



**Universidad del Azuay**

**Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación**

**Escuela de Psicología Clínica**

**Estilos de Personalidad y Niveles de Depresión en Adultos Mayores**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de  
Psicóloga Clínica**

**Autores:**

**Natalia Beatríz Naranjo Arichábala**

**Gabriela Isabel Gómez Zambrano**

**Director:**

**Mst. Juan Sebastián Herrera Puente**

**Cuenca, Ecuador**

**2015**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria .....	iii
Agradecimientos .....	iv
Resumen .....	v
Abstract.....	vi
Introducción.....	6
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO.....	9
1.1.Adulto mayor .....	9
1.1.1. Concepto de adulto mayor .....	9
1.1.2. Etapas del envejecimiento .....	11
1.1.3. Cambios en el adulto mayor y su repercusión en la vida .....	13
1.2.Depresión .....	17
1.2.1.Concepto de depresión .....	17
1.2.2. Síntomas de la depresión .....	19
1.2.3. Depresión en el adulto mayor .....	21
1.2.4. Escalas para medir depresión.....	23
1.3.Personalidad .....	26
1.3.1.Definición de Personalidad.....	26
1.3.2. Teoría evolutiva .....	27
1.3.3. Rasgos de personalidad .....	27
1.3.4. Modelo de personalidad de Theodore Millon.....	29
1.3.4.1 Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS).....	30
CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA.....	38
2.1. Tipo de investigación .....	38
2.2. Población y muestra .....	38
2.3. Objetivos de la investigación .....	38
2.3.1. Objetivo General.....	38
2.3.2. Objetivos Específicos .....	38
2.4. Instrumentos utilizados.....	39
2.5. Procedimiento y técnicas de recolección de datos .....	39
CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE DATOS .....	41
CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN.....	51

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	53
5.1. Conclusiones.....	53
5.2. Recomendaciones.....	54
Referencias .....	55

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de depresión.....	18
Tabla2. Síntomas de la depresión.....	20
Tabla 3. Factores etiológicos de la depresión.....	23
Tabla 4. Test MIPS: Escala de Metas motivacionales.....	31
Tabla 5. Test MIPS: Escala de Modos cognitivos.....	33
Tabla 6. Test MIPS: Escala de Conductas interpersonales.....	35
Tabla 7. Media de los puntajes prevalentes según los niveles de depresión.....	46
Tabla 8. Escalas de personalidad y niveles de depresión.....	50

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Gráfico 1. Niveles de depresión en el Adulto Mayor.....	41
Gráfico 2. Estilos de personalidad.....	42
Gráfico 2.1. Metas motivacionales.....	42
Gráfico 2.2. Modos cognitivos.....	43
Gráfico 2.3. Conductas interpersonales.....	44
Gráfico 3. Estilos de personalidad: Comparación Niveles de Depresión.....	46
Gráfico 3.1. Estilos de personalidad y depresión leve.....	47
Gráfico 3.2. Estilos de personalidad y depresión moderada.....	48
Gráfico 3.3. Estilos de personalidad y depresión grave.....	49

## **Dedicatoria**

*"La magnitud de un líder está dada por la profundidad de sus convicciones, el grado de sus ambiciones, el ángulo de su visión y el alcance de su amor". Doss Nathan Jackson*

Dedico esta tesis principalmente a mis padres, Ana y Vicente, por su apoyo incondicional, porque siempre confiaron en mí y porque sin ellos no hubiera logrado todo lo que he alcanzado hasta ahora. También a mis tías y abuelos que a la distancia estuvieron pendientes de cada logro alcanzado y porque nunca faltaron sus buenos deseos y bendiciones, y finalmente a mi amiga, Gabriela, que es también mi compañera de tesis, por estar ahí desde el inicio de todo este camino.

Natalia Naranjo

Dedico este trabajo principalmente a Dios por tantas bendiciones y estar junto a mí en cada paso que doy; a mi esposo que ha estado conmigo en cada desvelo, cada alegría y cada problema sin él esto no fuera posible, a Rafael por su amor a la psicología desde que estaba en mi vientre, a mi familia por su compañía y apoyo en cada uno de mis sueños y metas, y finalmente a mi mejor amiga Natalia con la cual empezamos desde el primer día este sendero y que hoy lo terminamos juntas.

Gabriela Gómez

## **Agradecimientos**

El presente trabajo de tesis, queremos agradecer principalmente a Dios por darnos la fuerza y la sabiduría para aprender cada día más y por nunca permitir que nos rindamos en este largo camino.

A la Universidad del Azuay, por darnos la oportunidad de estudiar y llegar a ser unas buenas profesionales.

Agradecemos a todos nuestros maestros por los conocimientos impartidos, experiencias, consejos, y sobre todo porque algunos de ellos no solo fueron profesores, sino también nos brindaron su amistad y supieron escucharnos cuando más lo necesitábamos.

A nuestro tutor de tesis, el Mst. Sebastián Herrera, quien ha tenido la paciencia, voluntad y tiempo para guiarnos en este trabajo, y ha sido gracias a él que hemos podido cumplir esta gran meta.

Además, agradecemos a todos los que conforman el Centro de Atención al Adulto Mayor del IEES, que fueron quienes nos abrieron sus puertas y nos prestaron la confianza para llevar a cabo esta investigación, caso contrario esto no hubiera sido posible.

Por último, queremos agradecer a todas esas personas que de manera directa o indirecta nos han estado apoyando y dando ánimo en todo este tiempo. Muchas de esas personas están junto a nosotras y otras en nuestros recuerdos.

## **Resumen**


Este trabajo es un estudio descriptivo transversal, no experimental, que tiene como objetivo principal determinar la relación entre estilos de personalidad y niveles de depresión en adultos mayores de 65 a 85 años. Dentro de este estudio participaron 300 adultos mayores del Centro de Atención al Adulto Mayor del IESS, a quienes se les aplicó el Inventario de depresión de Beck (BDI II) y, posteriormente el Inventario Millon de estilos de personalidad (MIPS) a las personas que puntuaron de 14 a 63 en el BDI II. Por último, luego de obtener los resultados, se llegó a la conclusión que los estilos de personalidad de mayor prevalencia en personas con niveles de depresión fueron: modificación, protección, sensación, sistematización y conformismo.

**Palabras claves:** adulto mayor, depresión, personalidad, estilos de personalidad, niveles de depresión.

## ABSTRACT

This work is a descriptive-transversal, non- experimental study, whose main objective is to determine the relationship between personality styles and levels of depression in 65 to 85 years old adults. This study was carried out with the participation of 300 seniors from the IESS care center for the elderly. The Beck Depression Inventory (BDI II), and then the Million Index of Personality Styles Inventory (MIPS) were applied to the persons that scored from 14 to 63 in the BDI II test. Finally, after obtaining the results it was concluded that the most prevalent personality styles in people with depression levels were: modification, protection, sensation, systematization, and conformity.

