimientos de abandono y soledad concomitantes. Este mismo autor enfatiza en el problema del anciano institucionalizado, cuyas redes de apoyo tienden a ser pocas o inexistentes, y en cuyos casos aumentan las probabilidades de que se presente un cuadro depresivo. Así mismo, este autor toma en cuenta los propios recursos psicológicos que poseen los senescentes para enfrentarse a las dificultades de la vida.

Con base a lo anterior se afirma que el nivel de capital social influye directamente en la salud mental del adulto mayor, ya que aumenta los recursos con los que la persona cuenta para afrontar las vicisitudes propias de la etapa del desarrollo en la que se encuentra (Arriagada, 2006). Así mismo, otro tipo de recursos con los que los senescentes pueden enfrentar esta etapa de la vida se relacionan más con aspectos psicológicos que psicosociales, como es el caso de la resiliencia y las diversas estrategias de afrontamiento.

Tanto la resiliencia como el afrontamiento constituyen factores psicológicos que se desarrollan a lo largo de la vida, cambian a lo largo del tiempo de acuerdo con las experiencias (Melillo, Suárez & Rodríguez, 2006). Los tres factores mencionados; capital social, resiliencia y afrontamiento, se influyen mutuamente, y están relacionados, como se mencionó anteriormente, con la capacidad del individuo de enfrentarse a las dificultades, y por tanto, con la presencia o ausencia de trastornos mentales, como la depresión.

Independientemente de si son psicológicos o psicosociales, identificar con qué recursos cuentan los ancianos es necesario para comprender de qué forma están enfrentando los desafíos de su vida. Se puede entender que la depresión en el adulto mayor no puede trabajarse si no es desde un enfoque multidisciplinario (Baile, 2007), en el cual se visualicen los diversos factores que intervienen y se relacionan para que este trastorno mental se manifieste.

El problema en la sociedad guatemalteca actualmente es el de los recursos económicos limitados. Resulta necesario buscar métodos alternos que requieran de menos recursos para disminuir los niveles de depresión en esta población; es decir, métodos que aborden otras variables relacionadas para prevenir la incidencia de este trastorno, así como para abordarla de forma indirecta. Para ello, es primordial conocer los recursos (capital

social, resiliencia y afrontamiento) con que cuentan los ancianos, y el efecto que tienen en sus vidas, ya sea por la presencia o ausencia de estos.

Con base a lo expuesto, el presente estudio se enfocó en indagar tres variables psicosociales relacionadas con la depresión en el adulto mayor, las cuales son capital social, resiliencia y afrontamiento. Se realizó un estudio correlacional para determinar cuál es la que presenta mayor relación con la depresión; de modo que, por medio de la comunicación de resultados a la institución y la implementación de talleres basados en los hallazgos con la muestra de estudio, se generaran nuevas líneas de acción que la institución puede tomar en un futuro para mayor beneficio de la población.

Dicha problemática generó el siguiente cuestionamiento: ¿Cuál es la relación entre indicadores de depresión, capital social, afrontamiento y resiliencia en adultos mayores institucionalizados en el hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl ubicado en la zona 5 de la capital de Guatemala?

De forma específica se respondieron a las siguientes preguntas: ¿existen indicadores de depresión en el adulto mayor institucionalizado en el hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl ubicado en la zona 5 de la capital de Guatemala?, ¿cuáles son los niveles de capital social en el adulto mayor institucionalizado en el hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl ubicado en la zona 5 de la capital de Guatemala?, ¿cuáles son los mecanismos de afrontamiento que se presentan en los adultos mayores institucionalizados en el hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl ubicado en la zona 5 de la capital de Guatemala?, ¿qué componentes de resiliencia se presentan dentro de los adultos mayores institucionalizados en el hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl ubicado en la zona 5 de la capital de Guatemala?

1.02. Objetivos

Objetivo general.

Establecer la relación entre capital social, afrontamiento y resiliencia con indicadores de depresión en el adulto mayor institucionalizado en el Hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl zona 5 durante el año 2017.

Objetivos específicos.

- Identificar la presencia de indicadores de depresión en el adulto mayor institucionalizado en el Hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl zona 5.
- Determinar los niveles de capital social en el adulto mayor institucionalizado en el Hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl zona 5.
- Evaluar los mecanismos de afrontamiento que se presentan en los adultos mayores institucionalizados en el Hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl zona 5.
- Identificar los componentes de resiliencia que se presenta dentro de los adultos mayores institucionalizados en el Hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl zona 5.
- Implementar talleres educativos basados en la variable que presenta mayor correlación con los indicadores de depresión de los adultos mayores institucionalizados en el Hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl zona 5.
- Divulgar información con la población con base en los hallazgos empíricos.

1.03. Marco teórico

Contexto guatemalteco de la problemática.

Richter (2014) realizó un artículo en el sitio web del Movimiento sindical, indígena y campesino guatemalteco – MSICG, sobre la situación del adulto mayor en Guatemala. El autor recopila información estadística al respecto. De acuerdo con los estudios demográficos de proyección de población en la República de Guatemala, realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), la población total del país en el 2011 era de catorce millones ciento setenta y tres mil setecientos sesenta y tres habitantes. De acuerdo con la edad de los habitantes del país, se estima que los adultos mayores en Guatemala (con edades de 64 años o más) representan aproximadamente novecientos mil habitantes, lo que constituyen un 6.2 por ciento de la población total.

Según Richter (2014), los diversos análisis efectuados en relación con la situación de los senescentes en Guatemala muestran un panorama bastante desalentador, pues la mayor parte de ellos vive en situación de pobreza y pobreza extrema. Algunas consecuencias de esta situación son desnutrición, poco acceso a servicios de Salud (ya sea en el sistema público o privado), poco acceso a vivienda y a fuentes de trabajo. No se ha logrado constituir un sistema institucional que brinde respuestas a las demandas sociales del adulto mayor, esta problemática se observa tanto en el área urbana como en la rural.

Esta situación tiene consecuencias sociales negativas, en especial por la falta de integración social de dicho grupo en la comunidad, impidiendo que participen de forma activa para proponer y aplicar políticas públicas que promuevan su bienestar como grupo social. La sociedad guatemalteca se caracteriza por tener gran cantidad de prejuicios, prácticas y actitudes discriminatorias hacia los ancianos, y sumado a la falta de voluntad política de los gobiernos, la problemática tiende a agravarse conforme aumenta la población.

Antecedentes sobre el problema de investigación.

Se han llevado a cabo múltiples estudios que abordan la depresión en el adulto mayor institucionalizado y la relacionan con diversas variables. Se mencionarán algunos de los antecedentes encontrados. Estrada et al. (2013) llevaron a cabo una investigación y

publicaron un artículo científico al respecto. Fue realizada en Medellín, Colombia; se trató de un estudio descriptivo transversal que identificó y relacionó aspectos demográficos, de apoyo social, condiciones de salud percibida, capacidad funcional, satisfacción personal, nivel de depresión, nivel de ansiedad, mini evaluación nutricional y calidad de vida en adultos mayores.

Otra investigación realizada al respecto fue llevada a cabo por Lizárraga, Ramírez, Aguilar y Díaz (2006). El estudio analítico transversal realizado en México relacionó los factores de riesgo psicosociales (género, tipología familiar, apoyo social, actividad física, pluripatología, polifarmacia, dependencia económica, productividad económica, asistencia a asociaciones de convivencia, escolaridad y estado civil) con los indicadores de depresión en población de militares retirados. Ambas investigaciones hicieron uso de la técnica de cuestionario para identificar los niveles y presencia de las diversas variables. Así como los presentes ejemplos, se han llevado a cabo varios estudios en Latinoamérica que pretenden identificar diversos factores relacionados con indicadores de depresión en el adulto mayor.

Por otro lado, también se han llevado a cabo investigaciones que evalúan las variables del presente estudio (capital social, resiliencia y afrontamiento) en el adulto mayor. Como un estudio comparativo realizado por Stefani y Feldberg (2006) sobre el estrés y los estilos de afrontamiento en la vejez en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. Arco (2016) llevó a cabo una investigación sobre el capital social en las mujeres usuarias de la red pública de la atención primaria de salud. Herrera, Elgueta y Fernández (2014) estudiaron el capital social de personas mayores en Chile, relacionándolo con la participación en asociaciones y satisfacción personal. Cruz (2015) realizó una tesis que indagó en el papel de la resiliencia en las personas mayores institucionalizadas.

Se han realizado múltiples investigaciones relacionadas con el tema de la presente tesis, algunas de las cuales fueron anteriormente mencionadas. Estos antecedentes permiten tener un panorama del estado de arte del tema de investigación, así mismo han sido de utilidad para la búsqueda de instrumentos y técnicas a utilizar.

Marco institucional.

Según el sitio web de la Asociación de Señoras de la Caridad de San Vicente de Paúl – ASCAVIP (2013), dicha asociación es de tipo civil privada, no lucrativa, creada esencialmente para dar servicio social; católica, apolítica, y de duración indefinida. Cuenta con personalidad jurídica plena para ejercer derechos y contraer obligaciones. La asociación fue fundada en 1864 por un grupo de señoras de la sociedad guatemalteca, que con ayuda de las Hermanas de la Caridad, brindaron ayuda a pobres y necesitados de áreas marginales de la Ciudad de Guatemala. En 1870 se funda la primera obra, que fue el Hogar de ancianas; actualmente la fundación cuenta con ocho obras, en donde atienden desde niños y niñas, hasta adultos mayores.

La visión de la fundación es “transformar, con acciones solidarias, a personas en situaciones de pobreza para mejorar su entorno” (ASCAVIP, 2013). Su misión expone, “Somos una asociación humanitaria integrada por voluntarias y un equipo de trabajadores, que siguiendo la mística de San Vicente de Paúl, ofrece a las familias necesitadas, acciones y servicios solidarios en apoyo al mejoramiento de su calidad de vida” (ASCAVIP, 2013).

El Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paúl fue fundado en 1983, actualmente lleva 34 años de servicio. Brinda vivienda, alimentación, atención médica, psicológica, fisioterapia, terapia ocupacional, servicio social y de enfermería a hombres y mujeres. Es una asociación privada, sin embargo, brinda ayuda social a personas de escasos recursos. Se encuentra ubicada en 28 calle 25-28 zona 5, Ciudad de Guatemala, y el horario de atención administrativa es de 8:00 a 17:00 horas de lunes a viernes.

Psicología de la vejez.

El adulto mayor institucionalizado.

Triadó (2014) resume el envejecimiento en cinco cambios biológicos básicos: cambios en la composición química del cuerpo, cambios degenerativos globales, menor capacidad de responder de forma adaptativa a las variaciones ambientales, incremento en la vulnerabilidad a numerosas enfermedades, y aumento exponencial a la probabilidad de muerte. Se puede entender que el envejecimiento es un proceso universal, progresivo, intrínseco, irreversible y degenerativo.

Existen muchos factores relacionados con los arreglos de alojamiento de los ancianos, las influencias sociales son amplias, así como los aspectos no normativos relacionados con la esfera personal y familiar del senescente. Según Papalia (2009), la mayor parte de ancianos prefiere vivir en comunidad y tienden a sentirse mejor que quienes viven institucionalizados.

El uso de instituciones para el cuidado del adulto mayor varía significativamente alrededor del mundo, sin embargo, este porcentaje no es tan elevado. Así mismo, varían las condiciones de las instituciones; un buen asilo “ofrece actividades estimulantes y compañía, así como un amplio rango de servicios sociales, terapéuticos y de rehabilitación” (Papalia, 2009, p. 381). En Guatemala, la situación económicamente inestable y decadente imposibilita que las instituciones gubernamentales cuenten con todas las condiciones necesarias para cumplir con sus labores, incluyendo las instituciones gerontológicas.

Estrada, et.al (2012) refieren que “el mismo proceso de institucionalización ha sido documentado por algunos autores como desencadenante de procesos depresivos” (p. 91). Explican que en el proceso de institucionalización se presentan algunas características negativas, como son el cambio de contexto para el adulto mayor; la falta de reconocimiento y sentido de pertenencia con sus vecinos, amigos y familiares; el sentimiento de carga e inutilidad; el sentimiento de desarraigo y aislamiento con el medio; el maltrato que en ocasiones de observa; por nombrar algunas.

Según Papalia (2009) las personas que viven solas se encuentran en mayor riesgo de ser institucionalizados, así como quienes no forman parte de actividades sociales, quienes tienen pobre salud o discapacidad, y quienes cuyos cuidadores están limitados en tiempo. El riesgo de pasar tiempo en un asilo aumenta drásticamente con la edad.

Existe un aspecto importante al respecto que rara vez es tomado en cuenta, y este es el de cargas y tensiones del cuidador. Cuando los ancianos se vuelven más vulnerables, la carga de cuidado puede implicar gran tensión. Según Papalia (2009) “el agotamiento (burnout) del cuidador es cansancio excesivo físico, mental y emocional que afecta a muchos adultos que cuidan a parientes ancianos” (p. 383). Las demandas incesantes pueden relacionarse con cuidados inadecuados en los adultos mayores, e incluso el cuidador más paciente y amoroso puede frustrarse.

Este problema es relevante, ya que en muchos casos en los que los hijos se ven sobrecargados por el cuidado que sus padres, terminan por institucionalizar a los mismos. Así mismo, el agotamiento del cuidador también pueden experimentarlo las personas que laboran en las instituciones, por lo que la población senescente entra en un panorama no muy alentador. Cabe mencionar que, según las estadísticas, la mayor parte de instituciones a nivel mundial no cuentan con el personal y los recursos necesarios para el cuidado de su población (Rodríguez & Lazcano, 2007).

Según Rodríguez y Lazcano (2007), los desafíos que implica el envejecimiento no son caridad o privilegio, son un derecho, compromiso y obligación social. Estos autores enumeran tres modelos principales de la atención institucionalizada del adulto mayor:

- * Deben de ser de carácter multidimensional, holístico, con un enfoque preventivo que favorezca el buen envejecimiento
- * Han de extenderse a todos los niveles de atención
- * Se sustentarán en la capacitación profesional y en la promoción de una cultura del buen envejecer que permita la apertura de alternativas y oportunidades

El envejecimiento activo.

El envejecimiento de la población representa uno de los mayores triunfos del siglo XXI, ya que los adultos mayores ofrecen valiosos recursos que, aunque tienden a ser ignorados, contribuyen a la estructura social. Pero así mismo, se trata de un desafío, pues impone mayores exigencias sociales y económicas (Organización Mundial de la Salud – OMS, 2002). De igual forma, es una realidad que la población envejece año tras año, según la OMS (2002), “en el año 2002, casi 400 millones de personas mayores de 60 años vivían en el mundo en vías de desarrollo. Para 2025, esta cifra se habrá incrementado hasta aproximadamente 840 millones, lo que representa el 70 por ciento de todas las personas mayores del mundo” (p. 77).

Además de este crecimiento de la población senescente, según Barrios (2001) el mundo actual está fundido en la competencia económica, por lo que la vejez y la invalidez mental o física representan obstáculos sociales ya que constituyen esfuerzos improductivos. En la mayoría de los países se ve al anciano como una carga, incluso como un niño al que

hay que limitar. Es común escuchar que se les diga a adultos mayores: “¡no hagas, no te muevas, no te esfuerces en nada! Parece ser una consigna nociva de lo inerte en los familiares” (Barrios, 2001, p. 51). Resulta una distorsión impuesta sobre la inutilidad del anciano, lo cual termina introyectándose y convirtiéndose en una realidad.

Debido a esto, uno de los temas centrales de la investigación gerontológica en la actualidad es el estudio de maneras más satisfactorias de envejecer (Triadó, 2014). La OMS (2002) utilizó el término *Envejecimiento activo* para referirse al envejecimiento como una experiencia positiva, donde haya oportunidades de salud, participación y seguridad. Por otro lado, Triadó (2014) lo llamó *Envejecimiento satisfactorio*, sin embargo, ambos conceptos son igualmente válidos. En el presente estudio se utilizará envejecimiento activo. Para que este se presente se requieren tres aspectos: “una baja probabilidad de padecer enfermedades y discapacidades asociadas, una capacidad funcional alta tanto desde el punto de vista físico como cognitivo, y una implicación activa con la vida” (Triadó, 2014, p. 26).

Un aspecto importante dentro del envejecimiento activo es la independencia y autonomía que un adulto mayor debe tratar de prolongar. Evidentemente, a cierta edad el cuerpo deja de funcionar como solía hacerlo, y en algunos casos (no la mayoría), los ancianos requerirán ayuda casi total de sus redes de apoyo. Por tal razón, la OMS (2002) también toma en cuenta la interdependencia y la solidaridad intergeneracional para que la vejez se viva de forma activa. Es fundamental enfatizar en este punto que “las posibilidades humanas de realización nunca terminan. Siempre somos un proyecto por actualizarse... Cada día viajamos contra reloj desde que somos conscientes de la duración” (Barrios, 2001, p. 32). La vida siempre es una oportunidad de crecimiento, y el valor vida es lo más importante a defender.

La depresión en el adulto mayor.

Beck (2009) entiende la depresión como “un trastorno del afecto caracterizado por estados de tristeza prolongada en el tiempo, intolerancia a las frustraciones, agotamiento y cambios en todos los aspectos generales de la vida” (p. 19). Según este autor, la depresión tiene un componente cognitivo que implica una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, la cual llama triada cognitiva. La depresión puede ser entendida como un

conjunto de creencias y pensamientos que generan esquemas distorsionados de pensamientos, o errores cognitivos. Desde este enfoque se explican todos los síntomas que presentan las personas que se encuentran enfrentado una depresión, sin embargo, la depresión en adultos mayores tiene variantes.

En los adultos mayores, según Rodríguez y Lazcano (2007), el estado depresivo que suele observarse corresponde a lo que se conoce como distimia, una manifestación depresiva más lenta y que en ocasiones no se reconoce, y en el caso del senescente, suele atribuirse como un modo erróneo de su propio envejecimiento. Barrios (2001) define la distimia como “el desequilibrio afectivo incompatible con las experiencias que se viven” (p. 93). Así mismo, dichos estados depresivos tienden a relacionarse con enfermedades sistémicas y crónicas, ya sea por un motivo biológico, o bien por sus efectos psicológicos y sociales. Resulta muy significativo el sentimiento de carga que experimentan algunos senescentes, lo que se relaciona directamente con los estados depresivos (Barrios, 2001).

