

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**El servicio comunitario como una forma de mejoramiento cognitivo,
conductual y emocional en adultos mayores con depresión en calidad
de abandono**

Proyecto de investigación

Carla Paulina Materon Echanique

Psicología clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título
de Psicóloga Clínica

Quito, 13 de diciembre de 2018

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**El servicio comunitario como una forma de mejoramiento cognitivo,
conductual y emocional en adultos mayores con depresión en calidad
de abandono**

Carla Paulina Materon Echanique

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico:

María Cristina Crespo Andrade, MA.

Firma del profesor:

Quito, 13 de diciembre de 2018

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Carla Paulina Materon Echanique

Código: 00108258

Cédula de Identidad: 1719354597

Lugar y fecha: Quito, 13 de diciembre de 2018

DEDICATORIA

Dedicado a mi abuela María Hortensia Jarrín

Por enseñarme el valor de la vida en todas sus etapas,

Por haberme motivado a alcanzar mis sueños, a volar alto y a llegar lejos.

Resumen

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que afecta a personas de todas las edades, se caracteriza por: la pérdida de interés en las actividades, sentimientos de culpa e infravaloración, dificultades para pensar y concentrarse, cambios apetito y sueño, falta de energía, pensamientos recurrentes de muerte, ideación, planes o intentos de suicidio.

En los adultos mayores debido a la etapa del desarrollo en la que se encuentran esta patología se presenta con mucha frecuencia, es posible que se presente con mayor intensidad en aquellos adultos mayores que se encuentran abandonados por sus familiares en asilos de ancianos.

A través de una extensa revisión de la literatura en la que se evidencia la eficacia de las terapias psicológicas tradicionales y alternativas sobre los aspectos: cognitivo, conductual y emocional de los adultos mayores con depresión, se puede llegar a la conclusión de que el servicio comunitario como forma de terapia y el acompañamiento psicológico no solo mejoran las áreas mencionadas, sino que también empoderan al adulto mayor haciéndoles ganar autoestima y valía.

Palabras Clave: Adultos mayores, Depresión, Servicio Comunitario, Trabajo después de la jubilación, Tratamiento psicológico.

Abstract

Depression is a mood disorder that affects people of all ages, characterized by: loss of interest in activities, feelings of guilt and underestimation, difficulties in thinking and concentrating, appetite and sleep changes, lack of energy, recurrent thoughts of death, ideation, plans or suicide attempts.

In this stage of the development where older adults are, this pathology occurs very frequently, it is possible that it occurs with greater intensity in older adults who are abandoned by their relatives in nursing homes.

Through an extensive review of the literature that demonstrates the effectiveness of traditional and alternative psychological treatments in: cognitive, behavioral and emotional aspects of older adults with depression, it can be concluded that community service as a form of therapy and psychological support not only improve the areas mentioned, but also empower the elderly by making them gain self-esteem and worth.

Keywords: Adults, Depression, Community Service, Work after retirement, Psychological treatment.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	8
Antecedentes.....	12
Problema.....	14
Pregunta de investigación.....	15
Revisión de la literatura.....	16
Metodología y diseño de investigación.....	38
Justificación de la metodología seleccionada.....	38
Herramientas de investigación seleccionadas.....	40
Resultados esperados.....	44
Discusión.....	46
Limitaciones del estudio.....	48
Recomendaciones para futuros estudios.....	49
Referencias.....	50
ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES.....	56
ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	58
ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA EL LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN.....	61

INTRODUCCIÓN

“La ancianidad no nos puede ser algo ajeno o lejano, porque es para unos la realidad de hoy y de la que otros formaremos parte mañana” (Fernández, 2000, p. 55).

Actualmente la ancianidad es conocida por otros nombres como tercera edad, adultez mayor y vejez, la ancianidad empieza a los sesenta años y se divide en los siguientes subgrupos: de sesenta a sesenta y nueve son sexagenarios, de setenta a setenta y nueve son septuagenarios y de ochenta a ochenta y nueve son octogenarios (Craig, Baucum, 2001).

En esta fase de la vida por lo general empiezan a presentarse problemas físicos, los más comunes son: la sordera, falta de visión y los problemas de movilización. La alimentación inadecuada se encuentra ligada al insomnio y a las pesadillas sin embargo problemas relacionados con la circulación sanguínea y las varices tienen un efecto más bajo en adultos mayores que realizaban ejercicio de forma habitual. (Antón, 1989).

En el año 2017 hubo un estimado de 962 millones de adultos mayores, es decir el 13% de la población mundial, se predice que para el año 2030 aumentará a 1400 millones (Naciones Unidas). En el Ecuador hay 1.049.824 personas mayores de 65 años que corresponde al 6,5% de la población, se estima que para el año 2020 habrá un aumento importante llegando así a constituir el 7.4% de la población total ecuatoriana. (Ministerio de inclusión económica y social).

Teniendo en cuenta que esta población va en aumento es importante conocer en qué estado se encuentra y qué se podría hacer para mejorar su calidad de vida, es necesario que los adultos mayores tengan un plan de prevención e intervención al igual que se realiza con otros grupos etarios.

Una de las patologías que más fuerza ha tomado estos últimos años en toda la población mundial es la depresión mayor definida por el DSM-V como “una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (...). Presenta cambios de apetito o peso, cambios de sueño y de actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas” (APA, 2013).

Las investigaciones plantean que la depresión alcanza sus valores más altos en la juventud, disminuyen en la adultez y vuelven a incrementarse en la adultez mayor, llegando a alcanzar valores muy similares a los encontrados en la juventud, el resultado es que la prevalencia de la depresión en el ciclo de vida vital tenga una forma de “U”. (García, 2005).

De manera fenomenológica la depresión en la adultez mayor es diferente si es comparada con etapas o épocas más tempranas, en la adultez mayor la depresión se encuentra relacionada a las múltiples pérdidas orgánicas, cognitivas y a diversas circunstancias sociales y familiares (García, 2005).

“El anciano suele reaccionar con un cuadro depresivo ante la anticipación a la pérdida de su propia imagen de individuo maduro o la pérdida de su salud, sus seres queridos, su seguridad económica y sus posesiones de poder y prestigio” (Morales, 2000, p. 135).

El adulto mayor sufre de limitaciones en su autonomía ya sea por el proceso natural del envejecimiento o por impedimentos culturales, tienen una pérdida de vigor, agilidad y velocidad además de un aumento cansancio y fatiga (Cornachione, 2008).

“Más que a la muerte lo que el adulto mayor teme es la soledad, el sufrimiento y la miseria” (Morales, 2000, p. 136). Es importante tener en cuenta que el maltrato no se da únicamente por acción sino también por omisión, las formas más frecuentes son: la negligencia, abandono, abuso económico, violación de los derechos de la persona, maltrato físico y psíquico (Pinazo, 2013).

El maltrato se produce en el ámbito familiar y en el ámbito institucional, es decir en los centros de día, hospitales, residencias, lugares creados con el objetivo de proteger al adulto mayor (Pinazo, 2013). Una de las formas de maltrato es la infantilización “No podemos infantilizar al anciano o suponer que no puede elegir lo que quiere, es una persona adulta con sus propios valores y que los expresará a su manera” (Centro de humanización de la salud, 2007).

Giles y Gassioek (2011) afirman que las personas de forma constante van cambiando el estilo de comunicación que utilizan al hablar, en los niños se suele acomodar el habla para que pueda ser más entendible sobre cuando se trata de niños muy pequeños, el problema empieza cuando este tipo de habla se empieza a utilizar en los adultos mayores (Pinazo, 2013).

Ryan, Giles, Bartolucci, Henwood (1986) creen que la razón por la que este tipo de habla empieza a ser incorporada es debido a la creencia de que los adultos mayores de forma paulatina irán teniendo más dificultades para entender lo que se les dice y serán menos competentes y más dependientes (Pinazo, 2013).

El abandono familiar sucede cuando hay un descuido significativo por parte de la familia hacia algunos miembros, el abandono que sufren los adultos mayores lamentablemente es un suceso que se da con mucha frecuencia, son incontables las

historias que hay sobre el abandono, destierro o desplazamiento del núcleo familiar (Paucar & Quezada, 2012).

El 14,9% de los adultos mayores del Ecuador son víctimas de negligencia y abandono (Ministerio de inclusión económica y social). Se debe tener en cuenta que la palabra abandono engloba dos categorías muy importantes; primero la callejización en donde la calle se ha convertido en un hogar y en un medio de vida para las personas que se encuentran en un estado de desamparo e indefensión (Fajardo, 2011).

En la segunda categoría se encuentran los asilos de ancianos definidos como “Obras de entidades religiosas o de instituciones filantrópicas privadas, en ellos se atiende a numerosos ancianos de ambos sexos en amplias salas con docenas de camas, los cuidados se dispensan bajo planteamientos caritativos” (García, Torres, Ballesteros, 2006, p. 7).

Es importante entender la diferencia entre asilo, residencia y casa hogar. Los asilos son lugares destinados a cuidar humanitariamente a las personas que se encuentran desprotegidas, son instituciones sociales que proporcionan protección (Quintanar, 2000).

Las casas hogar tienen como objetivo proporcionar a los adultos mayores de una condición de vida más satisfactoria y gratificante, la idea es que se sientan integrados a una familia similar a la de su hogar de origen cotidiano (Quintanar, 2000).

Las residencias son espacios en los cuales los adultos mayores pueden tener mayor independencia y autosuficiencia además de tener acceso a otro tipo de recursos y servicios (Quintanar, 2000).

Una de las razones más comunes por las que está dinámica se presenta es el hecho de que el adulto mayor ha finalizado su vida laboral útil, lo que quiere decir que se transforma en una carga de gastos para la familia de la que es perteneciente, dando como resultado el rompimiento de las interacciones, relaciones, comunicación y hasta afectividad (Paucar & Quezada, 2012).

Antecedentes

Las condiciones depresivas en el adulto mayor son un problema importante para la salud pública ya que están asociadas a una morbilidad considerable y a un aumento de riesgo suicida, la mayoría de los adultos mayores con síntomas depresivos clínicamente significativos no alcanzan el mínimo para tener un diagnóstico de depresión mayor o distimia (Krishna, 2013).