**Keywords:** The Elderly, Depression, Personality, Personality Styles, Levels of Depression.



Translated by,  
Lic. Lourdes Crespo

## **Introducción**

El envejecimiento es un proceso gradual y adaptativo que se da en la etapa final del ciclo vital de los seres humanos, donde se presentan cambios biológicos, es decir se incrementan los problemas de salud ocasionando discapacidades físicas; psicológicos, en el que se presenta mayor deterioro cognitivo, síntomas depresivos, poca capacidad de afrontamiento y toma de decisiones; y sociales, como son la mayor dependencia, la jubilación y las pérdidas afectivas (Flores , Huerta , Herrera , Alonso, & Calleja, 2011).

Los avances científicos y tecnológicos han aumentado la esperanza de vida y en muchos casos el disfrute de esta última etapa, pero debido a que el envejecimiento no es un fenómeno homogéneo, la calidad de vida de los ancianos y su bienestar varían dependiendo de factores como la edad, el estado físico y psicológico; los mismos que pueden condicionar su nivel de dependencia e influir de manera decisiva en su comportamiento, status social, manera de interactuar con los demás y condición física (Espín, 2008).

Dentro de nuestra sociedad, los adultos mayores son una población vulnerable y que no recibe la atención correspondiente, esto se debe a las muchas estigmatizaciones que las personas tienen de los mismos. Zabala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen (2006) expresan que los ancianos “no son dependientes por su decadencia física, sino que lo son debido a la forma en que son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos”, es decir la sociedad piensa que no son productivos, que necesitan descansar, que ellos prefieren estar en casa, entre otras. Esto afecta de manera significativa principalmente la parte psicológica del adulto mayor, generándole trastornos afectivos, de ansiedad, los mismos que dan como resultados graves problemas de salud (Ruelas, Pelcastre & Reyes, 2014).

Uno de los principales trastornos afectivos que provocan un declive en la salud del adulto mayor es la depresión, entendida como el problema de salud más frecuente, mostrando una desregulación disruptiva del estado de ánimo, caracterizada por que la persona se siente la mayor parte del tiempo triste, vacía, o irritable, existen cambios somáticos y cognitivos que afectan la capacidad funcional de la persona, tales como: la pérdida de concentración y del interés por las actividades que antes realizaba; dificultad para la toma de decisiones; problemas de memoria, atención, lenguaje y en el sueño; y pérdida de



apetito (American Psychiatric Association, 2013). Así mismo, la característica principal es la pérdida de reserva funcional, lo cual hace al adulto mayor más susceptible a los problemas externos al disminuir sus mecanismos de respuesta y su eficacia para mantener el equilibrio interno (Alonso, Sansó, Díaz, Carrasco, & Oliva, 2007).

De acuerdo a la teoría propuesta por Eric Erickson (citada por Bordignon, 2006) el cual realiza un estudio con respecto a los estadios psicosociales que están organizados desde la infancia hasta la vejez, siendo el último el estadio, integridad versus desespero; donde el adulto mayor atraviesa por una crisis donde la falta o pérdida de la integración o de uno de sus elementos se manifiesta por sentimientos de desespero y pérdida de valores, manifestándose con depresión.

Existen múltiples causas por las cuales se puede presentar la depresión; según Bogaert (2012) existen un factor genético que causa una predisposición a la depresión, las situaciones histórico-sociales que la persona esté atravesando y por último y más importante la situación personal del sujeto. Cada una de estas causas desequilibran y empeoran el cuadro depresivo que puede tener el paciente, ya que este trastorno afecta la relación de la persona con su propio yo, y provoca “una alteración de la autoestima relacionada con los vínculos y los logros propios de la persona” (Hornstein, 2006).

Por lo tanto, la depresión es una patología que debe ser diagnosticada a tiempo en el adulto mayor, debido a las consecuencias que trae y el deterioro en la salud que provoca, la depresión debe ser tratada según la gravedad de manera farmacológica y psicológica, ya que esta depende de la interpretación que haga cada persona de sus experiencias y del nivel de sufrimiento que les causen las mismas. Otro aspecto importante que hay que tomar en cuenta y que juega un papel primordial en la depresión es la personalidad del individuo, ya que es propia de cada uno y según esta la persona tiene su manera de pensar y actuar ante las diferentes situaciones.

La personalidad según Allport (citado por Hernández, 2009) es la organización dinámica en el interior de cada individuo, compuesta de aspectos cognitivos, afectivos y operativos, los cuales determinan la conducta, el pensamiento y el nivel de ajuste y adaptabilidad al medio. Algunos de los aspectos que conforman la personalidad son innatos, como lo es el temperamento en las personas; mientras que otros son psíquicos, es decir adquiridos mediante el aprendizaje y la influencia del medio, a este se lo denomina carácter, ambos

factores interactúan entre sí y son los cuales caracterizan, describen e identifican a las personas como seres diferentes, únicos e irrepetibles (Hernández, 2009).

La personalidad depende de factores internos y externos. Dentro de los factores internos está la capacidad de adaptación a situaciones nuevas, toma de decisiones, manejo de situaciones estresantes, mayor tendencia a la autoprotección y evitación (Ribot, Alfonso, Ramos, & González, 2012) y principalmente las estrategias de afrontamiento, las cuales son las herramientas y recursos personales y sociales que tiene cada individuo para manejar y afrontar un evento estresante. Entre las principales estrategias de afrontamiento están: evitación, distanciamiento, reevaluación positiva, aceptación de la responsabilidad, autocontrol, planificación, confrontación y búsqueda de apoyo social (Hernández, 2009).

Los factores externos que se relacionan con la personalidad son las redes de apoyo que tiene la persona, las cuales generalmente están debilitadas en esta etapa del ciclo vital; las relaciones familiares, las mismas que sufren severas modificaciones debido a la muerte, su entorno social; y las creencias culturales que tiene la sociedad.

En conclusión, la personalidad y la depresión son temas relacionados en el adulto mayor, ya que es en esta etapa donde la personalidad puede presentar algunos cambios, los mismos que van acorde al nivel de envejecimiento que presente la persona. Los cambios se pueden observar en la toma de decisiones, en la manera de afrontar los problemas, la tendencia a volverse más introvertidos y a preferir grupos pequeños para evitar adaptarse a nuevas circunstancias, la forma de interactuar con las demás personas o en la manera de interpretar los problemas de la vida diaria. Las modificaciones en la personalidad se dan como consecuencia de los cambios y declives de las capacidades intelectuales, de los cambios corporales, y sobre todo a las nuevas circunstancias sociales que exigen al adulto mayor una readaptación al ambiente.

# CAPÍTULO 1

## MARCO TEÓRICO

### 1.1. Adulto mayor

#### 1.1.1. Concepto de adulto mayor

El envejecimiento es un fenómeno de gran aumento en la actualidad, cuyas cifras son alarmantes; según datos de la Organización de las Naciones Unidas en el año 2000 el porcentaje de adultos mayores era de 6,9%, mientras que se estima que para el 2050 el porcentaje de esta población alcanzará el 16.2% (World Population Prospects, 2013).

