



Universidad Católica Argentina “Santa María de los Buenos Aires”

Facultad de Psicología y Psicopedagogía

Licenciatura en Psicología

Trabajo de Integración Final

Estrategias de Afrontamiento y Malestar Psicológico Inespecífico en

Adultos Mayores

Alumna: Petrikovich, Lucia

Número de registro: 12-160129-2

Directora: Grasso, Lina

Codirectora: Brenlla, Maria Elena

Tutora: Rodríguez Espínola, Solange

Diciembre 2020

Índice

RESUMEN.....	4
1. INTRODUCCIÓN	4
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Adultos Mayores.....	6
2.2. Estrés	9
2.3. Estrategias de Afrontamiento	11
2.4. Malestar Psicológico.....	16
2.5. Relación entre las Estrategias de Afrontamiento y el Malestar Psicológico	20
3. OBJETIVOS, HIPOTESIS Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	22
3.1. Objetivos de la Investigación.....	22
3.1.1. <i>Objetivo general</i>	22
3.1.2. <i>Objetivos específicos</i>	22
3.2. Hipótesis de Investigación	22
3.2.1. <i>Hipótesis básica</i>	22
3.2.2. <i>Hipótesis derivadas</i>	22
3.3. Definición del Problema	23
4. MÉTODO.....	24
4.1. Características de la Muestra	24
4.2. Procedimiento para la Recolección de Datos	26
4.3. Instrumentos de Recolección de Datos.....	27
4.3.1. <i>Entrevista</i>	27
4.3.2. <i>Mini Mental State Examination (MMSE)</i>	28
4.3.3. <i>Test del Reloj a la Orden (TRO)</i>	28
4.3.4. <i>Geriatric Depression Scale (GDS)</i>	29
4.3.5. <i>Coping Response Inventory – Youth Form (CRI-Y)</i>	29
4.3.6. <i>Kessler Psychological Distress Scale (KPDS-10)</i>	31
4.4. Procedimiento para el Análisis de Datos.....	32
5. RESULTADOS	33
6. DISCUSIÓN	36
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	45
APENDICES	54

Consentimiento Informado	54
Entrevista	55
Mini Mental State Examination (MMSE)	56
Test del Reloj a la Orden	58
Coping Responses Inventory – Youth Form (CRI-Y)	59
Kessler Psychological Distress Scale (KPDS-10)	61
Geriatric Depression Scale (GDS)	62

RESUMEN

A medida que la población mundial envejece a un ritmo acelerado, será de creciente relevancia para la salud mental el modo en que los adultos mayores afrontan situaciones vitales y/o de cambios propios de esta etapa vital, así como la prevención, la detección temprana y el tratamiento de síntomas que señalan la presencia de malestar psicológico. El objetivo del presente trabajo fue evaluar y relacionar las Estrategias de Afrontamiento y el Malestar Psicológico Inespecífico bajo la forma de sintomatología ansiosa y depresiva, en adultos mayores de 60 años del Área Metropolitana de Buenos Aires. Se apeló a un diseño empírico cuantitativo, transversal, descriptivo y correlacional. La muestra fue compuesta por 50 adultos mayores de ambos sexos, cognitivamente sanos y con niveles predominantemente ausentes y bajos de malestar psicológico. Se administró un protocolo con diversos instrumentos con la finalidad de evaluar el rendimiento cognitivo y los aspectos psicoafectivos, las Estrategias de Afrontamiento (Inventario de Estrategias de Afrontamiento para Jóvenes [CRI-Y], Ongarato et al., 2009) y el Malestar Psicológico Inespecífico (Escala de Malestar Psicológico de Kessler [KPDS-10], Brenlla y Aranguren, 2010). El resultado principal evidenció una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la Aproximación Conductual y el Malestar Psicológico Inespecífico ($r = ,409^{**}$; $p = ,003$), y entre la Evitación Cognitiva y el Malestar Psicológico Inespecífico ($r = ,388^{**}$; $p = ,005$). Los resultados confirman la presencia de procesos de envejecimiento saludables, reflejados en la conservación de manejos variados, eficaces y adaptativos de afrontamiento y en los síntomas predominantemente ausentes de malestar psicológico.

Palabras claves: Adultos mayores – Estrés – Estrategias de Afrontamiento – Malestar Psicológico Inespecífico – Envejecimiento saludable.

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo es indagar la relación entre las Estrategias de Afrontamiento y el Malestar Psicológico Inespecífico, en una población de adultos mayores de 60 años del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. La vejez es una etapa vital en la cual los individuos pueden ser más vulnerables y expuestos a un mayor estrés, ya que el envejecimiento se asocia con grandes cambios fisiológicos, cognitivos, emocionales, sociales y económicos que, a su vez, pueden incrementar el riesgo de sufrir malestar psicológico (Byles et al., 2012; Matud y García, 2019). Las modificaciones en la actividad laboral o la jubilación, la pérdida de seres queridos, el aumento de la

dependencia, las enfermedades y la incertidumbre frente a la muerte pueden convertirse en eventos vitales estresores y, por lo tanto, en fuentes de estrés o malestar (Peña et al., 2011, citados en Enríquez Villota et al., 2016).

Las estrategias de afrontamiento al estrés (en inglés, *coping*) se definen como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se despliegan para manejar, tolerar o reducir las demandas internas y/o externas cuyas posibilidades de abordaje son evaluadas como excedentes de los recursos del individuo (Folkman y Lazarus, 1980, 1986, citados por Folkman, 2010; Mikulic y Crespi, 2008; Matud y García, 2019; Vázquez Valverde, s.f.). El individuo las desarrolla como manera de paliar los efectos negativos del estrés (Peña et al, 2011, citados en Enríquez Villota et al., 2016) que puede estar asociado a sucesos y/o problemas vitales. Para abordar la comprensión del concepto de estrategias de afrontamiento en el presente trabajo, se desarrollarán los modelos teóricos de Lazarus y Folkman (1980, 1984, 1986) y Moos (1993, 1995).

El malestar psicológico alude al déficit o carencia en los recursos emocionales y cognitivos que dificultan la respuesta adecuada a demandas vitales, desenvolverse en sociedad e interactuar positivamente con otros individuos. Estas dificultades reducen la capacidad de salud (Rodríguez Espínola, 2014, citada en Amadasi, 2015a). Se destaca la respuesta del sujeto al considerarse al malestar psicológico como un estado emocional incómodo experimentado por un individuo en reacción a una demanda o un estresor específico que resulta en daño a la persona (Ridner, 2004). Mas específicamente, el malestar psicológico inespecífico se refiere a un estado de sufrimiento emocional caracterizado por sintomatología ansiosa y/o depresiva como cansancio, inquietud, agitación, nerviosismo, falta de interés o desmotivación, tristeza, desesperanza y sentimientos de inutilidad (Brenlla y Aranguren, 2010; Rodríguez Espínola, 2014, citada en Amadasi, 2015a).

El propósito de la siguiente investigación consistió en evaluar la relación entre las Estrategias de Afrontamiento y el Malestar Psicológico Inespecífico, bajo la forma de síntomas de ansiedad y depresión, en la vejez. El interés del mismo concierne a esta problemática radicó en la escasez de estudios que vinculen ambas variables en la población de adultos mayores de 60 años en Argentina. Sin embargo, internacionalmente el Malestar Psicológico Inespecífico tampoco ha sido profundamente estudiado en este grupo etario; por el contrario, hay una mayor cantidad de estudios internacionales que

han investigado la relación entre Estrategias de Afrontamiento con trastornos de ansiedad y depresión, pero no con síntomas ansiosos y depresivos que no llegan a constituir trastornos mentales propiamente dichos.

De todas maneras, la literatura establece una conexión entre los conceptos de estrés, estrategias de afrontamiento y malestar psicológico, sugiriendo que el afrontamiento ante situaciones estresantes es una variable mediadora que influye sobre el malestar y la salud mental (Folkman, 2010; Horwitz, 2007; Matud et al., 2014; Matud y García, 2019; Ridner, 2004).

Como se ha dicho anteriormente, la vejez es una etapa del ciclo vital cuyos cambios físicos, cognitivos, económicos, familiares y sociales aumentan la posibilidad de mayor presencia de estresores; estas modificaciones propias de la etapa evolutiva del ser humano pueden generar malestar psicológico y requieren de diversas estrategias de afrontamiento con el objetivo de adaptarse adecuadamente a ellas. Por lo tanto, este trabajo busca aportar conocimientos al campo de la evaluación, detección y prevención del malestar psicológico y del afrontamiento desadaptativo frente a sucesos vitales y/o estresantes en la vejez, para así promover una longevidad saludable y una mejor calidad de vida y desenvolvimiento social de los adultos mayores.

MARCO TEÓRICO

Se describen a continuación los conceptos relevantes del presente trabajo, como el grupo etario de adultos mayores, el estrés, las estrategias de afrontamiento y el malestar psicológico inespecífico. Además, se mencionan resultados de investigaciones que relacionaron las variables principales y se revisan estudios llevados a cabo sobre estrategias de afrontamiento y malestar psicológico inespecífico en adultos mayores en función de variables sociodemográficas como la edad, el sexo y el nivel educativo.

2.1. Adultos Mayores

La población mundial está envejeciendo a un ritmo acelerado gracias a los avances en la ciencia, la tecnología y la medicina (Papalia y Feldman, 2012a), de manera que la proporción de personas mayores de 60 años está creciendo con mayor rapidez que cualquier otro grupo etario (Ocampo Chaparro y Londoño, 2007).

La etapa del ciclo vital del adulto mayor o edad adulta tardía se inicia entre los 60 a 65 años, durante la cual se tornan más evidentes los cambios físicos, mentales, sociales, familiares y laborales (Ocampo Chaparro y Londoño, 2007) que incrementan la

vulnerabilidad de la persona mayor y que pueden presentarse como situaciones difíciles de afrontar o potenciales generadores de estrés (Enríquez Villota et al., 2016). Sin embargo, debido a que el envejecimiento es un proceso heterogéneo, diferente para cada individuo, estos cambios no se producen de la misma manera en todos los sujetos de este grupo etario (Chong Daniel, 2012; Ocampo Chaparro y Londoño, 2007).

En este sentido, el concepto de *trayectorias de envejecimiento* permite comprender los distintos modos de envejecer, rompiendo con la creencia tradicional que asociaba a la vejez con la enfermedad, el deterioro, la fragilidad, el aislamiento y la dependencia. Rowe y Kahn (1987, 1997) presentaron un modelo que distingue entre tres trayectorias de envejecimiento: normal o saludable, patológico y exitoso. El perfil de envejecimiento normal se caracteriza por un adecuado funcionamiento y conservación de la autonomía, sin presencia de enfermedades graves ni dependencia, si bien algunas funciones cognitivas declinan de forma progresiva y otras se mantienen estables o incluso mejoran con el paso de los años. El envejecimiento patológico, por otro lado, está caracterizado por patologías graves, como enfermedades neurodegenerativas y demencias, y mayor dependencia debido a la pérdida creciente de la autonomía. Por último, dentro del envejecimiento normal distinguen un patrón de envejecimiento exitoso, caracterizado por: (a) un bajo riesgo de padecer enfermedades, deterioro y discapacidad; (b) un alto nivel de funcionamiento físico y cognitivo; y (c) un involucramiento activo en actividades productivas y/o sociales (Calero y Navarro, 2006; Calero y Navarro, 2018; Triadó y Villar, 2014).

Baltes y sus colegas (Baltes, 1987; Baltes et al., 1998; Staudinger et al., 1995), desde el ámbito de la Psicología Evolutiva, propusieron una perspectiva del desarrollo que se denominó *enfoque del ciclo vital*, teoría muy importante en la actualidad (Triadó y Villar, 2014). Una característica de este enfoque es la consideración del desarrollo humano como una co-ocurrencia de ganancias y pérdidas, incluyendo la etapa vital de la vejez, donde el envejecimiento solía estar asociado únicamente a declive y déficit (Ocampo Chaparro y Londoño, 2007; Triadó y Villar, 2014). Sin embargo, si bien las ganancias están presentes en la vejez, como toda etapa vital, es verdad que la balanza se desplaza cada vez más hacia la pérdida a medida que los individuos envejecen (Ocampo Chaparro y Londoño, 2007; Triadó y Villar, 2014). Desde esta perspectiva también se considera que la capacidad plástica de los adultos mayores, capacidad “de flexibilidad y

el potencial de cambio para abordar las demandas y los desafíos” (p.45), es más limitada en la vejez (Triadó y Villar, 2014).

Las modificaciones fisiológicas de la vejez se caracterizan por cambios en el aspecto físico; alteraciones de diferentes grados en los sentidos de la vista, el oído y el olfato que afectan la recepción de información del entorno; cambios en el sistema musculoesquelético que conlleva respuestas motrices más lentas o reducidas, disminución de la fuerza física, mayor propensión a las fracturas óseas, estatura reducida y/o postura encorvada; y posibles situaciones de enfermedad orgánica (Chong Daniel, 2012; Ocampo Chaparro y Londoño, 2007; Papalia y Feldman, 2012a). Con respecto a los recursos biológicos en la vejez, estos tienden a orientarse a la pérdida (Triadó y Villar, 2014).

Con respecto al envejecimiento cognitivo, este implica tanto crecimiento como declive, habiendo funciones que pueden disminuir, permanecer estables o incluso desarrollarse (Calero y Navarro, 2006). Son esperables cambios cognitivos en el proceso de envejecimiento, tales como disminución de la atención y la concentración; fallos en la memoria a corto plazo, de trabajo y episódica, sobre todo en forma de olvidos y dificultades de almacenamiento, recuperación y reconocimiento de la información; lentificación de la velocidad de reacción; disminución de la agilidad mental; y dificultad para aprender nuevas habilidades y resolver situaciones nuevas a corto plazo (Chong Daniel, 2012; Ocampo Chaparro y Londoño, 2007; Pousada y de la Fuente, 2014). Además, algunos adultos mayores pueden envejecer patológicamente, como quienes padecen de depresión, deterioro cognitivo o enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer y Parkinson (Calero y Navarro, 2006; Papalia y Feldman, 2012a). Sin embargo, los adultos mayores no muestran solamente pérdidas cognitivas. En cuanto a la memoria semántica, tanto el conocimiento fáctico general como el nivel de vocabulario no disminuyen en los adultos mayores; en algunos casos, hasta incluso aumentan. Asimismo, muestran un mayor cumplimiento de acciones almacenadas en la memoria prospectiva que los jóvenes si utilizan pistas externas como recordatorios (Pousada y de la Fuente, 2014).

La vejez también se caracteriza por cambios sociofamiliares. Por un lado, el retiro de la actividad laboral puede llevar a una pérdida en la participación social y en el rol de trabajador (Pinazo, 2014). Por otro lado, son comunes las pérdidas de seres queridos como familiares y amigos que también atraviesan por esta etapa del ciclo vital y, en algunos

casos, la soledad, sobre todo en aquellos que viven solos (Suárez Torres et al., 2015). Las modificaciones más comunes que pueden acontecer en el ámbito familiar son la partida de los hijos del hogar, el cual conlleva cambios en los roles de padres y/o el síndrome del nido vacío, el cambio en los roles generacionales y el enfrentamiento con la muerte de uno de los cónyuges, con la consiguiente pérdida del rol de esposo/a (Pinazo, 2014; Semenova Moratto Vásquez et al., 2015). Sin embargo, a pesar de estas pérdidas y cambios, muchos adultos mayores logran insertarse en nuevas actividades o programas comunitarios, sociales, recreativos y/o lúdicos (Chong Daniel, 2012; Ocampo Chaparro y Londoño, 2007), continuando de esa manera con el nivel de actividades y vínculos sociales anteriores (Pinazo, 2014).

