



**Universidad**  
Zaragoza



**Universidad de Zaragoza**  
**Escuela de Ciencias de la Salud**

**Grado en Enfermería**

Curso Académico 2011/2012

**TRABAJO FIN DE GRADO**  
Baja autoestima crónica en pacientes mayores depresivos.

**Autor/a:** Rubén Rodríguez Ibáñez

**Tutor/a:** Carmen Muro Baquero

**CALIFICACIÓN.**

## 1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento, concebido como un proceso que experimentan los individuos a consecuencia del paso del tiempo, camina de la mano con la depresión. La depresión es una enfermedad encuadrada dentro de los trastornos del humor, afectivos o de ánimo. De todos los trastornos psíquicos, los trastornos del ánimo, y concretamente la depresión, es el trastorno con mayor prevalencia y supone la cuarta causa de incapacidad en la población activa, y será, probablemente, la segunda en el año 2020. Esta disminución del estado de ánimo es manifestada, principalmente, por problemas emocionales con un paciente triste, decaído, disminución de autoestima, con pérdida de interés en actividades cotidianas, también podemos encontrar manifestaciones físicas, cognitivas o conductuales como anorexia, desprecio, fatiga, autoagresividad, agitación <sup>1-4</sup>.

Los estudios realizados muestran que la etiología de la depresión resulta de una combinación de factores físicos, psicológicos y ambientales. Los factores que han mostrado una asociación estadística significativa con este trastorno son el sexo femenino, bajos ingresos económicos, un bajo nivel de estudios, antecedentes depresivos y de ansiedad, edad avanzada, disminución del estado funcional perjuicio cognitivo, la presencia de otras enfermedades crónicas, o el aislamiento social, entre otros <sup>5-7</sup>.

Los datos sobre la prevalencia de la depresión son variables debido a la falta de congruencia entre los diferentes autores y estudios realizados, siendo la razón de estas incongruencias la distinta elección del punto de corte a partir del cual se establece o desestima la enfermedad como ocurre en la escala de Yesavage, o la elección de muestras con características diferentes. Por ello se estima que la prevalencia de la depresión en pacientes mayores de 65 años se encuentra entre un 7 y un 57% de la población en dependencia de las variables, los indicadores y los métodos de cuantificación empleados. La alta prevalencia de esta enfermedad en los ancianos la convierte en un importante problema de salud. Además de por su amplia extensión, su considerable importancia radica en la problemática que conlleva al encontrarse frecuentemente asociada al suicidio <sup>6,8</sup>.

Un problema importante en este trastorno es la dificultad existente a la hora de llevar a cabo su diagnóstico. A pesar de la existencia de criterios claros y un consenso sobre su manejo, su habitual presentación atípica, la visión cultural de la vejez como algo triste y la similitud de los síntomas depresivos con los presentes en la vejez, dificultan su diagnóstico. Pese a todos los instrumentos de cribado existentes, la entrevista clínica es el método diagnóstico más efectivo. Uno de los instrumentos de medida más utilizado y validado es el cuestionario *Geriatric Depression Scale* de Yesavage (GDS) **Anexo I**, y otros como el Test de Evaluación de la Depresión, la Escala Autoaplicada de Zung o la Escala de Depresión de Hamilton <sup>4,6,9</sup>.

La autoestima es un concepto ampliamente estudiado y discutido, observándose su directa relación con el bienestar general de la persona y esencial para que el anciano se sienta como un ser útil y de gran valor para sus cercanos, lo que sugiere que podría ser un buen indicador de la salud mental. Como establece el estudio de Mercedes Zavala G, sobre el funcionamiento social del adulto mayor, a medida que el anciano se percibe con una alta autoestima mejor es también su funcionamiento social y menor el riesgo de aislamiento social, ambos relacionados con la depresión <sup>1,10,11</sup>.

Diversas investigaciones han confirmado la relación inversa entre autoestima y síntomas depresivos, entre otros. Por tanto, su conocimiento es una valiosa información que posibilitaría la predicción de posibles trastornos psicopatológicos y su prevención <sup>10</sup>.