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2015) en el Ecuador en el año 2010 la población de adultos mayores de sexo masculino y femenino, correspondía a menos del 1% de la población total, mientras que para el 2015 la población se ha incrementado al 6.8%, y se estima que para el 2020 aumente a un 7.5%. De acuerdo a estas estadísticas y a varias investigaciones se deduce que la población de adultos mayores va a seguir creciendo, y con esto la importancia de conocer respecto a esta edad, para tener las herramientas y la información necesaria para brindar la atención adecuada.

La ciencia ha aumentado la esperanza de vida, lo cual permite que muchos adultos mayores disfruten de esta última etapa, obtengan más experiencias, etc., sin embargo esto para la sociedad representa un reto, ya que debe lograr que esta transición demográfica tenga éxito, debido a que el adulto mayor tiene grandes necesidades a nivel económico, social, y de salud. Según, Alonso, Sansó, Díaz & Carrasco (2007) el nivel económico representa para el estado un gasto en la asistencia social y en su protección ante situaciones de riesgo, a nivel social el intercambio que genera las variantes de la edad en la sociedad y por ultimo a nivel de salud, ya que el adulto mayor se convierte en un excesivo consumidor de medicamentos, atención y servicios de salud.

Debido a esto las investigaciones y las propuestas de acción se han dirigido al estudio de esta etapa, dividiendo al envejecimiento en dos tipos: el individual y el demográfico. El individual se basa en el proceso de evolución de un individuo el mismo que es irreversible y el cual el sujeto lo atraviesa durante todo su ciclo vital y el envejecimiento demográfico también llamado poblacional, es el aumento de adultos mayores con respecto al conjunto de habitantes del que forma parte. (Alonso, Sansó, Díaz, Carrasco, & Oliva, 2007).

Es por ello, que existen muchas teorías que intentan explicar el porqué del envejecimiento, clasificando la edad en varios tipos (Berger,2001): la edad cronológica, que es el número de años que tiene la persona, basándose en datos estadísticos para categorizar si es o no un adulto mayor, lo cual hace referencia a las personas que están transitando la última etapa del ciclo vital, la misma que inicia a los 60 años y termina cuando la persona muere, esta etapa conlleva grandes modificaciones en sus distintas áreas de funcionamiento (Santrock, 2006).

La edad biológica está en relación a los cambios anatómicos y bioquímicos que atraviesa el adulto mayor, lo que representa un proceso intrínseco que afecta a todos los organismos vivos, se caracteriza por la disminución progresiva de la vitalidad y se determina por el marcador biológico por lo que da como resultado el envejecimiento como tal, permitiendo así establecer la longevidad a la que puede llegar una persona. Además, el ritmo de envejecimiento que puede tener una persona en relación a otra va a depender del estilo de vida que ha llevado, como sus hábitos de sueño, su alimentación, presencia o ausencia de consumo de sustancias, rutina de ejercicio, etc.

Los cambios que se presentan a nivel físico son fácilmente observables y son los que definen a la vejez, debido al proceso normal del envejecimiento, algunos de estos cambios son: la pérdida de estatura y de la movilidad, dolores crónicos, problemas cardíacos, renales, sexuales, entre otros (Rivera & Montero, 2008).

La edad psicológica, tiene como base los rasgos de personalidad del sujeto, las formas de afrontar los problemas, toma de decisiones, pensamientos positivos o negativos autoconcepto, habilidades sociales y capacidad de adaptación. Cada una de estas va a determinar el proceso de envejecimiento a nivel mental y comportamental.

La edad social hace referencia al medio en el cual una persona se desenvuelve, tomando en cuenta factores económicos, familiares y laborales. Un cambio trascendental para el adulto mayor es la jubilación, ya que esta marca su salida del ámbito laboral y del grupo social de pertenencia.

Por último, la edad funcional la cual se basa en la actividad individual de cada sujeto, definiendo si envejece o no el individuo de modo particular (Aguera Ortiz & Fernandez, 2010). Se la puede describir como el conjunto de las edades antes mencionadas, lo que demuestra si una persona presenta una vida autónoma e independiente, cumpliendo de

esa manera la realización de sus actividades cotidianas y mantener relaciones sociales de manera óptima. Además, es importante para el sujeto aprender a adaptarse y ajustar su estilo de vida a su nueva condición de salud.

## **1.1.2. Etapas del envejecimiento**

### **1.1.2.1. Teoría psicosocial de Erick Erickson**

El autor Erik Erickson (citado en Craig & Don Baucum 2009; Bordignon, 2006), propone ocho estadios psicosociales que están organizados desde la infancia hasta la vejez, donde cada uno se interrelaciona con el otro, ya que el modo en como el individuo resuelve una etapa va influir en la siguiente, ya sea de manera positiva o negativa.

En la adultez temprana se encuentra la crisis de intimidad frente al aislamiento, en la cual la intimidad es la fuerza sintónica que lleva al individuo a establecer lazos afectivos tanto en el amor como en el trabajo, y que estos sean satisfactorios, mientras que el aislamiento representa la incapacidad para lograr la reciprocidad y una unión cercana. Debido a esto es necesario que se establezca un equilibrio para que se fortalezca la capacidad de amor y el funcionamiento social (Bordignon, 2006).

En la adultez media el sujeto tiene que atravesar por la etapa de generatividad frente estancamiento (Craig & Don Baucum, 2009), donde la cualidad de la generatividad está en fomentar el desarrollo de las futuras generaciones, y su virtud es el cuidado y el amor logrando así un enriquecimiento personal y un aporte hacia la sociedad. Es importante la superación de esta fase, ya que la persona debe amar y trabajar con el fin de ayudar a los demás y buscar su bienestar.

Finalmente, en la adultez tardía, la etapa de integridad frente a desesperación, la misma que es el resultado del conjunto de experiencias de estadios anteriores, donde entra en juego la capacidad de aceptarse uno mismo, la manera de relacionarse con el otro, trascender y poder lograr una retrospectiva positiva de su vida, contemplando sus logros, aceptando sus errores y metas no cumplidas, tomando todo esto como experiencias que ayuden a nuevas generaciones, ya que si no lo logra ve su vida como improductiva y con escaso valor, manifestando sentimientos de desespero, pérdida de valores, pudiendo llegar a una depresión. (Craig & Don Baucum, 2009).

### **1.1.2.2. Teoría de Robert Havighurst**

Robert Havighurst (citado en Craig & Don Baucum, 2009) describió el desarrollo dividido en una serie de periodos en los cuales hay que cumplir determinadas tareas, dentro de las tareas de la vejez está el hecho de adaptarse al deterioro de la salud y la fuerza física, siendo difícil para ciertos adultos mayores, ya que han llevado una vida activa y han sido independientes en sus actividades y por ello este proceso de adaptación se convierte en un verdadero desafío.

Otra de las tareas es el adaptarse a la jubilación y a la disminución del ingreso, generalmente han dejado de trabajar por lo que sus ingresos no son iguales, muchos compromisos dejaron de existir con la jubilación; por lo que tienen más tiempo libre y este se convierte en una ventaja y desventaja a la vez. Una ventaja, porque el adulto mayor no carga con tantas responsabilidades, posee más tiempo para el descanso, disfrute y el cuidado de su salud, mientras que por otro lado el tener mucho tiempo les genera ansiedad por que el día se hace más largo ya que realizan las actividades pendientes pero las mismas se terminan, si tienen hijos estos tienen otras ocupaciones y no pueden pasar con ellos, generalmente esto los deprime y transforman a la jubilación en algo negativo para sus vidas.