Alrededor del 10 y el 20% de los adultos mayores tuvieron al menos un episodio depresivo después de los 65 años, esta patología es uno de los motivos más frecuentes de las hospitalizaciones psiquiátricas, los adultos mayores deprimidos tienen a utilizar muy poco los servicios médicos en general (Rojtenberg, 2001).

“El anciano suele reaccionar con un cuadro depresivo ante la anticipación a la pérdida de su propia imagen de individuo maduro o a la pérdida de su salud, sus seres queridos, su seguridad económica y sus posesiones de poder y prestigio” (Morales, 2000, p. 135).

En varios geriátricos o residencias para adultos mayores se han hecho intervenciones con musicoterapia definida como “la terapia basada en la producción y audición de la música, escogida por sus resonancias afectivas, por las posibilidades que da el individuo para expresarse a nivel individual y de grupo y de reaccionar a la vez según su sensibilidad” (Lacárcel, 1990, p. 9).

Hanser, (1990) asegura que musicoterapia puede optimizar la calidad de vida y mejorar las áreas: física, social, comunicativa, emocional, intelectual y espiritual, ofrece estímulos para la relajación profunda del cuerpo, imágenes y ánimo positivo, pensamiento claro y placentero además de un reforzamiento potencial de eventos (Zhao, 2016).

Chan et al, (2009) mencionan que en adultos mayores que tienen discapacidades cognitivas la musicoterapia puede ser utilizada como psicoterapia, puede tener efectos terapéuticos a través de las expresiones no verbales relacionadas con la emoción y los sentimientos internos. Gold et al, (2009) manifiestan que las investigaciones de los últimos años han demostrado que la musicoterapia tiene efectividad en personas con depresión ya que mejora los síntomas, el funcionamiento y el estado global (Zhao, 2016).

Otro tipo de terapia que se aplica en adultos mayores es la arteterapia definida como “Un acompañamiento de personas con dificultad (psicológica, física, social o existencial) a través de sus producciones artísticas, obras plásticas, sonoras, teatrales, literarias, corporales y bailadas” (Pérez, De-Juanas, 2013). Estudios han examinado los efectos de la arteterapia en la salud de los adultos mayores, los resultados reflejaron que reduce las emociones negativas y la ansiedad además de aumentar la autoestima (Rawtaer et al. 2015). La arteterapia tiene a la creatividad como eje central, la acción es primordial para la psicomotricidad, el aprendizaje y la incorporación de cambios psíquicos que sean significativos implican movimiento y acción (Araujo & Gabelán, 2010).

Por otra parte existe la terapia ocupacional capacita y empodera a las personas, grupos o comunidades a que puedan desarrollar un proyecto de vida partiendo del

desarrollo de ocupaciones significativas que puedan potenciar su independencia e interdependencia, dando como resultado un sentido a sus vidas, el objetivo es crear comunidades saludables que experimenten bienestar físico, psicológico y social (Simó, 2015).

Problema

Los adultos mayores que se encuentran deprimidos empiezan a presentar sentimientos de inutilidad e invalidación, se aíslan y dejan de realizar las actividades que en el pasado les proporcionaban bienestar, valía y satisfacción.

La asistencia psicológica es bastante favorable ya que a través de ella se puede aprender a controlar las respuestas emocionales, el objetivo es que la persona pueda tener una integridad personal y recuperación de su salud física y mental, las terapias psicológicas pueden lograr estabilidad psíquica, nuevos hábitos y estilos de vida que también tengan un impacto positivo sobre el estado físico (Salaverry, 2013). Es importante mencionar que las terapias psicológicas no se encuentran al alcance de todos los adultos mayores ya que algunos asilos de ancianos no tienen el presupuesto para costearlo.

Pese a los resultados positivos que las terapias psicológicas han demostrado tener, logrando que haya un cambio a nivel emocional, una mejoría a nivel cognitivo y una actitud menos negativa hacia la vida, es el servicio comunitario el medio por el cual los adultos mayores pueden sentirse empoderados, útiles y necesitados por la sociedad.

El trabajo post jubilación o servicio comunitario proporcionan dinamismo, acción y actividad, ayudan a que el adulto mayor no se sumerja en una vida pasiva, el trabajo es una de las formas de ejercitar al cerebro además de favorecer a la neuroplasticidad, el hecho de seguir siendo laboralmente activo ayuda a que la persona

obtenga valía personal, hace que la persona se sienta activa, potente e importante y con una responsabilidad que le hace sentir útil (Ceberio, 2013).

Un estudio en Hong Kong reveló que de 150 adultos mayores entrevistados, 98 de ellos realizaban servicio comunitario aproximadamente cuatro horas a la semana y reportaban sentirse mejor físicamente, tener una autoeficacia más alta, mejor satisfacción en la vida y menos angustia psicológica (Wu, Tang, Elsie, Yan, 2005).

A pesar de que en el estudio mencionado el servicio comunitario no estaba siendo utilizado como una forma de terapia, los adultos mayores reportaron sentir un mejoramiento a nivel físico y lo más importante a nivel psicológico y de autoconcepto, demostrando así que el servicio comunitario es una herramienta útil para que los adultos mayores puedan sentirse empoderados en esta etapa de la vida (Wu, Tang, Elsie, Yan, 2005).

Pregunta de investigación

¿Cómo y hasta qué punto el servicio comunitario puede servir como terapia para el mejoramiento cognitivo, conductual y emocional en adultos mayores con depresión que se encuentran abandonados?

Propósito del estudio

A través de este estudio se busca incorporar al servicio comunitario como terapia en los asilos de ancianos, lugares en los que hay una alta incidencia de depresión, a través del empoderamiento se espera que puedan tener una mejoría en los aspectos: cognitivo, conductual, emocional y de autoconcepto.

Significado del estudio

Teniendo en cuenta que la población de adultos mayores va en aumento es necesario que su calidad de vida mejore, que haya un plan que pueda evidenciar una mejoría en el autoconcepto, la cognición, la emocionalidad y la forma en la que reaccionan a la vida, es importante que el servicio comunitario sea tomado en cuenta por los profesionales de salud como una herramienta que ayude a los adultos mayores con depresión.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fuentes

La información para esta investigación fue recolectada a través de los buscadores EBSCO, Google Académico y Libros de Google, se utilizaron únicamente artículos académicos y libros. Se utilizaron palabras clave como: depresión, adultos mayores, psicología y servicio comunitario. Para obtener mejores resultados se utilizaron palabras clave más específicas como: terapias psicológicas, terapias alternativas, depresión mayor, ancianidad, trabajo después de la jubilación y actividad social.

Formato de la Revisión de la Literatura

La información se encuentra revisada por temas, inicia con la depresión, los adultos mayores y la depresión en los adultos mayores seguida por las terapias psicológicas tradicionales, las terapias psicológicas alternativas y finaliza con el servicio comunitario como una terapia psicológica.

Adulthood

La adulthood es una etapa de la vida caracterizada por modificaciones fisiológicas causadas por el paso del tiempo, una de las más relevantes es la disminución de las capacidades sensoriales, hay dificultades en el sistema inmunológico lo que causa mayor vulnerabilidad a enfermedades, la masa muscular disminuye y aumentan las grasas provocando dificultades músculo- esquelética (Peña, 2011)

Hay un sentido de pérdida ya sea real o subjetivo, puede ser la pérdida de capacidades físicas y cognitivas, trabajo, amigos o familiares que fallecen, las reacciones que los adultos mayores tienen ante estas situaciones involucran que dejen de comer/beber provocando desde ansiedad hasta muerte natural (Peña, 2011)

La pérdida de la actividad laboral provoca desorientación, acomplejamiento por la edad y posiblemente pérdida de oportunidades, de manera social el círculo de relaciones personales se limita ya que desaparecen aquellas que eran propiamente profesionales, en algunos casos estas relaciones eran muy numerosas y gratificantes (Yubero, 1999).

El adaptarse a la jubilación tiene algunos matices que se asemejan al duelo ya que se produce una ruptura, una pérdida, el status social está determinado en gran parte por la situación ocupacional y de empleo, aquellos que son forzados a retirarse lo asocian con una pérdida de autoestima, los estereotipos sociales contribuyen a esta disminución de autoestima ya que empiezan a considerar a esta población como diferente (De la Serna, 2003).

Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, según la OMS afecta globalmente a 350 millones de personas, la sintomatología depresiva se caracteriza por: sentimientos de tristeza o desesperanza, pérdida de interés en la mayoría de las actividades, cambios en el apetito, problemas para dormir, cansancio y falta de energía, sentimientos de culpa e inutilidad, problemas de concentración e ideación suicida (Zhao et al. 2018).

El modelo de Beck y Ellis describe a la depresión como la visión sombría de la realidad, el modelo de Seligman se enfoca en la apatía, la pasividad y la desesperanza, el modelo de Lewinsohn toma en cuenta la relación entre un ambiente empobrecido o unas habilidades limitadas hacia la obtención del refuerzo y el decaimiento afectivo (Jervis & González, 2005).

Para Plutchik (2003) la tristeza es producida por la pérdida de un objeto estimado por la persona lo que da como resultado desolación y desesperación (García & Ellgring, 2010).

La depresión no siempre se manifiesta con sentimientos de tristeza, en algunas personas hay un aumento de nerviosismo, en otras hay una incapacidad en la expresión de emociones, y hay personas que experimentan síntomas físicos inexplicables o un cambio de comportamiento (San Molina & Arranz, 2010).

La baja autoestima y la depresión se encuentran relacionadas, la persona tiene una falta de valía y confianza, inadecuación y un posible odio hacia el “si mismo”, son incapaces de satisfacerse a ellos mismos y a las personas que los rodean, de manera frecuente fracasan en el área educativa o laboral, en sus relaciones y en sus pasatiempos (Preston, 2002).

La depresión será la segunda causa principal de discapacidad anual global para el año 2020, un estudio demostró que alrededor del 60% de personas que tienen un diagnóstico de depresión severa cometen suicidio (Zhao et al. 2018).