## 2. OBJETIVOS

El objetivo general es la elaboración de un plan de cuidados del diagnóstico baja autoestima crónica de un paciente mayor de 65 años deprimido.

El objetivo específico número uno consiste en la elección de la escala más apropiada para la cuantificación del baja autoestima crónica.

El objetivo específico número dos tratará sobre la identificación de las intervenciones más adecuadas en el paciente mayor deprimido con el diagnóstico baja autoestima crónica.

## 3. METODOLOGÍA

He realizado una revisión bibliográfica para identificar los instrumentos e intervenciones que han demostrado una mayor eficacia en el perfil del paciente objeto de el plan de cuidados.

Para cuantificar los casos de ancianos depresivos con baja autoestima podemos utilizar diferentes métodos. Uno de los instrumentos más utilizados es la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) **Anexo II**. La EAR ha sido traducida y validada en distintos países e idiomas: francés alemán, japonés, portugués, español, etc. Recientemente, Schmitt y Allik realizaron un estudio multicultural, administrando la EAR en 53 naciones, en 48 de las cuales se presenta una confiabilidad sobre 0,75. También fue demostrada su validez para Chile sobre una muestra de 473 sujetos divididos en tres grupos de edad siendo jóvenes adultos, adultos y adultos mayores en el estudio de Rojas-Barahona CA, et al. Su aplicación es simple y rápida. Cuenta con 10 ítems, divididos equitativamente en positivos y negativos (ejemplos, sentimiento positivo: "creo que tengo un buen número de cualidades", sentimiento negativo: "siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mi") los cuales se contestan en una escala de 4 alternativas, que va desde "muy de acuerdo" a "muy en desacuerdo", variando los posibles valores teóricos entre 10 (baja autoestima) y 40 (alta

autoestima), y se suele considerar como rango normal de puntuación el situado entre 25 y 35<sup>10,12,13</sup>.

Otro instrumento que nos permite medir el nivel de autoestima es el inventario de autoestima de Coopersmith **Anexo III**, el cual consta de 25 preguntas de respuestas dicotómicas, con un valor de 4 puntos por afirmaciones que vayan de acuerdo a una alta autoestima, obteniendo valores de mínimo 0 y máximo 100 puntos. En México, la validación y confiabilidad de este instrumento fue realizado por Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés en 1995, la muestra para ello estuvo formada por 411 sujetos, obteniendo una confiabilidad de 0,81. Las normas de clasificación según los valores obtenidos son: baja autoestima, de 1 a 25 puntos; autoestima media, de 26 a 49 puntos; alta autoestima, 50 o más<sup>4</sup>.

La autoestima se encuentra relacionada en gran medida, como se afirma en el estudio de Canto Pech HG, et al., con las relaciones familiares y los lazos afectivos. Es por este motivo por el cual introduciremos además, el test de Apgar familiar de Smilkstein **Anexo IV**.

El test de Apgar familiar consiste en una encuesta rápida y sencilla desarrollada en 1978 por Smilkstein la cual nos permite llevar a cabo la evaluación de funcionamiento familiar según la persona que responde, y que consta de 5 ítems siendo los puntos de corte, según los valores obtenidos: normofuncional entre 7 y 10; disfuncional leve entre 3 y 6; y disfuncional grave entre 0 y 2. Su validez y fiabilidad en nuestro país ha sido llevada a cabo en el estudio de Bellón Saameño JA, et al., sobre una muestra de 656 sujetos entrevistados de todas las edades del Centro de Salud Zaidín-Sur en Granada, en la que se pone de manifiesto la aceptabilidad de este instrumento siendo los coeficientes para la escala, en sus dos formas de administración (con entrevistador o autoadministrado), superiores al 0,75 recomendados por Streiner<sup>15</sup>.