### **1.1.2.3. Teoría de Daniel Levinson**

Levinson divide al ciclo vital en cinco períodos, los cuales afectan a todos los seres humanos, y se caracterizan porque presentan ciertos momentos de equilibrio, además de cambios y transiciones con gran carga a nivel emocional. Se encuentran: la Preadulthood, Adulthood temprana, Adulthood media, Adulthood tardía y Adulthood realmente tardía (Rivera, 2007).

Según Levinson (citado por Rivera, 2007), todos estos periodos están relacionados con “la estructura de la vida”, la misma que hace que el sujeto se comporte de una misma manera, formándose en el individuo un patrón que constituye su personalidad, el mismo que es estable a lo largo del tiempo y lo hace ser diferente de los demás. Esta estructura se puede modificar hasta cierto punto por el ambiente y el medio social, permitiendo comprender los cambios que tienen ciertas personas con el paso de los años.

Al llegar a la adultez tardía el individuo le da más importancia a las recompensas o metas a corto plazo, se presenta una disminución de la energía, su destreza física empeora

(González, 2004), y es cuando los sujetos se cuestionan si esa estructura de vida fue la adecuada o si lograron adaptarse a todos los cambios, sin modificar su patrón comportamental (Rivera, 2007).

#### **1.1.2.4. Teoría de Huberman**

Otro autor es Huberman (1974) quien explica las etapas de la vida de acuerdo al ciclo vital, donde los intereses y las motivaciones evolucionan en la vida adulta por lo que distingue seis ciclos: concentración en la propia vida, concentración de las propias energías, afianzamiento y valores propios, mantenimiento de la posición alcanzada, pensando en el retiro y por último aumento de la desconexión.

Los primeros ciclos explican las etapas de la vida desde los 18 años hasta los 60, concentrándose en la identidad psicológica de un sujeto, el aumento de la experiencia, los desafíos que deben cumplir, entre otros (González, 2004); los dos últimos ciclos se basan en el adulto mayor como lo es, el ciclo “pensando en el retiro”, hace referencia a la edad entre los 60 a 70 años donde se caracteriza por una disminución de la salud y de las relaciones interpersonales, lo que lleva al sujeto a buscar actividades con recompensas inmediatas haciendo que estas le brinden mayor bienestar, como juegos, ejercicios mentales y físicos (Huberman, 1974)

El otro ciclo es el “aumento de la desconexión”, este va desde los 70 años en adelante y se caracteriza por el absoluto cese de sus funciones laborales y de sus relaciones interpersonales, y es donde las motivaciones para seguir viviendo suelen ser pocas, y lo que se vuelve importante son sus pensiones y la dependencia hacia los demás (González, 2004).

#### **1.1.3. Cambios en el adulto mayor y su repercusión en la vida**

Los cambios en el estilo de vida producen un desequilibrio en el adulto mayor llevándolos a padecer algún tipo de patología, generalmente ansiedad o depresión, entre los principales factores están (Aguera Ortiz & Fernandez, 2010):

- Enfermedad del cónyuge: al tener una situación similar con disminución de la capacidad física se les hace más difícil la atención a la pareja, además se vuelve más complicada la situación para los adultos mayores que viven en total dependencia.

- Muertes y duelos: las pérdidas de personas cercanas ocurren más frecuentemente en la vejez, es importante tomar en cuenta el número y la relación con el sujeto para poder entender el impacto que genera esta pérdida. Las muertes no esperadas como las de hijos o nietos, suelen tener un mayor impacto provocando que el adulto mayor sea más propenso a padecer una depresión.
- Jubilación: en determinados casos esta suele ser un estresor, para personas que han considerado al trabajo como una fuente de refuerzo ante habilidades y capacidades no bien logradas.
- Institucionalización: generalmente es una preocupación para el adulto mayor, debido a las ideas negativas y referentes a las casas de acogida, y al mismo tiempo el temor de convertirse en “un estorbo” para los hijos.
- Dinero, pensiones, y finanzas: puede ser un problema debido a que el dinero ya no depende de su esfuerzo propio, sino más bien de las decisiones gubernamentales o de poderes donde ellos no pueden ejercer control.
- Robos, delitos y agresiones callejeras: es característico en esta edad debido a que es una población vulnerable; la sola posibilidad es vivida con angustia por el adulto mayor.
- Problemas de familia: la relación de familia adquiere más relevancia en el adulto mayor, el cual puede vivir los problemas de algún miembro de su familia como propios.

Otro cambio importante y que repercute de manera significativa en la calidad de vida es el estado cognitivo de un adulto mayor el mismo que es fundamental para un diagnóstico oportuno y un tratamiento a tiempo, debido a que la edad provoca que las distintas capacidades cognitivas en el ser humano disminuyan, ante esto Mirbet (2012), indica que a partir de los 30 años, iniciaría ya un declive de ciertas capacidades intelectuales.

El deterioro cognitivo está asociado a una disminución de la memoria debido al paso de los años, se caracteriza por un déficit estructural en las funciones mentales superiores y en un alto porcentaje provoca demencia (Vila, Cortes, Alvarado, & Overmier, 2010). La demencia es uno de los trastornos neurocognitivos más frecuentes en la población de adultos mayores, esta hace referencia al daño severo de las funciones intelectuales.

Es un término que engloba una serie de enfermedades crónicas que presentan síntomas básicamente similares: un declive progresivo de todas las funciones intelectuales, siendo



la característica esencial el desarrollo de múltiples déficits cognoscitivos que incluyen un deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución (Rodes, 2015).

Los individuos con demencia son especialmente vulnerables a los factores estresantes, tanto físicos como psicosociales, lo que puede precipitar o agravar su déficit intelectual además de agravar su estado de salud. Es importante señalar que la demencia no es una dolencia normal del proceso de envejecimiento (Rodes, 2015). Los trastornos de demencia son provocados por procesos patológicos anormales (de naturaleza genética o vascular, entre otros) y pueden afectar tanto a las personas jóvenes como a los ancianos.

Otra problemática común es la enfermedad de Alzheimer, siendo la causa más común de demencia, la misma que tiene rasgos clínicos y psicopatológicos característicos. El principal rasgo es el compromiso progresivo de la memoria, haciendo imposible el aprendizaje de nueva información. En algunos casos donde la enfermedad es leve el sujeto puede recordar el material remoto que está bien aprendido, pero la nueva información no puede ser almacenada. (Psiquiatría A. C., 2000).