Por último, las personas mayores atraviesan transformaciones laborales debido a la jubilación en algún momento de la vejez, que supone el paso de una situación activa y productiva a otra pasiva e improductiva (Chong Daniel, 2012; Navarro et al., 2014). Sin embargo, la jubilación puede producirse en distintos momentos de la vida, de manera que muchas personas se jubilan antes de la vejez, otras nunca se jubilan y algunas vuelven a trabajar después de la jubilación (Navarro et al., 2014). Se considera a la jubilación un factor psicosocial potencialmente estresante si el sujeto no logra adaptarse, ya que la misma inevitablemente trae modificaciones en los roles laborales (de un rol del trabajador a un rol de jubilado), la organización de la vida cotidiana, los hábitos, la participación social, las relaciones sociales y los recursos económicos (Chong Daniel, 2012; Hermida y Stefani, 2011; Navarro et al., 2014; Ocampo Chaparro y Londoño, 2007). No obstante, los adultos mayores no tienen la misma actitud hacia la jubilación ni le otorgan el mismo significado (Hermida y Stefani, 2011; Navarro et al., 2014). Mientras algunas personas encaran la jubilación con una actitud negativa, otras lo hacen con una actitud positiva, encontrando formas de seguir activos, de disfrutar de otros aspectos vitales y de dirigirse hacia otras redes de apoyo social (Hermida y Stefani, 2011).

2.2. Estrés

El estrés es un fenómeno inherente a todos los seres humanos, al que se ven expuestos en un determinado momento, debido a los acontecimientos y sucesos experimentados a lo largo del ciclo evolutivo (Enríquez Villota et al., 2016; Hernández Zamora et al., 2009). Sin embargo, las situaciones y fuentes generadoras de estrés, así como también las respuestas de los individuos ante los agentes estresores, varían en

función de las distintas etapas vitales (Clemente et al., 2009; Enríquez Villota et al., 2016; Stefani y Feldberg, 2006). En la vejez, un posible origen de estrés son las modificaciones y acontecimientos propios de esa etapa de la vida. No obstante, existen ideas contrapuestas acerca del estrés en adultos mayores; por un lado, hay autores que sostienen que la vejez es un momento pacífico de la vida, mientras que otros afirman que los adultos mayores son más vulnerables al mismo por estar sometidos con mayor frecuencia a situaciones estresantes (Hernández Zamora et al., 2009).

El estrés puede definirse como la respuesta fisiológica de los sujetos ante estímulos de origen externo o interno conocidos como *estresores* (Enríquez Villota et al., 2016), cualquier circunstancia que genere un cambio o tensión en una persona, pudiendo tratarse de eventos cotidianos, vitales y/o inesperados que ejerzan un impacto por su nivel de gravedad (Enríquez Villota et al., 2016; Hernández Zamora et al., 2009). De todas maneras, sería incorrecto generalizar a todos los individuos las mismas reacciones fisiológicas ante los estresores; el nivel de estrés experimentado varía en cada circunstancia y persona (Lazarus y Folkman, 1986, citados en Enríquez Villota et al., 2016; Vázquez Valverde et al., s.f.), dependiendo de si el estímulo es percibido y valorado como estresante por el sujeto en aquel momento (Folkman, 2010; Moscoso, 2009) y de la presencia de factores personales y ambientales que pueden cumplir un rol modulador ante el estrés (Enríquez Villota et al., 2016). De esta manera, el estrés involucra la relación entre la persona y el ambiente (Folkman, 2010). Mientras algunas personas tienen un buen dominio del estrés, afrontando adecuadamente las circunstancias generadoras del mismo, otros individuos más vulnerables al estrés no logran afrontarlo de la misma manera, se desequilibran y/o responden con sensaciones de tensión y malestar (Suárez Torres et al., 2015).

Además de generar una respuesta fisiológica y alterar el bienestar físico, el estrés también produce una respuesta emocional caracterizada por síntomas de ansiedad, irritación, ira, preocupación, pánico, tristeza y/o estados de desesperanza; es decir, conmueve transitoriamente el bienestar psicológico (Enríquez Villota et al., 2016; Moscoso, 2009). A su vez, se ha comprobado que la respuesta emocional ante el estrés puede ser influida por las estrategias de afrontamiento implementadas por el sujeto (Folkman, 2010; Moscoso, 2009).

2.3. Estrategias de Afrontamiento

El afrontamiento es valorado como un recurso interno dirigido a reducir, minimizar, tolerar y/o controlar condiciones estresantes; vale decir, se postula como una variable mediadora que modifica, del mejor modo posible, los efectos perjudiciales del estrés (Mikulic y Crespi, 2008; Navarro y Bueno, 2015; Vázquez Valverde et al., s.f.), reflejando la capacidad de adaptación a cambios a lo largo del ciclo vital (Enríquez Villota et al., 2016; Mayordomo Rodríguez et al., 2015) y siendo un recurso importante de la salud mental (Papalia y Feldman, 2012b).

Las respuestas de afrontamiento son acciones destinadas a manejar las demandas internas y externas estresantes (Herrera et al., 2018) y son muy variadas. Por eso la literatura suele clasificarlas en: aquellas que aluden al *foco*, si se dirigen al problema o a la emoción; a la *dirección*, por aproximación o evitación; y al *método*, si el afrontamiento es cognitivo o conductual. Existe una semejanza entre las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema y las respuestas aproximativas o activas, consideradas más efectivas y adaptativas, y entre las estrategias dirigidas a la emoción y las respuestas evitativas o pasivas, consideradas más inefectivas y desadaptativas (Carver et al., 1989; Rial Boubeta et al., 2011). Sin embargo, algunos autores sostienen que la efectividad del afrontamiento debe considerarse dentro de su contexto, razón por la cual no existen estrategias de afrontamiento buenas o malas *per se* (Meléndez et al., 2012, citados en Navarro y Bueno, 2015).

Dos líneas teóricas predominantes cobran relevancia en el presente trabajo para explicar el concepto de las estrategias de afrontamiento: el Modelo de la Evaluación Cognitiva de Lazarus y Folkman (1980, 1984, 1986) y el Modelo Transaccional de *Coping* de Moos (1993, 1995).

De acuerdo con el Modelo de Evaluación Cognitiva de Lazarus y Folkman (1984), el afrontamiento es un proceso cambiante que depende de las estrategias que un individuo implementa en respuesta a una serie de valoraciones acerca de un suceso, una demanda o un estímulo determinado (Folkman, 2010). La presencia de un estímulo externo o interno de naturaleza estresante desencadena una doble valoración cognitiva: una valoración que el individuo hace de la situación estresante en cuestión, de la posible amenaza y consecuencias que representa, denominada *evaluación primaria*, como así también de los recursos personales y disponibles para afrontar dicha situación de estrés, llamada

evaluación secundaria (Folkman y Lazarus, 1980, 1986, citados en Folkman, 2010; Moscoso, 2009; Suárez Torres et al., 2015; Vázquez Valverde et al., s.f.). De esta manera, el proceso de afrontamiento implica la interacción entre el sujeto, sus recursos y el ambiente (Mikulic y Crespi, 2008). El modelo destaca las estrategias de afrontamiento elegidas de manera consciente por los sujetos en función de la percepción y el análisis de una situación (Papalia y Feldman, 2012b).

Siguiendo la misma línea teórica de Lazarus y Folkman (1984), existen dos tipos de afrontamiento: dirigido al problema y dirigido a la emoción. El primero se orienta a intentos de modificar, manipular o alterar el estresor a través del propio comportamiento, utilizando estrategias como la confrontación, la búsqueda de soluciones de manera activa, la planificación, la búsqueda de información y apoyo social, la modificación de las presiones ambientales y la toma directa de decisiones (Folkman y Lazarus, 1980, 1984, 1986, citados en Carver y Connor-Smith, 2010; Folkman, 2010; Matud et al., 2014; Matud y García, 2019; Mayordomo Rodríguez et al., 2015; Vázquez Valverde et al., s.f.). Predomina cuando la persona percibe una posibilidad de cambiar la condición estresante (Papalia y Feldman, 2012b). El segundo tipo de afrontamiento está enfocado en regular la respuesta emocional ante el problema y los estresores (Carver y Connor-Smith, 2010; Mayordomo Rodríguez et al., 2015; Vázquez Valverde et al., s.f.), a partir de la utilización de estrategias como el distanciamiento, el autocontrol de los propios sentimientos y emociones, la evitación, el escape a través de conductas como comer, beber, realizar ejercicio físico y/o usar drogas, la aceptación de responsabilidad, la reevaluación positiva de la situación y la búsqueda de apoyo emocional (Folkman y Lazarus, 1980, 1984, 1986, citados por Folkman, 2010; Matud y García, 2019; Vázquez Valverde et al., s.f.). El afrontamiento dirigido a la emoción suele observarse cuando el individuo concluye que no puede modificar la situación que produce estrés y es considerado menos adaptado que el afrontamiento dirigido al problema (Papalia y Feldman, 2012b). Otras estrategias dirigidas a la emoción, señaladas por otros autores, incluyen la negación, la minimización, la autoacusación, las descargas emocionales y conductuales, la realización de actividades para evitar pensar en el suceso estresante y la religión (Mayordomo Rodríguez et al., 2015; Vázquez Valverde et al., s.f.).

La segunda línea teórica corresponde al Modelo Transaccional de *Coping* de Moos (1995), una teoría unificadora comprendida por cinco paneles y que enfatiza la

presencia de factores ambientales y personales como modeladores de la conducta de afrontamiento (Kirchner Nebot y Forns i Santacana, 2010; Louw y Viviers, 2010). Los factores ambientales (panel I) incluyen las condiciones estables del entorno como los estresores vitales crónicos y los recursos de apoyo sociales y económicos. Los factores personales (panel II), también estables, incluyen la autoeficacia, la autoconfianza, la habilidad cognitiva, las crisis previas, los estilos de afrontamiento disposicionales y los rasgos de personalidad. Ambos factores influyen en las crisis vitales, cambios y transiciones por las que atraviesa un individuo (panel III), capaces de producir estrés. Todas estas influencias, junto con la valoración cognitiva y respuestas de afrontamiento de naturaleza situacional ante condiciones estresantes (panel IV), influyen en la salud y el bienestar (panel V). El carácter transaccional del modelo se refleja en la capacidad de interacción recíproca entre los paneles, donde cada uno puede influir, y ser influido, por diversas variables.

Moos (1993) clasifica el afrontamiento por aproximación y por evitación, refiriéndose estos a la orientación hacia la solución del problema. Las respuestas por aproximación abarcan los esfuerzos activos para manejar y resolver los estresores o conflictos; implica una forma activa de solución de problemas (Kirchner Nebot y Forns i Santacana, 2010; Mikulic y Crespi, 2008). Por el contrario, la respuesta por evitación abarca los esfuerzos pasivos centrados en regular las consecuencias emocionales de los estresores y mantener el propio equilibrio emocional (Billings y Moos, 1981; Brennan et al., 2012), originando diversas estrategias como evitar pensar acerca de la situación estresante, aceptar o resignarse ante el estresor, buscar actividades alternativas y expresar la emoción de manera directa como forma de descarga, sin intentos activos para resolver el problema (Amadasi, 2015b; Kirchner Nebot y Forns i Santacana, 2010; Mikulic y Crespi, 2008).

En este modelo, el método de afrontamiento o tipo de esfuerzo puede ser cognitivo o conductual. Los esfuerzos cognitivos implican el uso de estrategias mentales y del lenguaje interno, mientras que los esfuerzos conductuales están orientados a la realización de acciones o actividades específicas como respuesta al problema (Kirchner Nebot y Forns i Santacana, 2010). En la presente investigación, se utilizará la clasificación de las Estrategias de Afrontamiento del Modelo Transaccional de *Coping* de Moos (1993, 1995).

Con el objetivo de evaluar las respuestas de afrontamiento utilizadas ante situaciones difíciles, Moos (1993) creó un instrumento denominado Inventario de Respuestas de Afrontamiento (en inglés, *Coping Responses Inventory*), tanto para jóvenes (CRI-Y; Ongarato et al., 2009) y adultos (CRI-A; Mikulic y Crespi, 2008), considerando la orientación y el método de afrontamiento. En este sentido, divide el afrontamiento en cuatro dimensiones o escalas: Aproximación Cognitiva, Aproximación Conductual, Evitación Cognitiva y Evitación Conductual. A su vez, considera que existen ocho respuestas de afrontamiento específicas que se agrupan en las cuatro dimensiones de afrontamiento. La Aproximación Cognitiva esta conformada por las respuestas de Análisis Lógico (AL), intentos cognitivos de comprender y prepararse mentalmente para enfrentar un estresor y sus consecuencias, y Revalorización Positiva (R), intentos cognitivos de reestructurar un problema en un sentido positivo y aceptar la realidad de la situación. La Aproximación Conductual se compone de la Búsqueda de Orientación y Apoyo (BA), intentos conductuales de buscar información, orientación y apoyo, y la Resolución de Problemas (RP), intentos conductuales de realizar acciones orientadas a la solución de un problema. Por otra parte, la Evitación Cognitiva abarca las respuestas de Evitación Cognitiva (EC) propiamente dicha, intentos cognitivos de evitar pensar en el problema, y de Aceptación o Resignación (A), intentos cognitivos de renunciar al problema, aceptándolo. Finalmente, la Evitación Conductual incluye la Búsqueda de Gratificaciones Alternativas (BG), intentos conductuales de implicarse en actividades substitutivas, y la Descarga Emocional (DE), intentos conductuales de reducir la tensión a través de la expresión de sentimientos negativos y desagradables.

Desde este marco teórico no puede establecerse *a priori* que tipos de estrategias de afrontamiento resultan más adaptativas (Mikulic y Crespi, 2008), sino que la eficacia y elección de las mismas dependerá de: (a) las características, el tipo y naturaleza del suceso estresante; (b) la severidad del estresor, habiéndose descubierto que ante estresores severos se desencadenan estrategias de afrontamiento de ambos tipos, especialmente por evitación; (c) la controlabilidad percibida del suceso, frente al cual suele ser más eficaz el afrontamiento por aproximación ante situaciones percibidas como controlables; (d) la historia personal de exposición a estresores severos; y (e) la evaluación cognitiva y subjetiva del suceso (Brennan et al., 2012; Carver y Connor-Smith, 2010; Mikulic y Crespi, 2008). Estas características ponen en evidencia la importancia de considerar la

relación entre el afrontamiento y la especificidad de la situación acontecida en el individuo (Mikulic y Crespi, 2008), de manera que la adecuación y efectividad del afrontamiento debe considerarse dentro de su contexto (Meléndez et al., 2012).