Un aspecto fundamental relacionado con la etiología de la depresión en el adulto mayor es el tema de las pérdidas. Esta etapa de la vida se caracteriza por el aumento de pérdidas (cónyuge, familia, amigos, trabajo, rol familiar y social, estatus económico, etc.). Esto provoca que en los ancianos se activen mecanismos de adaptación, los cuales, de no resultar eficientes, resulten en sentimientos de inferioridad y desesperanza. (Rodríguez & Lazcano, 2007). Barrios (2001) explica que cualquier pérdida puede provocar “angustia” en la persona, según la calidad de la pérdida y la historia individual, definiendo está angustia como una respuesta impotente ante el peligro que representa la pérdida, es decir, la separación.

En resumen, se puede afirmar que la depresión en el adulto mayor puede producirse en un período donde predomine la inconformidad, la sensación de fracaso, y el temor al límite final, es decir, a la última de las pérdidas: la muerte. Decae la autoestima, aumenta el sentimiento de inseguridad e inferioridad, aumenta la necesidad de dependencia familiar como última medida de salvación para evitar la pérdida inminente, surgen variados síntomas como insomnio o hipersomnia, anorexia o aumento desmedido del apetito, entre otros, los cuales siempre se relacionan con un impulso de autoagresión causado por el

sentimiento de menosprecio a sí mismo, además de otras ideas distorsionadas relacionadas con la culpa, pesimismo, anhedonia, ansiedad, etc.

Dada la dificultad de diagnosticar la depresión en el adulto mayor, debido a que la sintomatología en ocasiones representa el mismo proceso de envejecimiento (como el retardo psicomotor), es importante llevar a cabo una valoración pertinente. Resulta útil identificar aquellos aspectos de la vida que el anciano solía disfrutar anteriormente (Rodríguez & Lazcano, 2007). En definitiva, es fundamental eliminar todos los prejuicios que se tengan sobre el envejecimiento, ya que ciertos síntomas depresivos suelen ser sobrevalorados o por el contrario ignorados en el momento de la valoración de la depresión.

Para medir la variable depresión en el presente estudio se utilizó la Escala de valoración geriátrica de la depresión de Yesavage, la cual mide cinco factores principales: tristeza, falta de energía, humor positivo, agitación y retraimiento social, los cuales se indagan a través de las preguntas planteadas en la escala (Yesavage & Brink, 1983).

Capital social.

Definición histórica.

El capital social es un concepto que tiene variedad de definiciones debido a que puede ser aplicado en diversos marcos referenciales y políticas públicas. Se basa en la premisa de que el ser humano cuenta con recursos intangibles cuya movilización permite el desarrollo de la persona desde varios puntos de vista (económico, social, cultural, etc.) (Arriagada, 2006). El primero en hablar de capital social fue Pierre Bourdieu, quien desarrolló la idea de espacios sociales y simbólicos que pueden ser representados por diversos actores, los cuales son medibles y cuantificables. Son “Recursos reales o potenciales de una red durable de relaciones”, que tienen los beneficios de permitir la “movilidad social de agentes en la estructura social, evidencia el rol del conflicto y explicitarlas relaciones desiguales de poder”. (Bourdieu, 2011, p. 95).

Bourdieu se enfoca en la importancia de la cultura para el capital social, y como este “nuevo capital” influye en los activos de las personas, dándole al concepto un espacio fundamental en el desarrollo social y económico. Desde esta perspectiva, el Banco Mundial adoptó el concepto, definiendo los tipos de conexiones y lazos sociales que influyen

directamente en las oportunidades económicas (Arriagada, 2006). A partir de este punto, el concepto de capital social está teñido de un tinte económico desde la perspectiva capitalista, y ha logrado que la profundización en el mismo sea posible, pues siendo un concepto medible, ha facilitado la investigación.

Sin embargo, el concepto de capital social, por ser tan variable como se menciona al inicio, varios autores lo han definido y han priorizado diversos aspectos de este, por lo que en la actualidad existe un gran debate por la conceptualización del capital social (Arriagada, 2006). Este autor distingue tres componentes básicos en las múltiples definiciones:

- * “Las fuentes y la infraestructura del capital social, es decir, aquello que hace posible su nacimiento y consolidación (el rol de la cultura).
- * Las acciones individuales y colectivas que esta infraestructura hace posible.
- * Las consecuencias y resultados de estas acciones, que pueden ser positivas o negativas” (p. 11).

La variedad de definiciones y de enfoques hace necesario que en cada estudio a realizar se precise desde que punto de vista se pretende abordar el capital social. En el presente estudio se utilizará el capital social desde una perspectiva cognitiva, basada principalmente en los conceptos de Putnam.

El capital social desde una perspectiva cognitiva.

Putnam (1995) define el capital social como las “características de la vida social (o redes), normas y confianza que permiten a los participantes de una comunidad actuar conjuntamente de manera más eficaz para perseguir objetivos compartidos” (p. 664). Según este autor, el capital social es un recurso que permite que las personas logren varios objetivos y metas en diversas esferas de su vida (familiar, escolar, personal, laboral, etc.), por medio del trabajo cooperativo del colectivo social al que pertenecen.

Desde este enfoque, se enfatiza en la dimensión más subjetiva del capital social, es decir, “los vínculos emocionales, valores y creencias que favorecen la acción colectiva” (Arriagada, 2006, p. 11). Esta visión cognitiva del capital social pone énfasis en la valoración social. Para Putnam (1995), el capital social es una experiencia subjetiva

vinculada a la interacción social, es decir, es la percepción misma que la persona tiene de sus “activos” sociales. Por ejemplo, la persona participa en varios colectivos regular y frecuentemente (la iglesia, el trabajo, el equipo deportivo), y puede percatarse y valorar estos vínculos.

Según Putnam (1995), el capital social puede ser de tres tipos, basándose en los niveles de relación y vínculo en las interacciones sociales, estos son: capital social de unión, capital social de puente y capital social de escalera. Arriagada (2006) los define de la siguiente manera.

- * “Capital social de unión: Redes familiares, de amistad cercana y de vecindad / comunidad. Involucra nexos con pocas personas; y en términos geográficos son nexos con personas que viven muy cerca.
- * Capital social de puente: Redes organizacionales, juntas vecinales, de comunidades de campesinos, de madres solteras, y otras. Formas federativas de organización entre grupos similares.
- * Capital social de escalera: Redes entre grupos y personas de distinta identidad y distintos grados de poder sociopolítico. Nexos que crean relaciones medianamente consolidadas entre personas/comunidades y agencias públicas o no gubernamentales externas. Facilitan el acceso a esferas políticas, a recursos de agencias externas, al apoyo de estas agencias en momentos de crisis o amenaza, u otros.” (p. 14)

Los tres tipos de capital social, que más bien representan niveles del mismo, se encuentran todos presentes en los activos que poseen las personas, en menor o mayor “cantidad”, es por ello que el capital social representa una variable que además de ser medible, puede estimarse en qué nivel se encuentran mayormente las carencias. Comprender que el capital social tiene diversos tipos facilita su manipulación en diversos procesos de investigación.

El capital social se relaciona directamente con el envejecimiento activo, anteriormente mencionado, el cual estipula que el proceso de senectud puede ser un proceso en donde la persona se viva y experimente plenamente. Los niveles altos de capital social

en los adultos mayores contribuyen a un envejecimiento activo, por lo que resulta fundamental tomar en cuenta dicho concepto. Para determinar el nivel de capital social en la población de estudio se utilizará la escala de capital social personal de X. Chen, la cual mide capital social de unión y de puente (Chen, Stanton, Gong, Fang, & Li, 2009).

Resiliencia.

Definición histórica.

El concepto de resiliencia nació en el hemisferio norte con Michael Rutter en Inglaterra y Emmy Werner en Estados Unidos. Posteriormente se extendió a Europa y finalmente a América Latina (Melillo, Suárez, & Rodríguez, 2006, p. 19). Existe amplia variedad de bibliografía al respecto, muchos autores se han dedicado a la profundización de tema de la resiliencia desde que surgió el concepto. Se podría decir, según Melillo et al. (2006), que existen tres corrientes para comprender intelectualmente la resiliencia:

- * La norteamericana, de tinte principalmente conductista, pragmático y centrado en lo individual.
- * La europea, con un enfoque más psicoanalista y ético
- * Y la latinoamericana, con una perspectiva comunitaria y enfoque social

Así mismo, el concepto de resiliencia ha sido estudiado desde la psicología del desarrollo, tomando en cuenta las etapas del ciclo de la vida (Poletti, 2005). Todo lo anterior refleja la variedad de enfoques que se le ha dado al estudio de la resiliencia, por lo que resulta fundamental delimitar desde que puntos de vista se abordará el tema.

En este caso, se entenderá la resiliencia como “la capacidad de los seres humanos sometidos a los efectos de una adversidad, de superarla e incluso salir fortalecidos de la situación.” (Melillo et al., 2006, p. 23). Hablar de resiliencia es pensar que una persona no es víctima pasiva de sus circunstancias, sino un sujeto activo de sus experiencias, un sujeto capaz de enfrentar la vida y hacerse cargo de ella. Implica moderar el efecto negativo del estrés y fomentar la adaptabilidad.

Para medir la variable resiliencia se utilizará la Escala de resiliencia de Wagnild y Young (Wagnild, 2009), la cual toma en cuenta los siguientes componentes de la resiliencia, definidos por Castilla, Coronel, Bonilla, Mendoza & Barboza (2016):

- * “Satisfacción personal: Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta.
- * Ecuanimidad: Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.
- * Sentirse bien solo: Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.
- * Confianza en sí mismo: Habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades.
- * Perseverancia: Persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo de logro y autodisciplina.” (p. 123)

Resiliencia y subjetividad.

Se puede afirmar, entonces, que la resiliencia es una experiencia personal, una experiencia subjetiva. Según Melillo et al. (2006), la subjetividad “es un sistema de representaciones y un dispositivo de producción de significaciones y sentidos para la vida...que determinan en conjunto los comportamientos prácticos del individuo” (p. 25). La subjetividad gobierna la experiencia individual de la persona, y esta a su vez, está constituida por las vivencias particulares, sobre todo aquellas que ocurrieron en los primeros años de vida.

La resiliencia se construye en la subjetividad humana, no se encuentra predeterminada genéticamente, las experiencias van formando esta capacidad. Poletti (2005), citando a Friedrich Loesel, describe algunos aspectos fundamentales para comprender la resiliencia. En primer lugar, esta puede manifestarse en las situaciones en las que existe un riesgo significativo por acumulación de estrés y tensión. En segundo lugar, también se puede manifestar cuando la persona logra conservar aptitudes en situaciones de riesgo y así conservar la armonía. Y, en tercer lugar, la resiliencia también se puede dar

cuando se solucionan uno o varios traumas. Con esto se observa que la resiliencia siempre está en directa relación con las circunstancias.

Según Brooks y Goldstein (2004), las personas resilientes “son lo que tienen una serie de presunciones o actitudes sobre ellos mismos que influyen en su conducta y en las habilidades que desarrollan” (p. 19). Así mismo, estos autores comentan que estas conductas influyen en diversas presunciones. Lo que aquí se observa es un proceso dinámico entre factores endógenos y exógenos. A este conjunto de factores, los autores lo definen como “mentalidad resiliente”, la cual no implica que el estrés y la tensión desaparezcan, sino que la persona podrá manejar de mejor manera las adversidades.

Resiliencia y los ciclos de la vida: envejecimiento.

Durante la vejez, la resiliencia representa un desafío particular, representa una etapa de adaptación a las pérdidas y a la dolorosa dependencia, representa una etapa de imponer un nuevo balance (Poletti, 2005). Cuando las personas llegan a edades avanzadas los mecanismos que utilizaron para afrontar la adversidad y asumir la vida ya no resultan tan eficaces, pues estos mecanismos resultan ahora imposibles o difíciles de realizar, por lo tanto, resulta fundamental encontrar nuevos medios para enfrentarse a las adversidades de la vida.

Según Melillo et al. (2006), la vejez como tal implica resiliencia, pues para llegar a este punto de la vida significa que la persona logró enfrentarse y superar las adversidades. De lo contrario, es probable que se llegue a la vejez, pero será un envejecimiento patológico, con síntomas depresivos y ansiosos. Estos autores mencionan algunos factores favorecedores de resiliencia, como la autoestima, la autoconfianza, los vínculos afectivos amigables, lugar y personas que posibiliten la contención, visión optimista de la vida, responsabilidad, capacidad de tomar decisiones, aspectos que favorezcan la libertad, entre otros. Carecer de dichos factores implica entonces, factores de riesgo, que obstaculizan el desarrollo de la resiliencia.

Poletti (2005) explica que los adultos mayores más resilientes son aquellos que cultivaron alguna expresión artística y los que profundizaron en el plano espiritual. Por su lado, Melillo et al. (2006) mencionan que es importante trabajar con el humor, la

creatividad, el juego, las redes sociales, la autogestión y el empoderamiento, para fomentar el desarrollo de la resiliencia. Todos los aspectos que mencionan los autores pretenden generar ámbitos propicios para la resolución de problemas y adversidades, generando así el fortalecimiento de las capacidades adaptativas que rigen la resiliencia. Al final, la vejez es una etapa de crecimiento, en donde las personas pueden encontrarse consigo mismas si poseen los recursos necesarios para enfrentarse a las vicisitudes. En palabras de Borges respecto a su vejez: “Voy llegando a mi centro, a mi álgebra, a mi clave. Pronto sabré quién soy” (Melillo et al., 2006, p. 223).

Afrontamiento.

Conceptualización del afrontamiento.

El concepto de afrontamiento ha tenido importancia en la psicología desde hace más de 40 años, y aunque es un término utilizado coloquialmente, tiene bases científicas (Lazarus, 1986). Según estos mismos autores, el afrontamiento puede definirse como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164).

Esta definición implica que en el afrontamiento se atienden demandas constantemente cambiantes y específicas de conflictos, es decir, limitándose a aquellas demandas que son consideradas como excedentes de los recursos de la persona y a todos los esfuerzos que hace la persona para manejar dichas demandas.

El afrontamiento puede entenderse como un proceso. Según Lazarus (1986), este proceso tendría tres aspectos fundamentales: “lo que el individuo piensa o hace, el contexto específico, un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose” (p. 165). Es importante comprender que este proceso no es producto del azar, sino son consecuencias consecutivas a las evaluaciones cambiantes de la relación del individuo con el entorno. Es decir, cualquier cambio en esta relación individuo-entorno podría dar lugar a una reevaluación, y al consecuente cambio o redirección del proceso.

Rasgos, estilos y estrategias de afrontamiento.

Según Lazarus (1986), el concepto de afrontamiento se puede encontrar en dos clases de literatura teórica / empírica: la que deriva de la experimentación con animales, y la que deriva de la teoría psicoanalítica del ego. En el modelo animal el afrontamiento este es entendido como los actos que controlan las condiciones adversas del entorno, de modo que disminuya el grado de perturbación psicofisiológica que el estrés produjo. Por su lado, el modelo psicoanalítico, específicamente de la psicología del ego, entiende el afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles para solucionar problemas en busca de reducir el estrés.

Desde el enfoque la de la psicología del yo se conciben jerarquías de las estrategias de afrontamiento, que van desde mecanismos inmaduros y primitivos hasta los mecanismos más evolucionados (Lazarus, 1986). Para medir el afrontamiento, los autores de la psicología del yo han definido algunos conceptos fundamentales. Los rasgos de afrontamiento son las características del individuo que le predisponen a reaccionar de una manera determinada. Los estilos de afrontamiento son algo similar, difiriendo en una cuestión en particular, el estilo de afrontamiento se refiere a formas más amplias de designar individuos (Lazarus, 1986). Entre rasgo y estilo de afrontamiento no hay mucha diferencia, y tienden a tomarse como conceptos equivalentes.

Un estilo de afrontamiento muy mencionado en la literatura es el patrón A, el cual es definido como “un esfuerzo crónico e incesante de mejorar cada vez más en menos tiempo y, si es necesario, contra la oposición de cosas o personas” (Lazarus, 1986, p. 144). Este patrón A toma en cuenta tres conceptos: un conjunto de creencias sobre sí mismo y el mundo, un conjunto de calores convergentes en un modelo de motivación y compromiso, y un estilo conductual.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, Vásquez, Crespo y Ring (2000) las explican cómo conductas más específicas para enfrentarse al estrés y a la solución de problemas. En realidad, existen muchas estrategias posibles de afrontamiento, las cuales dependen de las circunstancias y del estresor. Fierro (1996, p. 202), basado en los estudios de Lazarus y Folkman, describe las principales estrategias de afrontamiento, las cuales son

también las que mide el cuestionario de afrontamiento del estrés – CAE de Sandín y Chorot (Sandín & Chorot, 2003):

- * Focalizado en la solución del problema: Intentos de solucionar directamente la situación mediante la resolución de problemas de forma planificada y estratégica.
- * Auto focalización negativa: Centrarse constantemente en aspectos negativos de sí mismo, manteniendo un estado emocional negativo que dificulta el afrontamiento.
- * Reevaluación positiva: Percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación.
- * Expresión emocional abierta: Enfrentar el problema mediante la expresión constante y en ocasiones desmedida de emociones.
- * Evitación: Evadir el problema empleando el pensamiento irreal, improductivo o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
- * Búsqueda de apoyo social: Acudir a otras personas para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.
- * Religión: Reinterpretar la situación mediante el uso de las creencias religiosas, dándole un significado trascendental o fuera de su control.