Las alteraciones en la comprensión del lenguaje, déficit visual incluyendo variedades de agnosias, déficit cognoscitivo focal como acalculia, desorientación derecha izquierda entre otros. Los cambios de personalidad en la persona con Alzheimer son notables, evidenciándose una disminución en la expresión de las emociones. Otra consecuencia de esta enfermedad es la psicosis y la agitación, los mismos que son síntomas característicos, con frecuencia los delirios son de tipo persecutorio, donde los paciente creen que sus cuidadores o sus familiares cercanos son impostores y que todo el tiempo les están haciendo daño (Psiquiatría A. C., 2000).

Debido a la reducción homeostática que sucede en la vejez, la cantidad y calidad del sueño se ven afectados, mostrándose un adelanto en la fase circadiana del sueño y dificultades en el mantenimiento del sueño profundo, aumento de despertares y disminución del sueño reconfortante, es entonces cuando el adulto mayor se siente desinteresado, fatigado y valora negativamente su tiempo de descanso (Ernesto Cruz Menor, 2008).

Los pacientes con insomnio frecuentemente tienen asociado a esta problemática trastornos depresivos, de ansiedad o bipolaridad. Es más prevalente en las mujeres y este

puede aparecer en cualquier momento de la vida, pero es común que el primer episodio aparezca en la edad adulta.

La etiología del insomnio en el adulto mayor tiene muchos factores, entre estos ajustarse a los cambios de vida, la jubilación, las enfermedades, y sobre todo los malos hábitos de sueño como son: no dormir a una hora regular, es decir, dormir muy temprano o muy tarde, la alimentación muy pesada en la noche o junto con bebidas estimulantes, la medicación, etc, (Ernesto Cruz Menor, 2008).

Los trastornos del sueño son comunes en la tercera edad y pueden ser divididos en trastornos primarios: como el síndrome de apnea durante el sueño, mioclonos nocturnos, síndrome de piernas inquietas, movimiento periódico de extremidades; y secundarios: como la depresión, ansiedad, tos, disnea, dolor, mala higiene del sueño, entre otros (Ernesto Cruz Menor, 2008).

Otra problemática común son los trastornos depresivos. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) afectan a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 1,6% de la discapacidad total en las personas de 60 años de edad y más. La depresión es un conjunto de síntomas donde el sujeto experimenta una pérdida del interés y una incapacidad de satisfacción con las actividades diarias.

Según General (2012) en los adultos mayores no se presentan en totalidad los criterios diagnósticos en los pacientes deprimidos, por lo que es importante notarla con síntomas como: irritabilidad, agitación, ansiedad, preocupación, deterioro en su cuidado, disminución del entusiasmo, entre otros. Siendo así, lo más importante en esta patología, que el clínico la detecte y le dé el tratamiento necesario, y mas no que sea tomada como una subpatología donde se piense que el estar deprimido es parte del proceso normal del envejecimiento.

Los factores predisponentes para una depresión en el adulto mayor son: la familia, las complicaciones en su salud, las pérdidas y cierta medicación (General, 2012), es por ello necesario obtener toda la información correspondiente a las distintas áreas o ámbitos en los que se desenvuelve el paciente con el fin de llegar a obtener el mejor resultado dentro de la terapia.

## **1.2. Depresión**

### **1.2.1. Concepto de depresión**

Los trastornos del estado de ánimo son las patologías en el área de salud mental que se presentan con mayor frecuencia dentro de la sociedad, siendo la depresión la más común.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2008), la depresión se la califica como la tercera causa de muerte, siendo así un síndrome o agrupación de síntomas de tipo emocional (Alberdi, Taboada, Castro, & Vásquez, 2006). Así mismo, se realizó una proyección para el 2020, donde se concluyó que la depresión pasaría a ser la segunda causa de muerte, siendo la primera las enfermedades cardiovasculares, debido a que se presenta como un agravante para muchas enfermedades de tipo físico, tales como diabetes, enfermedades cardíacas, cáncer, entre otras.

Los sentimientos de tipo depresivo son experimentados por todas las personas y son expresiones normales para diferentes eventos vitales (Kleinman, 2004), estos se pueden tomar como patológicos si se mantienen por mucho tiempo e influyen en el funcionamiento de la persona en sus diferentes áreas, tales como la familiar, laboral, emocional y social.

Además, es importante tomar en cuenta el plano cultural, debido a que cada persona puede entender a la depresión como un concepto diferente, es decir, unos la pueden ver como una enfermedad y otros únicamente como una emoción. Dentro del plano cultural está inmerso el comportamiento humano, por lo que a pesar de que la depresión sea una enfermedad que se da a nivel universal, el cuadro y la sintomatología que presenta va a variar de una cultura a otra (Aguirre, 2008; Berenzon, Lara, Robles & Medina, 2013).

En el mismo contexto cultural, según Buber (1964), la palabra depresión ha tenido su historia contextual, expresada por tres palabras: melancolía, acedia y depresión. La palabra melancolía, en la historia, Hipócrates la llamó bilis negra, lo cual significaba un desequilibrio en el humor de la persona, la misma que se consideraba como un estado de tristeza patológica (Bogaert, 2012); el término acedia se lo utilizó en la época en la cual las personas empezaron a apegarse a la religión y describe a un estado de ánimo apático, de tristeza, aislamiento y angustia, aquí existían tres clases: amargura, acedia que produce sueño y rechazo al tema religioso (Aguirre, 2008); por último, el término depresión se empieza a utilizar en 1725 por R. Blackmore, el que se utiliza hasta la actualidad.

La palabra depresión es utilizada por un sinnúmero de profesionales y a pesar de haber pasado por tres diferentes nombres, el significado es el mismo, es decir se referían a: abatimiento, apatía, sentimientos de desesperanza, confusión, tristeza, y es una patología a la cual hay que darle mucha importancia, ya que es grave y es una enfermedad que padecen muchas personas dentro de la sociedad.

Dentro del trastorno depresivo, existen varios tipos, tal como se explica en la siguiente tabla, siendo los más importantes el trastorno depresivo grave y la distimia (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009).

**Tabla 1.**

***Tipos de depresión***

<b>Tipos</b>	<b>Descripción</b>
Trastorno depresivo grave	Combinación de síntomas que influyen en las diferentes áreas de desenvolvimiento de la persona, incapacitándola.
Distimia	Aparece durante un largo periodo de tiempo, presentando síntomas muy parecidos al trastorno depresivo mayor, pero de menor gravedad.
Depresión psicótica	Depresión acompañada con síntomas psicóticos, perdiendo el sentido de la realidad.
Depresión postparto	Episodio depresivo que se presenta luego del parto.

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. (2009). *Depresión*. Estados Unidos: Publicaciones NIH.

La depresión es una patología multifactorial, donde se deben tomar en cuenta tanto aspectos internos como externos. Los aspectos internos se refieren a la parte biológica, ya que la depresión es catalogada como una enfermedad endógena, donde el factor hereditario es esencial al momento de dar este diagnóstico. La depresión, se puede presentar también por falta de neurotransmisores, hormonas o deficiencia de vitaminas o minerales en el cuerpo (Campagne, 2012).