Investigaciones previas muestran resultados contradictorios respecto del afrontamiento según la edad, siendo la mayoría estudios transversales (Brennan et al., 2012). Muchas investigaciones (Carver y Connor-Smith, 2010; Meléndez et al., 2012; Papalia y Feldman, 2012b; Trouillet et al., 2009) sostienen que una mayor edad influye, directa e indirectamente, en la implementación de un mayor uso de afrontamiento centrado en la emoción, mientras que otros estudios han llegado a la conclusión que una mayor edad no se equipara a un mayor uso de afrontamiento evitativo (Amadasi, 2015b; Mayordomo Rodríguez et al., 2015), con excepción de la estrategia de religión, que mostró una relación positiva con la edad (Mayordomo Rodríguez et al., 2015). Incluso otras investigaciones han observado que adultos mayores utilizan en menor grado estrategias evitativas, tanto cognitivas y conductuales (Stefani y Feldberg, 2006), y en mayor medida estrategias activas, como el analizar y planificar cognitivamente que acciones tomar y el actuar para buscar soluciones (Herrera et al., 2018). Otros han arribado a la conclusión que las personas mayores son flexibles, pudiendo utilizar un gran repertorio de estrategias de afrontamiento, tanto aproximativas o dirigidas al problema y evitativas o centradas en la emoción, según las situaciones que se presentan (Navarro y Bueno, 2015).

Por otro lado, una investigación longitudinal (Brennan et al., 2012) mostró que los adultos mayores declinan el uso de ambas respuestas de afrontamiento, posiblemente debido a la menor energía para afrontar situaciones estresantes en la vejez de una u otra manera, o debido a un mayor afrontamiento anticipado, evitando de esa manera la presencia de estresores por afrontar. Sin embargo, se encontró que la búsqueda de apoyo social se mantiene estable en el tiempo, descubrimiento que resulta contradictorio con otros estudios (Herrera et al., 2018; Meléndez et al., 2012) donde la edad refleja un descenso de la búsqueda de ayuda como resultado de la reducción del círculo social en la etapa vital de la vejez.

En cuanto al sexo, la mayoría de las investigaciones observaron que las mujeres mayores utilizan más estrategias evitativas y centradas en la emoción, tanto cognitivas y conductuales, como la evitación, la expresión o descarga emocional y la religión

(Amadasi, 2015b; Matud y García, 2019; Mayordomo Rodríguez et al., 2015; Meléndez et al., 2012); asimismo, recurren a su red de apoyo social para enfrentar sus problemas (Matud y García, 2019; Mayordomo Rodríguez et al., 2015; Meléndez et al., 2012). En otros casos, se ha llegado a concluir que el género y el afrontamiento no tienen relación alguna (Herrera et al., 2018).

Con respecto al nivel educativo, mayores niveles de educación se vinculan con un menor afrontamiento evasivo y un mayor afrontamiento activo (Amadasi, 2015b; Herrera et al., 2018; Mayordomo Rodríguez et al., 2015), ya que la educación es un recurso que fomenta la búsqueda de soluciones ante una situación problemática (Herrera et al., 2018) y una mayor adaptación a situaciones nuevas (Suárez Torres et al., 2015). No se han encontrado estudios que reflejen lo contrario.

2.4. Malestar Psicológico

El concepto de malestar psicológico es utilizado frecuentemente en la literatura de la salud y como un indicador de salud mental (Drapeau et al., 2012; Matud et al., 2014; Matud y García, 2019). Pero su definición y origen suele ser impreciso debido a que se encuentra relacionado, y a veces confundido, con otros términos tales como *strain*, tensión, *stress*, estrés, y *distress*, angustia, malestar o sufrimiento (Ridner, 2004), y porque se suele aplicar dicho concepto a una amplia variedad o combinación de síntomas, desde aquellos vinculados con la ansiedad y la depresión, a aquellos relacionados con rasgos de la personalidad o problemas de comportamiento (Drapeau et al., 2012).

Existe un consenso general que el malestar psicológico puede ser definido como un estado de sufrimiento emocional caracterizado por sintomatología ansiosa y depresiva (Mirowsky y Ross, 2002, citados en Drapeau et al., 2012; Matud et al., 2014; Wheaton, 2007), tales como cansancio, inquietud, agitación, nerviosismo, falta de interés o desmotivación, tristeza, desesperanza y sentimientos de inutilidad (Brenlla y Aranguren, 2010; Rodríguez Espínola, 2014 citada en Amadasi, 2015a). Esta definición indica elementos de convergencia conceptual entre el malestar psicológico, la depresión y la ansiedad (Brenlla y Aranguren, 2010).

Esta descripción se ha realizado considerando a Kessler y Mroczek quienes, en 1992, diseñaron un instrumento de rastillaje (en inglés, *screening*) para medir la presencia de malestar psicológico no específico, como componente de la salud mental, en el *US National Health Interview Survey*, una encuesta poblacional. Este instrumento,

denominado Escala de Malestar Psicológico de Kessler (en inglés, *Kessler Psychological Distress Scale*, KPDS-10), mide la probabilidad de un individuo en padecer Malestar Psicológico Inespecífico, discriminando entre sujetos con alto o bajo riesgo, pero sin especificar de qué trastorno trata, ya que no es un instrumento con fines diagnósticos (Brenlla y Aranguren, 2010). Sin embargo, las puntuaciones más altas de la escala se han correlacionado, en adultos mayores de 65 años, con diagnósticos de ansiedad y de depresión, de manera que resulta ser un instrumento predictor de la presencia de trastornos mentales internalizantes (Anderson et al., 2013; Slade et al., 2011), si bien no sustituye el uso de entrevistas en un psicodiagnóstico (Brenlla y Aranguren, 2010). El Malestar Psicológico Inespecífico incluye un conjunto de síntomas físicos, cognitivos, psicológicos, emocionales o conductuales que son comunes a una gran variedad de trastornos mentales o psiquiátricos; es decir, no son síntomas específicos de un único trastorno (Kessler et al., 2002; Dohrenwend et al., 1980, citados en McVeigh et al., 2006), de ahí la referencia al malestar psicológico como inespecífico.

Es necesario distinguir entre sintomatología ansiosa o depresiva y un diagnóstico de trastorno mental de ansiedad o depresión. De acuerdo con una perspectiva dimensional, los síntomas inespecíficos que no llegan a constituir cuadros psicopatológicos y los trastornos mentales se conceptualizan a lo largo de un continuo u espectro de severidad y deterioro psicosocial (Ayuso-Mateos et al., 2010; Center for Substance Abuse Treatment, 2008). De esta manera, existen variaciones de severidad en los síntomas depresivos, desde intensidades leves a graves. Cuando estos síntomas incrementan en intensidad y frecuencia, es decir, aumentan en gravedad y se sostienen a lo largo del tiempo, pueden establecer un trastorno depresivo (Center for Substance Abuse Treatment, 2008). Lo anterior aplica también para los síntomas ansiosos y los trastornos de ansiedad. Los síntomas se vuelven consistentes con un diagnóstico de un trastorno afectivo, ansioso o depresivo, siempre y cuando se cumpla con los criterios de diagnóstico para cada trastorno mental, como: (a) la presencia de un determinado número o conjunto de síntomas; (b) prolongación de los síntomas por un periodo de tiempo especificado; y (c) sufrir de malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes de funcionamiento del individuo, como en el ámbito social o laboral (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Los síntomas de ansiedad y depresión, sin llegar a ser trastornos patológicos, son frecuentes en los adultos mayores. Los síntomas ansiosos incluyen nerviosismo, inquietud, agitación, tensión, preocupaciones y problemas para controlar dichas preocupaciones, irritabilidad, problemas de concentración, insomnio y síntomas somáticos como palpitaciones, taquicardia, sudoración y temblores (Amadasi, 2015a; Conde y Jarne, 2014; Jiménez et al., 2007). Asimismo, como parte del envejecimiento normal, puede haber estados de ánimo deprimidos, un aumento del retraimiento social y modificaciones en el apetito y en el sueño como consecuencia de los cambios, de las situaciones estresantes o de las pérdidas que acontecen en la vejez (Conde y Jarne, 2014), para nombrar algunos síntomas depresivos.

Los trastornos de ansiedad son estados de malestar, inquietud y preocupación desproporcionados ante una amenaza potencial, real o imaginaria, percibidos como incontrolables por el propio sujeto. Además, suelen ir acompañados por síntomas somáticos como taquicardia, sudoración, sensación de ahogo, tensión muscular, mareos, temblor, fatiga, trastornos del sueño y/o trastornos digestivos (Conde y Jarne, 2014; Jiménez et al., 2007). Por otro lado, el trastorno de depresión corresponde a la persistencia de estados de ánimo de tristeza, pérdida de interés y anhedonia. Al igual que el trastorno de ansiedad, se acompaña de síntomas somáticos como alteraciones del sueño, pérdida de apetito y fatiga, y síntomas cognitivos como baja autoestima, pérdida de memoria y dificultad de concentración (Conde y Jarne, 2014). En los adultos mayores, la depresión puede tomar formas específicas, como escasa expresividad de la tristeza y mayor expresión en forma de quejas somáticas, irritabilidad, retraimiento, aislamiento, sentimientos de inutilidad, posibles trastornos de la conducta, mayor presencia de síntomas psicóticos y mayor riesgo de suicidio (Conde y Jarne, 2014; Henning-Smith, 2014; Jiménez et al., 2007).

Drapeau y equipo (2012) clasifican a los autores que discuten el concepto de malestar psicológico entre aquellos que lo perciben como un fenómeno transitorio y otros como estable. En el primer grupo, se considera al malestar psicológico como una respuesta natural, esperable y proporcionada frente a eventos estresantes. La respuesta de malestar psicológico permanece en la medida en que estén presentes las condiciones externas estresantes y cesa únicamente cuando desaparece el estresor o cuando el individuo logra adaptarse a las circunstancias (Horwitz, 2007) y/o afrontarlo de manera

efectiva (Ridner, 2004). Según Horwitz (2007), el malestar psicológico se puede diferenciar de los trastornos mentales en función de ciertos criterios: (a) la severidad de los síntomas, donde el malestar psicológico se considera una respuesta normal y proporcionada con relación a los estresores, mientras que los trastornos mentales son desproporcionados y excesivos frente a las situaciones estresantes; (b) la duración de los síntomas, donde el malestar psicológico es una respuesta que persiste con relación al estresor, pudiendo desaparecer sin intervención profesional, mientras que los trastornos mentales suelen ser crónicos y poco probables de remitir únicamente con la modificación del estresor; y (c) el mecanismo de producción, donde los estresores ambientales suelen ser la causa del malestar psicológico, mientras que los defectuosos mecanismos psicológicos internos son la causa de un trastorno mental. Desde este punto de vista, la presencia de malestar psicológico sería de preocupación médica si no es tratado y es acompañado por otros síntomas que, al ser sumados entre sí, satisfacen los criterios diagnósticos de un trastorno mental (Deasy et al., 2014; Drapeau et al., 2012).

Dentro del segundo grupo, se considera al malestar psicológico como un fenómeno moderadamente estable a lo largo del tiempo por autores como Wheaton (2007), quien presenta desacuerdo con las ideas de Horwitz (2007) al afirmar que el malestar puede persistir a pesar de reducciones en la exposición a estrés (Drapeau et al., 2012), sugiriendo una naturaleza estable del mismo. Según Wheaton (2007), el malestar psicológico y los trastornos mentales de ansiedad y depresión no pueden considerarse categorías separadas, como afirma Horwitz (2007), sino que se ubican en un mismo continuo. Por esta razón, el malestar psicológico no es inespecífico, ya que está compuesto por síntomas ligados a dos trastornos, la ansiedad y la depresión. Si bien el malestar psicológico y estos trastornos psicopatológicos son fenómenos diferentes, no son completamente independientes entre sí (Drapeau et al., 2012).

Existen pocas investigaciones a nivel nacional (Amadasi, 2015a) e internacional (Byles et al., 2012) que hayan estudiado los niveles de Malestar Psicológico Inespecífico a partir del KPDS-10, instrumento que se utilizará en el siguiente estudio, sobre la población de adultos mayores de 60 años y en función de variables sociodemográficas como la edad, el sexo y el nivel educativo.

En Argentina, una línea de investigación denominada “Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores”, del Observatorio de la Deuda Social Argentina,

durante los años 2010 y 2013 registró que un total de 22,4% de las personas mayores de la muestra extensa presentaron malestar psicológico bajo la forma de sintomatología ansiosa o depresiva; vale decir, uno de cada cinco adultos mayores (Amadasi, 2015a). Sin embargo, considerando la variable sociodemográfica de edad, distintas investigaciones han obtenido resultados opuestos. Algunos estudios demostraron que el malestar psicológico en adultos mayores se acrecienta gradualmente conforme aumenta la edad (Byles et al., 2012), mientras que en la investigación realizada en el propio país, una persona de mayor edad no necesariamente presenta más malestar psicológico, encontrándose que el malestar es más alto en el grupo de adultos entre 60 a 74 años que en el de 75 años en adelante, resultados que pueden estar asociados al inicio de la jubilación, la inactividad laboral y los nuevos roles familiares en la vejez (Amadasi, 2015a).

En cuanto al género, todas las investigaciones registraron medidas más elevadas de malestar psicológico en mujeres mayores que en hombres mayores (Amadasi, 2015a; Byles et al., 2012; Drapeau et al., 2010; Matud y García, 2019; Perkins et al., 2016; Slade et al., 2011).

Un mayor nivel educativo, considerado un factor de protección, está asociado a un menor riesgo de sufrir malestar psicológico en la vejez (Amadasi, 2015a; Byles et al., 2012; Henning-Smith, 2014), siendo mayor el malestar entre quienes poseen secundario incompleto y reduciéndose a la mitad cuando el nivel educativo aumenta a secundario completo (Amadasi, 2015a).

Por último, se han reportado diferencias importantes en los niveles de malestar psicológico según el nivel socioeconómico, afectando el malestar a una población más grande de adultos mayores que poseen niveles socioeconómicos bajos en comparación con quienes se ubican en estratos más altos (Amadasi, 2015a).

2.5. Relación entre las Estrategias de Afrontamiento y el Malestar Psicológico

No se han encontrado investigaciones de los últimos diez años en adultos mayores que vinculen las Estrategias de Afrontamiento ante el estrés y el Malestar Psicológico Inespecífico bajo la forma de sintomatología únicamente ansiosa y depresiva. Los estudios suelen centrarse en una variedad de síntomas que, si bien incluyen la ansiedad y la depresión, también miden otros síntomas propios de malestar como la somatización, la

sensibilidad interpersonal, la hostilidad, la ideación paranoide y el psicoticismo (Matud y García, 2019; Watson y Sinha, 2008).

Un afrontamiento dirigido al problema ha correlacionado positivamente con un menor nivel de malestar psicológico en adultos mayores, mientras que un afrontamiento dirigido a la emoción fue asociado a mayores niveles de malestar (Matud y García, 2019). En otros estudios, la supresión del pensamiento, los esfuerzos por evitar pensar en cuestiones no deseadas (Petkus et al., 2012), así como la rumiación, la focalización y el pensar continuamente en el estresor y sus emociones negativas consecuentes (Nolen-Hoeksema y Aldao, 2011, citados en Meléndez et al., 2012; Watson y Sinha, 2008), consideradas estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y semejantes a la evitación cognitiva, han sido asociadas en adultos mayores y adultos no mayores, respectivamente, con una mayor probabilidad de padecer malestar psicológico clínicamente significativo, incluyendo síntomas de ansiedad y depresión.