Por otra parte se ha resaltado la importancia del apoyo social al describir el funcionamiento social en la vejez, como se menciona en el estudio de

Zavala M, et al. Se considera que el equilibrio entre el apoyo social ofrecido y recibido se relaciona con el nivel de satisfacción y que las fuentes de apoyo, ya sea instrumental o emocional, son indispensables para el bienestar del adulto mayor, relacionado directamente con la autoestima. Es por ello que es aceptable introducir un método que cuantifique el apoyo social del adulto mayor, siendo el elegido la Escala de Apoyo Social Funcional Duker-UNC-11 **Anexo V**, la cual fue traducida al castellano y validada por Bellón Saameño JA, et al., mediante un estudio realizado en Granada en el que la buena consistencia interna y los resultados previos de fiabilidad, permiten afirmar que el cuestionario es válido y fiable en nuestro país<sup>16,17</sup>.

El diagnóstico de Baja Autoestima Crónica viene definido por Los diagnósticos enfermeros de María Teresa Luis Rodrigo como una situación en que la persona manifiesta de forma crónica una evaluación negativa de sí misma o de sus capacidades. Dicho diagnóstico enfermero se encuentra relacionado con diferentes aspectos etiológicos<sup>18</sup>.

Toman gran importancia los factores etiológicos relacionados con el ámbito social, guardando una relación directa de manera que a mayor funcionalidad social y familiar del anciano, mayor es el nivel de autoestima del mismo. El aislamiento social, suponiendo así la pérdida del vínculo social o la pérdida de los roles sociales son algunos de los factores etiológicos sociales más relevantes en la baja autoestima crónica. Peter Thownsend en el estudio de Zavala M, et al., plantea que la situación actual de dependencia de los ancianos ha sido creada por la política social. Esto implica el desafío de la necesidad de imponer arreglos sociales que permitan a las personas mayores el desarrollo de sus potencialidades para permitir un envejecimiento exitoso y saludable permitiendo la plena integración social y familiar de estos. Están involucrados en dicho desafío el estado, las organizaciones sociales, la comunidad y como sistema principal la familia<sup>1</sup>.

En el estudio de González Ceinós M, et al., sobre la depresión se pone de manifiesto que en los ancianos que viven con sus familiares la prevalencia

de trastornos del humor es menor, que por ejemplo, aquellos que se encuentran en instituciones geriátricas. Al perder sus vínculos afectivos el anciano pierde los roles sociales que durante su vida llevo a cabo influyendo así en su autoestima, e insistiendo de nuevo, con estos datos, en la importancia de la integración social y familiar en cuanto a control y prevención de los episodios depresivos. Se ha comprobado que el ser humano en todas las edades, al poseer una buena relación familiar y fuentes de apoyo significativas, se conserva en óptimas condiciones psicológicas superando así con mayor facilidad las tensiones <sup>3,4</sup>.

Además de factores sociales también hay estudios que relacionan los trastornos del humor y la disminución de la autoestima con otros factores como el deterioro de la funcionalidad por causas como la presencia de diversas patologías. Y es que ha sido corroborado en la población general una relación directa entre autoeficacia y autoestima, de manera que a medida que aumenta la autoeficacia también lo hace su autoestima y su percepción sobre su estado de salud y bienestar <sup>14</sup>.

El padecimiento de enfermedades orgánicas también conlleva el padecimiento de cuadros que afectan a nuestro humor durante su duración. Es el caso de patologías como hipertiroidismo, Enfermedad de Addison, hepatitis o artropatías, entre otras. Es curioso cómo también muchos medicamentos para tratarlas también los pueden provocar, es el caso de antihipertensivos, corticoides, tranquilizantes o los neurolépticos son <sup>19,20</sup>.

En cuanto a las características definitorias del diagnóstico de Baja Autoestima Crónica, el libro de María Teresa Luis Rodrigo sobre los diagnósticos enfermeros, establece que se encuentra manifestado por que la persona durante mucho tiempo o de forma habitual: se muestra avergonzada, culpable, indecisa o poco asertiva y busca continuamente reafirmación, tiene mal contacto ocular; muestra excesiva conformidad o dependencia de las opiniones ajenas, habla negativamente de sí misma, se manifiesta incapaz de afrontar la situación o de probar nuevas estrategias,

no tiene éxito en su vida laboral o social; rechaza los comentarios sobre sí misma y exagera los negativos<sup>18,20</sup>.