Cabe mencionar que no se afirma que exista una estabilidad en el afrontamiento, ya que los individuos tienden a modificar sus patrones cognitivos y conductuales con el tiempo. No hay estrategias mejores o peores, solo algunas que resultan más útiles que otras, y, por lo tanto, algunas que colaboran a mejorar la relación individuo-entorno de mejor manera que otras. En palabras de Lazarus (1986), “el afrontamiento es considerado como equivalente de la actuación efectiva para la solución de problemas” (p. 161).

La respuesta del estrés.

El afrontamiento se encuentra estrechamente vinculado con el estrés, pues finalmente termina siendo una respuesta al mismo, por lo que resulta fundamental mencionar qué se entiende por estrés. Fierro (1996) define el estrés como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar”. El núcleo de esta definición radica en la importancia que se le da al equilibrio que debe existir en la interacción

individuo – entorno, por lo que al estrés se le entiende como una respuesta primaria a la relación desequilibrada entre ambos.

Las principales manifestaciones del estrés se pueden clasificar en las siguientes categorías: manifestaciones fisiológicas, manifestaciones emocionales y cognitivas, y manifestaciones motoras y conductuales. Estos aspectos corresponden a lo que se conoce como respuesta del estrés (Fierro, 1996). El estrés es una respuesta inevitable, e incluso necesaria (aunque no lo parezca), ya que permite identificar rápidamente una situación de riesgo, o para la cual la persona no posee los recursos necesarios para enfrentarla, por lo que resulta un mecanismo protector ante el peligro.

Para enfrentar las respuestas del estrés, Antonovsky (1979) propone lo que él llama recursos generalizados de resistencia, los cuales pueden ser respuestas físicas, bioquímicas, materiales, cognitivas, emocionales, de actitud, interpersonales y macrosocioculturales (Lazarus & Folkman, 1986). Estos recursos generalizados de resistencia son lo que se explica en este documento como afrontamiento, con sus diversas estrategias, estilos y rasgos, pero en esencia es lo mismo, pues resulta formas para manejar situaciones estresantes que desequilibran la relación individuo–entorno.

Capítulo II

2. Técnicas e instrumentos

2.01. Enfoque y modelo de investigación

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo asociado al paradigma positivista (Guba & Lincoln, 2012), debido a que se planteó un problema específico que puede ser medido a través de variables: resiliencia, afrontamiento, capital social y depresión. El diseño o alcance de la investigación fue de tipo correlacional.

La hipótesis planteada fue: Existe relación entre el capital social, el afrontamiento, la resiliencia y los indicadores de depresión en el adulto mayor.

Tabla 1. Definición e indicadores de variables.

Variable	Definición	Indicadores
Depresión	“La depresión se conceptualiza a partir de toda aquella sintomatología cognitiva, afectiva y somática que presentan las personas adultas mayores, como sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación, entre otros.” (Yesavage & Brink, 1983, p. 38)	Tristeza Falta de energía Humor positivo Agitación Retraimiento social
Capital social	“El término capital social puede definirse como la suma de durabilidad, confianza, reciprocidad y recursos valiosos (riqueza, educación, estatus social y poder político) y conexiones de red que se utilizan como un activo para	Capital social de unión Capital social de puente

	empoderar a una sociedad y sus miembros”. (Chen, Stanton, Gong, Fang & Li, 2009, p. 306)	
Resiliencia	“La resiliencia connota la fuerza interna, la competencia, el optimismo, la flexibilidad y la capacidad de enfrentarse con eficacia ante a la adversidad.” (Wagnild, 2009, p. 105)	Satisfacción personal Ecuanimidad Sentirse bien solo Confianza en sí mismo Perseverancia
Afrontamiento	“El afrontamiento es definido como los esfuerzos en curso cognitivos y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas o internas que son evaluadas como algo que grava o excede los recursos de la persona.” (Sandín & Chorot, 2003, p. 40)	Focalizado en la solución del problema Auto focalización negativa Reevaluación positiva Expresión emocional abierta Evitación Búsqueda de apoyo social Religión

Fuente: Elaboración propia del estudio.

2.02. Técnicas

Técnica de muestreo.

El muestreo fue por conveniencia, que según Hernández Sampieri (2014) se trata de “un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización” (p. 189). Inicialmente se evaluaron indicadores de depresión en toda la población del Hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl zona 5. Posteriormente se revisaron las pruebas para identificar aquellas donde se presentaron indicadores representativos de depresión.

Con estas personas que presentaron dichos indicadores se aplicaron pruebas que midieran las variables capital social, afrontamiento y resiliencia.

Se estipuló como criterios de inclusión para la evaluación los siguientes:

- Ser mayor o igual de 60 años.
- Presentar indicadores representativos de depresión (moderado y severo).
- No presentar deterioro cognitivo moderado, grave o severo.
- No padecer alguna enfermedad terminal.
- No padecer deterioro auditivo.
- Tener la disposición de participar voluntariamente.

Así mismo, los criterios de exclusión fueron:

- Ser menor de 60 años.
- No llenar los indicadores de depresión de acuerdo con la prueba.
- Presentar deterioro cognitivo moderada, grave o severo.
- No tener la disposición de participar voluntariamente.
- Durante la ejecución de las pruebas decidir ya no querer participar.
- Padecer alguna enfermedad terminal.
- Padecer deterioro auditivo.
- Indisposición de los familiares.

Técnicas de recolección de datos.

Consentimiento informado.

Para la recolección de datos se utilizaron fuentes primarias, ya que se trabajó directamente con los sujetos de estudio. El consentimiento informado se expuso de forma colectiva, explicando a los sujetos los datos generales de la investigadora principal, el propósito del estudio, las condiciones de la participación en el estudio, la confidencialidad de los datos, el riesgo de participación en el estudio, y la publicación de los resultados. Las personas que accedieron a participar firmaron el documento, en donde quedó constancia de su participación voluntaria en el trabajo efectuado (ver Anexo 1).

Observación sistemática.

Durante el proceso de investigación se utilizó dicha técnica, por medio de la cual se identificó y registró la dinámica general que presentaron los sujetos de estudio en los diversos momentos de la investigación. La información recabada se registró en un cuaderno de notas, donde se pueden encontrar los sucesos importantes, imprevistos, y trabajo realizado en general.

Entrevista estructurada.

Posteriormente se pasó a trabajar con los sujetos de estudio utilizando la técnica de la entrevista estructurada, específicamente el cuestionario. Para ello se utilizaron diversos instrumentos, los cuales son un cuestionario de variables sociodemográficas (ver Anexo 2), y cuatro cuestionarios más, uno por cada variable de estudio. Al ser una población senescente, se decidió que las pruebas fueran auto aplicables, por lo tanto, se evaluaron cada una de las mismas de forma individual y verbal. La investigadora relleno las pruebas como si fuese una encuesta. No se documentó digitalmente las evaluaciones. Todas las pruebas aplicadas fueron rellenas de esta forma.

Talleres psicoeducativos.

La última parte del trabajo de campo consistió en la implementación de talleres psicoeducativos, los cuales fueron ejecutados de acuerdo con los resultados empíricos obtenidos con las técnicas de recolección de datos antes mencionadas. Con los talleres se pretendió la modificación y aprendizaje de nuevos esquemas de pensamiento y acción, promoviendo el aumento de las variables positivas de los factores relacionados con depresión en los sujetos de estudio.

Técnicas de análisis de datos.

Se usó una matriz de formato Excel para organizar los resultados obtenidos en una base de datos. Se determinó que los datos no fueron normales dado que $KS < 0.05$. Esto quiere decir que la prueba de Kolmogorov-Smirnov indica que los datos deben ser analizados a través de pruebas no paramétricas.

Se realizó un análisis de las correlaciones utilizando el coeficiente de correlación de Spearman, con un nivel de confiabilidad del 95%.

Se realizó un análisis descriptivo de cada uno de los instrumentos utilizados, así como las posibles diferencias en función de las variables sexo y edad.

2.03. Instrumentos

Para la recolección y registro de la información se utilizaron las siguientes pruebas estandarizadas:

Escala de valoración geriátrica de depresión, Yesavage.

Para evaluar la variable depresión se utilizó la prueba Escala de depresión geriátrica, cuyo nombre original es Geriatric Depression Scale (GDS). Su autores son Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey, M, Rose T., y fue elaborada en el año 1982. El objetivo del cuestionario es detectar la depresión en la población anciana de una forma rápida, sencilla y eficaz, y está dirigida a evaluar personas mayores de 65 años de edad. El cuestionario consta de 30 ítems, con respuestas dicotómicas (sí/no) cuyo contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características especiales de la depresión en ancianos. 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 (Yesavage & Brink, 1983) (Ver anexo 3).

Escala de capital social personal, Chen X.

En cuanto a la variable capital social, se utilizó la prueba Escala Personal de Capital Social, cuyo nombre original es Personal Social Capital Scale. Sus autores son X. Chen, B. Stanton, J. Gong X, Fang y X. Li. Fue elaborada en el año 2008, y se trata de un cuestionario tipo Likert de cinco puntos. La prueba está dirigida a población en general, mayor de 18 años de edad, provenientes de diversos contextos. Consta de un total de diez ítems, los cuales están nombrados como capítulos dentro de la prueba; y de un total de 42 sub ítems, que corresponden a las preguntas. El instrumento tiene el objetivo de evaluar el capital social que posee un individuo. La escala de capital social tiene dos componentes, capital social de unión y capital social de puente. El capital social de unión se mide a través de los capítulos uno al cinco, y el capital social de puente se mide a través de los capítulos seis al

diez. La puntuación se obtiene sumando todos los resultados por capítulos, donde se obtiene los indicadores de cada cuestionamiento. A mayor puntuación, mayores niveles de capital social (Chen, Stanton, Gong, Fang, & Li, 2009) (ver Anexo 4).

Escala de resiliencia de Wagnild y Young.

Para evaluar la variable resiliencia se utilizó la prueba Escala de resiliencia, cuyos autores son G. Wagnild y H. Young. La prueba fue elaborada en 1988, se trata de un cuestionario tipo escala de Lickert. El objetivo de la misma es establecer el nivel de resiliencia y realizar un análisis psicométrico de la misma, se encuentra dirigida a adultos y adolescentes. Consta de un número de 25 ítems, los cuales evalúan las siguientes dimensiones de la resiliencia: ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo, perseverancia, y satisfacción. Asimismo, considera una escala total. Los participantes indicarán el grado de conformidad con el ítem en una escala del uno al siete donde uno es máximo desacuerdo y siete máximo acuerdo, ya que todos los ítems son calificados positivamente; los más altos puntajes serán indicadores de mayor resiliencia, el rango de puntaje varía entre 25 y 175 puntos (Wagnild, 2009) (ver Anexo 5).

Cuestionario de afrontamiento del estrés - CAE de Sandín y Chorot.

Para evaluar el afrontamiento, se utilizó la prueba Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE). Dicho instrumento fue elaborado en el 2003, por Bonifacio Sandín y Paloma Chorot, a través de la Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. Se trata de una escala tipo Lickert, que puntea de cero a cuatro en cada uno de sus 42 ítems (seis ítems por cada subescala). El objetivo de la prueba es identificar el estilo de afrontamiento al estrés principal en el individuo. Al hablar de afrontamiento al estrés se hace referencia a los esfuerzos de carácter conductual y cognitivos que se usan para lidiar con las situaciones generadoras de estrés. El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) es una medida de autoinforme diseñada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento: (1) focalizado en la solución del problema, (2) auto focalización negativa, (3) reevaluación positiva, (4) expresión emocional abierta, (5) evitación, (6) búsqueda de apoyo social, y (7) religión (Sandín & Chorot, 2003) (ver Anexo 6).

Planificaciones de talleres psicoeducativos.

Para la elaboración de los talleres psicoeducativos se planificaron nueve sesiones de trabajo, en las cuales se trabajaron los principales factores relacionados con depresión, los cuales se definieron con los instrumentos antes mencionados, y se estructuraron con técnicas adecuadas para la población del estudio. Se trabajaron tres talleres para afrontamiento, cuatro para capital social y dos para resiliencia. Los temas específicos trabajados en los talleres fueron los siguientes:

- Taller 1: Afrontamiento, taller de mandalas
- Taller 2: Afrontamiento, musicoterapia
- Taller 3: Capital social, compartiendo mensajes positivos
- Taller 4: Capital social, trabajo en equipo
- Taller 5: Capital social, arte terapia y manualidades grupales
- Taller 6: Capital social, abrazo terapia
- Taller 7: Resiliencia, reminiscencia y la historia de vida
- Taller 8: Resiliencia, reminiscencia para sanar relaciones pasadas
- Taller 9: Afrontamiento, risoterapia para la reevaluación positiva

El objetivo de los talleres fue propiciar el aprendizaje de nuevos esquemas de pensamiento. Cada sesión fue planificada para una hora de trabajo, durante la cual se efectuaron diversas actividades. Cada actividad cumplió un objetivo específico del taller, y al finalizar la sesión se cumplió el objetivo general planteado. Así mismo, se especificaron los recursos de cada taller, así como el método de evaluación de cada actividad (ver Anexo 7).

2.04. Operacionalización de objetivos

Tabla 2. Operacionalización de objetivos.

Objetivos específicos	Variables	Técnicas	Instrumentos
Identificar la presencia de indicadores de depresión en el adulto institucionalizado en el Hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl zona 5.	la Depresión: “La depresión se conceptualiza a partir de toda aquella sintomatología cognitiva, afectiva y somática que presentan las personas adultas mayores, como sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación, entre otros.” (Yesavage & Brink, 1983, p. 38)	Cuestionario	Escala de valoración geriátrica de depresión, Yesavage, 1982
Determinar los niveles de capital social en el adulto mayor institucionalizado en el Hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl zona 5.	Capital social: “El término capital social puede definirse como la suma de durabilidad, confianza, reciprocidad y recursos valiosos (riqueza, educación, estatus social y poder político) y conexiones de red que se utilizan como un activo para empoderar a una	Cuestionario	Escala de capital social personal, Chen X, 2008

		sociedad y sus miembros”. (Chen, Stanton, Gong, Fang & Li, 2009, p. 306)		
Evaluar los mecanismos de afrontamiento que se presentan en los adultos mayores institucionalizados en el Hogar y centro ocupacional de San Vicente de Paúl zona 5.	los de afrontamiento que como los esfuerzos en curso cognitivos y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas o internas que son evaluadas como algo que grave o excede los recursos de la persona.”	Afrontamiento: “El	Cuestionario	Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) de Sandín y Chorot, 2003
Identificar los componentes de resiliencia que se presenta dentro de los adultos mayores institucionalizados en el Hogar y centro ocupacional de San Vicente de Paúl zona 5.	Resiliencia: fuerza interna, competencia, optimismo, la capacidad de enfrentarse con eficacia ante a la adversidad.”	“La	Cuestionario	Escala de resiliencia de Wagnild y Young, 1988
Implementar talleres educativos basados en la variable que presenta mayor			Talleres educativos	Planificación de talleres

correlación con los
indicadores de
depresión de los
adultos mayores
institucionalizados
en el Hogar y centro
ocupacional de
ancianos de San
Vicente de Paúl
zona 5.

Divulgar
información con la
población con base
en los hallazgos
empíricos.

Diseño de artículo informativo	Diseño de artículo informativo	de
-----------------------------------	--------------------------------------	----

Fuente: Elaboración propia del estudio.

Capítulo III

3. Presentación, análisis e interpretación de los resultados

3.01. Características del lugar y de la muestra

Características del lugar.

El lugar donde se realizó el estudio fue el Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paúl, el cual fue fundado en 1983. Se encuentra localizado en 28 calle 25-28 zona 5, Ciudad de Guatemala. Atiende a adultos mayores, los cuales son evaluados antes de ser internados en la institución. Se evalúa que sean los suficientemente independientes, es decir, que no padezcan enfermedades neurológicas severas. Ya una vez internos, algunos senescentes tienden a desarrollar algún deterioro cognitivo debido a un accidente cerebrovascular, caída, entre otros. Se evalúa la situación socioeconómica de cada uno, ya que en varios casos se recibe personas sin que tengan que costear su estadía, o bien, pagando una cuota menor. En promedio, la institución alberga entre 60 y 80 adultos mayores.

La institución cuenta con diversos espacios para la mayor comodidad posible de los internos. Cuentan con cuatro salas principales, un comedor dividido en dos secciones, una para hombres y una para mujeres, dos niveles de habitaciones de diversas dimensiones, cocina, baños, área de oficinas y un patio techado que funciona como salón de usos múltiples y/o parqueo.

La institución brinda atención multidisciplinaria a senescentes, brindando servicios de estadía, atención médica, psicológica, de enfermería, trabajo social, terapia ocupacional y fisioterapia. Así mismo, se encuentra abierta al público en general para la ejecución de labores de tipo recreativo y ocupacional, constantemente asisten grupos de voluntarios de centros educativos, iglesias, entre otros. Además, siendo una institución católica, realizan actividades religiosas frecuentemente.

Características de la muestra.

Se trabajó con una muestra de 36 adultos mayores (60 años o más), la cual fue tomada de la población total de la institución Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paúl. Esta fue seleccionada por conveniencia, basándose en los criterios de inclusión estipulados en la sección de Técnicas de muestreo. La muestra se conformó en un 50% por hombres y un 50% por mujeres. En cuanto a la edad de los participantes, 2.8% tenían menos de 67 años, 22.2% tenían entre 68 y 73 años, 33.3% entre 77 y 79, 25% entre 80 y 85, 11.1% entre 86 y 91, y 5.6% tenía más de 92 años.

El 86.1% de la muestra se reconocen como ladinos, mientras el restante 13.9% como mayas. Con respecto a la región de origen, los participantes refirieron ser del departamento de Guatemala en un 47.2%, mientras que el 52.8% refirió ser del interior de la República. De acuerdo con el tiempo de institucionalización, el 36.1% lleva menos de 12 meses institucionalizados, el 19.4% lleva entre 13 y 24 meses, el 13.9% entre 25 y 36 meses, el 5.6% entre 37 y 48 meses, el 5.6% entre 61 y 72 meses, el 5.6% entre 85 y 96 meses, el 5.6% entre 97 y 108 meses, el 2.8% entre 109 y 120 meses, el 2.8% 169 y 180 meses, y el 2.8% lleva más de 193 meses institucionalizados.