En mayor medida existen exploraciones de las variables en otros grupos de edad, como en adolescentes (Deasy et al., 2014; Lin y Yusoff, 2013) y en adultos (Watson y Sinha, 2008). Las investigaciones con adolescentes concluyeron que las estrategias de afrontamiento por evitación, negativas y desadaptativas, fueron implementadas más frecuentemente por individuos con mayor malestar para responder a estresores específicos. En cuanto a la exploración en adultos, concluyó que existe una asociación positiva entre el afrontamiento centrado en la emoción y la rumiación con síntomas de malestar psicológico incluyendo ansiedad y depresión.

Por otro lado, la literatura plantea una clara relación entre el estrés, las estrategias de afrontamiento y la salud mental. La exposición a eventos o circunstancias estresantes no necesariamente acarrea problemas de salud mental (Matud y García, 2019), sino que dependerá de los recursos internos y externos para afrontarlos (Drapeau et al., 2012). Algunos autores conciben a las estrategias de afrontamiento como un recurso interno mediador entre el estrés y el malestar psicológico (Matud et al., 2014; Matud y García, 2019; Ridner, 2004), de manera que el malestar psicológico sería el resultado de maneras desadaptativas de afrontar situaciones estresantes (Horwitz, 2007; citado en Drapeau et al., 2012; Ridner, 2004). El proceso de evaluación cognitiva de un evento estresante genera emociones, como pueden ser los síntomas ansiosos y depresivos, dependiendo de cómo se han afrontado dichos sucesos (Folkman, 2010).

Frente a este panorama con pocas investigaciones centradas en la relación entre las Estrategias de Afrontamiento y el Malestar Psicológico Inespecífico en adultos mayores, el presente trabajo pretendió obtener más información acerca de la misma en una muestra de adultos mayores de 60 años con domicilio en el Área Metropolitana de Buenos Aires, población que aún no ha sido profundamente investigada.

OBJETIVOS, HIPOTESIS Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

3.1. Objetivos de la Investigación

3.1.1. Objetivo general

Evaluar y relacionar las Estrategias de Afrontamiento y el Malestar Psicológico Inespecífico, observado desde síntomas de ansiedad y depresión, en una muestra de adultos mayores de 60 años del Área Metropolitana de Buenos Aires, que incluye a la Capital Autónoma de Buenos Aires (CABA) y Gran Buenos Aires (GBA).

3.1.2. Objetivos específicos

1. Identificar la Estrategia de Afrontamiento predominante y cuál es el nivel de Malestar Psicológico Inespecífico en la muestra de adultos mayores.
2. Evaluar las Estrategias de Afrontamiento en los adultos mayores según la edad, el sexo y el nivel educativo.
3. Describir y comparar el Malestar Psicológico Inespecífico en los adultos mayores según la edad, el sexo y el nivel educativo.
4. Indagar acerca de la relación entre las Estrategias de Afrontamiento y el Malestar Psicológico Inespecífico en los adultos mayores.

3.2. Hipótesis de Investigación

3.2.1. Hipótesis básica

Los adultos mayores con Estrategias de Afrontamiento por Evitación Cognitiva y Conductual presentan más indicadores de Malestar Psicológico Inespecífico en forma de sintomatología ansiosa y depresiva.

3.2.2. Hipótesis derivadas

Hi₁. En los adultos mayores predomina el uso de Estrategias de Afrontamiento por Aproximación Cognitiva y ausencia de Malestar Psicológico Inespecífico.
 Hi₂. El uso de Estrategias de Afrontamiento en adultos mayores varía según la edad, el sexo y el nivel educativo.

Hi_{2a}: Los adultos mayores entre 75 a 88 años utilizan mayormente un afrontamiento por Evitación Cognitiva.

Hi_{2b}: Las personas mayores de sexo femenino utilizan en mayor medida Estrategias de Afrontamiento por Aproximación Conductual y Evitación Cognitiva.

Hi_{2c}: Los adultos mayores con menor nivel educativo (hasta secundario completo) manejan mayormente Estrategias de Afrontamiento por Evitación Cognitiva.

Hi₃. Los niveles de Malestar Psicológico Inespecífico en adultos mayores varían en función de la edad, el sexo y el nivel educativo.

Hi_{3a}: Las personas mayores entre 75 a 88 años presentan mayor Malestar Psicológico Inespecífico.

Hi_{3b}: Los adultos mayores de sexo masculino presentan menor Malestar Psicológico Inespecífico.

Hi_{3c}: Los adultos mayores con menor nivel educativo (hasta secundario completo) poseen niveles más altos de Malestar Psicológico Inespecífico.

3.3. Definición del Problema

En la presente investigación se formuló la siguiente pregunta general con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos: ¿existe relación entre las Estrategias de Afrontamiento y el Malestar Psicológico Inespecífico en los adultos mayores de 60 años del Área Metropolitana de Buenos Aires?

Asimismo, con el propósito de responder a la pregunta general de la investigación, se han planteado las siguientes preguntas específicas:

1. ¿Cuál es la Estrategia de Afrontamiento predominante y el nivel de Malestar Psicológico Inespecífico en los adultos mayores?
2. ¿Difieren las Estrategias de Afrontamiento en las personas mayores según las variables sociodemográficas de edad, sexo y nivel educativo?
3. ¿Difiere el Malestar Psicológico Inespecífico en los adultos mayores en función de las variables sociodemográficas de edad, sexo y nivel educativo?

El presente trabajo está enmarcado dentro de la línea de investigación de la Dra. Lina Grasso del Centro de Investigaciones de Psicología y Psicopedagogía (CIPP) de la Universidad Católica Argentina (UCA), la cual estudia el deterioro cognitivo y la longevidad saludable en adultos mayores de 60 años residentes de Buenos Aires.

Cabe señalar que este estudio es relevante para la sociedad argentina debido a que se indagó la relación entre dos variables, las Estrategias de Afrontamiento y el Malestar Psicológico Inespecífico desde una sintomatología ansiosa y depresiva, relación que no ha sido profundamente abordada en muestras de personas mayores en Argentina. Además, el presente trabajo es relevante para el campo de la promoción de la salud mental, gracias a que la prevención y detección de las Estrategias de Afrontamiento desadaptativas y del Malestar Psicológico podrá mejorar la calidad de vida y la adaptación psicosocial de los adultos mayores.

La presente investigación fue viable ya que contó con el acceso a los distintos recursos necesarios para realizarla, como los instrumentos de evaluación y los sujetos que participaron voluntariamente del estudio. Los casos recabados se obtuvieron del entorno social accesible de la investigadora, como los abuelos propios, abuelos de amigos y adultos mayores contactados por las demás investigadoras colaborando con la misma línea de investigación del CIPP en la UCA.

Igualmente, fue viable considerando el tiempo disponible previo a la entrega de la misma, ya que la recolección de datos tuvo lugar en el segundo cuatrimestre de cuarto año de la carrera de Psicología y en el primer cuatrimestre de quinto año, mientras que la redacción de los puntos restantes del TIF, como los resultados, la discusión y la conclusión, acontecieron durante el segundo cuatrimestre del quinto año de la carrera.

MÉTODO

El estudio consistió en un diseño no experimental, transversal y correlacional, y buscó estudiar la relación entre las Estrategias de Afrontamiento y el Malestar Psicológico Inespecífico en adultos mayores del Área Metropolitana de Buenos Aires en un momento dado.

4.1. Características de la Muestra

Para el presente estudio, se realizó un muestreo no probabilístico debido a que la muestra no fue seleccionada al azar. La primera selección de la misma fue por conveniencia, a partir del acceso a los casos de adultos mayores dentro del círculo social de la investigadora. Luego, la selección continuó en cadena o por redes (bola de nieve) a partir de las referencias proporcionadas por la muestra inicial hacia otras personas mayores que podían participar de la investigación, como familiares y amigos.

La muestra estuvo compuesta por 50 adultos mayores, con edades comprendidas entre 60 a 88 años ($M= 72,62$; $DE= 8,18$), de ambos sexos, de CABA y GBA. El 60% de la misma eran mujeres. Todos los participantes de la muestra eran de nacionalidad argentina, si bien el 4% ($n=2$) tenía una segunda nacionalidad, además de la argentina.

Respecto al estado civil, el 60% manifestó estar casado y el 22% viudo. De la muestra total, el 62% de los adultos mayores no vivían solos. Dentro de este porcentaje, el 38% expresó convivir con otros adultos mayores, conformando hogares multipersonales puros, mientras que el 24% reveló convivir con personas menores de 60 años, viviendo en hogares multipersonales mixtos. En cuanto a la educación, el 68% contaba con un nivel de estudio superior a la secundaria, siendo el promedio de educación en años de 16,72 ($DE= 8,18$). El 80% de los adultos mayores se encontraba jubilado.

En las Tablas 1 y 2 se presentan la totalidad de los datos sociodemográficos de la muestra evaluada.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de la edad y educación (en años) de la muestra

	Mínimo	Máximo	Media	Desvío Estándar
Edad	60	88	72,62	8,18
Educación en años	9	30	16,72	4,12

Tabla 2

Datos sociodemográficos de la muestra total

Datos sociodemográficos	Frecuencia (%)
Sexo	Masculino 20 (40%)
	Femenino 30 (60%)
Nacionalidad	Argentina 48 (96%)
	Argentina/Polaca 2 (4%)
Estado Civil	Soltero 1 (2%)
	Casado 30 (60%)
	Divorciado 8 (16%)
	Viudo 11 (22%)
Grupo Conviviente	Unipersonal 19 (38%)
	Multipersonal puro 19 (38%)

	Multipersonal mixto	12 (24%)
Nivel Educativo	Primaria	1 (2%)
	Secundaria	15 (30%)
	Superior	34 (68%)
Jubilado	Si	40 (80%)
	No	10 (20%)

La participación de la muestra fue voluntaria y anónima. Los criterios de inclusión a la misma fueron: a) edad mayor de 60 años, b) residencia en el Área Metropolitana de Buenos Aires, y c) firmar el consentimiento informado. Los criterios de exclusión a la muestra fueron: a) presencia de deterioro cognitivo (valorado a partir de una puntuación igual o menor a 24 en el Mini-Mental State Examination [MMSE] y una puntuación igual o menor a 6 en el Test del Reloj a la Orden [TRO]) y b) presencia de patologías neurológicas y/o psiquiátricas, en particular depresión (valorado a partir de una puntuación igual o mayor a 9 en la Escala Geriátrica de Depresión [GDS], indicando depresión moderada o severa).

Respecto a los criterios de exclusión, la muestra estuvo compuesta por adultos mayores cognitivamente sanos, con ausencia de deterioro cognitivo y de depresión significativa, razón por la cual la totalidad de los casos fueron incluidos en la muestra final. En la Tabla 3 se consignan los estadísticos descriptivos correspondientes a los instrumentos utilizados para evaluar deterioro cognitivo y depresión.

Tabla 3

Estadísticos descriptivos de los resultados obtenidos del MMSE, TRO y GDS

	Mínimo	Máximo	Media	Desvío Estándar
MMSE	27	30	29,34	0,80
TRO	7	10	9,44	0,88
GDS	0	7	1,86	2,03

* MMSE: puntaje de corte ≤ 24 puntos. TRO: puntaje de corte ≤ 6 puntos. GDS: puntaje de corte ≥ 9 puntos.

4.2. Procedimiento para la Recolección de Datos

Se administraron los protocolos de la primera mitad de la muestra en la segunda parte del año 2019, en encuentros presenciales y de manera individual, con cada uno de los participantes. Previo al encuentro presencial, se contactó telefónicamente al adulto

mayor para informarle acerca del objetivo de la investigación, en qué consistía la misma y cuáles eran los instrumentos por contestar. Durante el encuentro, en primer lugar se entregó el consentimiento informado, cuya firma del participante dio cuenta de su colaboración voluntaria y confidencial en el estudio. Luego, se administraron los protocolos de evaluación, comenzando con una entrevista de recolección de datos personales y antecedentes médicos y psiquiátricos, seguido de los instrumentos del rendimiento cognitivo (MMSE y TRO), de los aspectos psicoafectivos (GDS), del Malestar Psicológico Inespecífico (KPDS-10) y de las Estrategias de Afrontamiento (CRI-Y).

Se contactó al resto de la muestra durante los meses de marzo a julio del año 2020, período que consistió en el aislamiento social, preventivo y obligatorio debido a la pandemia mundial del coronavirus (COVID-19), razón por la cual la evaluación continuó de manera virtual. Primeramente, se contactó por teléfono a los adultos mayores interesados en participar del estudio, al igual que en los encuentros anteriores. A cada participante se envió por e-mail un link para completar un formulario digitalizado a través de Google Forms, que contenía el consentimiento informado, las preguntas acerca de los datos personales y los protocolos de la investigación. La segunda parte de la evaluación consistió en una videollamada por WhatsApp con la finalidad de administrar los protocolos para descartar la presencia de deterioro cognitivo (MMSE y TRO). A aquellas personas mayores con poco dominio de la tecnología, toda la administración se efectuó por Google Meet, donde la evaluadora abrió el cuestionario digital desde su computadora y compartió su pantalla. De esta manera, el adulto mayor pudo leer el cuestionario y dictar las respuestas a la evaluadora, quien fue respondiéndolo por el participante.

4.3. Instrumentos de Recolección de Datos

4.3.1. Entrevista

Primeramente, se aplicó una entrevista corta y dirigida para la recolección de datos sociodemográficos y de salud, la cual incluyó datos personales del participante (edad, nacionalidad, estado civil, cantidad de hijos, con quien convive, nivel educativo alcanzado y ocupación laboral) y antecedentes neurológicos y psiquiátricos, tanto propios como familiares. Algunos de estos datos sociodemográficos recabados, como la edad, el sexo y el nivel educativo alcanzado fueron utilizados para analizar la correlación de las mismas con las variables principales del estudio.

4.3.2. Mini Mental State Examination (MMSE)

Se tomó la versión argentina de Butman y equipo (2001) del MMSE, un instrumento utilizado internacionalmente para la valoración del estado cognitivo y el rastreo inicial de deterioro cognitivo de manera rápida y estandarizada. Su ventaja radica en que es breve, fácil de administrar y sencillo de puntuar. Evalúa la orientación temporo-espacial, la memoria inmediata y a largo plazo, la memoria de trabajo, la atención, el cálculo, el lenguaje, el razonamiento abstracto y las praxias. Posee una sensibilidad del 89,9% y una especificidad del 75,1%.

El instrumento consta de diez ítems: Orientación, Fijación, Atención, Memoria, Repetición, Comprensión, Lectura, Escritura, Denominación y Copia. En función del rendimiento del participante, cada uno de los ítems lleva un determinado puntaje que luego se suma con el resto. El test puntúa como máximo un total de 30 puntos, considerándose el punto de corte para deterioro cognitivo habitualmente en 24 puntos (Butman et al., 2001). Se utilizó con la finalidad de evaluar la presencia de deterioro cognitivo, indicador de exclusión a la presente investigación.