- Valoración

En la primera etapa del plan de cuidados consistirá en la valoración del nivel de autoestima y depresión mediante el uso de las escalas antes mencionadas, además de la realización de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

- Objetivos

En el diagnóstico de baja autoestima crónica la actuación a seguir para abordar el problema de la baja autoestima crónica y la depresión irá encaminada hacia los objetivos de mantener un funcionamiento normal para mejorar el estado de ánimo, suprimir síntomas evitando el dolor y el sufrimiento que estos producen, lograr la mínima interrupción de actividades, trabajo y responsabilidades, minimizar las consecuencias producidas en la vida familiar y recuperar la salud descubriendo los puntos fuertes y débiles de nuestra personalidad<sup>19</sup>.

- Resultados (NOC)

Con la consecución de los objetivos el paciente expresará la mejora en:

- Motivación 1209
- Afrontamiento de problemas 1302
- Comunicación 0902
- Integridad de la familia 2603
- Clima social de la familia 2601
- Habilidades de interacción social 1502

Por otro lado un aspecto muy importante es la prevención frente a este trastorno del ánimo la cual se puede llevar a cabo mediante equilibrio afectivo, controles médicos periódicos, realización de las escalas antes mencionadas, limitar la soledad, tener capacidad de afrontamiento, fortalecer vínculos personales, aprender a pedir ayuda o tener hábito de una actividad o ejercicio físico, entre otras<sup>19</sup>.

- Intervenciones (NIC)

En cuanto a las intervenciones para potenciar la autoestima incluirán<sup>20,21</sup>:

- Escuchar activamente y respetar al usuario, valorando los factores estresantes del día a día ya que el estrés se relaciona directamente con la baja autoestima.
- Identificar y reforzar los puntos fuertes manteniendo el optimismo mediante, por ejemplo, terapias de recuerdo.
- La psicoterapia se ha demostrado ser tan buena como el tratamiento somático en la depresión, además de la psicoterapia podemos utilizar otras terapias como la psicodinámica, la terapia de recuerdo o la terapia electroconvulsiva.
- Identificar y limitar afirmaciones negativas del usuario pues el pensamiento negativo favorece los síntomas depresivos.
- Animar a escribir en un diario como manera de expresar emociones ya que la escritura incita las actividades de elevación del humor.
- Apoyar la socialización y habilidades de comunicación efectiva, así como la participación en actividades de grupo y en las que el usuario pueda apoyar o ayudar a los demás evitando de esta manera el

aislamiento social muy relacionado, como hemos visto, con la baja autoestima y la depresión.

- La realización de ejercicio físico con un esfuerzo adaptado al paciente, junto con el apoyo de los demás, también ha sido demostrada como una receta para mejorar el bienestar y la salud de la mujer deprimida.

Hay estudios que relacionan los hábitos tóxicos y los problemas económicos con la baja autoestima por lo que también habrá que valorar el consumo de drogas y alcohol, y la posible evidencia de esfuerzos económicos <sup>5,20,22</sup>.

Otro punto importante es la educación sanitaria del usuario y de la familia:

- Se le dará al usuario el conocimiento y asesoramiento adecuado sobre el tratamiento que se está llevando a cabo, los efectos adversos y su finalidad, favoreciendo así el correcto cumplimiento del medicamento.

En el caso de la familia se derivará a servicios sociosanitarios donde entran en juego profesionales como Trabajadores Sociales o Enfermeras de Salud Mental, para ayudarla a cambiar patrones que puedan beneficiar al usuario. La relación usuario-familia, como ya se ha remarcado, es esencial por lo que se deberá valorar la relación y la comunicación de la familia o el apoyo principal con el usuario, ayudándonos a establecer una adecuada atención sociosanitaria <sup>3,4,20</sup>.

- Se normalizará la relación familiar para conseguir una involucración de todos los miembros de la familia mediante reuniones familiares o comidas y cenas familiares, actividades en familia, etc.
- Animaremos a la familia a dar apoyo al usuario fomentando así la integración familiar y mejorando el bienestar general del anciano.