Con referencia al estado civil actual de los participantes, 69.4% se encontraban solteros, 5.6% se encontraban casados, 22.2% viudos, y 2.8% divorciados. Del total de la muestra, 52.8% refirió tener hijos, mientras que 47.2% no los tiene. Entre los que refirieron tener hijos, 16.7% refirió tener uno, 8.3% refirió tener dos, 2.8% tres, 22.2% cuatro, y 2.8% refirió tener cinco hijos. Así mismo, se indagó en la frecuencia de las visitas que recibía cada participante de sus familiares y amigos, y se encontró que el 52.8% nunca recibe visitas, 2.8% recibe visitas cada tres meses, 19.4% una vez al mes, 11.1% dos veces al mes, y 13.9% recibe visitas cuatro veces al mes.

3.02. Presentación y análisis de resultados

Tabla 3. Caracterización sociodemográfica de la muestra.

Caracterización de la población		Frecuencia n = 36	% n (%)
Sexo	Masculino	18	50.0
	Femenino	18	50.0
Edad	<= 67	1	2.8
	68 – 73	8	22.2
	77 – 79	12	33.3
	80 – 85	9	25.0
	86 – 91	4	11.1
	92 =>	2	5.6
Auto adscripción étnica	Ladino	31	86.1
	Maya	5	13.9
Región de origen	Departamento de Guatemala	17	47.2
	Interior de la República	19	52.8
Tiempo de institucionalización	<= 12	13	36.1
	13 – 24	7	19.4
	25 – 36	5	13.9
	37 – 48	2	5.6
	61 – 72	2	5.6
	72 – 84	0	0.0
	85 – 96	2	5.6
	97 – 108	2	5.6
	109 – 120	1	2.8
	169 – 180	1	2.8
	193 =>	1	2.8
Estado civil actual	Soltero	25	69.4
	Casado	2	5.6
	Viudo	8	22.2
	Divorciado	1	2.8
Tiene hijos	Si	19	52.8
	No	17	47.2
Cuántos hijos tiene	0	17	47.2
	1	6	16.7
	2	3	8.3
	3	1	2.8
	4	8	22.2
	5	1	2.8
Frecuencia de visitas	Nunca	19	52.8
	Cada tres meses	1	2.8
	Una vez al mes	7	19.4
	Dos veces al mes	4	11.1
	Cuatro Veces al mes	5	13.9

Fuente: Elaboración propia del estudio con población del Hogar y centro ocupacional San Vicente de Paúl, zona 5, Ciudad de Guatemala, agosto de 2018.

Tabla 4. Caracterización sociodemográfica de la depresión.

Caracterización de la población		Ausencia depresión		Presencia depresión	
		n = 36	%	n = 36	%
Sexo	Masculino	8	66.7	10	41.7
	Femenino	4	33.3	14	58.3
Edad	<= 67	0	0.0	1	4.2
	68 – 73	1	8.3	7	29.2
	77 – 79	5	41.7	7	29.2
	80 – 85	4	33.3	5	20.8
	86 – 91	1	8.3	3	12.5
	92 =>	1	8.3	1	4.2
	Auto adscripción étnica	Ladino	9	75.0	22
Maya		3	25.0	2	8.3
Región de origen	Departamento de Guatemala	4	33.3	13	54.2
	Interior de la República	8	66.7	11	45.8
Tiempo de institucionalización	<= 12	4	33.3	9	37.5
	13 – 24	3	25.0	4	16.7
	25 – 36	2	16.7	3	12.5
	37 – 48	1	8.3	1	4.2
	61 – 72	0	0.0	2	8.3
	72 – 84	0	0.0	0	0.0
	85 – 96	0	0.0	2	8.3
	97 – 108	1	8.3	1	4.2
	109 – 120	0	0.0	1	4.2
	169 – 180	1	8.3	0	0.0
	193 =>	0	0.0	1	4.2
Estado civil actual	Soltero	8	66.7	17	70.8
	Casado	0	0.0	2	8.3
	Viudo	3	25.0	5	20.8
	Divorciado	1	8.3	0	0.0
Tiene hijos	Si	6	50.0	13	54.2
	No	6	50.0	11	45.8
Cuántos hijos tiene	0	6	50.0	11	45.8
	1	2	16.7	4	16.7
	2	0	0.0	3	12.5
	3	0	0.0	1	4.2
	4	4	33.3	4	16.7
	5	0	0.0	1	4.2
Frecuencia de visitas	Nunca	6	50.0	13	54.2
	Cada tres meses	1	8.3	0	0.0
	Una vez al mes	1	8.3	6	25.0
	Dos veces al mes	0	0.0	4	16.7
	Cuatro Veces al mes	4	33.3	1	4.2

Fuente: Elaboración propia del estudio con población del Hogar y centro ocupacional San Vicente de Paúl, zona 5, Ciudad de Guatemala, agosto de 2018.

Los resultados de la evaluación se clasificaron en dos categorías, ausencia y presencia de depresión. En la categoría presencia de depresión se agruparon a todos los individuos que puntuaron niveles moderado y severo en la evaluación, y ausencia a los que puntuaron bajo. En la tabla se puede observar como las mujeres presentaron en un 16.6% mayor presencia de depresión que los hombres, lo que indica diferencias significativas en cuanto al sexo.

Con respecto a la edad, se observa una distribución relativamente equitativa entre los rangos establecidos, sin embargo, se observa una diferencia más contrastante en cuanto presencia/ausencia en el rango de 68 a 73 años, en la que un 87.5% punea presencia y el 12.5% ausencia. Los porcentajes más altos en presencia de depresión se encuentran entre los 68 y los 85 años.

En cuanto a la auto adscripción étnica, se observa que la población ladina tuvo una alta prevalencia de presencia de depresión, por otro lado, la población maya se mantuvo con diferencias menos abismales, denotando mayor tendencia a la depresión de la población ladina. Así mismo, y unido con los datos anteriores, se observa mayor ausencia de depresión en las personas originarias del interior de la República con respecto a las originarias del departamento de Guatemala, con un 33.3% de las primeras y un 66.7% de las segundas.

El tiempo de institucionalización también parece relevante al respecto, revela que en los primeros doce meses se tienden a presentar mayores índices de depresión, y esta va disminuyendo conforme el tiempo avanza, de modo que la presencia de depresión disminuye en los tiempos prolongados de institucionalización. No se observan diferencias significativas entre el tener o no hijo, o el número de hijos que se tengan, pero si se observa como el número de visitas influye en la presencia/ausencia de depresión, aumentando la ausencia cuando el senescente tiene mayor frecuencia de visitas. Únicamente las personas que son visitadas al menos cuatro veces al mes presentan mayores niveles de ausencia de depresión, y cierto porcentaje de personas que nunca son visitadas.

Tabla 5. Caracterización sociodemográfica del capital social.

Caracterización de la población		Nivel de capital social					
		Alto		Medio		Bajo	
		n = 36	%	n = 36	%	n = 36	%
Sexo	Masculino	-	-	8	50.0	10	50.0
	Femenino	-	-	8	50.0	10	50.0
Edad	<= 67	-	-	0	0.0	1	5.0
	68 – 73	-	-	2	12.5	6	30.0
	77 – 79	-	-	7	43.8	5	25.0
	80 – 85	-	-	6	37.5	3	15.0
	86 – 91	-	-	1	6.3	3	15.0
	92 =>	-	-	0	0.0	2	10.0
Auto adscripción étnica	Ladino	-	-	13	81.3	18	90.0
	Maya	-	-	3	18.8	2	10.0
Región de origen	Departamento de Guatemala	-	-	7	43.8	10	50.0
	Interior de la República	-	-	9	56.7	10	50.0
Tiempo de institucionalización	<= 12	-	-	3	18.8	10	50.0
	13 – 24	-	-	6	37.5	1	5.0
	25 – 36	-	-	2	12.5	3	15.0
	37 – 48	-	-	2	12.5	0	0.0
	61 – 72	-	-	1	6.3	1	5.0
	72 – 84	-	-	0	0.0	0	0.0
	85 – 96	-	-	0	0.0	2	10.0
	97 – 108	-	-	1	6.3	1	5.0
	109 – 120	-	-	0	0.0	1	5.0
	169 – 180	-	-	0	0.0	1	5.0
193 =>	-	-	1	6.3	0	0.0	
Estado civil actual	Soltero	-	-	10	62.5	15	75.0
	Casado	-	-	1	6.3	1	5.0
	Viudo	-	-	4	25.0	4	20.0
	Divorciado	-	-	1	6.3	0	0.0
Tiene hijos	Sí	-	-	11	68.8	8	40.0
	No	-	-	5	31.3	12	60.0
Cuántos hijos tiene	0	-	-	5	31.3	12	60.0
	1	-	-	2	12.5	4	20.0
	2	-	-	1	6.3	2	10.0
	3	-	-	1	6.3	0	0.0
	4	-	-	6	37.5	2	10.0
	5	-	-	1	6.3	0	0.0
Frecuencia de visitas	Nunca	-	-	5	31.3	14	70.0
	Cada tres meses	-	-	1	6.3	0	0.0
	Una vez al mes	-	-	3	18.8	4	20.0
	Dos veces al mes	-	-	3	18.8	1	5.0
	Cuatro Veces al mes	-	-	4	25.0	1	5.0

Fuente: Elaboración propia del estudio con población del Hogar y centro ocupacional San Vicente de Paúl, zona 5, Ciudad de Guatemala, agosto de 2018.

Con respecto a la evaluación de capital social, los resultados se clasificaron en tres categorías; alto, medio y bajo. El dato más llamativo es que ningún individuo obtuvo un nivel alto de capital social, todos se mantuvieron entre medio y bajo. Con respecto al sexo no hubo diferencias. En cuanto a la edad, los individuos entre 68 y 73 años presentaron 75% nivel bajo de capital social y 25% nivel medio. A diferencia de los individuos entre 77 y 85 años, que presentan mayor prevalencia en el nivel medio de capital social, lo que indica que los miembros más jóvenes de la muestra presentan menor capital social.

Las personas que se auto adscriben como mayas presentaron mayores niveles de capital social, sin embargo, la diferencia no fue tan significativa. Los mismos resultados se observan con respecto a la región de origen, comparando los de origen del departamento de Guatemala con los de interior de la República. Los datos encontrados con respecto al tiempo de institucionalización muestran niveles más bajos de capital social durante los primeros doce meses de institucionalización, representando un 50% del total de nivel bajo.

En cuanto al estado civil, se observa que los individuos solteros presentan niveles más bajos de capital social, presentando el porcentaje más alto en el nivel bajo de capital social, siendo este 75%. Se observa que los individuos que si tienen hijos tienen un porcentaje mayor en nivel medio, mientras que los individuos que no tienen hijos tienen un porcentaje mayor en nivel bajo, lo cual evidencia el aumento del capital social con relación a la presencia de hijos. El número de hijos no muestra resultados significativos.

En los resultados de la frecuencia de las visitas se observa un porcentaje significativamente más elevado (70%) con respecto al nivel bajo de capital social en aquellos individuos que nunca son visitados, lo cual evidencia que mientras menos visitas reciba el individuo, menor será el nivel de capital social.

Tabla 6. Caracterización sociodemográfica de la resiliencia.

Caracterización de la población		Nivel de resiliencia					
		Alto		Medio		Bajo	
		n = 36	%	n = 36	%	n = 36	%
Sexo	Masculino	17	54.8	1	25.0	0	0.0
	Femenino	14	45.2	3	75.0	1	100.0
Edad	<= 67	1	3.2	0	0.0	0	0.0
	68 – 73	7	22.6	1	25.0	0	0.0
	77 – 79	11	35.5	1	25.0	0	0.0
	80 – 85	7	22.6	1	25.0	1	100.0
	86 – 91	3	9.7	1	25.0	0	0.0
	92 =>	2	6.5	0	0.0	0	0.0
Auto adscripción étnica	Ladino	26	83.9	4	100.0	1	100.0
	Maya	5	16.1	0	0.0	0	0.0
Región de origen	Departamento de Guatemala	15	48.4	1	25.0	1	100.0
	Interior de la República	16	51.6	3	75.0	0	0.0
Tiempo de institucionalización	<= 12	11	35.5	1	25.0	1	100.0
	13 – 24	7	22.6	0	0.0	0	0.0
	25 – 36	4	12.9	1	25.0	0	0.0
	37 – 48	2	6.5	0	0.0	0	0.0
	61 – 72	2	6.5	0	0.0	0	0.0
	72 – 84	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	85 – 96	0	0.0	2	50.0	0	0.0
	97 – 108	2	6.5	0	0.0	0	0.0
	109 – 120	1	3.2	0	0.0	0	0.0
	169 – 180	1	3.2	0	0.0	0	0.0
	193 =>	1	3.2	0	0.0	0	0.0
Estado civil actual	Soltero	21	67.7	4	100.0	0	0.0
	Casado	2	6.5	0	0.0	0	0.0
	Viudo	7	22.6	0	0.0	1	100.0
	Divorciado	1	3.2	0	0.0	0	0.0
Tiene hijos	Si	18	58.1	1	25.0	0	0.0
	No	13	41.9	3	75.0	1	100.0
Cuántos hijos tiene	0	13	41.9	3	75.0	1	100.0
	1	5	16.1	1	25.0	0	0.0
	2	3	9.7	0	0.0	0	0.0
	3	1	3.2	0	0.0	0	0.0
	4	8	25.8	0	0.0	0	0.0
	5	1	3.2	0	0.0	0	0.0
Frecuencia de visitas	Nunca	14	45.2	4	100.0	1	100.0
	Cada tres meses	1	3.2	0	0.0	0	0.0
	Una vez al mes	7	22.6	0	0.0	0	0.0
	Dos veces al mes	4	12.9	0	0.0	0	0.0
	Cuatro Veces al mes	5	16.1	0	0.0	0	0.0

Fuente: Elaboración propia del estudio con población del Hogar y centro ocupacional San Vicente de Paúl, zona 5, Ciudad de Guatemala, agosto de 2018.

Con respecto a la resiliencia, los resultados fueron clasificados en tres categorías al igual que en el capital social; alto, medio y bajo. El primer dato relevante es que únicamente un individuo entre toda la muestra presentó nivel bajo de resiliencia, lo que implica que los datos se inclinan entre los niveles alto y medio. El 86.1% de los individuos presenta niveles altos de resiliencia, lo que implica que la muestra es altamente resiliente. En cuanto a los datos sobre el sexo, no se observan diferencias significativas, se observa que los hombres tienen ligeramente un mayor porcentaje de nivel de resiliencia alto en comparación con las mujeres.

Tampoco se observan diferencias significativas con respecto a la edad de los senescentes. Así mismo, no se observan diferencias relevantes en cuanto a la autoadscripción étnica, los datos revelan que el 11.1% de la población se encuentra en el nivel medio de resiliencia (el total del nivel medio), y corresponde a población ladina. No se observan datos significativos con respecto a la región de origen, en este caso, los individuos que conforman el grupo de nivel medio de resiliencia son en su mayoría del interior de la República, representando el 75% de dicho nivel.

De igual forma, no se observan diferencias significativas con respecto al tiempo de institucionalización y el nivel de resiliencia; se observa que un 50% del nivel medio de resiliencia se encuentra en el rango de 85 a 96 años. Con respecto al estado civil, el nivel medio de resiliencia se encuentra entre los individuos solteros. Así mismo, la resiliencia parece disminuir ligeramente en los individuos que no tienen hijos. El número de hijos no arroja datos relevantes. Con respecto a la frecuencia de las visitas, se observa que el nivel de resiliencia disminuye también ligeramente cuando los ancianos no reciben visitas nunca, sin embargo, la disminución en el nivel de resiliencia es mínima con respecto a todos los datos sociodemográficos.

Tabla 7. Caracterización sociodemográfica del afrontamiento.

Caracterización de la población		Nivel de afrontamiento					
		Alto		Medio		Bajo	
		n = 36	%	n = 36	%	n = 36	%
Sexo	Masculino	8	50.0	10	52.6	0	0.0
	Femenino	8	50.0	9	47.4	1	100.0
Edad	<= 67	0	0.0	1	5.3	0	0.0
	68 – 73	4	25.0	3	15.8	1	100.0
	77 – 79	6	37.5	6	31.6	0	0.0
	80 – 85	4	25.0	5	26.3	0	0.0
	86 – 91	1	6.3	3	15.8	0	0.0
	92 =>	1	6.3	1	5.2	0	0.0
Auto adscripción étnica	Ladino	14	87.5	16	84.2	1	100.0
	Maya	2	12.5	3	15.8	0	0.0
Región de origen	Departamento de Guatemala	10	62.5	7	36.8	0	0.0
	Interior de la República	6	37.5	12	63.2	1	100.0
Tiempo de institucionalización	<= 12	6	37.5	7	36.8	0	0.0
	13 – 24	3	18.8	4	21.1	0	0.0
	25 – 36	2	12.5	3	15.8	0	0.0
	37 – 48	1	6.3	1	5.3	0	0.0
	61 – 72	2	12.5	0	0.0	0	0.0
	72 – 84	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	85 – 96	0	0.0	1	5.3	1	100.0
	97 – 108	1	6.3	1	5.3	0	0.0
	109 – 120	1	6.3	0	0.0	0	0.0
	169 – 180	0	0.0	1	5.3	0	0.0
193 =>	0	0.0	1	5.3	0	0.0	
Estado civil actual	Soltero	12	75.0	12	63.2	1	100.0
	Casado	2	12.5	0	0.0	0	0.0
	Viudo	2	12.5	6	31.6	0	0.0
	Divorciado	0	0.0	1	5.3	0	0.0
Tiene hijos	Sí	9	56.3	10	52.6	0	0.0
	No	7	43.8	9	47.4	1	100.0
Cuántos hijos tiene	0	7	43.8	9	47.4	1	100.0
	1	2	12.5	4	21.1	0	0.0
	2	2	12.5	1	5.3	0	0.0
	3	0	0.0	1	5.3	0	0.0
	4	4	25.0	4	21.1	0	0.0
	5	1	6.3	0	0.0	0	0.0
Frecuencia de visitas	Nunca	6	37.5	12	63.2	1	100.0
	Cada tres meses	0	0.0	1	5.3	0	0.0
	Una vez al mes	3	18.8	4	21.1	0	0.0
	Dos veces al mes	3	18.8	1	5.3	0	0.0
	Cuatro Veces al mes	4	25.0	1	5.3	0	0.0

Fuente: Elaboración propia del estudio con población del Hogar y centro ocupacional San Vicente de Paúl, zona 5, Ciudad de Guatemala, agosto de 2018.