El instrumento fue administrado y puntuado por la investigadora, quien dio las indicaciones de que debió hacer el adulto mayor en cada uno de los ítems.

4.3.3. Test del Reloj a la Orden (TRO)

Se utilizó la versión de Cacho y equipo (1999) del TRO para su administración, puntuación y puntajes de corte. El TRO es un instrumento neuropsicológico sensible y rápido para la detección de deterioro cognitivo y enfermedad de Alzheimer; es decir, una prueba de *screening* de demencia. La prueba evalúa sobre todo las funciones visoperceptivas y viso-motoras (programación y ejecución motora), pero también permite estudiar la memoria, la comprensión auditiva, la planificación, la concentración, la inhibición y la tolerancia a la frustración (López et al., 2014). Posee una sensibilidad del 92,8% y una especificidad del 93,5% (Cacho et al., 1999).

El TRO se puntúa en una escala del 0 (reloj totalmente incorrecto o inexistente) a 10 puntos (reloj totalmente correcto), evaluándose el dibujo de la esfera (0 a 2 puntos), los números (0 a 4 puntos) y las agujas (0 a 4 puntos). El puntaje de corte para el diagnóstico de demencia de grado leve es de ≤ 6 puntos. Es decir, se considera al test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y agujas) es menor o igual a 6, mientras que un puntaje mayor de 6 sirve para descartar la demencia,

sobre todo las puntuaciones más altas (Cacho et al., 1999). Se utilizó para detectar la presencia de demencia, criterio de exclusión al estudio, al igual que el MMSE.

Su modalidad de administración consistió en presentar a cada sujeto una hoja de papel en blanco, un lápiz y una goma de borrar, seguida de la siguiente consigna: “Voy a pedirle que dibuje un reloj redondo y grande en esta hoja, colocando en el todos sus números y las agujas marcando las once y diez. En caso de que cometa algún error, aquí tiene una goma de borrar para que pueda rectificarlo. Esta prueba no tiene tiempo límite, por lo que le pido que la haga con tranquilidad, prestándole toda la atención que le sea posible”.

4.3.4. Geriatric Depression Scale (GDS)

Con el motivo de valorar y descartar la presencia de depresión en adultos mayores, criterio de exclusión a la investigación, se tomó una versión reducida, adaptada y validada al español por Martínez de la Iglesia y equipo (2002) de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (en inglés, *Geriatric Depression Scale*, GDS). La ventaja de haber utilizado esta escala radica en que se centra en aspectos relacionados con el estado de ánimo de la persona, no en las molestias físicas. Posee una sensibilidad de 81,1% y una especificidad de 76,7%.

El cuestionario incluye 15 ítems en forma de preguntas cerradas que el participante deberá contestar por “Si” o “No”, teniendo en cuenta su estado de ánimo en el último mes. Se asigna 1 punto a las preguntas 1, 5, 7, 11 y 13 respondidas por “No” y a las preguntas 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15 respondidas por “Si”. La escala puntúa como máximo un total de 15 puntos. Los puntajes de 0 a 4 indican ausencia de depresión, de 5 a 8 indican depresión leve, de 9 a 11 depresión moderada y de 12 a 15 depresión severa. El puntaje de corte es ≥ 5 (Martín de la Iglesia et al., 2012; Tartaglioni et al., 2017), pero el presente estudio consideró el puntaje de corte como ≥ 9 . El instrumento fue autoadministrado en formato papel o digital.

4.3.5. Coping Response Inventory – Youth Form (CRI-Y)

Para medir la variable de Estrategias de Afrontamiento, se aplicó la adaptación argentina del Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Jóvenes de Moos (*Coping Response Inventory - Youth Form*, CRI-Y, Ongarato et al., 2009). La administración de este instrumento fue de manera individual en formato papel o digital.

El CRI-Y (Moos, 1993, 1995), en su versión original, consta de 48 ítems que evalúan ocho tipos de respuestas de afrontamiento ante una situación valorada por el sujeto como estresante: Análisis Lógico (AL), Revalorización Positiva (R), Búsqueda de Orientación y Apoyo (BA), Resolución de Problemas (RP), Evitación Cognitiva (EC), Aceptación o Resignación (A), Búsqueda de Gratificaciones Alternativas (BG) y Descarga Emocional (DE). Estas respuestas de afrontamiento pueden dividirse en dos categorías: la dirección o foco y el método de afrontamiento. Según la primera categoría, las subescalas de AL, R, RP y BA se consideran estrategias de aproximación, mientras que las subescalas de EC, A, BG y DE, estrategias de evitación. Por otro lado, según el método de afrontamiento, las subescalas AL, R, EC y A corresponden a los esfuerzos cognitivos, mientras que las subescalas RP, BA, BG y DE implican esfuerzos conductuales (Ongarato et al., 2009).

La adaptación lingüística y psicométrica del CRI-Y (Ongarato et al., 2009), que se utilizó en el presente estudio, consta de una versión reducida compuesta por 22 ítems y, según un análisis propio, contiene solo seis de las ocho respuestas de afrontamiento del instrumento original (véase Tabla 4), que se clasifican en cuatro categorías generales: Aproximación Cognitiva (que incluye el AL y la RP), Aproximación Conductual (que incluye solo la BA), Evitación Cognitiva (que contiene la EC y la A) y Evitación Conductual (que contiene solo la BG). Sin embargo, para su análisis se han eliminado dos ítems, el ítem 2 (“¿Hablaste con alguno de tus padres o familiares sobre eso?”) y el 12 (“¿Buscaste la ayuda de otros chicos o grupos con el mismo tipo de problemas?”) que no fueron adaptados lingüísticamente para ser respondidos por adultos mayores, de tal manera que el instrumento en su versión final consistió en 20 ítems.

La consigna consistió en que los encuestados piensen, elijan y describan brevemente una situación difícil que hayan vivido en los últimos 12 meses, o una situación de menor importancia en caso de no haber vivenciado un evento estresante, respondiendo a los ítems del cuestionario en una escala de medida tipo Likert (“nunca”, “pocas veces”, “muchas veces” y “siempre”), teniendo presente el problema seleccionado.

El CRI-Y, en su versión reducida, ha sido seleccionado para ser utilizado en el presente estudio por ser un instrumento con menor cantidad de ítems, en comparación con el Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos de Moos (*Coping*

Response Inventory for Adults, CRI-A), que consiste en un total de 48 ítems (Mikulic y Crespi, 2008), ya que los adultos mayores pueden tener más dificultades en sostener la atención en protocolos largos.

En el presente estudio, la escala obtuvo un alfa de Cronbach de 0,81, demostrando una buena consistencia interna de los ítems analizados. A su vez, se calculó la consistencia interna de los ítems que componen las cuatro dimensiones de Estrategias de Afrontamiento, encontrándose valores de alfa de Cronbach de 0,66 en Aproximación Cognitiva, de 0,57 en Aproximación Conductual, de 0,44 en Evitación Cognitiva y de 0,69 en Evitación Conductual. Una investigación que describió las Estrategias de Afrontamiento utilizadas por adultos mayores argentinos, a través de la versión de Ongarato y equipo (2009) del CRI-Y, arrojó un alfa de Cronbach total de 0,71 (Aceiro et al., 2020).

Tabla 4

Dimensiones, respuestas de afrontamiento e ítems correspondientes del CRI-Y

Dimensión de Afrontamiento	Respuesta de Afrontamiento	Ítems
Aproximación Cognitiva	Análisis Lógico (AL)	10,16
	Revalorización positiva (R)	1,3,11,14,17
Aproximación Conductual	Búsqueda de Orientación y Apoyo (BA)	2,4,6,12,15,18
	Resolución de Problemas (RP)	Ningún ítem
Evitación Cognitiva	Evitación Cognitiva	7,13,19
	Aceptación o Resignación (A)	8,20
Evitación Conductual	Búsqueda de Gratificaciones Alternativas (BG)	5,9,21,22
	Descarga Emocional (DE)	Ningún ítem

Nota: *El CRI-Y corresponde a la versión reducida diseñada por Ongarato y equipo (2009)

4.3.6. Kessler Psychological Distress Scale (KPDS-10)

El instrumento que se utilizó para evaluar la segunda variable del estudio, el Malestar Psicológico Inespecífico, fue la adaptación argentina por Brenlla y Aranguren (2010) de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler para ser administrada en población adulta. La KPDS-10 es una prueba de screening que mide el riesgo a padecer Malestar Psicológico Inespecífico, es decir, síntomas ansiosos y depresivos. Se ha seleccionado la

utilización de este instrumento por ser breve y sencillo, de fácil aplicación que permite su administración en contextos de encuestas, además de poseer excelentes cualidades psicométricas. Posee una sensibilidad de 0,72 y una especificidad de 0,76.

El inventario fue autoadministrado en formato papel o digital, por lo cual la investigadora debió asegurarse que el encuestado haya comprendido la consigna y la escala de medida. La consigna consiste en que el sujeto conteste diez preguntas pensando con qué frecuencia, dentro de las últimas cuatro semanas, se ha sentido cansado sin motivo, nervioso, tan nervioso que nada podía calmarlo, desesperanzado, inquieto o impaciente, tan inquieto que no podía quedarse sentado, deprimido, que todo le costaba mucho esfuerzo, tan triste que nada podía alegrarlo e inútil o poco valioso. Estas preguntas se contestan teniendo en cuenta una escala de medida tipo Likert, indagando si el participante se sintió “siempre”, “muchas veces”, “a veces”, “pocas veces” o “nunca” de esas formas determinadas, explicadas anteriormente.

Una vez que el participante haya completado la escala, se le asigna una puntuación a cada uno de los ítems (5 puntos para “siempre”, 4 puntos para “muchas veces”, 3 puntos para “a veces”, 2 puntos para “pocas veces” y 1 punto para “nunca”). Luego se realiza una sumatoria de todos los ítems para obtener un puntaje total, el cual puede oscilar entre los 10 y 50 puntos (Brenlla y Aranguren, 2010). Esa puntuación total corresponde con un nivel de malestar psicológico, pudiendo ser ausente (entre 10 a 19 puntos), leve (entre 20 a 24 puntos), moderado (entre 25 a 29 puntos) o alto (entre 30 a 50 puntos) (Department of Human Services, 2002). El puntaje de corte se ubica en 25 puntos, indicando la presencia de un mayor grado de síntomas de Malestar Psicológico Inespecífico (Brenlla y Aranguren, 2010).

Con el objetivo de estimar la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento aplicado en el presente estudio, se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach, cuyo valor de 0,76 para la escala total demuestra una consistencia interna aceptable de los ítems analizados.

4.4. Procedimiento para el Análisis de Datos

Una vez finalizado el trabajo de campo y la recolección de datos, se procedió a la construcción de una base de datos, a la codificación de datos y al análisis de los mismos utilizando la versión 21.0 del software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics. Se realizó un análisis de estadística descriptiva para datos sociodemográficos,

utilizando frecuencias, porcentajes, mínimo, máximo, medias y desvíos estándar. Adicionalmente, se efectuó una comparación de medias mediante pruebas *t* de Student para muestras independientes entre las variables principales del trabajo con cada una de las variables sociodemográficas, incluyendo el sexo (hombres, mujeres), la edad (60 a 74 años, 75 a 88 años) y el nivel educativo (hasta secundario completo, estudios superiores). Por último, se realizó un análisis de correlación mediante la prueba *r* de Pearson entre las dimensiones de las Estrategias de Afrontamiento (por aproximación y evitación, cognitiva y conductual) y el nivel de Malestar Psicológico Inespecífico (como variable interválica, reflejando un menor o mayor grado de sintomatología ansiosa y depresiva).

RESULTADOS

El presente estudio de diseño empírico cuantitativo tuvo como objetivo describir y relacionar las Estrategias de Afrontamiento y el Malestar Psicológico Inespecífico en adultos mayores de 60 años del Área Metropolitana de Buenos Aires. Para llevarlo a cabo, se realizaron análisis descriptivos (frecuencias, porcentajes, medias y desvíos estándares), comparación de medias entre grupos (*t* de Student) y análisis de correlaciones (*r* de Pearson).

Con la finalidad de responder al primer objetivo específico, se realizó un análisis descriptivo de las cuatro dimensiones de Estrategias de Afrontamiento y de los niveles de Malestar Psicológico Inespecífico en el total de la muestra. La Estrategia de Afrontamiento que predominó fue la de Aproximación Cognitiva ($M= 1,60$; $DE= 0,59$). Respecto al Malestar Psicológico Inespecífico, sus niveles en la muestra total estuvieron comprendidos entre un puntaje de 10 a 31 ($M= 16$; $DE= 4,389$), y prevaleció la ausencia de Malestar Psicológico Inespecífico en el 88% de la muestra ($n=44$). El análisis descriptivo de ambas variables se encuentra expuesto en la Tabla 5.

Tabla 5

Estadísticos descriptivos de las Estrategias de Afrontamiento y el Malestar Psicológico Inespecífico en la muestra total

	Mínimo	Máximo	Media	Desvío Estándar
Afrontamiento por Aproximación				
<i>Cognitiva</i>	,00	2,86	1,60	,59
<i>Conductual</i>	,00	3,00	1,19	,72
Afrontamiento por Evitación				

<i>Cognitiva</i>	,00	2,20	,77	,51
<i>Conductual</i>	,00	3,00	1,38	,76
Malestar Psicológico	10	31	16	4,39

A continuación, el segundo objetivo buscaba evaluar las Estrategias de Afrontamiento en adultos mayores según la edad, el sexo y el nivel educativo. Para determinar si existen diferencias significativas en las Estrategias de Afrontamiento según la edad, se segmentó la variable sociodemográfica en dos grupos (Grupo 1, de 60 a 74 años y Grupo 2, de 75 a 88 años) y se realizó la prueba *t* de Student. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas. Con respecto al sexo, también se utilizó la prueba estadística *t* de Student. Los resultados indican que los adultos mayores de sexo femenino utilizan en mayor medida Estrategias de Afrontamiento por Aproximación Conductual ($t(48) = 2,41$; $p = ,02$) y por Evitación Cognitiva ($t(48) = 2,48$; $p = ,02$), en comparación con los hombres (véase Tabla 6).

Tabla 6

Comparación de medias y desvíos de las Estrategias de Afrontamiento, según el sexo

	Sexo	Media	Desvío Estándar
Aproximación Cognitiva	Masculino	1,62	0,71
	Femenino	1,58	0,50
Aproximación Conductual	Masculino	0,90*	0,61*
	Femenino	1,38*	0,73*
Evitación Cognitiva	Masculino	0,56*	0,57*
	Femenino	0,91*	0,42*
Evitación Conductual	Masculino	1,31	0,63
	Femenino	1,42	0,84

Nota: *La comparación de medias es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Además, con el objetivo de llevar a cabo una comparación de medias de las Estrategias de Afrontamiento según el nivel educativo, también se dividió la variable sociodemográfica en dos grupos (Grupo 1, hasta secundario completo y Grupo 2, estudios superiores) y se aplicó la prueba *t* de Student. Se encontraron mayores niveles de Evitación Cognitiva en el Grupo 1, los adultos mayores con menor nivel educativo ($t(48)$

= 2,45; $p = ,02$), en comparación con quienes cursaron estudios superiores (véase Tabla 7).