Depresión en adultos mayores

La depresión en adultos mayores es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes en geriatría, es ampliamente reconocido y documentado en los campos de: medicina, psicología, psiquiatría y trabajo social, la depresión afecta al 15% de los adultos mayores y al 9,5% de la población mundial (Wang, 2011).

En los adultos mayores los cuadros depresivos no solo dependen de los factores genéticos, fisiológicos, psicológicos, socioeconómicos y subjetivos, los pacientes sufren de enfermedades somáticas o incapacitantes (Morales, 2000).

Los adultos mayores que se encuentran deprimidos usan más los servicios de salud, la depresión puede causar dificultades físicas, sociales y de funcionamiento de rol (pobres sentimientos de bienestar), puede haber problemas de alcoholismo, discapacidad cognitiva e incremento de mortalidad (infartos y ataques al corazón) (Wang 2011).

Terapias psicológicas tradicionales

Para tratar la depresión en adultos mayores, algunos investigadores han optado por aplicar terapias que se basen en las corrientes clásicas de la psicología como: la Terapia Cognitivo Conductual, Terapia de Reminiscencia, Terapia de resolución de problemas, Terapia de apoyo, Terapia de aceptación y compromiso, etc.

Un ejemplo de la terapia cognitivo conductual es el estudio de Samad, Z., Brealey, S., Gilbody, S. (2010) quienes realizaron una recopilación de estudios

realizados desde el año 1980 al 2009 acerca de esta terapia en adultos mayores deprimidos.

La función de la terapia cognitivo conductual es direccionar las cogniciones y emociones negativas asociadas con la depresión, pero de una manera indirecta: podría ser descrita como diferente en comparación al resto de aproximaciones cognitivas (Samad et al. 2005).

Mientras que el tratamiento original involucra la planificación y aumento de actividades placenteras e interacciones positivas con el ambiente, las investigaciones más recientes incluyen la activación positiva, el énfasis en la reducción de reforzamientos negativos relacionados con el comportamiento evasivo (Samad et al. 2005).

El modelo de terapia cognitivo conductual se caracteriza por la identificación de un comportamiento dirigido a metas en: relaciones interpersonales, pasatiempos y empleo. Estas metas deben ser enlistadas para planificar su implementación a través de hojas de trabajo semanales diarias (Samad et al. 2005).

Los resultados de esta recopilación realizada por Samad et al. (2005) demostraron que la terapia cognitivo conductual en adultos mayores no es significativamente diferente en cuanto a eficacia comparada con las terapias psicodinámica breve y cognitiva.

Por otro lado, se encuentra la terapia de reminiscencia: un estudio realizado por Meléndez, J., Fortuna, F., Sales, A., Mayordomo, T. (2015) se enfocó en los efectos de esta terapia de forma integrativa en la depresión, el bienestar, la integridad, la autoestima y la satisfacción de vida en los adultos mayores.

La reminiscencia es definida como el proceso de pensar y contarle a alguien experiencias pasadas que hayan sido importantes y significativas, busca evocar recuerdos valiosos mediante el procedimiento de volver a contar hechos y acciones asociados a algún estímulo en específico (Meléndez et al. 2005).

Su uso en personas que están pasando por cambios y pérdidas, puede llevarles a plantearse el significado de la vida y a una revisión de la misma, cuando la memoria se encuentra adecuadamente canalizada ayuda a los adultos mayores a tener un sentido de integridad y control (Meléndez et al. 2005).

Meléndez et al. (2015) plantean la intervención simple con poca estructura; la acción está direccionada a la narración autobiográfica con el objetivo de comunicar, enseñar o informar a otros. Recordar eventos positivos realza las emociones positivas y es bueno para la salud mental de los adultos mayores.

Esta investigación se realizó con 34 adultos mayores de 65 años o más que se encontraban viviendo en la comunidad de San Juan de la Maguana en República Dominicana, los test impartidos antes y después de la terapia son los siguientes; Mini Mental State Examination (MMSE), The Geriatric Depression Scale, Rosenberg Self-Steeme Scale, The Life Integration Scale, The Ryff Psychological Well-Being Scales (Meléndez et al. 2005).

Las sesiones fueron grupales con una duración de 60 minutos, el objetivo fue promover la aceptación del sí mismo y de los otros, la resolución de conflictos y reconciliación, el sentido de autovalidación, la integración del presente y del pasado. Los resultados reflejaron un incremento de autoestima y de satisfacción de vida, así como una disminución de los síntomas depresivos (Meléndez et al. 2005).

Otros autores han optado por la terapia de resolución de problemas y la terapia de apoyo, por ejemplo, Areán, P., Raue, P., Mackin, R., Kanellopoulos, D., McCulloch, C., Alexopoulos, G. (2010) mediante un estudio aplicaron esta terapia a adultos mayores con depresión mayor y disfunción ejecutiva.

Areán et al. (2010) mencionan que impartir destrezas de resolución de conflictos ayuda a mitigar la discapacidad conductual, ayuda a los pacientes a ser mejores directores de sus vidas para que el estrés y la depresión disminuyan, en esta terapia se entrena a los pacientes a identificar los problemas que se relacionan con su bienestar y proporciona un método para seleccionar e implementar un plan basado en la resolución de conflictos.

Esta terapia fue modificada para su aplicación en adultos mayores, el terapeuta fue más directivo y los pacientes se enfocaron en: problemas de menor complejidad para poder aprender, la selección de disparadores para empezar a ejecutar un plan, la secuencia de acciones y la finalización de la acción una vez alcanzada la meta (Areán et al. 2010).

Los siguientes test fueron aplicados a los participantes; Hamilton Depression Rating Scale (depresión) Mini Mental State Examination (deterioro cognitivo), Wisconsin Card Sorting Test, The Trail Marking Test, Frontal Systems Behavior Test (funcionamiento ejecutivo) (Areán et al. 2010).

Durante 12 sesiones semanales los participantes del primer grupo tuvieron terapia de resolución de conflicto, se les enseñó un modelo de 5 pasos durante 5 semanas y tuvieron sesiones direccionadas a pulir las habilidades obtenidas mediante la terapia (Areán et al. 2010).

Debieron establecer metas de tratamiento, discutir y evaluar diferentes maneras para poder alcanzarlas, crearon planes de acción y evaluaron la efectividad del alcance de las metas establecidas. Finalmente en las últimas 2 sesiones los pacientes realizaron un plan de prevención de recaídas en base a lo aprendido (Areán et al. 2010).

Los participantes del segundo grupo, durante 12 semanas recibieron tratamiento individual basado en la terapia de apoyo (parecida a la terapia centrada en el cliente), los terapeutas crearon un ambiente cómodo, demostraron autenticidad, empatía, aceptación y no aplicaron ninguna habilidad, solo escucharon activamente y apoyaron en cuanto a los problemas y preocupaciones (Areán et al. 2010).

De los 221 adultos mayores que calificaron para participar, el 9% abandonó el tratamiento y el 6% no hizo el tratamiento completo, los resultados reflejaron que la terapia de resolución de conflicto fue más beneficiosa que la terapia de apoyo en la reducción de síntomas depresivos y un incremento de remisión, su eficacia a largo plazo aún debe ser investigada (Areán et al. 2010).

Otra de las opciones de terapia es la terapia de aceptación y compromiso, el estudio piloto realizado por Davison, T., Eppingstall, B., Runci, S., O'Connor, D. (2016) con adultos mayores que residían en instalaciones de cuidado a largo plazo en Melbourne- Australia y presentaban sintomatología depresiva y ansiosa.

La opción predominante de tratamiento eran los medicamentos psicotrópicos, a pesar de las preocupaciones relacionadas a la seguridad y eficacia de estos fármacos a largo plazo, los adultos mayores de estas instalaciones mostraron una preferencia hacia los tratamientos psicológicos en vez de los tratamientos farmacológicos, pese a sus preferencias menos del 1% recibió algún tipo de terapia psicológica para mejorar la salud mental y el bienestar psicológico (Davidson et al, 2016).

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) tiene un enfoque conductual, facilita la aceptación de los componentes de la vida que se encuentran fuera de control en la adultez mayor (enfermedad, dolor, discapacidad, pérdida, duelo y reubicación hacia instalaciones de cuidado) (Davidson et al, 2016).

El objetivo es que puedan aprender a enfocarse en sus recursos restantes y a comprometerse con cursos de acción que tomen en cuenta sus valores fundamentales, las técnicas utilizadas apaciguan el impacto de los pensamientos y creencias negativas, hacen un contraste con la proximidad hacia el objetivo de modificar o controlar estas cogniciones (Davidson et al, 2016).

Los participantes fueron 35 adultos mayores que tenían un tratamiento de medicación psicotrópica, la terapia tuvo un formato individual y estructural, consistió en 12 sesiones de 60 minutos y trataban los siguientes temas; los valores fundamentales de cada uno, la aceptación de situaciones actuales y experiencias internas, la identificación de pensamientos y sentimientos (Davidson et al, 2016).

Los resultados reflejaron una reducción significativa de la sintomatología depresiva, la cual se mantuvo durante aproximadamente 3 meses más después de la culminación del tratamiento, en cuanto a la ansiedad no hubo resultados significativos a largo plazo (Davison et al. 2016).

Terapias Alternativas

Para el mejoramiento de la depresión en adultos mayores, algunos investigadores optaron por la aplicación de terapias psicológicas que no se encontraban dentro del contexto tradicionalista como: la Terapia de humor, Intervenciones psicosociales con arte, música, tai chi y mindfulness, Terapia de luz brillante, Musicoterapia, Observaciones activas de danza y música, etc.

Un ejemplo de terapia que se aleja un poco de la psicoterapia tradicional es el estudio de Scott, C., Hyer, L., MacKenzie, L. (2015) quienes se enfocaron en la risoterapia o terapia de humor, la psicoeducación y la alianza en adultos mayores con depresión y ansiedad.

Para Scott et al. (2015) el componente de psicoeducación permite que haya información valiosa dentro de la sesión, da un sentido más grande de dirección, perspectiva y compromiso.