Para la variable afrontamiento, los resultados fueron clasificados nuevamente en las categorías alto, medio y bajo. El primer dato que llama la atención es que únicamente un individuo obtuvo un nivel bajo de afrontamiento, lo que significa que los resultados se encierran en las categorías alto y medio. No se observan diferencias significativas con respecto al sexo, lo que implica que no es un factor determinante en el nivel de afrontamiento. De igual manera, los resultados según la edad de los participantes se observan distribuidos equitativamente, mostrando diferencias poco significativas. Lo mismo ocurre con respecto a la auto adscripción étnica. Los resultados en general son 44.4% de nivel alto, 52.8% de nivel medio, y 2.8% de nivel bajo.

Los resultados de la región de origen muestran mayor nivel de afrontamiento en los individuos del departamento de Guatemala en comparación con los del interior de la República, con un 62.5% en los primeros y 37.5% en los segundos en el nivel alto de afrontamiento. En el tiempo de institucionalización no se observan diferencias significativas, los datos se mantienen equitativamente distribuidos en todos los rangos.

En cuanto al estado civil actual de los sujetos de la muestra, los datos muestran que en los individuos viudos el nivel de afrontamiento tiende a disminuir, con un 25% de nivel alto y un 75% de nivel medio, mientras que en los individuos casados, los niveles se mantienen en el nivel alto. El tener hijos no parece afectar el nivel de afrontamiento de forma significativa, al igual que el número de hijos que tengan. Con respecto a la frecuencia de las visitas, se observa que el nunca ser visitados disminuye el nivel de afrontamiento, mostrando un 33.3% en el nivel alto y un 66.6% en los sujetos que no reciben visitas nunca; se observa que conforme más visitas reciben los individuos, mayor es el nivel de afrontamiento encontrado.

Tabla 8. Correlación general de las variables.

		1	2	3	4	
Rho de Spearman	1. Depresión	Coeficiente de correlación	1.000			
		Sig. (bilateral)				
		N	36			
	2. Resiliencia	Coeficiente de correlación	.494**	1.000		
		Sig. (bilateral)	.002			
		N	36	36		
	3. Capital Social	Coeficiente de correlación	-.333*	.587**	1.000	
		Sig. (bilateral)	.047	.000		
		N	36	36	36	
	4. Afrontamiento	Coeficiente de correlación	.163	.333*	.337*	1.000
		Sig. (bilateral)	.342	.048	.044	
		N	36	36	36	36

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia del estudio con población del Hogar y centro ocupacional San Vicente de Paúl, zona 5, Ciudad de Guatemala, agosto de 2018.

Se llevó a cabo la correlación entre los puntajes brutos de las cuatro evaluaciones, utilizando el coeficiente de correlación de Spearman. En la relación entre depresión y resiliencia se encontró una correlación positiva moderada, es decir, a mayores niveles depresión mayor nivel de resiliencia ($p < 0.01$).

Con respecto a las relaciones significativas que presenta el capital social, se observa una correlación negativa leve entre el capital social y la depresión ($p < 0.05$), lo cual significa que a mayores niveles de capital social menores niveles de depresión. Por otro lado, en la relación entre capital social y resiliencia se presenta una correlación positiva moderada, lo que implica que a mayores niveles de resiliencia mayor es el nivel de capital social ($p < 0.01$).

En cuanto al afrontamiento, se presentó una correlación positiva leve entre el afrontamiento y la resiliencia, es decir, que conforme aumenta el nivel de resiliencia también lo hace el nivel de afrontamiento ($p < 0.05$). Así mismo, se observa una correlación positiva leve entre el afrontamiento y el capital social, lo que significa que a mayor nivel de afrontamiento mayor nivel de capital social ($p < 0.05$).

Tabla 9. Correlación de los tipos de capital social.

			Depresión	Capital social de unión	Capital social de puente
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	1.000	-.204	-.326
		Sig. (bilateral)		.232	.052
		N	36	36	36
			Resiliencia	Capital social de unión	Capital social de puente
Rho de Spearman	Resiliencia	Coeficiente de correlación	1.000	.369*	.619**
		Sig. (bilateral)		.027	.000
		N	36	36	36
			Afrontamiento	Capital social de unión	Capital social de puente
Rho de Spearman	Afrontamiento	Coeficiente de correlación	1.000	.347*	.210
		Sig. (bilateral)		.038	.218
		N	36	36	36

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia del estudio con población del Hogar y centro ocupacional San Vicente de Paúl, zona 5, Ciudad de Guatemala, agosto de 2018.

Por otro lado, se efectuó la correlación entre los puntajes brutos de depresión, resiliencia y afrontamiento con los tipos de capital social, los cuales son capital social de unión y capital social de puente, utilizando el coeficiente de correlación de Spearman. No se encontró ninguna relación significativa entre los tipos de capital social y la depresión.

En la relación entre resiliencia y capital social de unión se observa una correlación positiva leve, lo cual implica que a mayor nivel de resiliencia mayor nivel de capital social de unión ($p < 0.05$). Por otro lado, se encontró una correlación positiva moderada entre la resiliencia y capital social de puente, que quiere decir que conforme aumente el nivel de resiliencia también lo hará el nivel de capital social de puente ($p < 0.01$).

Con respecto al afrontamiento, se presentó una correlación positiva leve entre el afrontamiento y el capital social de unión, esto significa que a mayor nivel de afrontamiento mayor nivel de capital social de unión ($p < 0.05$).

Tabla 10. Correlación de los componentes de la resiliencia.

			1	SP	EC	SBS	CSM	PS
Rho de Spearman	1. Depresión	Coeficiente de correlación	1.000	-.463**	-.340*	-.271	-.312	-.353*
		Sig. (bilateral)		.004	.042	.110	.064	.035
		N	36	36	36	36	36	36
			2	SP	EC	SBS	CSM	PS
Rho de Spearman	2. Capital social	Coeficiente de correlación	1.000	.410*	.444**	.366*	.571**	.412*
		Sig. (bilateral)		.013	.007	.028	.000	.013
		N	36	36	36	36	36	36
			3	SP	EC	SBS	CSM	PS
Rho de Spearman	3. Afrontamiento	Coeficiente de correlación	1.000	.178	.368*	.164	.378*	.350*
		Sig. (bilateral)		.300	.027	.339	.023	.037
		N	36	36	36	36	36	36

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia del estudio con población del Hogar y centro ocupacional San Vicente de Paúl, zona 5, Ciudad de Guatemala, agosto de 2018.

Nomenclatura				
SP	EC	SBS	CSM	PS
Satisfacción personal	Ecuanimidad	Sentirse bien solo	Confianza en sí mismo	Perseverancia

Así mismo, se establecieron las correlaciones entre depresión, capital social y afrontamiento, con los componentes de la resiliencia, utilizando el coeficiente de correlación de Spearman. Los componentes de resiliencia son; satisfacción personal, ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo y perseverancia.

Con respecto a la depresión, se observa una correlación negativa moderada entre depresión y satisfacción personal, es decir, a mayor nivel de satisfacción personal menor nivel de depresión ($p < 0.01$). También existe una correlación negativa leve entre ecuanimidad y depresión, lo que significa que a mayor nivel de ecuanimidad menor nivel de depresión ($p < 0.05$). Se observa una correlación negativa leve entre perseverancia y depresión, lo que quiere decir que a mayor perseverancia menor depresión ($p < 0.05$).

En cuanto al capital social, se encontraron correlaciones positivas leves entre capital social y satisfacción personal, sentirse bien solo y perseverancia, lo que quiere decir que en la medida que aumente cualquier de ellas aumenta el capital social ($p < 0.05$). Por otro, se mostraron correlaciones positivas moderadas entre capital social, y ecuanimidad y confianza en sí mismo, lo que significa que a mayor capital social, mayor ecuanimidad y/o mayor confianza en sí mismo ($p < 0.01$).

Se observaron correlaciones positivas leves entre afrontamiento, y ecuanimidad, confianza en sí mismo y perseverancia, lo que quiere decir que conforme aumente el nivel de ecuanimidad, confianza en sí mismo o perseverancia, aumentará el nivel de afrontamiento ($p < 0.05$).

Tabla 11. Correlación de los mecanismos de afrontamiento.

			1	FSP	AFN	REP	EEA	EVT	BAS	RLG
Rho de Spearman	1. Depresión	Coefficiente de correlación	1.000	-.123	.530**	-.081	.223	.069	.147	-.071
		Sig. (bilateral)		.474	.001	.638	.190	.689	.392	.683
		N	36	36	36	36	36	36	36	36
			2	FSP	AFN	REP	EEA	EVT	BAS	RLG
Rho de Spearman	2. Resiliencia	Coefficiente de correlación	1.000	.440**	.049	.447**	.049	.091	.274	.251
		Sig. (bilateral)		.007	.775	.006	.775	.599	.106	.139
		N	36	36	36	36	36	36	36	36
			3	FSP	AFN	REP	EEA	EVT	BAS	RLG
Rho de Spearman	3. Capital social	Coefficiente de correlación	1.000	.258	.078	.332*	-.009	.068	.398*	.245
		Sig. (bilateral)		.128	.652	.048	.956	.695	.016	.151
		N	36	36	36	36	36	36	36	36

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia del estudio con población del Hogar y centro ocupacional San Vicente de Paúl, zona 5, Ciudad de Guatemala, agosto de 2018.

Nomenclatura						
FSP	AFN	REP	EEA	EVT	BAS	RLG
Focalizado en la solución del problema	Auto focalización negativa	Re evaluación positiva	Expresión emocional abierta	Evitación	Búsqueda de apoyo social	Religión

Finalmente, se realizaron las correlaciones entre depresión, resiliencia y capital social con los mecanismos de afrontamiento, por medio del coeficiente de correlación de Spearman. Los mecanismos de afrontamiento medidos fueron; focalizado en la solución del problema, auto focalización negativa, re evaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión.

Se encontró una correlación positiva moderada entre depresión y auto focalización negativa, lo que quiere decir que a mayor auto focalización negativa mayor es el nivel de depresión ($p < 0.01$).

Con respecto a la resiliencia, se observa una correlación positiva moderada entre resiliencia y focalizado en la solución del problema, es decir, que conforme aumenta la resiliencia aumenta el mecanismo FSP ($p < 0.01$). También se encontró una correlación positiva moderada entre resiliencia y re evaluación positiva, lo que implica que a mayor resiliencia mayor re evaluación positiva ($p < 0.01$).

En cuanto al capital social, se mostraron algunas correlaciones también. Se observa una correlación positiva leve entre capital social y re evaluación positiva, lo que quiere decir que a mayor resiliencia mayor REP ($p < 0.05$). Así mismo se encontró una correlación positiva leve entre búsqueda de apoyo social y capital social, es decir que en la medida que aumenta la búsqueda de apoyo social aumenta el capital social ($p < 0.05$).

3.03. Análisis general

El Hogar y Centro Ocupacional San Vicente de Paúl zona 5 es una institución destinada a dar hogar a adultos mayores. Algunos de ellos son capaces de costear su institucionalización, ya sea por ingresos propios o por apoyo de familiares, sin embargo, una parte significativa de los internados son recibidos con una cuota baja o incluso sin pagar nada. La institución, además, cuenta con múltiples profesionales y programas para garantizar la salud y recreación de los internos. Esto refleja el enfoque social que tiene la institución, que permite a muchos senescentes encontrar un lugar donde poder pasar dignamente su vejez.

Sin embargo, a pesar de todos estos esfuerzos y trabajo adecuadamente ejecutado, los resultados demuestran altos niveles de depresión en los adultos mayores con los que se trabajó, el 66% de la muestra de estudio presenta niveles moderado y alto de depresión, una cifra alarmante que problematiza y genera la pregunta, ¿por qué dichos ancianos se encuentran deprimidos? Se descartó la opción de que la institución no brinde un área digna para vivir, pues la caracterización del lugar evidencia varios espacios (suficientes para encontrar privacidad), trabajo multidisciplinario y profesional, y nutrición adecuada.

Se comenzó por analizar los datos sociodemográficos per se. Las personas con las que se trabajó mostraron características sociodemográficas que podrían afectar la presencia o ausencia de determinados factores. Las edades (en su mayoría) se encontraban en un rango de 68 a 85 años, lo cual podría deberse principalmente a que mientras mayor edad tenga una persona, mayor será la predisposición a padecer enfermedades, especialmente neurodegenerativas o afecciones sensoriales, tal como lo explica Triadó (2014) en sus estudios sobre psicología de la vejez. De modo que no se conoce realmente el estado afectivo de las personas de mayor edad dentro de la institución por los criterios de inclusión establecidos.

Por otro lado, la auto adscripción étnica mostró datos interesantes, pues la gran mayoría se calificaron como ladinos, mientras que una minoría se calificó como maya. En general, y de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística – INE, en Guatemala el 60.2% de la población se considera ladina o mestiza, mientras el restante 39.8% se considera maya, por lo que los resultados obtenidos se relacionan con los datos sociodemográficos a nivel

nacional. Así mismo, estando la institución ubicada en la Ciudad Capital, resulta coherente también encontrar mayor cantidad de personas que se califican como ladinas.

De forma contrastante con lo anterior, los resultados muestran que no existe una mayoría proveniente de la Ciudad Capital como sería lógico pensar, sino que se observan resultados equivalentes entre los originarios de la Ciudad Capital y los del interior del país. Surge el cuestionamiento, ¿por qué habiendo tantas personas provenientes de interior, no se auto adscriben como mayas? La respuesta podría tener un tinte sociológico e histórico, pues siendo los mayas un grupo discriminado, violentado y excluido de la sociedad, resulta lógico pensar que las personas no quieran sentirse mayas, y prefieran asumir una adscripción étnica diferente, a pesar de la desvinculación con su cultura y origen.

Un 69.6% de los adultos mayores entrevistados llevan menos de tres años institucionalizados, y un 36.1% lleva menos de un año. Esto implica que son pocos los senescentes que llegan a permanecer años en el hogar, lo cual puede deberse a varios factores. Podría significar que no todos logran soportar estar muchos años institucionalizados por algún malestar o incomodidad; también podría deberse a que infringen una regla que conlleve a su expulsión; o bien, a que durante el transcurso de los primeros años de institucionalización fallezcan. De cualquier modo, se comprende que los resultados obtenidos con respecto a las variables de estudio medidas, revelan las características de una población con relativamente poco tiempo de institucionalización.

Así mismo, los datos encontrados revelan que gran cantidad de los senescentes con los que se trabajó se encuentran solos y abandonados. El 69.4 % de ellos se encuentran solteros, y el 52.8% refirió nunca recibir visitas de familiares o amigos. Algunos estudios, como el realizado por Estrada, et.al (2012) explican que el proceso de institucionalización tiene relación con la aparición de síntomas depresivos, en parte por el cambio de contexto y la falta de sentido de pertenencia a causa del aislamiento con el medio. En este punto, la población que se estudió muestra aislamiento y desarraigo con su medio, o en otras palabras, abandono.

Ahora bien, para responder a la pregunta planteada en un inicio, sobre qué está causando la depresión que muestran los senescentes del estudio, se midieron además de los aspectos sociodemográficos, tres factores; capital social, resiliencia y afrontamiento,

buscando encontrar cuáles de ellos podrían relacionarse en mayor o menor grado con los niveles de depresión.

Se presentó una relación moderada entre el sexo femenino y la presencia de depresión, presentando las mujeres un 16.6% más de niveles de depresión con respecto a los hombres; lo cual concuerda con algunos estudios en los que las mujeres manifiestan mayor tendencia a la depresión (Estrada, et.al, 2012; Lizárraga, M., Ramírez, S., Aguilar, L., & Díaz, V., 2006).

Sin embargo, otros estudios no han encontrado diferencias en cuanto al sexo. Esta discordancia se debe principalmente a las diferencias socioculturales de las poblaciones. En la cultura guatemalteca, las mujeres tienden a asumir un rol maternal y su vida gira en torno a la familia, a la cual dedican su vida (situación que en los jóvenes está cambiando). Al ser institucionalizadas, se genera un aislamiento y abandono, como se observó en los resultados anteriormente planteados, con lo que las mujeres pierden aquello que les dio sentido a sus vidas: su familia. Los hombres en cambio siempre contaron con otras formas de gratificación, como el trabajo, por lo que les es más fácil aceptar la desvinculación familiar y encontrar confort en otras actividades.

Se observa una relación moderada entre la depresión y el ser ladino o bien, ser originario del departamento de Guatemala. Es decir, las personas que se auto adscriben como mayas y que son originarias del interior de la República muestran niveles significativamente menores de depresión. Dentro de la cultura maya existe una fuerte vinculación familiar y espiritual, las familias son muy unidas y se le da más valor al adulto mayor, quienes son vistos como sabios. En contraste, la cultura occidental visibiliza al senescente como una carga, como a un niño al que hay que cuidar, tal como lo explica Barrios (2001) en sus textos sobre el anciano, el mundo actual esta basado en la competencia económica y la vejez forma parte del grupo improductivo del sistema económico.

Con base a lo anterior, se puede deducir que el ser ladino, lo que se relaciona con vivir en el departamento de Guatemala, se presenta como un factor de riesgo para presentar depresión. La desvinculación de la población actual es la explicación de dicho fenómeno, lo cual también se relaciona con los resultados encontrados con respecto al tiempo de

institucionalización y la cantidad de visitas de familiares y amigos; según se observa, los vínculos resultan fundamentales para determinar la presencia o ausencia de depresión.