Tabla 7

Comparación de medias y desvíos de las Estrategias de Afrontamiento, según el nivel educativo

	Nivel educativo	Media	Desvío Estándar
Aproximación Cognitiva	Grupo 1	1,81	0,59
	Grupo 2	1,49	0,57
Aproximación Conductual	Grupo 1	1,44	0,85
	Grupo 2	1,07	0,62
Evitación Cognitiva	Grupo 1	1,01*	0,58*
	Grupo 2	0,65*	0,44*
Evitación Conductual	Grupo 1	1,59	0,76
	Grupo 2	1,27	0,74

Nota: *La comparación de medias es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Mas adelante, de acuerdo con el tercer objetivo específico, con el fin de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre el Malestar Psicológico Inespecífico según la edad, el sexo y el nivel educativo, se segmentaron las variables sociodemográficas en dos grupos, de la misma manera que en el objetivo anterior, y se realizó un análisis *t* de Student. Se observaron mayores puntajes de Malestar Psicológico Inespecífico en los adultos de mayor edad, el Grupo 2 ($t(48) = -2,08$; $p = ,04$), en comparación con los adultos de menor edad, el Grupo 1 (véase Tabla 8). Por otra parte, no se observaron diferencias significativas en los niveles de Malestar Psicológico Inespecífico en función del sexo y el nivel educativo.

Tabla 8

Comparación de medias y desvíos de los niveles de Malestar Psicológico Inespecífico, según la edad

	Edad	Media	Desvío Estándar
Malestar Psicológico	Grupo 1	14,89*	3,99*
	Grupo 2	17,41*	4,55*

Nota: *La comparación de medias es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Para finalizar, ante el último objetivo específico, correspondiente al objetivo general, que pretendía indagar la relación entre las Estrategias de Afrontamiento y el Malestar Psicológico Inespecífico en personas mayores, se realizó un análisis de correlación aplicando la prueba r de Pearson. Los resultados evidenciaron una correlación positiva de fuerza débil a media, estadísticamente significativa, entre la Aproximación Conductual y el Malestar Psicológico Inespecífico ($r= ,409$; $p= ,003$; $n= 50$), y entre la Evitación Cognitiva y el Malestar Psicológico Inespecífico ($r= ,388$; $p= ,005$; $n= 50$), de modo que, a mayor utilización de Estrategias de Afrontamiento por Aproximación Conductual y por Evitación Cognitiva, mayores niveles de Malestar Psicológico Inespecífico. En la Tabla 9 se muestran estas relaciones.

Tabla 9

Correlación de Pearson entre las Estrategias de Afrontamiento y el Malestar Psicológico Inespecífico

		Aproximación		Evitación	
		Cognitiva	Conductual	Cognitiva	Conductual
Malestar Psicológico	Correlación de Pearson	,083	,409**	,388**	,043
	Sig. (bilateral)	,564	,003	,005	,767
	N	50	50	50	50

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

DISCUSIÓN

El presente estudio, a través de un diseño empírico cuantitativo y correlacional, tuvo por objetivo evaluar y relacionar las Estrategias de Afrontamiento y el Malestar Psicológico Inespecífico en una muestra de adultos mayores de 60 años del Área Metropolitana de Buenos Aires.

Resulta de importancia aclarar que la muestra estuvo compuesta por personas cognitivamente sanas, con niveles predominantemente ausentes y bajos de Malestar Psicológico Inespecífico, de manera que los resultados dan cuenta de la implementación de Estrategias de Afrontamiento en adultos mayores con procesos de envejecimiento normales y saludables. Por este motivo, los resultados deben ser interpretados teniendo en consideración el contexto y las características de la muestra. Con el fin de evaluar con

mayor profundidad la relación entre el afrontamiento y el malestar, se requieren de investigaciones futuras con participantes con niveles moderados y elevados de malestar psicológico.

De acuerdo con el primer objetivo de la presente investigación, se buscó identificar la Estrategia de Afrontamiento predominante y el nivel de Malestar Psicológico Inespecífico en la muestra de adultos mayores. A partir de dicho análisis, se concluyó que la Aproximación Cognitiva fue el modo de afrontamiento más implementado ante situaciones desfavorables. Si bien otros estudios constataron una mayor presencia de afrontamiento activo y dirigido al problema en la vejez, tanto cognitivo y conductual (Herrera et al., 2018; Navarro y Bueno, 2015), equivalente a la dimensión general de Afrontamiento por Aproximación, se debe destacar que en el presente estudio la Aproximación Conductual no ha sido la segunda estrategia predominante, sino que incluso se ha utilizado en menor medida que la Evitación Conductual. De esta manera, los datos recabados dan cuenta de un uso variado de Estrategias de Afrontamiento en adultos mayores, tanto de naturaleza aproximativa como evitativa (Navarro y Bueno, 2015). La variación y flexibilidad en el uso de Estrategias de Afrontamiento refleja la heterogeneidad del envejecimiento y el modo diferente en que cada adulto mayor enfrenta las situaciones vitales (Chong Daniel, 2012; Ocampo Chaparro y Londoño, 2007), destacando además el hecho de que las Estrategias de Afrontamiento son cambiantes porque implican una interacción entre variables personales y contextuales, variando en función del sujeto, pero también en un mismo individuo en relación a la situación acontecida (Mikulic y Crespi, 2008). Por otro lado, ha prevalecido una ausencia de Malestar Psicológico Inespecífico en la muestra, resultado similar al observado por el Observatorio de la Deuda Social Argentina (Amadasi, 2015a), donde solo se constató que 1 de cada 5 adultos mayores registraban cierto grado de malestar psicológico bajo la forma de síntomas ansiosos y depresivos. Estos resultados, que confirman la primera hipótesis derivada del trabajo, ponen en evidencia el perfil de la muestra dentro de un envejecimiento normal, con funcionamientos adecuados y ausencia de patologías graves.

El segundo objetivo pretendía comparar las Estrategias de Afrontamiento según la edad, el sexo y el nivel educativo. Respecto a la edad y el afrontamiento, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en los adultos mayores. Si bien este

resultado coincide con el estudio de Mayordomo Rodríguez y equipo (2015), que tampoco ha encontrado relaciones significativas entre el uso de Estrategias de Afrontamiento y la edad, en su mayoría las investigaciones transversales que estudian ambas variables en adultos mayores arrojan resultados diversos (Brennan et al., 2012), sin arribar a un consenso. La ausencia de acuerdo podría explicarse por el gran repertorio de Estrategias de Afrontamiento en la vejez, desarrollados a lo largo de la vida, y la flexibilidad de su implementación en función de las situaciones estresantes que se presentan (Navarro y Bueno, 2015).

Con relación al sexo, el análisis de los resultados afirma que las mujeres utilizan en mayor medida Estrategias de Afrontamiento por Aproximación Conductual y por Evitación Cognitiva, en comparación con los hombres, corroborando dicha hipótesis. Se han encontrado similitudes entre los resultados del presente estudio e investigaciones anteriores (Mayordomo Rodríguez et al., 2015; Meléndez et al., 2012), si bien es relevante aclarar que utilizaron un cuestionario diferente centrado en la teoría de Lazarus y Folkman (1980), el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE; Sandín y Chorot, 2003), con el objetivo de medir las Estrategias de Afrontamiento. De todas maneras, se puede establecer una equivalencia entre las dimensiones de afrontamiento de la teoría de Lazarus y Folkman y de la teoría de Moos, como se ha mencionado en el marco teórico (Carver et al., 1989; Rial Boubeta et al., 2011). Los estudios citados han concluido que en situaciones estresantes las mujeres mayores recurren, por un lado, a la búsqueda de apoyo social, considerada una estrategia dirigida al problema según Lazarus y Folkman (1984) y equiparable a la dimensión de Aproximación Conductual según Moos (1995), y por otro lado, a la autofocalización negativa, la descarga emocional, la religión y la negación, estrategias dirigidas a la emoción según Lazarus y Folkman (1984) y que se asemejan a las dimensiones de Evitación Cognitiva y Evitación Conductual de Moos (1995). En referencia a esto, diversas investigaciones sostienen una explicación social y cultural con respecto a las diferencias observadas según el sexo en los modos de afrontar sucesos estresantes. Debido a los diferentes contextos sociales en los que operan ambos sexos, las mujeres suelen exhibir respuestas más emocionales y pasivas ante sus problemas, adoptando estrategias como experimentar, expresar y comunicar verbalmente sus emociones y/o problemas, rumiar acerca de sus problemas y buscar el apoyo de otras personas, mientras que los hombres suelen confrontar y resolver de manera directa sus

problemas, centrándose menos en las emociones que estos producen (Matud, 2004; Tamres et al., 2002; Yeh et al., 2009).

A continuación, los resultados demuestran que los adultos mayores con menor nivel educativo, que han cursado hasta el secundario completo, utilizan en mayor medida Estrategias de Afrontamiento por Evitación Cognitiva, en comparación con aquellos individuos que cursaron estudios superiores. Este resultado concuerda parcialmente con investigaciones previas (Amadasi, 2015b; Herrera et al., 2018; Mayordomo Rodríguez et al., 2015) que establecen un mayor uso de afrontamiento evitativo, tanto cognitivo y conductual, en adultos mayores con menos años de escolaridad. Sin embargo, cabe destacar que aquellas investigaciones también han implementado cuestionarios distintos al del presente estudio con la finalidad de medir el afrontamiento, pero se podrían establecer equivalencias entre los mismos de todas maneras. Desde una perspectiva cognitiva del envejecimiento, una posible explicación radica en la menor capacidad de reserva cognitiva en adultos mayores con menos educación, quienes poseen menor cantidad de recursos para enfrentar situaciones estresantes (Stern, 2009, citado en Mayordomo Rodríguez et al., 2015). Similarmente, si los recursos educacionales facilitan la disponibilidad de más herramientas para buscar soluciones ante problemas (Herrera et al., 2018), se podría inferir que una menor educación brindará menos recursos para solucionar activamente las situaciones desadaptativas, acudiendo a medidas más pasivas como el afrontamiento evitativo.

El tercer objetivo buscó comparar los niveles de Malestar Psicológico Inespecífico en los adultos mayores según la edad, el sexo y el nivel educativo. Se enfatiza nuevamente que estos resultados deben considerarse en el contexto de una muestra con niveles mínimos y bajos de malestar. A partir del análisis realizado, se hallaron diferencias significativas en los niveles de Malestar Psicológico Inespecífico en función de la edad, obteniéndose valores más altos en los adultos mayores de 75 años, en comparación con los adultos de menor edad. Este resultado confirma la hipótesis redactada y concuerda con la investigación de Byles y equipo (2012) llevada a cabo en Australia, quienes midieron los niveles de malestar psicológico en adultos mayores con el instrumento KPDS-10, utilizado en el presente estudio, y hallaron un aumento de síntomas de ansiedad y depresión en personas mayores a partir de los 80 años. Atribuyeron dicha conclusión a situaciones que pueden presentarse conforme acrecienta

la edad del adulto mayor, y que podrían actuar como potenciales riesgos para el malestar psicológico, tales como el aumento de problemas de salud y limitaciones físicas.

Por otro lado, el presente estudio no reconoce diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Malestar Psicológico Inespecífico con relación al sexo, resultado inesperado debido a investigaciones previas que han concluido que las mujeres registran medidas más elevadas de malestar (Amadasi, 2015a; Byles et al., 2012; Drapeau et al., 2010; Matud y García, 2019; Perkins et al., 2016; Slade et al., 2011). De acuerdo con esto, Matud y García (2019) hipotetizan que las diferencias en el malestar psicológico en función del sexo podrían ser influidas por variables ocupacionales, pudiendo disminuir o desaparecer en caso de niveles altos de ocupación en ambos sexos. Como la muestra del presente estudio fue conformada por adultos mayores de clase social media, con predominantemente altos niveles de educación y ocupación tanto en mujeres y en hombres, se debe considerar esta característica y su posible influencia en los resultados.

Asimismo, tampoco se han observado diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Malestar Psicológico Inespecífico con relación al nivel educativo. También se considera un resultado poco esperable ya que estudios previos indican menores niveles de malestar a mayor nivel educativo (Amadasi, 2015a; Byles et al., 2012; Henning-Smith, 2014). Sin embargo, cabe señalar como limitación del propio estudio que debido al contexto social en el que fue recabada la muestra, no se contaron con casos de adultos mayores con niveles bajos de educación.

Finalmente, el último objetivo planteado buscaba estudiar la relación entre las dimensiones de Estrategias de Afrontamiento y el Malestar Psicológico Inespecífico en los adultos mayores. A partir de los resultados anteriormente expuestos, se concluyó, por un lado, que existe una asociación positiva, estadísticamente significativa, entre la Estrategia de Afrontamiento por Aproximación Conductual y el Malestar Psicológico Inespecífico. Vale decir, a mayor búsqueda de apoyo y comprensión en otras personas con la finalidad de conversar y buscar posibles soluciones a los problemas personales, mayor malestar psicológico. Si bien este resultado no coincide y es contrario al de aquellas investigaciones que han establecido una relación inversa entre el afrontamiento dirigido al problema, aproximativo, y los niveles de malestar psicológico en adultos mayores (Matud y García, 2019) y adultos no mayores (Watson y Sinha, 2008), estos estudios han utilizado instrumentos distintos al presente trabajo con la finalidad de medir

el afrontamiento y los síntomas de ansiedad y depresión. De todos modos, se podría interpretar que la Aproximación Conductual, es decir, la búsqueda de apoyo en los demás ante dificultades, es una forma de afrontar el malestar psicológico cuando el individuo no advierte una solución a su problema o cuando el mismo es percibido como fuera de su alcance de resolución, acudiendo a otros con el objetivo de controlar los efectos emocionales que producen (Navarro y Bueno, 2015). De igual manera, al tratarse de una investigación con diseño correlacional, no puede establecerse una causalidad entre ambas variables.

Por otro lado, se halló que la dimensión de Evitación Cognitiva dentro de las Estrategias de Afrontamiento se asociaba positivamente con el Malestar Psicológico Inespecífico, resultado que confirma la hipótesis básica del trabajo presente. En otras palabras, a mayor negación y/o postergación del pensar acerca del problema, mayor malestar psicológico. En investigaciones anteriores, se observa de manera general que el afrontamiento dirigido a la emoción o por evitación, tanto cognitivo y conductual, se asocia con mayores niveles de malestar psicológico (Matud y García, 2019), pero además otros estudios han reportado de manera específica que la supresión del pensamiento (Petkus et al., 2012) y la rumiación (Nolen-Hoeksema y Aldao, 2011, citados en Meléndez et al., 2012; Watson y Sinha, 2008) aumentan la probabilidad de experimentar síntomas clínicamente significativos de malestar, incluyendo ansiedad y depresión. Podría establecerse una equivalencia entre la supresión y la rumiación con la Evitación Cognitiva, siendo que ambos son estrategias para afrontar experiencias internas desagradables como cogniciones y emociones. Por un lado, la supresión son intentos activos de evitar pensar y sentir emociones generadas por una situación (Petkus et al., 2012), mientras que la rumiación, por el contrario, es el proceso de pensar continuamente acerca del estresor y las emociones que lo rodean, sin resolverlo activamente (Watson y Sinha, 2008). No obstante, como el Afrontamiento por Evitación implica esfuerzos destinados a actuar como si el estresor no existiera, con tal de no responder al mismo de forma emocional ni conductual, es inefectivo como método de reducir el malestar psicológico en el tiempo; no solamente no permite solucionar el problema que produce estrés, favoreciendo el incremento de estresores en el ambiente que producen impacto emocional, sino que además produce un efecto rebote y contrario al buscado, donde los pensamientos y emociones evitadas retornan con mayor frecuencia e intensidad,

generando mayor malestar psicológico (Carver y Connor-Smith, 2010; Petkus et al., 2012). De todas maneras, las investigaciones de Petkus y equipo (2012) y Watson y Sinha (2008) no permiten formular conclusiones de causalidad, de manera que no se podría determinar si la supresión y rumiación causan mayor malestar psicológico, o si la presencia de síntomas de malestar produce la supresión y rumiación.