Así mismo, los factores externos están en relación a una respuesta a problemas históricos y sociales o situaciones que se puedan presentar en la vida del sujeto, y la aparición de la enfermedad va a depender de cómo cada persona afronte e interprete la situación y el nivel de sufrimiento personal que experimente. Dentro de este apartado y siguiendo lo que dice Aguirre (2008), la depresión según su origen se clasifica en tres tipos:

- Depresiones “biográficas”: este tipo de depresiones se produce por las pérdidas que una persona puede tener, existiendo así pérdida de seres queridos, de un objeto y en el ámbito laboral.
- Depresiones “neuróticas”: las depresiones de este tipo se presentan en sujetos con personalidad neurótica, y son aquellas en que por un problema psíquico se alteran los niveles de ansiedad. En relación al psicoanálisis, las depresiones neuróticas se diferencian de la psicóticas, ya que la persona aún mantiene su estado del yo, la capacidad de poder relacionarse y comunicarse con el otro (Bogaert, 2012).
- Depresiones “secundarias”: producida por la presencia de alguna enfermedad física o el consumo de sustancias psicoactivas o medicamentos.

Por otro lado podemos decir que la depresión se la conceptualiza como un sufrimiento vital en el que la persona sufre por vivir y la cual “resulta de una alteración de la autoestima en el contexto de los vínculos y los logros actuales. Lo infantil es reactivado. Las depresiones ilustran la relación estrecha entre la intersubjetividad, la historia infantil, la realidad, lo corporal y los valores, y desde ya, la bioquímica” (Hornstein, 2006).

En conclusión, la depresión es una enfermedad que se presenta poco a poco, por lo que muchas veces las personas lo ven como un estado de ánimo normal, sin darse cuenta de la influencia que esta puede tener en su diario vivir, por lo que una depresión que no es atendida a tiempo va empeorando de manera progresiva, que va desde deteriorar el estilo de vida de una persona hasta el suicidio de la misma (Aguilar, Durán, Martínez, Rodríguez, Gutiérrez & Vásquez, 2013).

### **1.2.2. Síntomas de la depresión**

Anteriormente se habló, que la depresión se presenta de manera gradual, esto según Aguirre (2008) se da en un 80% de las personas, ya que el 20% restante tiene un comienzo rápido, generalmente se debe a pérdidas o por el diagnóstico de alguna enfermedad física grave. La sintomatología de la depresión difiere de una persona a otra, en la intensidad, gravedad y duración del cuadro.

La depresión es uno de los principales trastornos afectivos que provocan un declive en la salud de las personas, es catalogada como el problema de salud más frecuente, mostrando una desregulación disruptiva del estado de ánimo, caracterizada por que la persona se siente la mayor parte del tiempo triste, vacía, o irritable y existen cambios somáticos y cognitivos que afectan la capacidad funcional de la persona (American Psychiatric Association, 2013).

Los principales síntomas se pueden agrupar en cuatro principales grupos, tal como lo explica la siguiente tabla.

**Tabla 2.**

***Síntomas de la depresión***

<b>Síntomas físicos</b>	Fatiga
	Disminución general de las facultades físicas
	Insomnio/ hipersomnia
	Cambios en los hábitos de alimentación
	Enfermedades orgánicas: cefaleas, dolores de estómago, dolores musculares.
	Falta de apetito sexual
<b>Área Afectiva</b>	Estado de ánimo depresivo: tristeza
	Labilidad emocional
	Irritabilidad
	Sentimientos de abandono
	Ansiedad
	Baja autoestima
<b>Área cognitiva</b>	Llanto fácil
	Aturdimiento intelectual
	Dificultad para concentrarse

	Disminución de la atención
	Dificultad para la toma de decisiones
	Problemas de memoria, lenguaje
	Pensamientos distorsionados, negativos y de muerte.
	Aislamiento
	Anhedonia: pérdida del placer
	Incapacidad para expresar emociones
	Discomunicación
<b>Área social</b>	

Fuente: American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.

La depresión además de los síntomas mencionados anteriormente, se presenta con incidencia en lo somático, es decir que una persona con depresión puede presentar síntomas físicos de alguna enfermedad, los cuales pueden ocultar la depresión o viceversa, por esto se conoce a esta patología como psicofísica y para lo cual es necesario un tratamiento tanto psicológico como médico, ya que existen muchas personas que son resistentes al tratamiento farmacológico.

### **1.2.3. Depresión en el adulto mayor**

La depresión es una de las patologías que mayor consecuencias causa en la salud del adulto mayor, oscilando su prevalencia en la comunidad geriátrica del 0.6% al 29.7%. Además, está relacionada con una alta morbilidad, siendo dos o tres veces más la probabilidad de muerte en un adulto mayor con depresión (Sotelo, Rojas, Sánchez, & Irigoyen, 2012), y altos costes socioeconómicos tanto para la persona como para la familia de la misma (Patiño, Arango, & Lucidia, 2013).

En el proceso de envejecimiento, el adulto mayor presenta diferentes cambios en su funcionamiento físico y biológico, los cuales no se pueden atribuir únicamente al envejecimiento, ya que en algunas instancias los problemas orgánicos se deben a patologías psicológicas tratables (Sotelo, Rojas, Sánchez, & Irigoyen, 2012), por lo que es común que la salud mental también se vea afectada, principalmente aquí es donde la persona empieza a presentar síntomas depresivos, tales como tristeza, sentimientos de

inutilidad, entre otros, lo cual produce un deterioro y así mismo genera dependencia funcional; este deterioro está vinculado a los múltiples cambios que se generan en esta etapa tales como: jubilación, muerte de la pareja y sus padres, separación de los hijos, cambio de residencia y problemas físicos (Aguilar, Durán, Martínez, Rodríguez, Gutiérrez & Vásquez, 2013)

La población más vulnerable a sufrir un cuadro depresivo son: personas de sexo femenino, personas sedentarias, con presencia de enfermedades crónicas (cáncer, obesidad, hipertensión, asma), personas que llevan un estilo de vida no saludable (tabaquismo, consumo de alcohol), soledad, familias disfuncionales y personas que no tiene una independencia económica (Molina, et al, 2003)

Por otra parte, como factores protectores se encuentran el grupo de apoyo y la participación del adulto mayor en grupos de socialización, ya que aquí podrán compartir con personas que presenten sus mismos intereses y necesidades. Sin embargo, el modo en cómo la persona se adapta a nuevas situaciones cumple un papel importante para que se desarrolle o no una depresión, por lo que en el paciente geriátrico esta adaptabilidad va a depender de los eventos ocurridos en el pasado, su salud, sus capacidades de comunicación y afrontamiento.

La depresión puede presentarse como factor de riesgo para muchas enfermedades, no diciendo de esta manera que tiene una relación directa, ya que la depresión se puede dar por el propio deterioro sensorial y físico del sujeto (Bastidas, 2014). La demencia es una de las patologías más comunes en este grupo de edad, y según Munuera, Fernández, Sitjas, Elías & Chesa (2003) se pueden relacionar con la depresión de tres maneras:

- Depresión en la demencia
- Demencia o depresión (diagnóstico diferencial)
- Depresión que induce a una demencia

Es importante mencionar que las depresiones psiquiátricas se las clasifica en depresiones de inicio precoz, antes de los 65 años y de inicio tardío, después de los 65 años, en donde influyen factores biológicos, sociales y psicológicos (Arango & Fernández, 2003), tal como lo explica la tabla siguiente.