El usuario también acudirá a grupos de autoayuda **Anexo VI**, lo que proporcionará un aumento de la confianza en sí mismo y la capacidad para tomar decisiones, además de favorecer la integración social, y a grupos psicoeducativos para la reducción de estrés y adquisición de habilidades de afrontamiento. Dichos grupos se conforman por personas con problemas comunes y cuyo objetivo es el de administrar ayuda y apoyo para enfrentar las dificultades, compartir experiencias, discutir formas de afrontar los problemas y apoyarse mutuamente. Se controlará y se fomentará la asistencia de este a dichas asesorías<sup>20,23</sup>.

- Ejecución

Se llevarán a cabo las intervenciones propuestas en atención primaria.

- Evaluación

Una vez realizadas las intervenciones se pasaran de nuevo los cuestionarios para cuantificar la depresión y la autoestima, con el objetivo de compararlas con las realizadas en la valoración y ver si se ha producido una mejora en los pacientes.

#### 4. CONCLUSIONES

- La escala de elección es la escala de autoestima de Rosenberg (EAR) al ser la más validad y usada, además de su rápido y sencillo uso.
- A pesar de la amplia gama de posibles intervenciones, las actuaciones a nivel social y familiar son las que más relevancia toma.

## 5. BIBLIOGRAFIA

1. Zavala M, Vidal D, Castro M, Quiroga P, Klassen G. Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y Enfermería*. 2006; 12(2): 53-62.
2. Urbina Torija JR, Flores Mayor JM, García Salazar MP, Torres Buisán L, Torrubias Fernández RM. Síntomas depresivos en personas mayores. *Prevalencia y factores asociados*. *Gac Sanit*. 2007; 21(1): 37-42.
3. González Ceinos M. Depresión en ancianos: un problema de todos. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001; 17(4): 316-20.
4. Canto Pech HG, Castro Rena EK. Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. 2004; 9(2): 257-70.
5. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública*. 2004; 16(6): 378-86.
6. García Serrano MJ, Tobías Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Aten Primaria*. 2001; 27(7): 484-88.
7. Montorio Cerrato I, Nuevo Benítez R, Losada Baltar A, Márquez González M. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Mapfre Medicina*. 2001; 12(1): 19-26.
8. López Masó IM, Rodríguez Hernández HM. Propuesta de intervención para ancianos deprimidos. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1999; 15(1): 19-23.

9. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*. 2002; 12(10): 620-30.
10. Rojas-Barahona CA, Zegers B, Foster CE. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Med Chile*. 2009; 137: 791-800.
11. Ortiz Arriagada JB, Castro Salas M. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Contribución de enfermería. Ciencia y Enfermería*. 2009; 15(1): 25-31.
12. Bugueño Caro B, Valenzuela Salgado S, Zamorano Vargas S. Adherencia terapéutica a tratamientos nutricionales, y su relación con constructos psicológicos y sociodemográficos en adultos con obesidad [tesis doctoral]. Santiago-Chile. Escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile; 2001.
13. Kunikata H, Shiraishi Y, Nakajima K, Tanioka T, Tomotake M. The relationship between psychological comfort space and self-esteem in people with mental disorders. *The Journal of Medical Investigation*. 2011; 38: 56-62.
14. Cid HP, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev Med Chile*. 2010; 138: 551-557.
15. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria*. 1996; 18(6): 286-89.
16. Cadenas Salazar R, Villarreal Ríos E, Vargas Daza ER, Martínez González L, Galicia Rodríguez L. Relación entre apoyo social funcional

- y satisfacción vital del adulto mayor jubilado. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2009; 47(3): 311-314.
17. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria. 1996; 18(4): 153-63.
18. Besora Torredelflot I, Castillo De La Rosa E, Chaure López I, Fernández Ferrín C, Giménez Maroto AM, Inarejos García M, et al. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8<sup>a</sup> ed. Barcelona (España): Elsevier Masson; 2008.
19. Seva Díaz A, Civeira Murillo JM, Dourdin Pérez F, Fernández Doctor A, García Campayo J, Morales Blánquez C. La Depresión. Los pacientes depresivos, sus problemas específicos y su atención personal, familiar y social. 1<sup>a</sup> ed. Zaragoza: Caja de Ahorros de la Inmaculada; 2001.
20. Ackley Betty J, Ladwig Gail B. Manual de diagnósticos de Enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. 7<sup>a</sup> ed. Madrid (España): Elsevier; 2007.
21. Fiske A, Loebach Wetherell J, Gatz M. Depression in older adults. Annu Rev Clin Psychol. 2009; 5: 363-389.
22. Callaghan P, Khalil E, Morres I, Carter T. Pragmatic randomised controlled trial of preferred intensity exercise in women living with depression. BMC Public Health. 2011; 465(11): 1471-2458.
23. Iraurgi I, Basarbe N, Igartua J, Paez D, Celorio MJ. Grupos de autoayuda y enfermedad mental. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatria. 1995; 15(52): 126-136.