En conclusión, los resultados de la presente investigación reflejan el manejo variado de afrontar situaciones estresantes en una muestra de adultos mayores con niveles predominantemente ausentes y leves de malestar, poniendo en evidencia procesos adaptativos y eficaces de afrontamiento, así como perfiles de envejecimiento saludable. Se podría pensar en modos de afrontamiento eficaces por la baja presencia de síntomas de ansiedad y depresión en la muestra. Por este motivo, el presente estudio evidencia que la vejez no es sinónimo de enfermedad, deterioro y dependencia, sino que el envejecimiento normal y saludable es usual, reflejado en este trabajo en los funcionamientos adecuados y adaptativos de las personas mayores. Asimismo, la investigación confirma el hecho que no puede establecerse de antemano que estrategias de afrontamiento son adaptativas o desadaptativas, produciendo menor o mayor malestar psicológico, sino que la efectividad de las mismas debe considerarse dentro de cada contexto situacional (Meléndez et al., 2012; Mikulic y Crespi, 2008; Navarro y Bueno, 2015). Esta idea se comprueba en el hecho de que, aun ante el afrontamiento por evitación, considerado *a priori* como el modo desadaptativo de enfrentar problemas por algunos autores (Carver et al., 1989; Rial Boubeta et al., 2011), los adultos mayores conservaban grados ausentes y bajos de malestar.

En cuanto a las limitaciones del trabajo, se destaca la presencia de una muestra pequeña, poco representativa de la población de estudio, sobre todo en cuanto a los años de educación, lo cual se debe a la pertenencia de la muestra a un nivel socioeconómico medio. Como modo de recomendación para investigaciones futuras, se requieren de estudios con muestras de mayor tamaño y representativas de la población que se desea estudiar, considerando las variables sociodemográficas de la edad, el sexo y el nivel educativo, así como también del nivel socioeconómico. Asimismo, se subraya la baja consistencia interna en el presente estudio de las dimensiones que componen las Estrategias de Afrontamiento del CRI-Y, razón por la cual también debe contemplarse en futuras investigaciones la utilización de instrumentos con suficiente fiabilidad.

Las Estrategias de Afrontamiento han sido evaluadas desde el modelo conceptual y teórico de Moos (1993, 1995), a partir del instrumento CRI-Y (Ongarato et al., 2009). No obstante, se reitera que las investigaciones mencionadas a lo largo del presente trabajo han hecho un abordaje del afrontamiento considerando modelos teóricos e instrumentos de evaluación diferentes a los utilizados en esta oportunidad. Por lo tanto, se debe considerar la limitación que puede suponer el establecimiento de similitudes y equivalencias entre los resultados en este estudio derivados del modelo conceptual de Moos (1993, 1995) y aquellos obtenidos en investigaciones previas desde enfoques teóricos diferentes.

Otro aspecto por señalar es el hecho que el CRI-Y evalúa las Estrategias de Afrontamiento implementadas ante una situación acontecida en el último año, mientras que el instrumento KPDS-10 evalúa el grado de Malestar Psicológico Inespecífico en el último mes, de manera que el malestar no necesariamente refleja la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva durante el acontecimiento afrontado por el adulto mayor, al menos que dicho suceso haya ocurrido en el último mes. Por este motivo, se sugiere la aplicación en futuras investigaciones de un protocolo que estime el nivel de malestar psicológico en el momento del enfrentamiento con el evento difícil; de esta manera, se podría medir con mayor precisión la relación entre las Estrategias de Afrontamiento y el Malestar Psicológico Inespecífico, teniendo presente que las estrategias son cambiantes y dependientes de valoraciones que realiza un sujeto ante una situación particular, y no respuestas estables y permanentes (Folkman, 2010).

Adicionalmente, debe señalarse que no se ha efectuado un análisis cualitativo de los diversos estresores mencionados por los participantes, a partir de los que se evaluaron las estrategias de afrontamiento en el CRI-Y. Como recomendación a futuras investigaciones, se sugiere realizar una clasificación de los mismos con la finalidad de realizar un análisis complementario que contemple la naturaleza situacional y específica de las estrategias de afrontamiento.

Finalmente, se debe considerar que, si bien los análisis estadísticos se han realizado con la muestra total de adultos mayores, una porción de la misma fue evaluada durante la pandemia COVID-19. Por esta razón, parte de los resultados obtenidos pudieron verse afectados por el contexto sanitario actual, incidiendo en los procesos de afrontamiento y niveles de malestar psicológico habituales. Asimismo, un gran número

de adultos mayores refirió como situación difícil en el último año la pandemia y el aislamiento social, preventivo y obligatorio. En resumen, como modo de sugerencia, se recomienda analizar los resultados obtenidos teniendo presente el contexto en el cual fueron recabados.

La presente investigación contribuye mediante sus resultados a los conocimientos científicos y psicológicos actuales del grupo etario de adultos mayores, y particularmente en aspectos vinculados con un envejecimiento saludable y con una mejor calidad de vida, considerando que la muestra estuvo compuesta por personas cognitiva y psicológicamente sanas. A medida que la población mundial envejece y crece el número de personas mayores de 60 años, es de mayor relevancia para la salud mental el modo particular en que los individuos de este grupo etario afrontan situaciones estresantes y/o de cambio en la vejez, así también como la prevención, la detección temprana y el tratamiento de síntomas de ansiedad y depresión. Asimismo, esta investigación podrá ser de referencia para futuros estudios que busquen profundizar el conocimiento acerca de la relación entre las dimensiones de las Estrategias de Afrontamiento y el Malestar Psicológico Inespecífico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aceiro, M. A., Torrecilla, M. y Moreno, C. (2020). *Estrategias de afrontamiento en adultos mayores*. Trabajo libre publicado en el XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Buenos Aires, Argentina.
- Amadasi, E. (2015a). Estado, atención y necesidades de salud. En E. Amadasi y C. Tinoboras. *Condiciones de vida e integración social de las personas mayores: ¿diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna?* (1a.ed., pp.91-110). Buenos Aires, Argentina: EDUCA. http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/2015_Obs_Barometro_Personas_Mayores.pdf.
- Amadasi, E. (2015b). Recursos psicológicos para el bienestar subjetivo y capacidades sociales. En E. Amadasi y C. Tinoboras. *Condiciones de vida e integración social de las personas mayores: ¿diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna?* (1a.ed., pp.117-145). Buenos Aires, Argentina: EDUCA. http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/2015_Obs_Barometro_Personas_Mayores.pdf.
- Anderson, T. M., Sunderland, M., Andrews, G., Titov, N., Dear, B. F. y Sachdev, P. S. (2013). The 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) as a screening instrument in older individuals. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(7), 596-606. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2013.01.009>.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Virginia, Estados Unidos: American Psychiatric Publishing. <http://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>.
- Ayuso-Mateos, J. L., Nuevo, R., Verdes, E., Naidoo, N. y Chatterji, S. (2010). From depressive symptoms to depressive disorders: the relevance of thresholds. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 365-371. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.071191>.
- Billings, A. G. y Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139-157. <https://doi.org/10.1007/BF00844267>.

- Brennan, P., Holland, J., Schutte, K. y Moos, R. (2012). Coping trajectories in later life: A 20-year predictive study. *Aging and Mental Health*, 16, 305–316. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2011.628975>.
- Brenlla, M. E. y Aranguren, M. (2010). Adaptación argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10). *Revista de Psicología*, 28(2), 311-342. <https://www.redalyc.org/pdf/3378/337829515005.pdf>.
- Butman, J., Arizaga, R.L., Harris, P., Drake, M., Baumann, D., de Pascale, A. et al. (2001). El “Mini Mental State Examination” en Español. Normas para Buenos Aires. *Revista Neurológica Argentina*, 26(1), 11-15. https://www.researchgate.net/publication/267764166_MMSE_normas_para_la_region_litoral_argentina.
- Byles, J. E., Gallienne, L., Blyth, F. M. y Banks, E. (2012). Relationship of age and gender to the prevalence and correlates of psychological distress in later life. *International Psychogeriatrics*, 24(6), 1009-1018. <https://doi.org/10.1017/S1041610211002602>.
- Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J. L. y Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 28(7), 648-655. <https://doi.org/10.33588/rn.2807.98501>.
- Calero, M. D. y Navarro, E. (2006). El envejecimiento cognitivo. En M. D. Calero y E. Navarro. *La plasticidad cognitiva en la vejez: técnicas de evaluación e intervención*. (1a.ed., pp.11-24). Barcelona: Octaedro.
- Calero, M. D. y Navarro, E. (2018). Variables que favorecen un envejecimiento exitoso. *Estudios de Psicología*, 39(2), 215-224. <https://doi.org/10.1080/02109395.2018.1506307>
- Carver, C. S. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267>.
- Center for Substance Abuse Treatment (2008). *Managing depressive symptoms in substance abuse clients during early recovery*. Rockville, Maryland: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64057/>.

- Chong Daniel, A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(2), 79-86. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252012000200009.
- Clemente, A., Tartaglini, M. F. y Stefani, D. (2009). Estrés psicosocial y estilos de afrontamiento del adulto mayor en distintos contextos habitacionales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(1), 69-75. http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/540/racp_xviii_1_pp69_75.pdf.
- Conde, J. L. y Jarne, A. (2014). Trastornos mentales en la vejez. En C. Triadó y F. Villar, *Psicología de la vejez* (Ed. electrónica, pp.341-364). Madrid, España: Alianza Editorial.
- Deasy, C., Coughlan, B., Pironom, J., Jourdan, D. y Mannix-McNamara, P. (2014). Psychological distress and coping amongst higher education students: a mixed method enquiry. *Plos one*, 9(12), 1-23. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115193>.
- Department of Human Services (2002). Psychological Distress. En *Victorian Population Health Survey: Selected Findings* (p.29-32). Melbourne, State of Victoria, Australia. www.dhs.vic.gov.au/phd/healthsurveillance/.
- Drapeau, A., Beaulieu-Prévost, D., Marchand, A., Boyer, R., Prévile, M. y Kairouz, S. (2010). A life-course and time perspective on the construct validity of psychological distress in women and men. Measurement invariance of the K6 across gender. *BMC Medical Research Methodology*, 10(1), 68-83. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-68>.
- Drapeau, A., Marchand, A. y Beaulieu-Prévost, D. (2012). Epidemiology of Psychological distress. En L. Labate (Ed.), *Mental illness – Understanding, prediction and control* (1a.ed., pp.105-134). London, United Kingdom: Intech. <https://www.intechopen.com/books/mental-illnesses-understanding-prediction-and-control>.
- Enríquez Villota, M. F., Garzón Velásquez, F., Acosta, A. L. y Pantoja Parreño, E. I. (2016). Estrés y ciclo vital. *Revista de Psicología GEPU*, 7(2), 91-114. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6919760>.
- Folkman, S. (2010). Stress, coping and hope. *Psycho-Oncology*, 19(9), 901-908. <https://doi.org/10.1002/pon.1836>

- Henning-Smith, C. (2014). Quality of life and psychological distress among older adults: The role of living arrangements. *Journal of Applied Gerontology*, 35(1), 39-61. <https://doi.org/10.1177/0733464814530805>.
- Hermida, P. y Stefani, D. (2011). La jubilación como un factor de estrés psicosocial. Un análisis de los trabajos científicos de las últimas décadas. *Perspectivas en psicología*, 8(2), 101-107. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/67688>.
- Hernández Zamora, Z. E., Ehrenzweig, Y. y Navarro Hernández, A. M. (2009). Factores psicológicos, demográficos y sociales asociados al estrés y a la Personalidad Resistente en adultos mayores. *Pensamiento psicológico*, 5(12), 13-28. <https://doi.org/2011-10903-001>.
- Herrera, M. S., Fernández, M. B. y Barros, L. C. (2018). Estrategias de afrontamiento en relación con los eventos estresantes que ocurren al envejecer. *Ansiedad y estrés*, 24, 47-52. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.008>.
- Horwitz, A. V. (2007). Distinguishing distress from disorder as psychological outcomes of stressful social arrangements. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 11(3), 273-289. <https://doi.org/10.1177/1363459307077541>.
- Jiménez, M. A., Sánchez, N. G. y Sáiz, R. E. (2007). Depresión y ansiedad. *Tratado de geriatría para residentes. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, 243-249. http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/segg0022.dir/segg0022.pdf.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L. T. et al. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976.
- Kirchner Nebot, T. y Fornis i Santacana, M. (2010). *Inventario de Respuestas de Afrontamiento*. Madrid, España: TEA Ediciones. <http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/CRI-A-Manual-Extracto.pdf>.
- Lin, H. J. y Yusoff, M. S. B. (2013). Psychological distress, sources of stress and coping strategy in high school students. *International Medical Journal*, 20(6), 672-676. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.385.2939yrep=rep1tytpe=pdf>.