La primera variable en medirse luego de la depresión fue el capital social, este se entiende como los recursos cuantificables reales o potenciales de la red de relaciones que posee una persona (Bourdieu, 2011). Es decir, esta fue la variable que se utilizó para definir los vínculos que han salido a relucir, de modo que a partir de ahora toda vez que se mencione un aspecto relacional se hará referencia al capital social, ya sea de unión, o redes familiares, de amistad cercana y vecindad; o de puente, o sea redes organizacionales.

Ninguno de los adultos mayores con los que se trabajó obtuvo un nivel alto de capital social, el 44.4% obtuvo nivel medio y 55.6% obtuvo nivel bajo, ¿a qué se debe que no se encuentren senescentes con capital social alto en la muestra de estudio? Como se mencionaba con anterioridad, Estrada et.al (2012) hablan de la institucionalización de adultos mayores como un fenómeno en el que se refleja el abandono y falta de reconocimiento y sentido de pertenencia. Todo esto parecen reflejarlo los adultos mayores del estudio.

Todos los datos sociodemográficos que apuntan a disminuir los vínculos sociales que pudieran tener los adultos mayores, aquellos relacionados con abandono, se relacionan directamente con los niveles de capital social, como era teóricamente esperable. Los individuos solteros, sin hijos y que no son visitados por sus familiares y amigos, presentan niveles más bajos de capital social.

Así mismo, se observa que los individuos que llevan menos de un año institucionalizados presentan niveles más bajos de capital social, esto puede reafirmar las teorías de Barrios (2001), Estrada, et.al (2012) y Papalia (2009) sobre la situación de abandono y soledad en la que se encuentran las personas previo a ser institucionalizadas.

La teoría expone que las personas ya poseen niveles bajos de capital social antes de ser institucionalizados, y al ingresar a la institución estos se mantiene. Con el paso del tiempo, el trabajo que se lleva a cabo por los profesionales de la institución, más las visitas frecuentes de grupos de voluntarios y de iglesias, aumenta el nivel de capital social de

puente, con lo que, a pesar de tener niveles bajos de capital social de unión, aumenta los niveles generales de capital social.

Por otro lado, se observa una relación moderada entre obtener niveles medios de capital social y ser de auto adscripción maya. Estos resultados confirman la teoría que se planteaba anteriormente sobre la relación entre la depresión y la auto adscripción étnica, en la cual se vinculó a la cultura maya con niveles más altos de vínculos sociales, es decir, niveles más altos de capital social. Por lo tanto, se observa que existe una relación directa entre niveles menores de depresión, ser maya y tener mayores niveles de capital social. Se concluye que el ser maya tiende a aumentar los niveles de capital social por un aspecto cultural, y esto a su vez influye en la disminución de los niveles de depresión.

La segunda variable analizada fue el afrontamiento, la cual se entiende como aquellos procesos cognitivos y conductuales que sirven para manejar las demandas desbordantes, tanto internas como externas (Lazarus, 1986). En este caso, los datos revelan que una minoría de los adultos mayores tiene un nivel bajo de afrontamiento, el 44.4% posee nivel alto, y el 52.8% nivel medio. Esto puede explicarse con la teoría expuesta por Barrios (2001), quien enfatiza en la alta posibilidad de satisfacción y realización personal que tienen los ancianos, pues luego de tantos años (o más bien experiencias), estos han logrado adquirir estrategias que les permiten afrontar la vida en lugar de comportarse como entes inertes que se dejan llevar por la misma.

Ahora bien, se observa que los individuos originarios del departamento de Guatemala muestran mayor nivel de afrontamiento que los originarios del interior de la República. Esto se puede explicar enlazándolo con los aspectos que se vienen analizando; las personas originarias del departamento de Guatemala tienen mayor tendencia a la depresión, así como menor nivel de capital social, esto implica que han tenido que enfrentarse a momentos de vacío y desconsuelo probablemente en mayor cantidad que las personas del interior de la República, que pueden haber encontrado mayor apoyo social. Es por ello que los ciudadanos tienen una mayor tendencia a desarrollar mecanismos de afrontamiento para poder hacer frente a las vicisitudes de la vida.

Los aspectos de problemas con los vínculos parecen disminuir ligeramente los niveles de afrontamiento, tales como el ser viudo o la frecuencia de las visitas. De acuerdo

con la teoría de Lazarus, existen conflictos que generan cambios en la cognición, es decir, en la manera de ver las situaciones, y cualquier cambio en el ambiente genera consecuencias evolutivas en las que la personas se adapta paulatinamente. Es probable que los adultos mayores cuyos mecanismos de afrontamiento disminuyeron con la disminución de su capital social se encuentren en un periodo de adaptación para poder enfrentarse a la situación excedente de no contar con todo el apoyo social que esperarían.

Finalmente, la última variable que se estudió fue la resiliencia, esta entendida como la capacidad humana de superar la adversidad e incluso salir fortalecido de la situación (Melillo et.al, 2006). Los datos encontrados al respecto no mostraron diferencias significativas en los datos sociodemográficos. En el caso de la resiliencia, únicamente una persona mostró niveles de resiliencia bajos; el 86.1% de los adultos mayores mostrados niveles altos de resiliencia. Melillo explica que llegar a la etapa de la vejez como tal implica resiliencia, pues haber llegado a este punto en la vida significa que se han logrado superar dificultades. Esto explica el por qué de los niveles tan elevados y homogéneos con respecto a la resiliencia.

A pesar de la homogeneidad de los datos de la resiliencia, se observa como esta disminuye ligeramente cuando la persona se enfrenta a situaciones de abandono, como el ser soltero, no tener hijos y recibir pocas visitas, lo cual es explicable también con base a la teoría, pues Poletti (2005) menciona que con la edad también van cambiando las formas con que la persona se enfrenta a la adversidad, y los problemas con los vínculos afectivos y la ausencia de personas que posibiliten la contención tienden a complicar la resiliencia.

Posterior a todo este análisis de tipo descriptivo de los datos encontrados, es pertinente ahondar en la temática, y poder pasar al análisis de tipo correlacional, el cual a su vez fue analizado en relación con toda la información desarrollada previamente. Para comenzar, se observa que a mayores niveles de depresión, mayores niveles de resiliencia, lo cual a simple vista parece incoherente. Sin embargo, al revisar la literatura al respecto, se pueden fundamentar dichos resultados en dos aspectos.

En primer lugar, según Rodríguez y Lazcano (2007), los estados depresivos en los adultos mayores tienden a presentarse en forma de lo que se conoce como distimia. Esta manifestación depresiva es más leve y menos notoria, por lo que puede que la persona logre

enfrentarse a las adversidades y vivir en un estado de aparente equilibrio emocional, más en realidad se encuentra en un estado distímico. El segundo aspecto que explica dicha correlación se relaciona también con la depresión misma, pues esta es un trastorno emocional multicausal, por lo que no puede encontrarse ningún tipo de correlación elevada o directa (como ocurre con todas las variables, como se verá más adelante).

De modo que se puede concluir que sí es posible y coherente que aunque exista resiliencia alta, puedan aparecer síntomas depresivos en los adultos mayores. Por otro lado, los resultados evidencian que, a mayores niveles de resiliencia, mayores niveles de capital social; y a mayores niveles de cualquiera de las dos anteriores, mayores niveles de afrontamiento. Esto implica que las tres variables que se plantearon como relacionadas con la depresión, a su vez, se relacionan entre sí directamente de forma leve o moderada.

Esto quiere decir que, al lograr elevar los niveles de una de las variables, se logra elevar el nivel de todas las demás. En este punto toma vital importancia el trabajo multidisciplinario y con enfoque multicausal de la depresión que se mencionó anteriormente. De acuerdo con los estudios que existen sobre envejecimiento activo, se confirma dicha afirmación. La OMS expone al respecto que resulta fundamental el desarrollo de experiencias positivas y satisfactorias en todas las esferas de los ancianos. Se puede analizar de esto que no se espera un trabajo exhaustivo en el que se aborde por separado cada temática, pues finalmente todas están relacionadas y se pueden trabajar de forma integrada.

Por otro lado, en cuanto a las relaciones encontradas, se observa que a mayores niveles de capital social menores niveles de depresión. Estos resultados son evidencia contundente de todos los resultados analizados anteriormente, en los que los vínculos afectivos a los que llamamos capital social juegan un papel fundamental. Aparentemente, el capital social es definitorio en el desarrollo de estados emocionales, lo cual es fundamentado por la teoría, reafirmado en los análisis estadísticos, y evidenciado en los aspectos observables que se hicieron presentes en el transcurso de la investigación.

Ahora bien, para enriquecer el presente análisis, se profundizó en las correlaciones con cada componente específico de las tres variables que se relacionaron con la depresión. Se empezará con el capital social, el cual se divide en dos tipos, de unión y de puente. Se

observa que la resiliencia tiene una correlación leve con ambos tipos, de modo que en la medida que aumenta cualquiera de ellos, aumentará la resiliencia. Es decir, para aumentar los niveles de resiliencia se requiere el aumento de cualquier tipo de vínculo o relación social positiva. Esto se explica en la teoría de la siguiente manera, la resiliencia es una actitud ante la vida, por lo que cualquier tipo de estímulo puede afectarla, no importando la naturaleza u origen del mismo.

Por aparte, se observa que el afrontamiento se correlaciona únicamente con capital social de unión; lo que implica que únicamente las relaciones cercanas; como los familiares, amigos y vecinos cercanos, aumentan los niveles de afrontamiento que una persona pueda tener. En este caso, se entiende el afrontamiento como procesos cognitivos que se manifiestan en un tipo de herramienta ante la vida, para los cuales se requiere de cierto aprendizaje, el cual generalmente es adquirido de vínculos más cercanos, de personas con las cuales el sujeto tenga mayores niveles de intimidad; lo cual fundamenta los datos encontrados.

En cuanto a la resiliencia, esta tiene como componentes la satisfacción personal, la ecuanimidad, el sentirse bien solo, la confianza en sí mismo, y la perseverancia. Con respecto a la depresión, se observa que la misma se correlaciona negativamente con los componentes satisfacción personal, ecuanimidad y perseverancia, lo cual quiere decir que a mayores niveles de cualquiera de dichos componentes, menor nivel de depresión.

Los conceptos mismos de cada componente fundamentan dicho resultado, la primera se define como la comprensión del significado de la vida, la segunda como perspectiva balanceada, y la tercera como persistencia ante la adversidad. Como se podrá observar, todos estos aspectos son factores que se definen en los manuales psicopatológicos de la depresión, de modo que la presencia de ellos propiciaría la disminución de los síntomas depresivos. También se observa la ausencia de correlación de la depresión con los demás componentes de la resiliencia, lo cual explica por qué a pesar de tener componentes que propician la disminución de la depresión, la resiliencia per se no tiene dicha relación con la depresión.

En el caso del capital social, se observan correlaciones positivas leves y moderadas del mismo con todos los componentes de la resiliencia. De modo que para aumentar el

capital social se hace necesario poseer cualquiera de los componentes, que en este caso se traducen en habilidades, que posee la resiliencia. Ya que, por ejemplo, el sentirse bien solo o tener confianza en sí mismo, fortalecerá y propiciará relaciones interpersonales sanas. Dichos datos confirman a su vez la relación encontrada entre la resiliencia y los tipos de capital social. Por lo que se concluye que existe una relación casi completamente bidireccional (aunque moderada) entre la resiliencia y sus componentes, con el capital social y sus tipos.

Con respecto al afrontamiento, este se correlacionó con la ecuanimidad, la confianza en sí mismo y la perseverancia. Lo que implica que conforme aumente cualquiera de dichos componentes, aumentarán los niveles de afrontamiento. Al revisar la definición de cada uno, se fundamenta la correlación. El primero se entiende como perspectiva balanceada, el segundo como habilidad de creer en sí mismo, y el tercero como persistencia ante la adversidad. Todas estas habilidades son necesarias para poder desarrollar ciertos mecanismos de afrontamiento, sobre todo los mecanismos que se refieren a formas más positivas de enfrentar situaciones. De modo que resultan coherentes los resultados encontrados.

Finalmente, el afrontamiento se especificó con respecto a sus diversos mecanismos, los cuales son focalizados en la solución del problema, auto focalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión. Con respecto a la depresión, se encontró únicamente una relación positiva moderada con la auto focalización negativa. Esta se define como centrarse únicamente en los aspectos negativos de sí mismo, lo cual claramente forma parte de la conceptualización que se realiza de la depresión, sobre todo en las teorías sobre la depresión de Beck (2009), en las cuales hace énfasis en la percepción distorsionada del sí mismo que se experimenta.

Por otro lado, se encontraron correlaciones entre resiliencia con focalización en la solución del problema y re evaluación positiva. Dichos datos se relacionan directamente con los anteriormente mencionados entre afrontamiento y los componentes de la resiliencia. La focalización en la solución del problema se entiende como intentos planificados de solucionar directamente la situación, y la reevaluación positiva como la percepción de los aspectos positivos. Ambos mecanismos requieren de lo que Melillo (2006) define como

características de un sujeto activo de sus experiencias, capaz de enfrentarse a la vida y hacerse cargo de ellas, es decir, de resiliencia. En otras palabras, en la definición misma de resiliencia se toman en cuenta dichos mecanismos de afrontamiento.

Con lo anterior se evidencia la correlación moderada, pero bidireccional entre las variables resiliencia y afrontamiento, de modo que siempre que se quiera abordar una de ellas, se afectará directamente la otra, abordando concomitantemente ambas variables al mismo tiempo. Cabe resaltar que esta relación se da entre algunos componentes y mecanismos de las mismas, no cabría aquí generalizar los resultados a todos los aspectos específicos de las variables.

En cuanto al capital social, se observan correlaciones con re evaluación positiva y con búsqueda de apoyo social. Con respecto a la búsqueda de apoyo social resulta evidente la correlación, siendo este el mecanismo específico que requiere de niveles altos de capital social para poder llevarse a cabo. Ahora bien, la reevaluación positiva se entiende como la capacidad de percibir los posibles aspectos positivos de la situación. En la definición de capital social de Putnam (1995) se toman en cuenta los aspectos emocionales y cognitivos de los vínculos, es decir, que dichos aspectos sean lo suficientemente positivos y estables como para aumentar ese vínculo, por lo que la reevaluación positiva toma un papel importante al lograr estabilizar y mejorar las emociones y cogniciones.

Para finalizar el análisis de los datos encontrados, se puede concluir que las relaciones entre las variables no solo existen con respecto a la depresión, sino que existen entre las mismas variables. De modo que la depresión, el capital social, la resiliencia y el afrontamiento se afectan mutuamente y en diversos caminos. El principal aspecto a destacar es el carácter multicausal de la depresión, por lo que se encontrarán muchos factores que podrían alterarla, y esto explica el por qué todas las correlaciones son leves o moderadas, ninguna es alta. Resultaría pertinente llevar a cabo más investigaciones que indaguen sobre otros factores relacionados con la depresión, de modo que se vaya ampliando la conceptualización misma que se tiene de la depresión.

Así mismo, la relación en general de todas las variables se explica por las características propias del ser humano, un ser multidimensional, es decir, que está formado de diversas esferas o dimensiones, y las mismas no se encuentran separadas como formas

independientes, sino que se relacionan constantemente en el desarrollo y experiencia del ser humano. Es por ello que, al hablar de la persona, es importante comprender que esta no podrá reducirse a uno de sus aspectos, siempre se encontrará vinculada a todas sus demás áreas por más que se quiera delimitar el estudio a una de ellas. Cualquier ciencia humanista se basa en esta premisa básica de la complejidad de su objeto de estudio, el ser humano.

Capítulo IV

4. Conclusiones y recomendaciones

4.01. Conclusiones

- Los adultos mayores del Hogar y centro ocupacional San Vicente de Paul zona 5 mostraron presencia de depresión en un 66.6% de la población evaluada. La depresión mostró correlaciones leves y moderadas con las variables capital social ($r = -.33$), resiliencia ($r = .49$) y afrontamiento ($r = .16$) por su carácter multicausal.
- Los adultos mayores de la institución presentaron niveles bajos de capital social, el 44.4% presentó nivel medio, y el 55.6% nivel bajo, ninguno obtuvo niveles altos de capital social. Se observan niveles más altos de capital social de puente con respecto a los niveles de capital social de unión. Se encontró una correlación leve negativa ($r = -.33$) que mostró que el bajo nivel de capital social se relaciona con el bajo nivel de depresión.
- La resiliencia en los adultos mayores de la institución fue alta, representando el 86.1% de la población evaluada. El componente que puntuó niveles más altos fue la ecuanimidad. Se encontró una correlación moderada positiva ($r = .49$) con la depresión, lo que indica que conforme aumente el nivel de depresión lo hará el nivel de resiliencia; esto se debe a que la depresión en adultos mayores es de tipo distímico, lo que implica posible adaptación al medio a pesar de los estados afectivos alterados.
- En la institución los adultos mayores mostraron niveles medio-altos de afrontamiento, el 44.4% mostraron niveles altos, y el 52.8% niveles medios. El mecanismo de afrontamiento que puntuó más alto fue la reevaluación positiva, y el que puntuó más bajo fue la expresión emocional abierta. No se observa una correlación significativa entre la depresión y el afrontamiento, pero si entre la depresión y el mecanismo de afrontamiento de auto focalización negativa ($r = .53$).
- Se encontraron correlaciones no solo entre la depresión y las variables capital social, resiliencia y afrontamiento, sino que también entre las tres variables planteadas. Entre capital social y resiliencia se mostró una correlación moderada positiva ($r = .58$), entre resiliencia y afrontamiento se mostró una correlación positiva leve ($r =$

.33), y entre afrontamiento y capital social se mostró una correlación positiva leve ($r = .34$).

- Por el tamaño de la muestra, los datos obtenidos no son generalizables y únicamente son aplicables para esta población. Se necesitan estudios con muestras más grandes y a nivel nacional para poder generalizar los resultados.