La alianza mediante la empatía busca construir una buena relación entre el adulto mayor y el terapeuta, ayuda a que haya más interés por trabajar fuera de la sesión y por cumplir con las tareas asignadas, hay mayor posibilidad de cambio cuando las estrategias de intervención son guiadas, se crea una conexión entre los síntomas y las dificultades de adaptación en la etapa presente (Scott et al. 2015).

El humor tiene un rol integral en el desarrollo de una buena alianza terapéutica, en la depresión las personas se muestran significativamente cautelosas y reacias, tienen pensamientos rumiantes negativos, muestran una menor disposición a abrirse hacia experiencias que podrían ser placenteras, el humor flexibiliza esta postura y ayuda a aliviar la aprehensión (Scott et al. 2015).

Según Scott et al. (2015) el humor es un buen aliado al momento de tener una discusión honesta, reduce la intimidación que el adulto mayor puede tener con el terapeuta y permite conocer perspectivas saludables ante situaciones difíciles, aumenta las emociones positivas y alientan a seguir compartiendo en terapia.

Los participantes tuvieron una sesión semanal de terapia de humor, los resultados mostraron reducción de dolor crónico, disminución de sentimientos de soledad, incremento de felicidad y aumento de satisfacción de vida (Scott et al. 2015).

Los adultos mayores que tuvieron esta terapia combinada con tratamiento farmacológico mostraron como resultado un mejoramiento en la calidad de vida y la habilidad para realizar actividades instrumentales del funcionamiento diario (Scott et al. 2015).

Continuando con las terapias que se alejan de las técnicas comúnmente utilizadas en psicoterapia, se encuentra una intervención psicosocial con arte, música, tai chi y mindfulness aplicada a adultos mayores con síntomas subsindromales de depresión y ansiedad, realizada por Rawtaer, I., Mahendran, R., Yu, J., Fam, J., Feng, L., Kua, E. (2015).

Es importante tener en cuenta que tanto la depresión como la ansiedad subsindromal, al no ser tratadas contribuyen a que haya baja calidad de vida, aumento de riesgo suicida, discapacidad y el uso inadecuado de servicios médicos (Rawtaer et al. 2015).

Este estudio fue realizado en Singapur, un país donde la población envejece rápidamente, los adultos mayores se muestran resistentes a recibir tratamiento farmacológico ya que no se encuentran familiarizados con él, es necesario poder negociar con las matices y preferencias culturales para implementar estrategias de tratamiento efectivas (Rawtaer et al. 2015).

El primer elemento que se propone es el Tai Chi definido como una forma de arte marcial china que lleva años de existencia, el segundo elemento es la práctica de conciencia plena o mindfulness, que se basa en la atención hacia la experiencia del momento presente, pero sin juzgar (Rawtaer et al. 2015).

El tercer elemento es la terapia de reminiscencia musical, se dirige al recuerdo de actividades, eventos y experiencias pasadas, el adulto mayor puede compartir con el

terapeuta o con los compañeros, algunas variaciones incluyen el uso de fotografías para hacer una revisión de vida (Rawtaer et al. 2015).

El cuarto elemento es el arte terapia, incluye la creación de una pieza maestra y la narración subsecuente de experiencias y sentimientos internos (Rawtaer et al. 2015).

Los participantes fueron 110 adultos mayores con un promedio de 71 años, la intervención tuvo una duración de 10 semanas con una sesión semanal y después una sesión al mes durante un año, la ansiedad y la depresión fueron medidas mediante los siguientes test: Geriatric Depression Scale, Geriatric Anxiety Inventory, Mini Mental State Examination (Rawtaer et al. 2015).

Los resultados mostraron un efecto positivo en la reducción de síntomas depresivos y ansiosos, los pacientes tenían conocimiento de su contribución a esta investigación científica, lo cual tuvo un impacto positivo en su autoestima y los motivó a seguir con el tratamiento (Rawtaer et al. 2015).

Otro estudio que se utiliza es la terapia de luz brillante regularmente utilizada para personas con trastorno de depresión estacional, fue aplicada a adultos mayores con depresión, este estudio fue realizado por Loving, R., Kripke, D., Elliott, J., Knickerbocker, N., Grandner, M. (2005).

Los mecanismos con los que la luz brillante produce efectos antidepresivos son de gran interés en el campo científico, en pacientes con trastorno de depresión estacional hay evidencia significativa de que la luz natural de la mañana es más beneficiosa que la luz natural de la tarde (Loving et al. 2005).

Los participantes fueron 150 adultos mayores de 60-79 años, presentaban quejas significativas relacionadas a la depresión y notables problemas para dormir, se les

aplicaros dos test: The Geriatric Depression Scale y The Horne-Östberg Morningness-Eveningness Scale (Loving et al. 2005).

Durante la intervención, aquellos pacientes que reportaban mejoría con la luz roja tenue (placebo) podían continuar con la exposición durante 4 semanas, el estudio fue planificado para 5 años pero tuvo una duración de 3 años y medio, los resultados no reflejaron una tendencia hacia la mejoría de los síntomas a través de la luz brillante, la edad de los participantes, la cronicidad de sus síntomas y la duración inadecuada del tratamiento tuvieron un impacto en la falta de respuestas favorables (Loving et al. 2005).

Un estudio interesante es la comparación de los efectos de la escucha pasiva de música y la observación activa de interpretaciones musicales y de danza realizada por Cross, K., Flores, R., Butterfield, J., Blackman, M., Lee, S. (2012) quienes midieron el reconocimiento de memoria en adultos mayores con depresión (leve-moderada) y discapacidad cognitiva.

La musicoterapia o terapia musical, es efectiva ya que ayuda a recordar emociones, memorias e imágenes que tienen una relación directa con la música, la memoria se ve ejercitada a través del proceso positivo de recuerdo, la terapia de danza y movimiento mediante el cuerpo comunica varios temas de manera simbólica, puede utilizar sonidos musicales (Cross et al. 2012).

Un estudio realizado durante un año con adultos mayores de 60 años o más, reflejó que la experiencia social de bailar se relaciona con un recuerdo positivo de la memoria, los bailarines fueron capaces de transmitir sus años de adolescencia lo que dio un sentido de comunidad entre los participantes (Cross et al. 2012).

Los participantes fueron 100 adultos mayores con dificultades de memoria, reconocimiento y depresión, durante la intervención fueron divididos en dos grupos; el grupo de terapia de danza fue observador durante 30 minutos de danza en vivo, escucharon música de un CD mientras tenían pequeñas rutinas de danza a cargo de estudiante de danza (Cross et al. 2012).

El aprendizaje mediante observación provoca un cambio de comportamiento en el observador después de ver el comportamiento del modelo a seguir, en adultos mayores el modelo cognitivo de terapia y educación ha reflejado ser beneficioso, la terapia de danza y movimiento ha demostrado tener propiedades cognitivas terapéuticas (Cross et al. 2012).

El grupo de terapia musical escucho música del mismo CD durante 30 minutos, pero sin la presentación de danza, los resultados evidenciaron que tanto la terapia musical como la terapia de danza tuvieron un impacto positivo, redujeron los puntajes de depresión y hubo un mejoramiento significativo en el reconocimiento (Cross et al. 2005).

La terapia de danza tuvo efectos positivos a largo plazo en la depresión durante más tiempo que la terapia musical, mostró resultados significativos en la memoria mientras que los resultados de la terapia musical fueron los mismos que se habían obtenido antes de la intervención (Cross et al. 2005).

Servicio Comunitario

El servicio comunitario se define como una actividad social que está vinculada a entidades sin fines de lucro, es voluntaria y las personas se encuentran conscientes de su responsabilidad con los demás y con la sociedad, el objetivo es poder atender a las

diferentes necesidades que se presentan en las comunidades para que puedan alcanzar el bienestar (Vida, N. 2006).

Hay dos componentes importantes en el servicio comunitario: la institución o entidad donde se desarrollan los aportes materiales, el trabajo personal y el prestigio social que ayuda a que puedan seguir manteniendo donaciones financieras y la presencia de los voluntarios que es el componente más importante ya que ellos entregan un esfuerzo personal que no tiene como motivación el lucro o ventaja personal (Vida, N. 2006).

También existen los programas de aprender- sirviendo, mediante el proceso de experiencia-aprendizaje los estudiantes se hacen cargo de la relación entre necesidades sociales, servicios profesionales, acciones, compromisos y servicios, esta actividad se realiza con la intención de hacer una conexión entre los problemas sociales y lo aprendido durante las clases (Pinzón, D., Thullen, M., Seijo, J. 2003).

Algunos investigadores han notado que el servicio comunitario beneficia a quien lo imparte y a quien lo recibe, han tratado de verificar la eficacia que el servicio comunitario tiene en cuanto al mejoramiento del bienestar psicológico, cognitivo y conductual, a través de sus estudios aplicaron este tipo de actividad a adultos mayores que se encuentran jubilados.

Wu et al. (2005) reconocen que al igual que en otros países del mundo, las sociedades chinas contemporáneas envejecen rápidamente, pero hay una escasez de estudios relacionados al servicio comunitario en los jubilados.

Los adultos mayores son una fuente invaluable de servicio comunitario para varias organizaciones de servicio humanitario, como resultado de algunos cambios demográficos como el mejoramiento de la expectativa de vida, se espera que el índice

de servicio comunitario tenga un incremento, mejorando las condiciones de salud y educación (Wu et al. 2005).

Un estudio realizado por Wu, A., Tang, C., Yan, E. (2005) se enfocó en el funcionamiento psicológico y el trabajo comunitario post jubilación de los adultos mayores de Hong Kong, quienes veían a la jubilación como una pérdida de empleo, de independencia, de identificación, de dirección y hasta de significado en la vida.

El estudio tuvo el objetivo de realizar una comparativa demográfica y psicológica entre los adultos mayores que son voluntarios y los que no, tomando en cuenta la satisfacción de vida y el ajustamiento psicológico post jubilación (Wu et al. 2005).

Desde una perspectiva positiva, la jubilación puede mantener o mejorar el sentido de bienestar a través de: el tiempo para compartir en familia, el aprendizaje de habilidades y cosas nuevas, el desarrollo de nuevos pasatiempos e intereses y los jubilados pueden seguir manteniendo un rol de productividad y socialización a través del servicio comunitario (Wu et al. 2005).