**Tabla 3.**

***Factores etiológicos de la depresión***

<b>Factores etiológicos</b>	<b>Descripción</b>
<b>Biológicos</b>	Exceso o déficit de sustancias químicas como: dopamina, serotonina, noradrenalina. Problemas en algunas áreas del cerebro: ganglios basales, sistema límbico, lóbulos frontales y temporales. Lesión cerebral.
<b>Psicológicos</b>	Mal manejo de estrés. Visión negativa de sí mismo y del ambiente. Fracasos y éxitos. Duelos. Pérdida de autoestima.
<b>Sociales</b>	Cambios en el status social. Cambio de domicilio. Fracaso laboral y/o familiar. Falta de recursos económicos. Jubilación.

Fuente: Arango, J. C., & Fernández, S. (2003). Depresión en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41-54.

El tratamiento de la depresión en el adulto mayor debe llevarse a cabo con un equipo multidisciplinario, generalmente con la ayuda de los fármacos adecuados y el proceso psicoterapéutico apropiado. La terapia cognitivo conductual es una de las más aplicadas y con mejores resultados. Sin embargo, las terapias corporales, familiares, el ejercicio físico, entre otros pueden servir de forma preventiva.

#### **1.2.4. Escalas para medir depresión**

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente, por lo que dentro de la consulta psicológica es muy común ver pacientes con este diagnóstico. Dicho esto, es importante mencionar que se han elaborado varias escalas para poder determinar la existencia de depresión en los pacientes, estos test son utilizados por los psicólogos como una

herramienta de ayuda para poder determinar un diagnóstico más seguro y confiable, y así poder realizar un plan de tratamiento adecuado para el paciente.

Las escalas para medir depresión se han agrupado según los ciclos de vida de las personas, es decir existen escalas para niños, adolescentes y adultos, ya que de esta manera se podrán obtener resultados más efectivos, objetivos y veraces. Existen una variedad de escalas, las cuales por medio de investigaciones se han podido determinar que son fiables y válidas. Entre las escalas más utilizadas tenemos las siguientes:

- Escala de Hamilton para la Depresión (HAM)

Es una escala que sirve para medir la intensidad de la depresión en pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo, pacientes alcohólicos y con demencia (población geriátrica). Además, es muy utilizada para poder verificar la mejoría del paciente en el periodo de tiempo que se encuentra en tratamiento psicológico. Los ítems que se incluyen en el test indagan síntomas tales como: ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio, actividades, inhibición, agitación, ansiedad, síntomas somáticos, síntomas sexuales, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. En relación a esto, podemos decir que el test proporciona tres índices: ánimo depresivo, ansiedad y sueño (Lobo, Chamorro, Luque, Dal-Re, Badia, Baro, 2002).

- Escala de Depresión de Yesavage

Esta escala es también conocida como la escala de depresión geriátrica (GDS), la cual su principal ventaja es que no confunde los síntomas físicos propios de los adultos mayores con los depresivos, centrándose así principalmente en síntomas cognitivo conductuales característicos de esta patología. Este test está comprendido por 15 ítems y los resultados están clasificados en tres niveles: nulo, leve y establecido (Bacca, González, & Uribe, 2005).

- Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

La MDRS es una escala que se aplica a la población en general, la que evalúa síntomas de la depresión y el nivel de gravedad de los mismos. Esta escala tiene 10 ítems y debe ser aplicada por un profesional, aunque existen algunas versiones que se pueden autoaplicar. Los ítems incluyen tristeza, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir,

pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas (Lobo, Chamorro, Luque, Dal-Re, Badia, Baro, 2002).

Es importante recordar que esta escala debe ser aplicada por un clínico, ya que muchas de las respuestas de este test van a ir acorde a la entrevista que el profesional haya hecho; por la información referida por los familiares de paciente; o por la apreciación y percepción que el psicólogo tenga del paciente, ya sea por la interpretación de su conducta no verbal o verbal durante la entrevista clínica.

Por otra parte, uno de los test que se utiliza con mayor frecuencia tanto en la consulta como en investigaciones, es el Inventario de Depresión de Beck, el cual ha tenido varias versiones, las que han avanzado de acuerdo a las investigaciones sobre la depresión y las actualizaciones que se han ido dando en los diferentes manuales, tales como el DSM y el CIE.

#### **1.2.4.1. Inventario de Depresión de Beck**

El BDI es un test que mide la presencia de síntomas depresivos en las personas de 18 a 65 años o más, clasificando la gravedad de la depresión en tres niveles: leve, moderado y grave. Este test, como se menciona anteriormente se ha convertido en el más utilizado para medir depresión tanto en personas con problemas psicológicos como en personas sanas y los niveles de depresión se miden tomando en cuenta dos dimensiones, la cognitivo-afectivo y somático-motivacional (Sanz, Perdigón, & Vázquez, 2003).

El BDI ha tenido diferentes versiones, la última versión es el inventario de depresión de Beck II (BDI II), la cual se publicó en 1996 (Sanz, Gutiérrez, & Gesteira, 2014); esta versión ha tratado de indagar cada uno de los criterios y síntomas de la depresión propuestos en el DSM IV, por lo que muchos profesionales utilizan este test antes y después del tratamiento para la depresión, para de esta manera poder observar si se evidencia una mejoría significativa en la sintomatología de los pacientes.

La validación de este test se ha dado por medio de varios estudios en diferentes países, principalmente en España y con una población variada, es decir, tomando en cuenta variables tales como sexo, estado civil, enfermedades, religión, entre otras. De acuerdo a algunos de estos estudios se ha visto que las puntuaciones muestran una gran diferencia entre pacientes con trastorno depresivo mayor y personas que no lo tienen, por lo que el manual de este test muestra los puntos de corte adecuados según la situación (Muñiz & Fernández, 2010).

Además, Según Sanz, Perdigón & Vázquez (2003), refieren que las personas que puntúan más alto en esta escala de depresión son personas de sexo femenino, de edad adulta (más de 60 años), con bajo nivel de instrucción y personas separadas o viudas, de acuerdo a estas afirmaciones se puede notar que las personas que pueden presentar esta patología son aquellas poblaciones vulnerables.

### **1.3. Personalidad**

#### **1.3.1. Definición de Personalidad**

La personalidad ha sido uno de los temas más controversiales, debido a que existen muchos autores que han aportado diferentes conceptos sobre qué es la personalidad. En el ámbito psicológico, el ser humano es visto como una unidad organizada, la misma que se ha formado desde que nacemos como una entidad natural.

La palabra personalidad ha sido utilizada desde muchos años atrás y se origina del término persona, tomando en cuenta únicamente las características externas, enfocándose en como un individuo se presentaba y era visto frente a la sociedad, sus cualidades y el rol que cumplía (Lluís, 2002), es decir, la personalidad era vista de acuerdo a una base social donde las exigencias del medio y las respuestas que los individuos tenían frente a estas, eran parte importante de su definición (Montaño, Palacios, & Gantiva, 2009).