4.02. Recomendaciones

Al Hogar y centro ocupacional San Vicente de Paúl zona 5

- Abordar la problemática de la depresión en los senescentes de manera integral, de modo que se abarquen distintas esferas de las personas y no se limite a un tratamiento sintomático.
- Propiciar el aumento de los niveles de las variables resiliencia, capital social y afrontamiento, principalmente capital social, pues es esta última la que mostró niveles más bajos.

A los estudiantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

- Llevar a cabo estudios con senescentes de mayor edad y con posible daño neurológico y/o sensorial, debido a que se desconoce el estado emocional de dichos sujetos, y con los cuales se pueden realizar adecuaciones en la evaluación y abordaje.
- Llevar a cabo estudios que indaguen en otros factores relacionados con la depresión en adultos mayores institucionalizados para ampliar el marco teórico, incluso indagando en factores de corte cualitativo.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

- Abrir un centro de práctica en el Hogar y centro ocupacional San Vicente de Paúl, así como en otros centros de atención geriátrica, por la alta demanda de psicólogos en dichas instituciones.

4.03.Referencias

- Arcos, E. S. (2016). Capital social de la mujeres mayores usuarias de la red pública de la atención primaria de salud. *Rev Med Chile*, 144(8), 972-979.
- Arriagada, I. (2006). *Breve guía para la aplicación del enfoque de capital social en los programas de pobreza*. Chile: Naciones Unidas CEPAL.
- Asociación de Señoras de la Caridad de San Vicente de Paúl, ASCASVIP. (2013). *¿Quiénes somos? ASCASVIP*. Recuperado el 06 de Agosto de 2017, de ascasvip.org.gt
- Bacca, A., González, A., & Uribe, A. (2005). Validación de la Escala de Depresión de Yesavage en adultos mayores colombianos. *Revistas científicas javeriana*, 1(4), 52-63.
- Baile, J. I. (2007). *Psicología y Envejecimiento. El acercamiento de la psicología a la vejez a comienzos del siglo XXI*. Lecciones de Gerontología, XIII, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, Madrid.
- Barrios Peña, J. (2001). *Somos viejos y seguimos naciendo*. Suecia: Editorial Fenix.
- Beck, A. e. (2009). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación* (Tercera edición ed.). Colombia: Pearson Educación.
- Bourdieu, P. (2011). *Capital cultural, escuela y espacio social*. México: Grupo Editorial Siglo Veintiuno .
- Brooks, R., & Goldstein, S. (2004). *El poder de la resiliencia. Cómo lograr el equilibrio, la seguridad y la fuerza interior necesarios para vivir en paz*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Bunge, M. (2013). *La ciencia. Su método y su filosofía* (Segunda edición ed.). México: Grupo editorial siglo veintiuno.

- Castilla, H., Coronel, J., Bonilla, A., Mendoza, M., & Barboza, M. (2016). Validez y confiabilidad de la Escala de Resiliencia (Scale Resilience) en una muestra de estudiantes y adultos de la Ciudad de Lima. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 7(2), 120-136.
- Chen, X., Stanton, B., Gong, J., Fang, X., & Li, X. (2009). Personal Social Capital Scale: an instrument for health and behavioral research. *Health Education Research*, 24(2), 306-317.
- De Silva, M., Harpham, T., Tuan, T., Bartolini, R., Penny, M., & Huttly, S. (2005). Psychometric and cognitive validation of a social capital measurement tool in Peru and Vietnam. *Social Science & Medicine*, 62(4), 941-953. doi:10.1016
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. M., Ordoñez, J., Osorio, J. J., & Chavarría, L. M. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94.
- Fierro, A. (1986). *Personalidad. Sistema de conductas*. México: Editorial Trillas.
- Fierro, A. (1996). *Manual de psicología de la personalidad*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1988). Coping as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-475.
- González, M., & Landero, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE). Validación en una muestra mexicana. *Revista de psicopatología y psicología clínica AEPCP*, 12(2), 189-198.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2012). Controversias paradigmáticas, contradicciones y confluencias emergentes. En N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.). *Paradigmas y perspectivas en disputa, Vol. II*, 38-78.
- Herrera, M. E. (2014). Capital social, participación en asociaciones y satisfacción personal de las personas mayores en Chile. *Rev Saúde Pública*, 48(5), 741-749. doi:10.1590
- Lazarus, R. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Lizárraga, M., Ramírez, S., Aguilar, L., & Díaz, V. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. *Midegraphic*, 39(4), 132-137.
- Melillo, A., Suárez, E., & Rodríguez, D. (2004). *Resiliencia y subjetividad: los ciclos de la vida*. Buenos Aires, Argentina: Paidós Iberica.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. (R. E. Gerontol, Ed.) 37(S2), 74-105.
- Papalia, D. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez* (Tercera ed.). México: McGraw-Hill.
- Poletti, R. (2005). *La resiliencia. El arte de resurgir a la vida* (1ª Edición ed.). Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.
- Putnam, R. (1995). Tuning In, Tuning Out: The Strange Disappearance of Social Capital in America. *PS: Political Science and Politics*, 28(4), 664-683.
- Richter, M. (2014). *Movimiento sindical, indígena y campesino guatemalteco: La situación del adulto mayor en Guatemala*. Recuperado el 06 de Agosto de 2017, de www.movimientosicg.org
- Rodríguez, R., & Lazcano, G. (2007). *Práctica de la geriatría* (Segunda edición ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ta. ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés - CAE. Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-54.
- Stefani, D. &. (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.
- Triadó, C. (2014). *Psicología de la vejez*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Vásquez, C., Crespo, M., & Ring, J. (2000). *Estrategias de afrontamiento*. Barcelona : Masson.

Wagnild, G. (2009). A Review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2). doi: 10.1891/1061-3749.17.2.105

Yesavage, J., & Brink, T. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. psychial*, 17(1), 37-49.

5. Anexos

5.01. Consentimiento informado

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
Ciclo 2017



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento aborda los aspectos éticos relativos a su participación en la investigación: Factores relacionados con depresión, avalado por el Centro de Investigaciones en Psicología (Cieps) “Mayra Gutiérrez” para ejecutarse durante el año 2017.

- 1. Datos generales del investigador principal.** La propuesta de investigación está a cargo de Carmen María Véliz Escobar, estudiante de décimo semestre de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
Cualquier duda o comentario con respecto a su participación puede hacerla llegar a través del correo electrónico xxxx.
- 2. Propósito del estudio.** La investigación pretende establecer la relación entre capital social, afrontamiento y resiliencia con indicadores de depresión en el adulto mayor institucionalizado, durante tres momentos: a) evaluación de la depresión para determinar la muestra de estudio, trabajando con las personas que presenten indicadores significativos de depresión, b) evaluación de las variables capital social, resiliencia y afrontamiento con la muestra de estudio y c) implementación de talleres de acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación. El estudio ha sido planificado para ejecutarse dentro de las instalaciones del Hogar y Centro Ocupacional San Vicente de Paúl, zona 5, durante cuatro meses a través del enfoque cuantitativo, específicamente de alcance correlacional sin grupo de control. Se solicitará su participación en los tres momentos, y la evaluación de todas las variables tienen una duración aproximada de una hora y media. Una vez se tengan los resultados se le devolverán.
- 3. Participación durante el estudio.** Su participación es voluntaria y en cualquier momento puede declinar o retirarse del estudio sin sanción, reprimenda, represalias o consecuencias negativas para su persona. También tiene la posibilidad de hacer preguntas sobre cualquier aspecto de la investigación en cualquier momento durante o después de su participación en la investigación. Usted tiene derecho de solicitar los resultados de las pruebas. Durante su participación en la investigación no recibirá ningún pago o algún tipo de remuneración económica.
- 4. Confidencialidad de los datos.** Toda la información recolectada es anónima y de carácter estrictamente confidencial. Por ello no se solicitará su identidad y se asignará un código para que usted pueda solicitar los resultados de las pruebas. Sin embargo, si pierde el código no podrá recibir los resultados puesto que es el único mecanismo que poseen los investigadores para recuperar los datos. La investigación garantiza en todo momento la confidencialidad de la información. Aunque la aplicación de las pruebas se realizará en papel, todos los documentos serán escaneados en formato .pdf para mejor manejo. La documentación será resguardada institucionalmente en los archivos de la unidad de investigación profesional de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

5. **Riesgos de su participación.** Durante la participación en el estudio se pueden presentar síntomas de ansiedad y depresión. Además, es probable que se presenten cuestionamientos relacionados con las diferentes formas de afrontar la vida y la manera en que se enfocan los problemas. El riesgo de daño es mínimo a nivel físico y moderado a nivel mental. Sin embargo tome en consideración que el malestar psicológico puede producir cansancio y en algunos casos, transformaciones en las relaciones personales.
6. **Publicación de resultados.** Los resultados de la investigación serán reportados cumpliendo los criterios de confidencialidad y anonimato descritos en los numerales 8.14 y 8.15 del formulario de cumplimiento de principios éticos de la Asociación Americana de Psicología (APA). En ningún momento se colocará la identidad de los participantes ni el nombre de la institución.

Declaración de Consentimiento:

Yo, he leído y se me ha explicado el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, ACEPTO y firmo participar en la investigación *Factores relacionados con depresión en el adulto mayor institucionalizado*, tomando en cuenta que puede desistir en cualquier momento:

En Guatemala de del año 20....

Iniciales del participante:

(El/la participante)

Firma de quien aplicó el documento

Sello

5.02. Datos sociodemográficos

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
Ciclo 2017



DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Nombre: _____

Código: _____ Sexo: Femenino Masculino Edad: _____ años

- ¿A qué grupo étnico pertenece?

Maya Garífuna Xinca Ladino Otro

- ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en la institución Hogar y centro ocupacional San Vicente de Paúl?

- ¿Cuál era su estado civil antes de ingresar a la institución?

- ¿Cuál es su estado civil hoy?

- ¿Tiene hijos?

Si No

- ¿Cuántos?

- ¿Cuál es el sexo de sus hijos?

Número: _____ Hombres

Número: _____ Mujeres

- ¿Sus hijos trabajan?

Si No

- ¿Con que frecuencia los ve?

- ¿De dónde es originario? (Municipio y departamento)

- ¿Su familia donde reside actualmente?

5.03. Escala de valoración geriátrica de depresión Yesavage

Universidad de San Carlos de Guatemala

Centro Universitario Metropolitano -CUM-

Ciclo 2017



Escala de valoración geriátrica de depresión Yesavage

Código: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Instrucciones: A continuación se le leerán una serie de preguntas a las cuales deberá responder de manera positiva o negativa. En caso de no entender la pregunta puede solicitar que se le repita y explique.

	Si	No
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
3. ¿Siente que su vida está vacía?		
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?		
5. ¿Tiene esperanza en el futuro?		
6. ¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?		
7. ¿Tiene a menudo buen ánimo?		
8. ¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?		
9. ¿Se siente feliz muchas veces?		
10. ¿Se siente a menudo abandonado?		
11. ¿Está a menudo intranquilo e inquieto?		
12. ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?		
13. ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?		
14. ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
15. ¿Piensa que es maravilloso vivir?		
16. ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?		
17. ¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?		
18. ¿Está muy preocupado por el pasado?		

19. ¿Encuentra la vida muy estimulante?		
20. ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
21. ¿Se siente lleno de energía?		
22. ¿Siente que su situación es desesperada?		
23. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
24. ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?		
25. ¿Frecuentemente siente ganas de llorar?		
26. ¿Tiene problemas para concentrarse?		
27. ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?		
28. ¿Prefiere evitar reuniones sociales?		
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30. ¿Su mente está tan clara como lo acostumbra estar?		
TOTAL		

HOJA DE RESPUESTAS

Escala de valoración geriátrica de depresión Yesavage

Normas de corrección e interpretación:

La puntuación máxima es de 30 y se calcula sumando las respuestas asociadas a la presencia de depresión. De esos 30 ítems, 20 indican la presencia de depresión al ser respondidos afirmativamente, mientras que los 10 restantes (1,5,7,9,15,19,21,27,29,30) señalan depresión cuando son contestados de forma negativo. Para la versión de 30 ítems los puntos de corte propuestos en la versión original de la escala son los siguientes:

- **0 – 9 : Normal**
- **10 – 19 : Depresión moderada**
- **+ 20 : Depresión severa**

5.04. Escala de capital social personal de Chen X

Universidad de San Carlos de Guatemala

Centro Universitario Metropolitano -CUM-

Ciclo 2017



Escala de capital social personal de Chen X

Código: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Instrucciones: A continuación se le leerán una serie de preguntas a las cuales deberá responder en una escala del 1 al 5, de acuerdo a lo indicado en cada capítulo. En caso de no entender la pregunta puede solicitar que se le repita y explique.

Cap. 1. ¿Cómo califica el número de personas en cada una de las siguientes seis categorías?	Muchos	Mas del promedio	Promedio	Menos del promedio	Pocos
Los miembros de su familia	5	4	3	2	1
Parientes	5	4	3	2	1
La gente de su vecindario	5	4	3	2	1
Sus amigos	5	4	3	2	1
Sus compañeros de trabajo	5	4	3	2	1
Sus viejos compañeros	5	4	3	2	1

Cap. 2. ¿Con cuántas personas de las siguientes categorías mantiene contacto seguido?	Todos	Muchos	Algunos	Pocos	Ningun o
Los miembros de su familia	5	4	3	2	1
Parientes	5	4	3	2	1
La gente de su vecindario	5	4	3	2	1
Sus amigos	5	4	3	2	1
Sus compañeros de trabajo	5	4	3	2	1
Sus viejos compañeros	5	4	3	2	1

Cap. 3. Entre las personas de las siguientes seis categorías. ¿En cuantos puede confiar?	Todos	Muchos	Algunos	Pocos	Ningun o
Los miembros de su familia	5	4	3	2	1
Parientes	5	4	3	2	1
La gente de su vecindario	5	4	3	2	1
Sus amigos	5	4	3	2	1
Sus compañeros de trabajo	5	4	3	2	1
Sus viejos compañeros	5	4	3	2	1

Cap. 4. Entre las personas de las siguientes seis categorías. ¿Cuántas le ayudarían inmediatamente si es solicitado?	Todos	Muchos	Algunos	Pocos	Ninguno
Los miembros de su familia	5	4	3	2	1
Parientes	5	4	3	2	1
La gente de su vecindario	5	4	3	2	1
Sus amigos	5	4	3	2	1
Sus compañeros de trabajo	5	4	3	2	1
Sus viejos compañeros	5	4	3	2	1

Cap. 5. Al solicitar ayuda a estas personas. ¿Cuántas poseen los siguientes activos o recursos?	Todos	Muchos	Algunos	Pocos	Ninguno
Cierto poder político	5	4	3	2	1
Riqueza o propiedad de una empresa o compañía	5	4	3	2	1
Amplia conexión con otros	5	4	3	2	1
Alta reputación o influencia	5	4	3	2	1
Educación media o mayor	5	4	3	2	1
Trabajo profesional	5	4	3	2	1

Cap. 6. ¿Que tanto predominan los siguientes tipos de grupos en su comunidad?	Muchos	Mas del promedio	Promedio	Menos del promedio	Pocos
Grupos gubernamentales, políticos, económicos, y sociales (Partidos políticos, asociaciones cooperativas, comités, grupos voluntarios, etc.)	5	4	3	2	1
Grupos culturales, recreativos (Grupos religiosos, deportivos, artísticos, etc.)	5	4	3	2	1

Cap. 7. ¿En cuántas actividades participa usted para dichos grupos?	Todas	Muchas	Algunas	Pocas	Ningunas
Grupos gubernamentales, políticos, económicos, y sociales (Partidos políticos, asociaciones cooperativas, comités, grupos voluntarios, etc.)	5	4	3	2	1
Grupos culturales, recreativos (Grupos religiosos, deportivos, artísticos, etc.)	5	4	3	2	1

Cap. 8. Entre los dos tipos de grupos u organizaciones. ¿Qué tanto comparten sus derechos e intereses?	En todo	En mucho	En algunos	En poco	En nada
Grupos gubernamentales, políticos, económicos, y sociales (Partidos políticos, asociaciones cooperativas, comités, grupos voluntarios, etc.)	5	4	3	2	1
Grupos culturales, recreativos (Grupos religiosos, deportivos, artísticos, etc.)	5	4	3	2	1

Cap. 9. Entre los dos tipos de grupos u organizaciones. ¿Qué tanto lo ayudarían si usted lo solicita?	En todo	En mucho	En algunos	En poco	En nada
Grupos gubernamentales, políticos, económicos, y sociales (Partidos políticos, asociaciones cooperativas, comités, grupos voluntarios, etc.)	5	4	3	2	1
Grupos culturales, recreativos (Grupos religiosos, deportivos, artísticos, etc.)	5	4	3	2	1

Cap. 10. Cuando requiere ayuda de ambos tipos de grupos y organizaciones. ¿Qué tantos activos y recursos poseen?	Todos	Muchos	Algunos	Pocos	Ninguno
Poder significativo en toma de decisiones	5	4	3	2	1
Bases financieras sólidas	5	4	3	2	1
Amplias conexiones sociales	5	4	3	2	1
Gran influencia social	5	4	3	2	1

HOJA DE RESPUESTAS

Escala de capital social personal de Chen X

La escala de capital social tiene dos componentes, capital social de unión y capital social de puente. El capital social de unión se mide a través de los capítulos uno al cinco, y el capital social de puente se mide a través de los capítulos seis al diez. La puntuación se obtiene sumando todos los resultados por capítulos, donde se obtiene los indicadores de cada cuestionamiento. A mayor puntuación, mayores niveles de capital social.