Investigaciones han encontrado diferencias en los perfiles demográficos de los adultos mayores que realizan servicio comunitario y los que no, quienes lo realizan tienen un nivel educativo superior, por otra parte los problemas relacionados con la poca movilidad, habilidad y la necesidad constante de supervisión médica pueden dificultar su deseo de ser voluntarios (Wu et al. 2005).

El servicio comunitario proporciona recompensas intrínsecas cómo la oportunidad de llenar el vacío laboral que la jubilación dejó, de aprender cosas nuevas, de ser un miembro útil en la sociedad, de ayudar a las personas y encontrar un nuevo grupo de colegas (Wu et al. 2005).

Wu et al. (2005) se centraron en los adultos mayores chinos ya que son ellos quienes constituyen un cuarto de toda la población de adultos mayores del mundo, existe la problemática de que cada vez hay menos recién nacidos mientras que las personas van envejeciendo más rápido.

Los adultos mayores chinos a los 60 años ya se retiran del trabajo a tiempo completo, debido a los principios éticos que poseen tienden a permanecer en casa disfrutando de los nietos y del tiempo libre, lo cual hace que haya un bajo índice de servicio comunitario, estos principios podrían ser tomados como un punto fuerte debido a la creencia de que hay una mejor vida después de la muerte si es que se fue bueno con los otros (Wu et al. 2005).

En el estudio participaron 105 adultos mayores de 60 a 90 años, la mayoría de ellos se encontraban viviendo con sus familias (71%), solo una parte (28%) vivían solos y casi ninguno vivía con sus amigos (1%), el reclutamiento se realizó de manera aleatoria seleccionando 18 centros comunales del directorio local de servicios sociales para adultos mayores (Wu et al. 2005).

La eficacia del servicio comunitario fue medida a través de los siguientes test; General Health Questionnaire (versión china) que mide el malestar psicológico, Five-ítem Satisfaction With Life Scale, 12- ítem Expectation Fullfillment Index y 10- ítem Generalized Self-Efficacy Scales (Wu et al. 2005).

Los resultados obtenidos por Wu et al. (2005) reflejaron una mejor satisfacción de vida, autoeficacia, salud física y menos angustia psicológica, la intervención tuvo una duración de 4 horas a la semana.

Por lo tanto, la hipótesis de Wu et al. (2005) fue corroborada, los adultos mayores que realizaron servicio comunitario reportaron sentir mejor bienestar, un

incremento en sus recursos psicológicos y sociales, sentido de competencia y control, reducción de aislamiento social.

Además, tuvieron recompensas simbólicas como haber tenido la oportunidad de aprender cosas y tener amigos nuevos, aquellos con una educación superior tendían a ser elegidos como representantes o líderes de los grupos de voluntarios, es importante tener en cuenta que este estudio únicamente fue dirigido hacia centros para adultos mayores y no a centros de cuidado infantil, educación u otros (Wu et al. 2005).

En Nueva Zelanda también se realizó un estudio relacionado al servicio comunitario, Dulin, P., Gavala, J., Stephens, C., Kostick, M., MacDonald, J. (2015) se enfocaron en el voluntariado como un predictor de felicidad en adultos mayores Māori y no-Māori, a través de un estudio longitudinal relacionado con el trabajo, la salud y la jubilación.

Participar en actividades de voluntariado he demostrado tener numerosos efectos positivos sobre bienestar de los adultos mayores, investigaciones han encontrado una relación entre el voluntariado y los índices de salud física y emocional, disminución de mortalidad e hipertensión y un aumento en el estado anímico (Dulin, 2015).

Los adultos mayores que son voluntarios han reflejado tener menos depresión, moral y longevidad más alta: cuando se encuentran ayudando su afecto positivo aumenta, los comportamientos de ayuda se relacionan con el aumento de energía y alegría, las personas que tienen bajos ingresos y educación reportan sentir beneficios del servicio comunitario (Dulin, 2015).

Por otro lado, se encuentra la felicidad asociada con el incremento de longevidad y de respuestas inmunes, un estudio longitudinal evaluó los efectos de la felicidad en relación a la mortalidad, este estudio tuvo una duración de 15 años y se realizó con 861

adultos mayores, los resultados reflejaron un incremento de felicidad, una disminución en las tasas de mortalidad, la actividad física fue un factor importante en estos resultados (Dulin, 2015).

En Nueva Zelanda una iniciativa nacional relacionada al aumento de bienestar en adultos mayores miembros de la comunidad proporcionó la oportunidad de estudiar la relación entre bienestar y servicio comunitario, la estrategia de envejecimiento positivo fue aplicada con el fin de enfatizar el empoderamiento, el sentido de comunidad y el involucramiento familiar entre la biculturalidad de los adultos mayores (Dulin, 2015).

Los adultos mayores Māori tiene su propio significado de voluntariado, ven a la familia y a la comunidad de forma entrelazada, en las pequeñas comunidades rurales los miembros por lo general están conectados a través de whakapapa (descendencia genealógica), estas relaciones cercanas crean una unión estrecha entre todos los miembros de la comunidad, lo cual tiene un impacto en su forma de ayudar (Dulin, 2015).

En la cultura Māori la edad, la posición de hermanos, el involucramiento en las actividades comunitarias, el estatus, el prestigio y su conocimiento sobre convenciones culturales, determina el rol y las obligaciones particulares en la comunidad local, en esta comunidad proporcionar ayuda a los demás es considerado una norma cultural (Dulin, 2015).

Los datos de esta investigación provinieron de los estudios longitudinales de salud, trabajo y jubilación de Nueva Zelanda, enfocados a adultos mayores de 55 a 70 años que estén en la etapa final de su vida laboral, hay que tener en cuenta que en este

país no existe una edad determinada para jubilarse, pero a partir de los 65 se les da una pensión (Dulin, 2015).

Los resultados reflejaron una relación positiva entre la frecuencia de actividades de voluntariado y la felicidad, los adultos mayores Māori se mostraron más involucrados en el servicio comunitario que los no Māori, sin embargo, el resultado respecto a la felicidad asociada al voluntariado fue igual tanto para los Māori como para los no Māori (Dulin, 2015).

Las diferencias culturales no se asociaron al nivel de felicidad de los adultos mayores al realizar actividades en beneficio de la comunidad, probablemente la razón sea que el voluntariado aumenta las emociones empáticas y produce un aumento del sentido de significado, lo que en conjunto da como resultado un incremento en la felicidad (Dulin, 2015).

Un claro ejemplo de servicio comunitario aplicado como terapia para la depresión es el estudio realizado por los investigadores Musick, M & Wilson, J (2003), quienes investigaron el rol de los recursos psicológicos y sociales en grupos de diferentes edades.

De manera creciente en la literatura se menciona la relación entre la integración social y la salud física y mental, apuntando a que el servicio comunitario trae beneficios para quienes lo imparten y para quienes lo reciben, los voluntarios por lo general son recompensados con gratitud, reconocimiento y aprobación, sienten que están haciendo del mundo un lugar mejor (Musick & Wilson, 2003).

Otras personas ven al voluntariado como una obligación civil, la misma que les proporciona beneficios intrínsecos relacionados al sentido de propósito y misión en la vida, les da significado y estructura, crea una relación de confianza, seguridad y

aceptación con los demás, les permite sentirse más seguros de sí mismos (Musick & Wilson, 2003).

Los recursos psicológicos son utilizados para manejar el estrés, según la teoría a través del voluntariado las personas se vuelven más confiadas, cambian la percepción que tienen hacia sí mismas y hacia sus habilidades, el voluntariado aumenta el bienestar porque incrementa la autoestima (Musick & Wilson, 2003).

En los recursos sociales se encuentra el bienestar psicológico relacionado a la integración social, la cantidad de interacción social que tengan es equivalente a la cantidad de apoyo social que reciban, dando como resultado el incremento de integración en la sociedad (Musick & Wilson, 2003).

Los investigadores Musick & Wilson (2005) se plantearon la siguiente pregunta; ¿Por qué el servicio comunitario da un beneficio especial a los adultos mayores?, en uno de los argumentos se menciona que ser útil y productivo en la sociedad es considerado una forma de ganar autoestima e identidad, los sentimientos de desvaloración frecuentes en la jubilación pueden reducirse a través del servicio comunitario ya que substituye un trabajo por otro.

Se tomaron como muestra dos grupos; uno conformado por personas de 25 años o más y otro de personas de 60 años o más, los resultados reflejaron que el voluntariado aumenta el bienestar debido a que mejora la autoestima y proporciona recursos sociales, en el grupo de personas jóvenes no se encontró una relación entre servicio comunitario y depresión pero en el grupo de adultos mayores el servicio comunitario fue beneficioso (Musick & Wilson, 2005).

Caro, F & Bass, S (1997) se enfocaron en la receptividad del servicio comunitario cuando es aplicado de forma inmediata después de la jubilación, en el año

1993 las organizaciones sin fines de lucro empezaron a interesarse por los adultos mayores ya que veían en ellos los recursos humanos que estaban necesitando.

Las investigaciones previas demuestran que únicamente un porcentaje pequeño de adultos mayores realizaba servicio comunitario, encuestas realizadas en 1981 reflejaron que entre el 23% y el 43% realizaba alguna actividad de voluntariado, otras encuestas reflejaron que personas menores de 75 años tenían poca relación con el servicio comunitario, personas que estuvieron activas laboralmente se encuentran más inclinadas a realizar voluntariado que aquellas que no (Caro & Bass, 1997).

Los datos obtenidos en 1991 a través del “Commonwealth Fund Productive Aging Survey”, tomó como muestra a 2,999 personas no institucionalizadas de 55 años o más, la encuesta se realizó de manera telefónica, las preguntas se encontraban relacionadas con actividades productivas que incluyen un pago, ayuda a niños, ayuda a los nietos, ayuda a los enfermos e inválidos y voluntariado para organizaciones (Caro & Bass, 1997).