## ANEXOS

### ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (YESAVAGE)

	NO	SI
- 1. ¿Está Ud., satisfecho con la vida ?		+
+ 2. ¿Ha dejado de hacer actividades de interés?	+	
+ 3. ¿Siente su vida vacía ?	+	
+ 4. ¿Se aburre frecuentemente?	+	
+ 5. ¿Se siente desesperanzado con respecto al futuro?	+	
- 6. ¿Se siente molesto por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?	+	
- 7. ¿Está de buen humor la mayoría del tiempo?		+
+ 8. ¿Está preocupado porque algo malo va a sucederle ?	+	
- 9. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		+
+ 10. ¿Se siente frecuentemente sin alguien que lo ayude?	+	
+ 11. ¿Se levanta frecuentemente sin alguien que lo ayude?	+	
+ 12. ¿Prefiere quedarse en casa a salir y hacer cosas nuevas?	+	
+ 13. ¿Se preocupa frecuentemente por el futuro?	+	
+ 14. ¿Cree Ud., que tiene más problemas con la memoria que el resto de la gente?	+	
- 15. ¿Se siente feliz de estar vivo?		+
+ 16. ¿Se siente frecuentemente descorazonado y triste?	+	
+ 17. Se siente inútil e inservible?	+	
+ 18. ¿Se preocupa demasiado por el pasado?	+	
- 19. ¿Se siente que la vida es estimulante?		+
+ 20. ¿Se le hace difícil comenzar nuevos proyectos?		+
- 21. ¿Se siente con energías?	?	?
+ 22. ¿Se siente desesperanzado?		+
+ 23. ¿Siente que la mayoría de la gente es mejor que Ud.?	+	
+ 24. ¿Se preocupa frecuentemente por pequeñas cosas?	+	
+ 25. ¿Siente frecuentemente ganas de llorar?	+	
+ 26. ¿Tiene problemas en concentrarse?	?	?
+ 27. ¿Se siente contento al levantarse en la mañana?		+
+ 28. ¿Prefiere evitar reuniones sociales?	+	
- 29. ¿Le es fácil tomar decisiones?		+
- 30. ¿Siente que su mente es tan clara como antes?	+	
<b>TOTALES</b>	no	sí

#### Puntuación

Puntuación de cero por cada respuesta no depresiva y de uno por cada respuesta depresiva

Las respuestas depresivas son NO para: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 10

Son SI para todas las demás

La puntuación normal es entre 0 y 10

## ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Instrucciones: A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

AFIRMACIONES	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir mas respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

## APENDICE A

### INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH VERSIÓN PARA ADULTOS

1. Generalmente los problemas me afectan  
muy poco . . . . . SI NO
2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público . . . . . SI NO
3. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí . . . . . SI NO
4. Puedo tomar una decisión fácilmente . . . . . SI NO
5. Soy una persona simpática . . . . . SI NO
6. En mi casa me enojo fácilmente . . . . . SI NO
7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo . . . . . SI NO
8. Soy popular entre las personas de mi edad . . . . . SI NO
9. Mi familia generalmente toma en cuenta  
mis sentimientos . . . . . SI NO
10. Me doy por vencido(a) muy fácilmente . . . . . SI NO
11. Mi familia espera demasiado de mí . . . . . SI NO
12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy . . . . . SI NO
13. Mi vida es muy complicada . . . . . SI NO
14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas . . . . . SI NO
15. Tengo mala opinión de mí mismo(a) . . . . . SI NO
16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa . . . . . SI NO
17. Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo . . . . . SI NO
18. Soy menos guapo (o bonita) que la mayoría  
de la gente . . . . . SI NO
19. Si tengo algo qué decir, generalmente lo digo . . . . . SI NO
20. Mi familia me comprende . . . . . SI NO
21. Los demás son mejor aceptados que yo . . . . . SI NO
22. Siento que mi familia me presiona . . . . . SI NO
23. Con frecuencia me desanimo en lo que hago . . . . . SI NO
24. Muchas veces me gustaría ser otra persona . . . . . SI NO
25. Se puede confiar muy poco en mí . . . . . SI NO

## CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal.

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>			

## CUESTIONARIO DUKE-UNC-11

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

- 1: Mucho menos de lo que deseo.
- 2: Menos de lo que deseo.
- 3: Ni mucho ni poco.
- 4: Casi como deseo.
- 5: Tanto como deseo.

1. Recibo visitas de mis amigos y familiares.
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.
5. Recibo amor y afecto.
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.
- 11 Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama

La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. Cuanta menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación <32, para dividir a los sujetos en dos grupos (apoyo normal o bajo)

## EJEMPLO DE PROGRAMA POR SESIONES PARA COMBATIR LA DEPRESIÓN

Obtenido en el artículo de López Masó IM, et al. Propuesta de intervención para ancianos deprimidos <sup>8</sup>.

### Características generales del programa

- El grupo de trabajo debe ser heterogéneo con un máximo de 20 participantes y un mínimo de 10.
- No incluir en el programa ningún familiar de los coordinadores.
- Las actividades se realizarán con un total de 12 sesiones las cuales se desarrollarán a partir de cada objetivo específico.
- El programa podrá ser aplicado por enfermeros, médicos de la familia y la presencia de un psicólogo que no faltará en ninguna sesión de trabajo.

### Sesión 1

Se les explica a los miembros del grupo el objetivo que se persigue con el trabajo (duración 15 min). El objetivo consiste en promover nuevos estilos de enfrentamiento que propicien la desaparición de la depresión en el anciano.

### Sesión 2

Se trata de un tema de discusión, "El amor a la vida", con el objetivo de elevar el nivel de autoestima de los ancianos. Se decide este tema para comenzar debido a que los ancianos al estar deprimidos les disminuye esta categoría personalológica.

Durante la actividad el peso esencial en la dirección del grupo lo tiene el psicólogo, ya que es necesario estar bien adiestrado en técnicas de psicoterapia.

### Sesión 3

Plantea como objetivo desarrollar aptitudes positivas en relación con el proceso de envejecimiento. Se desarrolla un tema de discusión, "Cómo con mi edad soy útil a mi familia y a la sociedad" (duración 40 min).

### Sesión 4

Se procede al intercambio con los jóvenes de la comunidad, y se utilizan técnicas de psicoterapia de grupo (duración 30 min).

### Sesión 5

Tiene como objetivo elevar el sentimiento de valía personal. Se les propone a los abuelos la terapia ocupacional teniendo en cuenta la edad y la patología de cada uno (duración 1 h).

A continuación se intercambia con los miembros del grupo donde cada uno tendrá la oportunidad de expresar lo que siente (duración 10 min).

### Sesión 6

Actividad recreativa (duración 2 h).

### Sesión 7

Se determina si las actividades realizadas han disminuido la depresión, si ésta es sensible se continúa con el programa, en caso contrario se realiza psicoterapia de apoyo con cada uno individualmente.

### Sesión 8

En esta se determina el nivel de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia. Se realiza psicoterapia de grupo con el tema "La familia" (duración 1 h).

### Sesión 9

Tiene como objetivo realizar dinámicas familiares en los hogares basadas en los temas abordados en las discusiones de grupo (duración 1 h).

### Sesión 10

Aquí el objetivo es aplicar el *test* psicológico, esta sesión es atípica ya que se divide el grupo en subgrupos de cuatro ancianos.

### Sesión 11

Su objetivo es evaluar el impacto. Se realizan las conclusiones a través de una dinámica de grupo donde participarán familiares y otros miembros de la comunidad (duración 2 h).