Capital Social de Unión
Número de personas que constituyen
Cantidad cualitativa de personas que están en contacto con la persona entrevistada
Nivel de confianza que posee la persona con los miembros de familia, parientes
Número de personas que estarían dispuestas a ayudarla
Atributos y/o recursos que poseen las personas de su red
Capital Social de Puente
n de grupos en la comunidad
n de grupos en los que participa
Número organizaciones de la comunidad percibida para servir derechos e intereses de las personas
Número de organizaciones de la comunidad que proporcionaría ayuda a petición de la persona
Número de organizaciones de la comunidad que tienen el poder e influencia de diferentes atributos para la toma de decisiones de las personas

Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000800003

Ítem	Puntuación mínima	Puntuación máxima
Capítulo 1	6	30
Capítulo 2	6	30
Capítulo 3	6	30
Capítulo 4	6	30
Capítulo 5	6	30
Capítulo 6	2	10
Capítulo 7	2	10
Capítulo 8	2	10
Capítulo 9	2	10
Capítulo 10	4	20

5.05. Escala de resiliencia (ER) de Wagnild y Young

Universidad de San Carlos de Guatemala

Centro Universitario Metropolitano -CUM-

Ciclo 2017



Escala de resiliencia (ER) de Wagnild y Young

Código: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Instrucciones: A continuación se le leerán una serie de preguntas a las cuales deberá responder en una escala del 1 al 7, donde 1 es máximo desacuerdo y 7 máximo acuerdo. En caso de no entender la pregunta puede solicitar que se le repita y explique.

	Desacuerdo				Acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Cuando planeo algo lo realizo							
2. Suelo arreglármelas de una u otra manera							
3. Soy capaz de hacer las cosas por mi mismo/a sin depender de los demás							
4. Para mi es importante mantenerme interesado/a en algo							
5. Si debo hacerlo, puedo estar sólo/a							
6. Estoy orgulloso/a de haber podido alcanzar metas en mi vida							
7. Generalmente me tomo las cosas con calma							
8. Me siento bien conmigo mismo/a							
9. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo							
10. Soy decidido/a							
11. Rara vez me pregunto sobre la finalidad de las cosas							
12. Me tomo las cosas una por una							
13. Puedo superar las dificultades porque anteriormente he experimentado situaciones similares							
14. Soy disciplinado/a							
15. Mantengo interés por las cosas							
16. Por lo general encuentro de que reírme							
17. La confianza en mí mismo/a me permite atravesar momento difíciles							
18. En una emergencia soy alguien en quien se puede confiar							
19. Usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista							
20. A veces me obligo a hacer las cosas me gusten o no							
21. Mi vida tiene sentido							
22. No me aflijo ante situaciones sobre las que no tengo control							
23. Cuando estoy en una situación difícil, generalmente encuentro una salida							
24. Tengo suficiente energía para lo que debo hacer							
25. Acepto si hay personas a las que no les agrado							
TOTAL							

HOJA DE RESPUESTAS

Escala de resiliencia (ER) de Wagnild y Young

La Escala de resiliencia tiene los siguientes componentes: confianza en sí mismo, ecuanimidad, perseverancia, satisfacción personal, sentirse bien sólo. Los componentes tienen las siguientes características y se relacionan con los siguientes ítems.

Componente o factor	Características	Ítems
Satisfacción personal	Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta.	16, 21, 22, 25
Ecuanimidad	Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.	7, 8, 11, 12
Sentirse bien solo	Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.	3, 5, 19
Confianza en sí mismo	Habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades.	6, 9, 10, 13, 17, 18, 24
Perseverancia	Persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo de logro y autodisciplina.	1, 2, 4, 14, 15, 20, 23

Calificación e interpretación

Los 25 ítems puntuados en una escala de formato tipo Likert de 7 puntos donde: 1, es máximo desacuerdo; 7, máximo de acuerdo. Los participantes indicarán el grado de conformidad con el ítem; y a todos los que son calificados positivamente de entre 25 a 175 serán puntajes indicadores de mayor resiliencia.

5.06. Cuestionario de afrontamiento del estrés – CAE de Sandín y Chorot

Universidad de San Carlos de Guatemala

Centro Universitario Metropolitano -CUM-

Ciclo 2017



Cuestionario de afrontamiento del estrés – CAE de Sandín y Chorot

Código: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas y situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en que medida usted la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que usted piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el año pasado).

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerme frente	0	1	2	3	4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
4. Descargué mi mal humor con los demás	0	1	2	3	4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
6. Le conté a mis familiares o amigos como me sentía	0	1	2	3	4
7. Asistí a la iglesia	0	1	2	3	4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0	1	2	3	4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0	1	2	3	4
10. Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
11. Insulté a ciertas personas	0	1	2	3	4
12. Me volqué en el trabajo o en otras actividades para olvidarme del problema	0	1	2	3	4

13. Pedí consejos a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0	1	2	3	4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0	1	2	3	4
18. Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
19. Salí al cine, a cenar, a dar una vuelta, etc. para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
21. Acudí a la iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar la solución al problema	0	1	2	3	4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0	1	2	3	4
25. Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
26. Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
27. Hablé con amigos y familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0	1	2	3	4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
30. Me di cuenta de que por mi mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
31. Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”	0	1	2	3	4
32. Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cual sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
35. Recé	0	1	2	3	4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
37. Me resigné a aceptar las cosas como son	0	1	2	3	4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
40. Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
42. Acudí a la iglesia para poner velas o rezar.	0	1	2	3	4

HOJA DE RESPUESTAS

Cuestionario de afrontamiento del estrés – CAE de Sandín y Chorot

Para calificar la prueba se suman los valores marcados en cada ítem, según las siguientes subescalas:

Focalizado en la solución del problema (FSP)	1, 8, 15, 22, 29, 36.
Autofocalización negativa (AFN)	2, 9, 16, 23, 30, 37.
Reevaluación positiva (REP)	3, 10, 17, 24, 31, 38.
Expresión emocional abierta (EEA)	4, 11, 18, 25, 32, 39.
Evitación (EVT)	5, 12, 19, 26, 33, 40.
Búsqueda de apoyo social (BAS)	6, 13, 20, 27, 34, 41.
Religión (RLG)	7, 14, 21, 28, 35, 42.

La subescala que puntée la mayor cantidad representa la estrategia de afrontamiento que más utiliza el individuo.

5.07. Planificación de talleres

PLANIFICACIÓN DE TALLERES

Tema de taller:	Afrontamiento: Taller de mandalas
Población:	Adultos mayores
Lugar:	Hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl , zona 5
Fecha y hora:	14/08/17 ; 8:15 a.m. – 9:15 a.m.
Responsable:	Carmen María Véliz Escobar

COMPETENCIA DE ÁREA: Propiciar el aumento de confianza en sí mismo por medio de la expresión emocional abierta.

OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	PROCEDIMIENTOS (descripción de actividades de aprendizaje y evaluación)	DURACION	RECURSOS
Facilitar la relajación.	Meditación	Se llevará a cabo un ejercicio de respiración progresiva con sonidos ambientales para propiciar un estado de meditación y relajación.	10 minutos	Música Bocina
Desarrollar creatividad. Aumentar autoestima.	Pintura de la mandalas	A cada participante se le dará un mandala impreso, se facilitarán crayones. Cada persona pintará su propio mandala.	30 minutos	Mandalas impresos Crayones
Aumentar autoestima. Aumentar cohesión grupal.	Cartel grupal	En un cartel se pegarán los mandalas de todos los participantes, cada uno tendrá su nombre debajo de modo que se identifique el autor de cada uno.	20 minutos	Cartulinas Cinta adhesiva

PLANIFICACIÓN DE TALLERES

Tema de taller:	Afrontamiento: Musicoterapia
Población:	Adultos mayores
Lugar:	Hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl , zona 5
Fecha y hora:	16/08/17 ; 8:15 a.m. – 9:15 a.m.
Responsable:	Carmen María Véliz Escobar

COMPETENCIA DE ÁREA: Propiciar el aumento de confianza en sí mismo por medio de la expresión emocional abierta.

OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	PROCEDIMIENTOS (descripción de actividades de aprendizaje y evaluación)	DURACIÓN	RECURSOS
Facilitar la relajación.	Ejercicio de relajación guiada	Utilizando música instrumental se propiciará en los participantes un estado de relación profunda, generando conciencia corporal y emociones positivas.	15 minutos	Música Bocina
Aumentar la autoestima. Trabajar la atención.	Análisis de canciones	Se reproducirán dos y luego de cada una se pedirá a los participantes que comenten que generó la canción en ellos.	30 minutos	Música Bocina
Facilitar integración emocional.	Ejercicio de relajación corporal	Se reproducirá música instrumental y se invitará a los participantes a mover su cuerpo progresivamente al ritmo de la música con los ojos cerrados.	15 minutos	Música Bocina

PLANIFICACIÓN DE TALLERES

Tema de taller:	Capital social: Compartiendo mensajes positivos
Población:	Adultos mayores
Lugar:	Hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl , zona 5
Fecha y hora:	21/08/17 ; 8:15 a.m. – 9:15 a.m.
Responsable:	Carmen María Véliz Escobar

COMPETENCIA DE ÁREA: Generar confianza en sí mismos por medio de la convivencia grupal en la búsqueda de apoyo social.

OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	PROCEDIMIENTOS (descripción de actividades de aprendizaje y evaluación)	DURACIÓN	RECURSOS
Aumentar la autoestima.	Evaluación de las propias cualidades	Se dará una hoja de papel a cada participante, y diferente material para decorar su hoja. Cada uno escribirá en su hoja todas las cualidades que posea y la arreglará a su gusto. Al terminar podrán quedarse la hoja.	30 minutos	Hojas Lápices Lapiceros Crayones Goma Material de desecho
Aumentar la autoestima. Fomentar cohesión grupal.	Actividad: me gustas porque...	Se sentará a los participantes en círculo, y cada uno deberá decir al menos una cualidad de la persona que está a la derecha. Se dará una medalla a quien haya dicho la frase trabajada, bonita y especial, será el grupo quien nombre al ganador.	30 minutos	Medalla para el ganador

PLANIFICACIÓN DE TALLERES

Tema de taller:	Capital social: Trabajo en equipo
Población:	Adultos mayores
Lugar:	Hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl , zona 5
Fecha y hora:	23/08/17 ; 8:15 a.m. – 9:15 a.m.
Responsable:	Carmen María Véliz Escobar

COMPETENCIA DE ÁREA: Propiciar la búsqueda de apoyo social para mejorar la comunicación y convivencia grupal.

OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	PROCEDIMIENTOS (descripción de actividades de aprendizaje y evaluación)	DURACIÓN	RECURSOS
Propiciar el acercamiento entre los participantes. Mejorar la atención.	Juego: ¿Qué ha cambiado?	Se pondrá a los participantes en círculo, pasará una persona al frente, los demás la observarán y tratarán de memorizar la apariencia de cada cual. Luego los demás cierran los ojos mientras que la persona hace tres cambios a su apariencia; por ejemplo, se pone el reloj en la otra muñeca, se quita los lentes o se sube las mangas. Los demás jugadores tienen que tratar de descubrir los tres cambios.	20 minutos	
Fomentar el trabajo en equipo.	Juego: El grupo de caníbales	Se dividirá a los participantes en grupos de 8, a cada uno se le dará al azar un número del 1 al 8. El juego consiste en fingir que son turistas que se perdieron en la selva y fueron capturados por unos caníbales. Son ellos quienes deben decidir quién será el siguiente y el orden en el que los caníbales	20 minutos	Números del 1 al 8

Favorecer la búsqueda de solución de conflictos.		se los comerán. Así como la manera de escapar de allí. Cada uno adoptará un rol asignado (según el número que le haya tocado) y desde el personaje debe negociar con los demás que debe ser el último en ser comido. Al final los grupos compartirán sus soluciones.		
Favorecer la comprensión grupal.	Juego: Cosas en común	Los grupos anteriores serán partidos por la mitad, quedando cada grupo de cuatro personas. Cada grupo tendrá que encontrar diez cosas que tengan en común, no pueden ser vestimenta o aspecto físico. Al finalizar todos los grupos compartirán lo trabajado.	20 minutos	Hojas

PLANIFICACIÓN DE TALLERES

Tema de taller:	Capital social: Arteterapia, manualidad grupal
Población:	Adultos mayores
Lugar:	Hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl , zona 5
Fecha y hora:	28/08/17 ; 8:15 a.m. – 9:15 a.m.
Responsable:	Carmen María Véliz Escobar

COMPETENCIA DE ÁREA: Propiciar la búsqueda de apoyo social para mejorar la comunicación y convivencia grupal.

OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	PROCEDIMIENTOS (descripción de actividades de aprendizaje y evaluación)	DURACIÓN	RECURSOS
Aumentar la autoestima. Favorecer cohesión grupal.	Pintando mi regalo para los demás	Se le dará una hoja a cada participante, y material para hacer la pintura. Se dará la instrucción de que cada uno haga un dibujo especial, en el que reflejen una parte de sí mismos que quieran compartir con los demás. En caso que se les dificulte pensar en algo, se trabajará una meditación guiada previamente.	30 minutos	Hojas Crayones Témpera Pinceles Lápices Lapiceros
Favorecer cohesión grupal.	Collage grupal	Al terminar, cada participante pegará en un cartel su dibujo. Se irán pegando en forma de collage, entrelazando uno con otro.	30 minutos	Cartulina Tape Goma

PLANIFICACIÓN DE TALLERES

Tema de taller:	Capital social: Abrazoterapia
Población:	Adultos mayores
Lugar:	Hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl , zona 5
Fecha y hora:	30/08/17 ; 8:15 a.m. – 9:15 a.m.
Responsable:	Carmen María Véliz Escobar

COMPETENCIA DE ÁREA: Propiciar la búsqueda de apoyo social para mejorar la comunicación y convivencia grupal.

OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	PROCEDIMIENTOS (descripción de actividades de aprendizaje y evaluación)	DURACIÓN	RECURSOS
Aumentar la autoestima. Propiciar el amor propio.	Ejercicio de la relajación guiada	Utilizando música instrumental se propiciará en los participantes un estado de relajación, y se les invitará a ir teniendo contacto consigo mismos, hasta llegar a darse un abrazo a sí mismos.	30 minutos	Música Bocina
Facilitar el contacto y acercamiento. Generar mayor confianza.	Ejercicio: este es un abrazo	Se pondrá a los participantes en círculo, y se les invitará a regalar un abrazo a la persona de la derecha, diciendo “Me llamo Carmen y esto es un abrazo”, así hasta terminar con todos. Al finalizar se dialogará solo lo experimentado.	30 minutos	

PLANIFICACIÓN DE TALLERES

Tema de taller:	Resiliencia: Reminiscencia, la historia de vida
Población:	Adultos mayores
Lugar:	Hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl , zona 5
Fecha y hora:	04/09/17 ; 8:15 a.m. – 9:15 a.m.
Responsable:	Carmen María Véliz Escobar

COMPETENCIA DE ÁREA: Favorecer la integración del pasado con el presente, fomentando la aceptación y adaptación al medio actual.

OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	PROCEDIMIENTOS (descripción de actividades de aprendizaje y evaluación)	DURACIÓN	RECURSOS
Reforzar la identidad de las personas. Aumentar la autoestima.	Historia de vida: los logros de mi vida	Se le dará una hoja a cada participante, y se le invitará a plasmar en la hoja (ya sea escrito o pintado) los logros de su vida. Se enfatizará que un logro no debe ser algo ostentoso y extravagante, pueden ser cosas en apariencia sencilla. Los que quieran podrán compartirlo.	40 minutos	Hojas Lápices Lapiceros Crayones
Favorecer la integración del pasado-presente.	Visualización: abrazando mi historia	Se trabajará una visualización en la que las personas puedan abrazar a la persona que contó la historia de sus logros, y abrazarán todo aquello que ya pasó, y lo traerán a su presente en ese abrazo con su yo actual.	20 minutos	Música Bocina

PLANIFICACIÓN DE TALLERES

Tema de taller:	Resiliencia: Reminiscencia, sanando relaciones pasadas
Población:	Adultos mayores
Lugar:	Hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl , zona 5
Fecha y hora:	06/09/17 ; 8:15 a.m. – 9:15 a.m.
Responsable:	Carmen María Véliz Escobar

COMPETENCIA DE ÁREA: Favorecer la integración del pasado con el presente, fomentando la aceptación y adaptación al medio actual.

OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	PROCEDIMIENTOS (descripción de actividades de aprendizaje y evaluación)	DURACIÓN	RECURSOS
Favorecer la expresión emocional.	Expresando mensajes negativos	Se invitará a los participantes a que piensen en una relación conflictiva que hayan tenido o tengan, y tengan la intención de cambiar. Se les dará una hoja, y ya sea escribiendo o dibujando, deberán plasmar todo lo negativo de dicha relación.	20 minutos	Hojas Lápices Lapiceros Crayones
Favorecer integración pasado-presente. Fomentar aceptación.	Viendo lo positivo	Posteriormente se hará una meditación guiada en la que los participantes piensen en los aspectos positivos de la relación, que deberán plasmar en la parte de atrás de la hoja.	40 minutos	Hojas Lápices Lapiceros Crayones

PLANIFICACIÓN DE TALLERES

Tema de taller:	Afrontamiento: Risoterapia, reevaluación positiva
Población:	Adultos mayores
Lugar:	Hogar y centro ocupacional de ancianos de San Vicente de Paúl , zona 5
Fecha y hora:	11/09/17 ; 8:15 a.m. – 9:15 a.m.
Responsable:	Carmen María Véliz Escobar

COMPETENCIA DE ÁREA: Fomentar estrategias de afrontamiento para generar mayor confianza en sí mismo y una expresión emocional abierta.

OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	PROCEDIMIENTOS (descripción de actividades de aprendizaje y evaluación)	DURACIÓN	RECURSOS
Facilitar expresión emocional y confianza en sí mismos.	Dibujando expresiones	Se le dará a cada participante un globo y marcador, y se les indicará que dibujen en el globo una expresión exagerada. Posteriormente cada uno deberá imitarla frente a los demás.	15 minutos	Globos Marcadores
Aumentar convivencia social.	Pasando la mueca	Se pondrá a los participantes en círculo, posteriormente se les indicará que “pasen la emoción” hacia la derecha, es decir, el de la derecha deberá copiar la mueca del otro.	20 minutos	
Propiciar congruencia emocional.	Tarjetas con historias emocionales	Se le dará a cada participante una tarjeta con una breve historia, deberá leerla frente al grupo haciendo la emoción que vaya con la historia.	25 minutos	Tarjetas con historias