Los resultados reflejaron que un tercio de los encuestados tuvo un empleo pagado, la mayoría se encontraba más de 5 años fuera del área laboral, 37% de personas que tuvieron trabajo se mostraron inclinadas hacia el servicio comunitario, 29,8% de aquellos que tuvieron algún trabajo de forma esporádica y el 24,1% de aquellos que no habían trabajado nunca (Caro & Bass, 1997).

Según Caro & Bass (1997) aquellos que recientemente habían dejado de trabajar contribuyeron alrededor de 7.7 horas voluntariado por semana, aquellos que todavía se encontraban trabajando lo hicieron durante 5.4 horas, un grupo no se mostraba interesado en realizar actividades de servicio comunitario mencionaron que las causas

eran: problemas de salud, la falta de conocimiento relacionado a tareas óptimas de voluntariado, obligaciones laborales o familiares y falta de habilidades.

Finalmente, de aquellos que habían dejado de trabajar de forma reciente el 36,4% se mostró abierto a la posibilidad de ser voluntario y el 21,7% de quienes habían dejado de trabajar durante 2-5 años se mostraron interesados en realizar actividades de servicio comunitario (Caro & Bass, 1997).

Las conclusiones a las que Caro y Bass (1997) llegaron fueron: aquellos adultos mayores que de forma reciente se jubilaron no se encuentran muy interesados en realizar actividades de servicio comunitario, la mayor receptividad hacia la idea de hacer voluntariado fue en quienes tenían de 65-69 años, las barreras más frecuentes que impiden su participación se relacionan con: problemas de salud y transporte, falta de conocimientos y habilidades.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En esta investigación se utilizará el método cuantitativo ya que se requiere de datos numéricos para poder medir y comparar la eficacia del servicio comunitario y de la terapia de apoyo sobre la depresión que afecta las áreas: cognitivo, conductual y emocional de los adultos mayores.

Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

El diseño de investigación cuantitativo tiene el objetivo de medir las características de los fenómenos sociales, del marco conceptual se deriva el problema que será analizado y los postulados que expresarán la relación entre las variables estudiadas de forma deductiva, este método generaliza y normaliza los resultados (Bernal. 2016).

Se caracteriza por tener: un proceso de recolección de información que se basa en conceptos empíricos medibles que se derivan de los conceptos teóricos utilizados para construir las hipótesis conceptuales, un análisis de datos, presentación de resultados y la determinación del grado de significación de las relaciones estipuladas en los datos (Galeano, 2003).

Este proceso hipotético- deductivo, inicia con la deducción de las hipótesis conceptuales, seguido de la operacionalización de las variables, la recolección y el procesamiento de datos, finalmente la interpretación y la inducción que tiene como objetivo contrastar los resultados empíricos con el marco conceptual que fundamenta al proceso deductivo (Galeano, 2003).

El diseño de investigación cuantitativo permite obtener puntajes acerca de cómo se encontraban los aspectos: cognitivo, conductual y emocional de los adultos mayores deprimidos antes de las intervenciones, permite medir el alcance e impacto que el servicio comunitario tiene vs la terapia de apoyo una vez finalizadas las terapias mencionadas,

lo que permitiría determinar en qué medida el servicio comunitario es más útil y beneficioso que las terapias que normalmente se aplican a los adultos mayores con depresión.

Participantes

50 adultos mayores participarían en esta investigación y serían pertenecientes al “Hogar corazón de María”, una institución fundada en 1959 con la intención de asilar a los ancianos que se encontraban deambulando por las calles de Quito, el dinero para su creación fue recaudado a través de múltiples aportaciones benéficas (Hogar corazón de María, 2011)

Los criterios de inclusión para los participantes de esta investigación son los siguientes: adultos mayores que se encuentren en un rango de edad de 60-80, deben cumplir con un diagnóstico de depresión mayor o trastorno de depresión no especificado, adultos mayores que posean discapacidades físicas pueden participar en esta investigación.

Los criterios de exclusión son los siguientes; adultos mayores que tengan discapacidad cognitiva, que tengan un diagnóstico de depresión mayor o trastorno de depresión no especificado con trastornos comórbidos, adultos mayores que tengan complicaciones graves de salud.

Herramientas de Investigación Utilizadas

En esta investigación se medirían las siguientes áreas: cognitiva mediante el Mini Mental State Examination, emocional mediante el Geriatric Depression Scale y conductual mediante el Satisfaction With Life Scale.

Mini Mental State Examination (MMSE):

Cuenta con 11 preguntas, se requiere únicamente de 5-10 minutos para administrarlo, es “mini” porque se concentra en los aspectos cognitivos de las funciones mentales y excluye aspectos relacionados al humor, experiencias mentales anormales y forma de pensar (Folstein et al. 1975).

Las áreas de la función cognitiva que mide son las siguientes: orientación, atención, calculo, registro, recuerdo y lenguaje. La puntuación máxima es de 30, puntajes de 23 o menos indican deterioro cognitivo, este test está dirigido a adultos mayores que podrían encontrarse en sus viviendas propias, hospitalizados o

institucionalizados, cuando se lo aplica de forma repetida puede medir los cambios en el estatus cognitivo (Wallace, 1999).

Existe una versión modificada para países de habla hispana que fue desarrollada en 1990 a través de un estudio multicéntrico en la facultad de medicina de Concepción con personas diagnosticadas con Alzheimer (Iturra, 2007). Actualmente se encuentra disponible en más de 50 idiomas y existen versiones que se adaptan a diversas circunstancias (personas con ceguera, etc) (Carnero, 2013).

Geriatric Depression Scale (GDS):

Creado por Yesavage et al. ha sido probada y utilizada extensivamente en adultos mayores, la versión larga de esta escala cuenta con un cuestionario de 30 ítems con respuestas dicotómicas (sí/no) acerca de como se ha sentido el paciente durante la anterior semana mientras que la versión corta cuenta con 15 ítems (Greenberg, 2012).

Puntajes de 0-4 se consideran normales dependiendo de la edad, educación y quejas, de 5-8 indican depresión media, de 9-11 depresión moderada y de 12-15 depresión severa. Tiene un 89% de especificidad, la validez y fiabilidad han sido sostenidas a través de la práctica y la investigación clínica (Greenberg, 2012).

Satisfaction with Life Scale (SWLS):

Esta escala está diseñada para medir los juicios cognitivos globales sobre la satisfacción de vida de uno mismo, los participantes deben indicar que tan de acuerdo o en desacuerdo están con los ítems usando una escala de puntuación que tiene 7 rangos siendo 1 muy en desacuerdo y 7 muy de acuerdo (Fetzer Institute).

Cuenta con dos componentes: el afectivo o emocional y el de crítica o cognitivo que demuestra un grado de estabilidad temporal, aunque ha evidenciado tener la

suficiente sensibilidad para detectar el cambio en la satisfacción de vida durante el curso de la intervención clínica. Sus puntajes van de 5-9 extremadamente insatisfecho, 10-14 insatisfecho, 15-19 ligeramente insatisfecho, 20 neutral, 21-25 ligeramente satisfecho, 26-30 satisfecho y de 31-35 extremadamente satisfecho (Fetzer Institute).

Diener et al. (1985) menciona que este test ha sido utilizado como herramienta en una gran cantidad de estudios y ha demostrado tener muy buenas propiedades psicométricas, es una escala de un solo factor que tiene una alta consistencia interna (valores alfa de Cronbach entre .89 y .79), además se ha obtenido correlaciones negativas con las escalas de: afecto negativo, ansiedad, depresión, y correlaciones positivas con medidas de bienestar (Blázquez, Gutiérrez, Medina, 2015).

Procedimiento de recolección y Análisis de datos

Se reclutaría a los participantes por medio de una invitación dirigida a la directora del “Hogar corazón de María” y a la rectora del jardín de infantes fiscal “Magdalena Dávalos”, en la invitación se detallaría el proceso de la intervención.

Antes de dar inicio a la intervención, los adultos mayores que cumplen con los criterios de inclusión para participar en esta investigación tendrían una entrevista psicológica inicial y deberían completar los siguientes test: Mini Mental State Examination (MMSE), The Geriatric Depression Scale y Satisfaction With Life Scale para medir el estado cognitivo, conductual y emocional en el que los participantes se encuentran.

La intervención tendría una duración de 10 meses (período académico), sería aplicada durante dos horas diarias de lunes a viernes, los test mencionados anteriormente, así como la entrevista psicológica volverían a ser aplicados a los 5 meses

y al finalizar la intervención con el fin de medir la eficacia tanto a mitad de la terapia como en su culminación.

El primer grupo estaría conformado por 26 adultos mayores y la intervención consistiría en la vinculación de los niños y niñas del jardín de infantes “Magdalena Dávalos” con los adultos mayores deprimidos del “Hogar corazón de María” mediante actividades lúdicas para el refuerzo de motricidad fina y gruesa, expresión corporal mediante dramatizaciones y baile, lenguaje e imaginación mediante la narración de cuentos y lógica matemática a través de colores. Las actividades serían dirigidas e impartidas por los adultos mayores y los receptores serían los niños/as, el espacio donde se realizaría la intervención sería un lugar abierto, cómodo y amplio en el ancianato.

El segundo grupo estaría conformado por 24 adultos mayores, la intervención sería grupal (dos grupos de 14 participantes) y recibirían terapia de apoyo, es importante tener en cuenta que los adultos mayores serían asignados a los grupos de manera aleatoria.

Se aplicaría la terapia de apoyo que utiliza teorías psicodinámicas para comprender como cambian las personas, los objetivos de esta terapia son los siguientes; promover una relación de apoyo entre los pacientes y el terapeuta, potenciar las energías, capacidades de afrontamiento y habilidad para usar recursos que los pacientes tienen, fomentar la máxima autonomía del paciente en las decisiones del tratamiento y reducir las respuestas de afrontamiento mal adaptadas así como el distrés subjetivo (Stuart, Laraia, 2006).

Se esperaría que los resultados demuestren que el servicio comunitario es más beneficioso y más útil que la terapia de apoyo y que los adultos mayores muestren una clara preferencia hacia la intervención basada en el servicio comunitario.