- López, N., Allegri, R. y Soto-Añari, M. (2014). Capacidad diagnóstica y validación preliminar del Test del Reloj, versión de Cacho a la orden, para enfermedad de Alzheimer de grado leve en población chilena. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 23(1), 18-23. http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2016/01/Capacidad-Diagno%CC%81stica-y-Validacio%CC%81n-Preliminar-del-Test-del-Reloj_REN-Vol-23-N%C2%BA1-3-2014-2.pdf
- Louw, G. J. y Viviers, A. (2010). An evaluation of a psychosocial stress and coping model in the police work context. *SA Journal of Industrial Psychology*, 36(1), 1-11. <https://sajip.co.za/index.php/sajip/article/view/442/899>.
- Martínez de la Iglesia, J., Onís Vilches, M.C., Dueñas Herrero, R., Albert Colomer, C., Aguado Taberné, C. y Luque Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 620-630. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000003.
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010>
- Matud, M. P., Bethncourt, J. M. y Ibáñez, I. (2014). Gender differences in psychological distress in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(6), 560-568. <https://doi.org/10.1177/0020764014564801>.
- Matud, M. P., García, M. C. (2019). Psychological distress and social functioning in elderly Spanish people: a gender analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 341-354. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030341>.
- Mayordomo Rodríguez, T., Sales Galán, A., Satorres Pons, E. y Blasco Igual, C. (2015). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología*, 8(3), <https://doi.org/26-32.0.5231/psy.writ.2015.2904>.
- McVeigh, K. H., Galea, S., Thorpe, L. E., Maulsby, C., Henning, K. y Sederer, L. I. (2006). The epidemiology of nonspecific psychological distress in New York City,

- 2002 and 2003. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 83(3), 394-405. <https://doi.org/10.1007/s11524-006-9049-2>.
- Meléndez, J. C., Mayordomo, T., Sancho, P. y Tomás, J. M. (2012). Coping strategies: Gender differences and development throughout life span. *The Spanish Journal of Psychology*, 15, 1089-1098. https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n3.39399.
- Mikulic, I. M. y Crespi, M. C. (2008). Adaptación y validación del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de Investigaciones*, 15, 305-312. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139944030.pdf>.
- Moscoso, M. S. (2009). De la mente a la célula: Impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. *Liberabit*, 15(2), 143-152. <https://www.redalyc.org/pdf/686/68611924008.pdf>.
- Navarro, A. B., Buz, J., Bueno, B. y Mayoral, P. (2014). Jubilación y tiempo libre. En C. Triadó y F. Villar, *Psicología de la vejez* (Ed. electrónica, pp.287-309). Madrid, España: Alianza Editorial.
- Navarro, A. B. y Bueno, B. (2015). Afrontamiento de problemas de salud en personas muy mayores. *Anales de psicología*, 31(3), 1008-1017. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.172481>.
- Ocampo Chaparro, J. M. y Londoño, I. (2007). Ciclo Vital Individual: Vejez. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica*, 21(3), 1072-1084. http://acgg.org.co/pdf/pdf_revista_07/21-3.pdf.
- Ongarato, P., de la Iglesia, G., Stover, J. B. y Fernández Liporace, M. (2009). Adaptación de un inventario de estrategias de afrontamiento para adolescentes y adultos. *Anuario de Investigaciones*, 16, 383-391.
- Papalia, D. E. y Feldman, R. D. (2012a). Desarrollo físico y cognoscitivo en la adultez tardía. En D. E. Papalia y R. D. Feldman. *Desarrollo humano* (12a.ed., pp. 538-571). México: Mc Graw Hill. https://www.academia.edu/33042825/Desarrollo_Humano_12va_Edicion_-_Papalia.pdf.
- Papalia, D. E. y Feldman, R. D. (2012b). Desarrollo psicosocial en la adultez tardía. En D. E. Papalia y R. D. Feldman. *Desarrollo humano* (12a.ed., pp. 572-601). México: Mc Graw Hill. https://www.academia.edu/33042825/Desarrollo_Humano_12va_Edicion_-_Papalia.pdf.

- Perkins, J. M., Lee, H., James, K. S., Oh, J., Krishna, A., Heo, J. et al. (2016). Marital status, widowhood duration, gender and health outcomes: a cross-sectional study among older adults in India. *BMC Public Health*, 16 (1), 1032-1043. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3682-9>.
- Petkus, A. J., Gum, A. y Loebach Wetherell, J. (2012). Thought suppression is associated with psychological distress in homebound older adults. *Depression and anxiety*, 29(3), 219-225. <https://doi.org/10.1002/da.20912>.
- Pinazo, S. (2014). Relaciones sociales. En C. Triadó y F. Villar, *Psicología de la vejez* (Ed. electrónica, pp.253-285). Madrid, España: Alianza Editorial.
- Pousada, M. y de la Fuente, J. (2014). Memoria y atención. En C. Triadó y F. Villar, *Psicología de la vejez* (Ed. electrónica, pp.113-140). Madrid, España: Alianza Editorial.
- Rial Boubeta, A., de la Iglesia, G., Ongarato, P y Fernández Liporace, M. (2011). Dimensionalidad del Inventario de Afrontamiento para adolescentes y universitarios. *Psicotherma*, 23(3), 464-474. https://www.researchgate.net/publication/277267174_Dimensionalidad_del_inventario_de_afrontamiento_para_adolescentes_y_universitarios.
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 536-545. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x>.
- Semenova Moratto Vásquez, N., Zapara Posada, J. J. y Messenger, T. (2015). Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *Revista CES Psicología*, 8(2), 103-121. <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423542417006.pdf>.
- Slade, T., Grove, R. y Burgess, P. (2011). Kessler Psychological Distress Scale: normative data from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 308-316. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.543653>.
- Stefani, D. y Feldberg, C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 22(2), 267-272. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16722212.pdf>.

- Suárez Torres, M. O., Rodríguez Lafuente, M. E., Pérez Díaz, R., Casal Sosa, A. y Fernández, G. (2015). Vulnerabilidad al estrés en adultos mayores del Policlínico “Joaquín Albarrán”. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(2), 159-168. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000200005.
- Tamres, L. K., Janicki, D., y Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 2–30. http://dx.doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_1
- Tartaglini, M. F., Dillon, C., Hermida, P. D., Feldberg, C., Somale, V. y Stefani, D. (2017). Prevalencia de Depresión Geriátrica y Alexitimia. Su asociación con características sociodemográficas, en una muestra de adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(4), 518-527. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160126>.
- Triado, C. y Villar, F. (2014). La psicología del envejecimiento: conceptos, teorías y métodos. En C. Triadó y F. Villar, *Psicología de la vejez* (Ed. electrónica, pp.23-62). Madrid, España: Alianza Editorial.
- Trouillet, R., Gana, K., Lourel, M. y Fort, I. (2009). Predictive value of age for coping: the role of self-efficacy, social support satisfaction and perceived stress. *Aging and Mental Health*, 13(3), 357-366. <https://doi.org/10.1080/13607860802626223>.
- Vázquez Valverde, C., Crespo López, M. y Ring, J. M. (s.f.). Estrategias de afrontamiento. Recuperado el 22 de abril de 2020, de http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category_slug=trauma-duelo-y-culpayItemid=100225.
- Watson, D. C. y Sinha, B. (2008). Emotion regulation, coping and psychological symptoms. *International Journal of Stress Management*, 15(3), 222-234. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.15.3.222>.
- Wheaton, B. (2007). The twain meet: distress, disorder and the continuing conundrum of categories (comment on Horwitz). *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 11(3), 303-319. <https://doi.org/10.1177/1363459307077545>.

Yeh, S. J., Huang, C., Chou, H., y Wan, T. T. H. (2009). Gender differences in stress and coping among elderly patients on hemodialysis. *Sex Roles*, 60, 44–56.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11199-008-9515-2>

APENDICES

Consentimiento Informado

Estimado participante,

Mi nombre es Lucia Petrikovich, estudiante de la carrera de Psicología de la Universidad Católica Argentina (UCA). La presente investigación corresponde a mi Trabajo de Integración Final (TIF), cuyo objetivo consiste en evaluar aspectos cognitivos, conductuales y emocionales en adultos mayores de 60 años de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

El presente estudio se divide en dos partes. La primera parte consistirá en la recolección de datos personales y responder a una serie de ejercicios que se realizarán con la evaluadora. La segunda parte consistirá en responder a una serie de escalas y cuestionarios autoadministrables. Ambas partes llevarán aproximadamente 60 a 90 minutos de su tiempo. El encuentro podría ser grabado para obtener una mayor exactitud de los datos.

Se le informa que no recibirá una devolución de los resultados y que los datos recabados serán confidenciales, utilizándose solamente con el propósito del presente estudio. Al firmar este formulario, constata que su participación es estrictamente voluntaria, pudiendo abandonar la misma en cualquier momento si así lo desea, sin que ello lo perjudique de alguna manera.

Acepto participar en la presente investigación.

.....

Nombre y Apellido

.....

Firma

.....

Fecha

Entrevista

DATOS PERSONALES:

- Edad:
- Estado civil:
- Hijos:
- ¿Con quién vive?
- Nivel educativo alcanzado:
- ¿Está jubilado? ¿Continúa trabajando?
- Ocupación laboral (¿a qué se dedicó toda su vida?):

ANTECEDENTES MÉDICOS:

- Enfermedades médicas (hipertensión, diabetes, colesterol, obesidad, cardíaco, hiper o hipotiroidismo, etc.):
- ¿Tuvo alguna vez un accidente cerebrovascular o infarto? ¿Cuándo fue?
- ¿Tuvo alguna vez un golpe en la cabeza (TEC)? ¿Perdió el conocimiento? ¿Cuándo fue?
- ¿Toma alguna medicación? (Anotar qué toma)
- ¿Usa anteojos o audífono?
- ¿Tuvo alguna cirugía de relevancia?

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Tiene algún familiar... (en el caso que la respuesta sea “sí”, preguntar qué parentesco tiene con el familiar, especificar más sobre el cuadro, hace cuánto fue, etc.)
 - ¿Con quejas de memoria?
 - ¿Con diagnóstico de demencia?
 - ¿Con diagnóstico de una enfermedad psiquiátrica (esquizofrenia, bipolaridad, depresión, etc.)
 - ¿Con retraso mental?

Mini Mental State Examination (MMSE)**ORIENTACIÓN (10 puntos)**

- Dígame el Día.....Fecha.....Mes.....Estación.....Año..... (5)
- Dígame el País.....Ciudad.....Barrio o calle.....Lugar.....Piso..... (5)

FIJACIÓN (3 puntos)

- Repita estas tres palabras que debe memorizar. Luego se las voy a preguntar para ver si las recuerda: Pelota – Bandera – Árbol (repetirlas hasta que se las aprenda).

ATENCIÓN (5 puntos)

- Dígame ¿cuánto es 100 menos 7? Luego de que el sujeto responda, pedirle que reste otros 7 hasta un total de 5 restas (93, 86, 79, 72, 65).
- Deletree la palabra “Mundo”. Ahora deletréelo al revés (o-d-n-u-m).

(Puntuar el mejor resultado de los dos).

MEMORIA (3 puntos)

- ¿Recuerda las tres palabras de antes?

REPETICIÓN (1 punto)

- Repita esta frase: “El flan tiene frutillas y frambuesas”.

COMPRENSIÓN (3 puntos)

- Tome este papel con la mano izquierda (1), dóblelo por la mitad (1) y póngalo en el suelo (1).

LECTURA (1 punto)

- Le voy a dar una orden por escrito, quiero que la lea y haga lo que dice; no la lea en voz alta: mostrar la tarjeta que dice: “Cierre los ojos”.

ESCRITURA (1 punto)

- Escriba una frase completa.

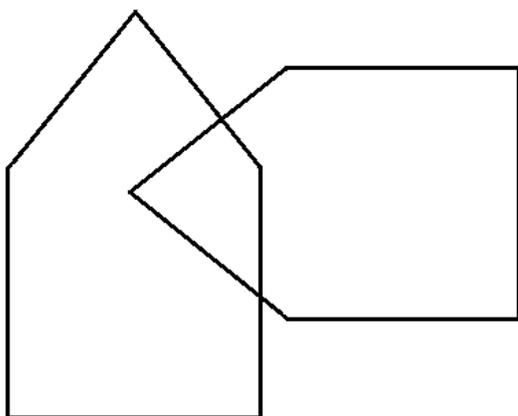
DENOMINACIÓN (2 puntos)

- Mostrar un lápiz y preguntarle “¿qué es esto?” (1); repetirlo con un reloj (1).

COPIA (1 punto)

- Copie este dibujo.

Puntaje total: /30



x _____

Test del Reloj a la Orden

Consigna: “Voy a pedirle que dibuje un reloj redondo y grande en esta hoja, colocando en el todos sus números y las agujas marcando las once y diez. En caso de que cometa algún error, aquí tiene una goma de borrar para que pueda rectificarlo. Esta prueba no tiene tiempo limites, por lo que le pido que la haga con tranquilidad, prestándole toda la atención que le sea posible”.

Coping Responses Inventory – Youth Form (CRI-Y)

Para lo siguiente, trate de pensar en algún problema importante que haya tenido en su vida. Piense en la situación más difícil que tuvo en los últimos 12 meses. (Si no tuvo ninguno problema importante, piense en uno de menor importancia que le haya pasado.

¿Cuál fue ese problema? (Descríbalo brevemente):

Para las siguientes preguntas, trate de recordar si en ese momento donde estaba transitando el problema importante, realizaba lo que las preguntas indagan:

	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1. ¿Te dijiste cosas a vos mismo/a para darte ánimo?				
2. ¿Hablaste con alguno de tus padres o familiares sobre eso?				
3. ¿Te dijiste a vos mismo/a que las cosas podrían estar peor?				
4. ¿Hablaste con algún amigo/a sobre el problema?				
5. ¿Trataste de hacer nuevos amigos durante ese período?				
6. ¿Hablaste con algún otro adulto, como un profesor, entrenador, médico, terapeuta o sacerdote?				
7. ¿Soñabas despierto/ a o tratabas de imaginar que las cosas estaban mejor de lo que realmente estaban?				
8. ¿Pensabas en que iba a ser el destino el que decidiera cómo saldrían las cosas?				
9. ¿Empezaste a leer para entretenerte?				
10. ¿Pensabas acerca de cómo podrían llegar a salir las cosas?				
11. ¿Pensabas mucho acerca de que estabas mejor que otros con el mismo problema?				
12. ¿Buscaste la ayuda de otros chicos o grupos con el mismo tipo de problemas?				
13. ¿Dejaste para más adelante el pensar sobre la situación, aunque sabías que tarde o temprano lo ibas a tener que hacer?				
14. ¿Trataste de convencerte a vos mismo/a de que las cosas mejorarían?				
15. ¿Le pediste a un amigo/a o pareja que te ayudara a solucionar el problema?				
16. ¿Pensaste acerca de las nuevas dificultades que se te podían presentar?				
17. ¿Pensaste en qué forma esta situación podría cambiar tu vida para mejor?				

18. ¿Le pediste a alguien que comprendiera tu problema?				
19. ¿Trataste de negar cuán serio era el problema realmente?				
20. ¿Perdiste la esperanza de que las cosas volvieran a ser como antes?				
21. ¿Encontraste nuevas formas de disfrutar la vida?				
22. ¿Escuchaste música como forma de ayudarte a enfrentar el problema?				

Kessler Psychological Distress Scale (KPDS-10)

Por favor, conteste a las siguientes preguntas pensando en cómo se ha sentido en estas últimas cuatro semanas (o el último mes).

¿Usted se ha sentido...

		Siempre	Muchas veces	A veces	Pocas veces	Nunca
1	... cansado sin motivo?					
2	... nervioso?					
3	... tan nervioso que nada podía calmarlo?					
4	... desesperanzado?					
5	... inquieto o impaciente?					
6	... tan inquieto que no podía quedarse sentado?					
7	... deprimido?					
8	... ha sentido que todo le costaba mucho esfuerzo?					
9	... ha sentido tanta tristeza que nada podía alegrarlo?					
10	... inútil, poco valioso?					

Geriatric Depression Scale (GDS)

A continuación, verá una serie de preguntas que deberá contestar por "SI" o por "NO", en relación a su estado de ánimo del último mes (piense si en general se siente identificado con la pregunta, o no).		
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	Si	No
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	Si	No
5. ¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	Si	No
6. ¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	Si	No
7. ¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	Si	No
8. ¿Se siente a menudo desamparo, desvalido, indeciso?	Si	No
9. ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	Si	No
10. ¿Le da la impresión que tiene más problemas en la memoria que el resto?	Si	No
11. ¿Cree que es agradable estar vivo?	Si	No
12. ¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	Si	No
13. ¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14. ¿Siente que su situación es angustiada, desesperada?	Si	No
15. ¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación económica que usted?	Si	No