Consideraciones éticas

Todos los participantes firmarían un consentimiento informado previo a su participación, donde se especificarían los objetivos del estudio, se aclarará que la participación es totalmente voluntaria sin que existan implicaciones personales negativas para quienes opten por no participar o decidan retirarse cualquier momento del estudio.

Toda la información relacionada con los datos personales de los participantes será únicamente visible para la investigadora de este estudio, en caso de que la investigación pueda causar algún tipo de consecuencia negativa, sesiones psicológicas ofrecidas por la investigadora podrían ayudar a reducir el impacto de estas posibles consecuencias.

RESULTADOS ESPERADOS

Luego de que el servicio comunitario y el acompañamiento psicológico hayan sido aplicados a los adultos mayores con depresión, se esperaría un mejoramiento significativo en las áreas; cognitivo, conductual y emocional. Además de un aumento de autoestima, sentido de valía y empoderamiento en esta etapa de la vida en la cual se encuentran.

A través de la vinculación entre adultos mayores y niños se esperaría que el beneficio sea para ambas partes, es decir que los niños puedan aprender los conceptos básicos de su malla curricular, pero con una metodología diferente, más lúdica y con un enfoque basado en los conocimientos y las experiencias previas de esta población.

Mediante el proceso de enseñanza se espera que los adultos mayores puedan ganar valía, un propósito de vida, confianza en sí mismos y en sus capacidades,

dirección y adaptación a la etapa de la adultez mayor. Además, mediante la relación que se vaya formando con los infantes podrían obtener afecto y un sentido de proximidad.

Teniendo en cuenta que los adultos mayores son los encargados de planificar las clases que van a impartir, tendrán que hacerlo de una forma ordenada y esquematizada, el área cognitiva empezaría a mejorar a través de este proceso de creación ya que tendrán que encontrar una forma óptima de transmitir sus conocimientos hacia los demás.

Se espera también poder cambiar el estigma que se tiene sobre la adultez mayor, ya que es considerada una etapa de descanso prolongado sin ninguna actividad nueva que aprender o realizar, mediante el servicio comunitario se busca que los adultos mayores puedan poco a poco empezar a cambiar esta ideología errónea que la sociedad les implanta (Ceberio, 2013).

Con los adultos mayores abandonados con depresión, este tipo de terapia podría ayudarles a sentirse valorados y nuevamente necesitados por la sociedad, la responsabilidad de tener un grupo de niños a su cargo podría provocar una ruptura con el aletargamiento en el que se encuentran provocado por su estado emocional

Se espera que con el servicio comunitario los adultos mayores tengan un porcentaje de mejoría más alto, comparándolo con otras terapias aplicadas en poblaciones geriátricas, en las áreas; cognitivo, conductual y emocional que se ven afectadas por la depresión y agravadas por el abandono.

Después de la intervención se espera que los puntajes en el Mini Mental State Examination reflejen un mejoramiento en el área cognitiva, en el Geriatric Depression Scale una reducción de sintomatología depresiva relacionada con la emocionalidad, en

el Satisfaction With Life Scale que los puntajes demuestren agrado hacia la vida lo que llevaría a una modificación del área conductual.

El servicio comunitario a diferencia de otras terapias proporciona un sentido de empoderamiento, las personas empiezan a reconocer sus aptitudes y habilidades, empiezan a volver a sentirse útiles para la sociedad y eso los lleva a ver su situación actual de manera más positiva, les hace tomar el control de sus vidas (Dulin, 2015).

La relación directa con otras personas es una característica fundamental del servicio comunitario, promueve las interrelaciones que bastante falta les hacen a los adultos mayores, sobre todo a aquellos que han sido abandonados en los asilos, tener a alguien que se interese por lo que tienen que ofrecer en conocimientos y experiencias promueve conductas y pensamientos positivos (Musick & Wilson, 2003).

El servicio comunitario busca que el adulto mayor vuelva a sentirse como un ser independiente y valioso, busca prevenir la depresión a través de actividades que estimulen su cognición, relaciones sociales que aumenten el bienestar psicológico y conductas saludables que les acerquen a sus nuevos propósitos de vida (Musick & Wilson, 2003).

DISCUSIÓN

El servicio comunitario puede mejorar las áreas cognitivo, conductual y emocional de los adultos mayores con depresión, investigaciones previas han demostrado una mejoría notable al aplicar esta actividad durante una cantidad determinada de tiempo (Dulin, 2015).

El acompañamiento psicológico permite conocer los cambios paulatinos que los adultos mayores van teniendo con la incorporación del servicio comunitario, las

entrevistas psicológicas inicial y final permiten conocer el impacto que este tipo de terapia ha tenido, permite evaluar su beneficio para futuras aplicaciones a largo plazo (Wu et al, 2005).

Es importante tener en cuenta las consideraciones culturales que cada país tiene respecto a la adultez mayor y al trabajo, esto permite buscar estrategias que ayuden a abordar el tema del servicio comunitario de una forma más cautelosa, ayuda a incorporar un nuevo estilo de terapia sin que sea visto como un abuso laboral al adulto mayor (Wu et al, 2005).

Los adultos mayores que han participado en el servicio comunitario generalmente son jubilados, tienen diversos conocimientos y experiencia sobre su vida laboral, esto hace que el servicio comunitario pueda ser aplicado a varias áreas que vayan de acorde a las preferencias de los adultos mayores, hace que el proceso no sea monótono y que puedan escoger el área en la que se quiere desenvolver (Caro & Bass, 1997).

Se debe tener en cuenta que aquellos adultos mayores que no tienen una formación académica previa también pueden beneficiarse del servicio comunitario, podrían aprender nuevas destrezas y enseñar las que empíricamente han adquirido durante su juventud y adultez.

Conclusiones

El servicio comunitario es beneficioso en los adultos mayores con depresión, mejora las áreas cognitivo, conductual y emocional, en aquellos que se encuentran abandonados se esperaría que sea más beneficioso ya que les daría un sentido de pertenencia y de afecto por parte de los demás.

La característica más importante del servicio comunitario es el empoderamiento del adulto mayor, normalmente en esta etapa las personas empiezan a manifestar pensamientos relacionados a la inutilidad y la falta de propósito en la vida, al ganar valía los adultos mayores pueden ir modificando estos pensamientos disfuncionales que se les presentan.

La ayuda es bidireccional lo que puede fomentar los convenios entre adultos mayores e instituciones, podría mantenerse como un programa definido para aquellos adultos mayores que deseen participar, además cada uno puede escoger el área en la que va a desenvolverse lo que les ayuda a ganar autonomía y poder de decisión.

Finalmente, el servicio comunitario podría cambiar el pensamiento erróneo que socialmente se tiene sobre la adultez mayor, a través de la difusión acerca de las nuevas actividades que los adultos mayores pueden realizar, no solo cambiaría el pensamiento de las personas jóvenes hacia los adultos mayores sino también el pensamiento que tendrán sobre ellos mismos en esa etapa de la vida.

Limitaciones del estudio

La población que participaría en esta investigación se limita únicamente a adultos mayores con depresión, lo cual excluye a aquellos que además de tener depresión tienen discapacidades físicas o cognitivas, el alcance de esta terapia se podría ver afectado.

El estudio se centra en un asilo de ancianos donde se encuentran adultos mayores abandonados, se podría obtener más información acerca de la eficacia del servicio comunitario si es aplicado a instituciones geriátricas y a adultos mayores que viven de forma independiente en sus hogares.

La realización de una sola actividad como servicio comunitario también es un limitante, podría haber adultos mayores que no estén interesados en la enseñanza, pero si en ofrecer sus servicios en otras áreas, el tiempo de la intervención podría ser más extenso para ofrecer más información.

Recomendaciones para futuros estudios

Se podría realizar una intervención con adultos mayores que presenten discapacidades físicas o cognitivas, se utilizarían otros recursos para medir la eficacia en las áreas; cognitivo, conductual y emocional, podría también haber una adaptación del plan de servicio comunitario a esta población.

Se podría realizar una intervención con adultos mayores sin patología, permitiría medir el alcance que el servicio comunitario tiene en cuanto al aumento del bienestar psicológico con la incorporación de esta actividad como parte de su rutina diaria.

Finalmente, se podría realizar el servicio comunitario en varias áreas, permitiría realizar una comparativa, determinar en qué áreas se encuentran más interesados los adultos mayores y en cuáles áreas este tipo de intervención demuestra ser más eficaz y beneficiosa.

\

REFERENCIAS

Antón, M. (1989). Enfermería y atención primaria de salud: de enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad. Ediciones: Diaz de Santos.

American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango ...
DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.).

Areán, P., Raue, P., Mackin, S., Kanellopoulos, D., McCulloch, C.,
Alexopoulos, G. (2010). Problem-Solving Therapy and Supportive Therapy in Older
Adults With Major Depression and Executive Dysfunction. *Am J Psychiatry*.

Araujo, G., Gabelán, G. (2010). Psicomotricidad y Areterapia. *Revista
Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*.

Bernal, C. (2006). Metodología de la investigación: para administración,
economía. Humanidades y ciencias sociales. Editorial: Pearson Education.

Blázquez, F., Guitiérrez, C., Medina. M. (2015). Propiedades Psicométricas de la
escala de satisfacción con la vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán
(México). Universidad de Michoacán de San Nicolás de Hidalgo, México.

Anise, M., Wu, C., Tang & Elise., Yan. (2005). Post-retirement voluntary work
and psychological functioning among older Chinese in Hong Kong. *Journal of Cross-
Cultural Gerontology*.

Caro, F., Bass, S. (1997). Receptivity to Volunteering in the Immediate
Postretirement Period. *The Journal of Applied Gerontology*.

Carnero, C. (2013). ¿Es hora de jubilar al Min-Mental?. Elsevier Doyma.

Ceberio, M. (2013). El cielo puede esperar. Ediciones: Morata.

Cornachione, M. (2008). *Psicología del desarrollo, aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Editorial: Brujas.

Ciera, S., Lee, H., McKenzie, A. (2015) *The Healing Power of Laughter: The Applicability of Humor as a Psychotherapy Technique With Depressed and Anxious Older Adults*. *Social Work in Mental Health*.

Craig, G., Baucum, D. (2001). *Desarrollo psicológico*. Pearson Education.

Cross, K., Flores, R., Butterfield, J., Blackman, M., Lee, S. (2012). *The effect of passive listening versus active observation of music and dance performances on memory recognition and mild to moderate depression in cognitively impaired older adults*. *Psychological Reports: Mental & Physical Health*.

Centro de humanización de la salud, (2008). *Manual para la humanización de los gerocultores y auxiliares geriátricos*. Cáritas Española.

Davison, T., Eppingstale, B., Runci, S., O'Connor, D. (2016). *A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities*. *Aging & Mental Health*.

De la Serna, I. (2003). *La vejez desconocida: una mirada desde la biología a la cultura*. Ediciones: Diaz de Santos.

Dulin, P., Gavala, J., Stephens, C., Kostick, M., MacDonald, J. (2012). *Volunteering predicts happiness among older Māori and non-Māori in the New Zealand health, work, and retirement longitudinal study*. *Aging & Mental Health*.

Fernández, J. (2000). *Mayores y familia*. Univ. Pontificia Comillas.

Fajardo, M. (2011). Factores de condicionamiento familiar que precipitan los procesos de callejización de los niños, niñas y adolescentes del centro comercial el arenal de la ciudad de Cuenca en el año 2011. Universidad de Cuenca.

Folstein, F., Folstein, S., McHugh, P. (1975). A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Medline.

Fetzer Insitute (n/a). "Satisfaction With Life Scale".

Greenberg, S. (2012). The Geriatric Depression Scale (GDS). The Hartford Institute for Geritric Nursing, New York University, College of Nursing.

García, B., Ellgring, H. (2010). Los motivos y las emociones de la vejez. Editorial: UNED.

García, F. (2005). Vejez, envejecimiento y sociedad en España, siglos XVI-XXV. Univ. de la Castilla La Mancha.

García, M., Torres, M., Ballesteros, E. (2006). Enfermería Geriátrica. Editorial: Elsevier, España.

Galeano, M. (2003). Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Editorial: Universidad Eafit.

Jervis, G., González, J. (2005). La depresión: dos enfoques complementarios. Editorial: Fundamentos.

Krishna, M., Honagodu, A., Rajendra, R., Sundarachar, R., Lane, S., Lepping, P. (2013). A systematic review and meta-analysis of group psychotherapy for sub-clinical depression in older adults. International Journal of Geriatric Psychiatry.

Lacárcel, J. (1990). Musicoterapia en educación especial. Editorial: Editum.

Pérez, G., De-Juanas, A. (2013). Calidad de vida en personas adultas y mayores. UNED.

Loving, R., Kripke, D., Elliott, J., Knickerbocker, N., Grandner, M. (2005). Bright light treatment of depression for older adults. BMC Psychiatry.

Paucar, L., Quezada, V. (2012). El abandono familiar y su incidencia en el estado emocional del adulto mayor de la casa hogar “Daniel Álvarez Sánchez” de la ciudad de Loja. Universidad Nacional de Loja.

Simó, A. (2015). Terapia Ocupacional sin fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivientes. Editorial Médica Panamericana.

Meléndez, C., Fortuna, F., Galán, A., Mayordomo, T. (2015). Effect of integrative reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem, and life satisfaction in older adults. The Journal of Positive Psychology.

Morales, F. (2000). Temas prácticos en geriatría y gerontología: Tomo I. Editorial: Universidad Estatal a Distancia.

Musick, M., Wilson, J. (2003). Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups. Social Science & Medicine.

Peña, J., Macías, N., Morales, F. (2011). Manual de práctica básica del adulto mayor. Editorial: El Manual Moderno.

Preston, J. (2002). Como vencer la depresión. Editorial: Pax México.

Pinazo, S. (2013). Infantilización en los cuidados de las personas mayores en el contexto residencial. Facultad de psicología, Universidad de Valencia.

Quintanar, F. (2000). Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la ciudad de México, Ante el escenario de la tercera ola. Plaza y Valdés, S.A de C.V.

Rojtenberg, S. (2001). Depresiones y antidepresivos: de la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra. Ed. Médica Panamericana.

Rawtaer, I., Mahendran, R., Yu, J., Fam, J., Feng, L., Heok, E. (2015). Psychosocial interventions with art, music, Tai Chi and mindfulness for subsyndromal depression and anxiety in older adults: A naturalistic study in Singapore. *Asian Pacific Psychiatry*.

Salaverry, O. (2013). *Psicología en salud*. Editorial: Palibrio.

Stuart, G., Laraia, M. (2006). *Enfermería Psiquiátrica*. Editorial: Elsevier España,

San Molina, L., Arranz, B. (2010). *Comprender la depresión*. Editorial: AMAT.

Samad, Z., Brealey, S., Gilbody, S. (2010). The effectiveness of behavioural therapy for the treatment of depression in older adults: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*.

Wallace, M. (1999). *The Mini Mental State Examination (MMSE)*. The Hartford Institute of Geriatric Nursing.

Wang, D. (2011). *Interdisciplinary Methods of Treatment of Depression in Older Adults: A Primer for Practitioners*. Routledge: Taylor y Francis Group.

Yubero, S. (1999). *Envejecimiento, sociedad y salud*. Univ. de Castilla de la Mancha.

Zhao, X., Ma, J., Wu, S., Chi, I., Bai, Z. (2016). Light Therapy for Older Patients with non-seasonal depression: A Systematic Review and Metaanalysis. *Journal of affective disorders*.

Ministerio de Inclusión del Ecuador. Recuperado desde <http://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>

Naciones Unidas. Recuperado desde <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>

ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

Quito...de...

Estimada directora del “Hogar corazón de María”;

Por medio de la presente, me gustaría extenderle una cordial invitación, para que los adultos mayores de su institución que se encuentren diagnosticados con depresión puedan tener terapia psicológica gratuita en base a dos terapias: servicio comunitario y terapia de apoyo, la intervención tendrá una duración de 10 meses y los adultos mayores podrán retirarse cuando lo deseen, de antemano le agradezco por su atención.

Atentamente,

Carla Materon

Quito... de...

Estimada Rectora del Jardín de infantes “Magdalena Dávalos”;

Por medio de la presente, me gustaría invitarles a participar en un proyecto en el que los niños/as recibirían clases lúdicas relacionadas con los contenidos de la malla curricular, estos contenidos serán impartidos por adultos mayores del “Hogar corazón de María”.

Contarán con transporte y materiales de manera gratuita, la intención de este proyecto es que tanto los adultos mayores como los niños/as puedan salir beneficiados con las actividades escolares que se realizarán, de antemano le agradezco por su atención.

Atentamente,

Carla Materon

ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

Universidad San Francisco de Quito

**El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ**

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: El servicio comunitario como una forma de mejoramiento cognitivo, conductual y emocional en adultos mayores con depresión en calidad de abandono.

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal: Carla Paulina Materon Echanique

Datos de localización del investigador principal: 0999080531, 2475303,
cmateron@estud.usfq.edu.ec

Co-investigadores N/A

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre el servicio comunitario como una forma de mejoramiento cognitivo, conductual y emocional en adultos mayores con depresión en calidad de abandono.

Propósito del estudio

El propósito de este estudio es llevar a cabo una intervención enfocada en el servicio comunitario con 26 adultos mayores (60 a 80 años) que tengan un diagnóstico de depresión y se encuentren en asilos de ancianos

con la finalidad de mejorar su cognición, conducta y emoción.

Descripción de los procedimientos

En primer lugar, se realizará una entrevista psicológica inicial y se aplicaran los siguientes test; Mini Mental State Examination, Geriatric Depression Scale y Satisfaction With Life Scale. La intervención tendrá una duración de 10 meses y se basará en el servicio comunitario a través de la vinculación entre infantes y adultos mayores, la finalidad es poder mejorar los procesos cognitivo, conductual y emocional. Los test mencionados anteriormente volverán a ser aplicados a los 5 meses y al final de la intervención con la finalidad de monitorear la eficacia del tratamiento.

Riesgos y beneficios

Uno de los riesgos de esta investigación es que usted puedan sentirse muy cansado físicamente, entre los beneficios se encuentra el mejoramiento cognitivo, conductual y emocional, el aumento de la satisfacción de vida, el empoderamiento hacia el sí mismo, el reconocimiento de habilidades y competencias, el aumento de autoestima, sentido de pertenencia y afecto.

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.
- 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago, ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0999080531 que pertenece a Carla Materon, o envíe un correo electrónico a cmateron@estud.usfq.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del Participante	Fecha
Firma del Testigo	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

Escala de Yesavage		
Escala de depresión geriátrica de Yesavage		
Ítem	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra á menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI

21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO
Puntuación total: 0 - 10: Normal. 11 - 14: Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%). > 14: Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).		

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

(MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre:

Varón [] Mujer [] Fecha:

F. nacimiento:

Edad:

Estudios/Profesión:

N. Hª:

Observaciones:

¿En qué año estamos? 0-1		
¿En qué estación? 0-1		
¿En qué día (fecha)? 0-1		
¿En qué mes? 0-1		
¿En qué día de la semana? 0-1		
	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1		
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1		
¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1		
¿En qué provincia estamos? 0-1		
¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1		
	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
Nombre tres palabras Moneda-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.	Nº de repeticiones necesarias	
Moneda 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
Si tiene 30 monedas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.		
30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)	ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx.5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.		
Moneda 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO diferido (Máx.3)	

<p>.DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1</p> <p>.REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1</p> <p>.ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo".</p> <p>Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1</p> <p>.LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1</p> <p>.ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1</p> <p>.COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1</p>	LENGUAJE (Máx.9)	
<p>Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12 : demencia</p>	Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)	

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS)

(Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000 ; Pons et al., 2002)

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (sólo uno por afirmación). Por favor sé sincero con tu respuesta.

		Muy desacuerdo		Neutro		de Muy
1	En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea	1	2	3	4	5
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas	1	2	3	4	5
3	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
4	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5
5	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada	1	2	3	4	5