A medida que pasó el tiempo y se generaron mayores investigaciones científicas respecto al tema, se incluyeron dos conceptos importantes: temperamento y carácter. Según Cloninger (2003) el término temperamento “se refiere a los estilos consistentes del comportamiento y a las reacciones emocionales que presentan las personas desde la infancia, presuntamente debido a influencias biológicas”, por lo que, el temperamento es la parte innata de la persona y la forma en cómo reacciona ante las necesidades y amenazas del medio. Por otro lado, el carácter se relaciona directamente con las experiencias de cada persona según las situaciones vividas, sus sentimientos y emociones, la forma de relacionarse y las condiciones externas (Montaño, Palacios, & Gantiva, 2009). Así mismo, es el cual controla, regula y cambia el comportamiento de los sujetos con el objetivo de actuar de manera asertiva ante las demandas del medio (Lluís, 2002).

Debido a los factores involucrados en la estructura de la personalidad, es importante mencionar que a pesar de que las personas tengan un mismo potencial biológico su personalidad puede ser diferente, ya que esta se ve influenciada por el ambiente y la forma en cómo la persona interpreta su realidad (Cloninger, 2003).

De acuerdo a Cloninger (2003) la personalidad es la causa principal de los diferentes comportamientos que tiene el ser humano, y por lo cual es evidente que esta no se va a modificar, pero las reacciones que tenga la persona tampoco van a ser consistentes a lo largo de las situaciones, es decir, las situaciones pueden ser más poderosas que la personalidad como determinantes del comportamiento, debido a que la forma de interpretarlas según el momento y estado personal del yo en el que se encuentre cada individuo.

Las teorías más importantes en las que se basa el estudio del cambio y la estabilidad de la personalidad en el adulto son: la teoría evolutiva y la teoría de los rasgos de la personalidad (Caprara, 2004).

### **1.3.2. Teoría evolutiva**

La teoría evolutiva se centra en los cambios que el ser humano experimenta en relación a su edad cronológica (Caprara, 2004), lo cual es otro factor que influye significativamente en la estructura de la personalidad, ya que con el paso del tiempo esta se vuelve más estable y sólida, y es en la etapa de la senectud donde a pesar de que la personalidad no sufre mayores cambios en sus rasgos básicos, sí en ciertas dimensiones debido a las modificaciones del entorno (Cloninger, 2003).

### **1.3.3. Rasgos de personalidad**

Los rasgos son una parte que conforma la personalidad, los mismos que se relacionan con la conducta del individuo y son estables (Ferrer, 2003), es decir, caracterizan la forma en la que una persona piensa, capta, responde a los estímulos del medio y establece relaciones interpersonales en diferentes circunstancias y contextos (Molinera, 2009).

El pionero y mayor investigador en este tema es Gordon Allport (citado por Hernández, 2009), quien define a los rasgos como entidades permanentes y consistentes a lo largo del tiempo, y que además estos permiten que una persona reaccione de la misma forma. Así mismo, propone algunas características, tales como:

- Presentes de manera real en las personas. No son formas de identificar el comportamiento de cada individuo.
- Se encuentran relacionados entre sí, a pesar de ser diferentes.
- Se pueden observar, por lo que son fácilmente identificables a lo largo del tiempo.
- Los rasgos pueden ser antagónicos y van a variar de una situación a otra

- No son sólo respuestas ante estímulos varios, sino son los causantes y determinantes de la conducta.

Existen dos posiciones para catalogar a los rasgos. En primer lugar, se ven a los rasgos como disposiciones o tendencias construidas que no varían y que permiten describir la personalidad, la conducta y en algunos casos los pensamientos y sentimientos de cada persona. En segundo lugar, se ven a los rasgos como estructuras reales de origen biológico, los cuales forman parte de la genética de los sujetos (Romero, 2005).

Por otro lado, como se ha mencionado anteriormente los rasgos pueden variar de un suceso a otro, lo cual estaría dentro de la normalidad, pero según Molinera (2009), los rasgos se pueden presentar de manera patológica, lo cual sucede cuando se vuelven inflexibles y la persona responde de la misma manera ante cualquier estímulo que se le presente en el ambiente que se desenvuelve, llegando así a facilitar la existencia de círculos viciosos y dificultando la capacidad de afrontamiento ante el estrés.

Por otro lado, otros autores han planteado el modelo del rasgo, el cual divide a los mismos en cinco dimensiones fundamentales: extroversión o energía, neuroticismo o estabilidad emocional, apertura a la experiencia, afabilidad, tesón o responsabilidad (Romero, Luengo, Gómez & Sobral, 2002), teniendo en cuenta que cada dimensión presenta características específicas, las cuales describen el comportamiento que puede tener cada persona (Bausela, 2005).

- Extraversión o energía: las personas extrovertidas son aquellas que les gusta relacionarse con los demás, son activas, habladoras y enérgicas.
- Neuroticismo o estabilidad emocional: presentan estabilidad emocional y buenas relaciones con los demás. También, está en relación al nivel de manejo de las emociones negativas.
- Apertura a la experiencia: personas que gustan de nuevas actividades, son imaginativas, disfrutan de aprender cosas nuevas.
- Afabilidad: personas amables, cooperativas, tiene espíritu de ayuda y cordiales.
- Tesón: personas responsables objetivas, analíticas y metódicas.

Dicho todo esto, la personalidad es un tema muy estudiado, por lo que se han dado diferentes investigaciones, no sólo sobre personalidad en sí, sino también asociada con otro tema de importancia, como es la depresión. Por ejemplo, según el estudio realizado por Gassul Molinera (2009), personas que presentan rasgos de personalidad muy

marcados son más propensos a padecer trastornos afectivos, en este caso personas que sean inhibidas, aisladas, con temperamento distímico y autoconcepto negativo van a tener mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos, mostrando puntuaciones altas en la escala de Hamilton para la depresión y en la escala SCL-90. Además, este autor concluyó que las personas que presentan una alteración en su personalidad complican el abordaje terapéutico, debido a que no se logra un buen rapport, existe desconfianza y agresividad hacia el terapeuta.

Otro estudio, desarrollado por Ferer (2003) demuestra la importancia de la personalidad premórbida, dándole mayor importancia a los rasgos de resultado que a los causantes de la depresión. De esta manera, el autor determina que existe un vínculo entre la personalidad y depresión, y a la vez personas que poseen personalidad depresiva tienen relación con otras patologías tales como: obesidad, introversión y dependencia. Sin embargo, en esta relación también influyen varios factores, tales como: biológicos, genéticos, ambientales y constitucionales.

#### **1.3.4. Modelo de personalidad de Theodore Millon**

La obra de Millon significó un gran aporte para la psicología en lo que respecta a la personalidad y su patología; propuso una nueva clasificación para los trastornos de personalidad, la misma que representaría un aporte en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de 1980. Millon hacía énfasis en la importancia de los patrones de la personalidad, y refiere que a menudo las características más profundas y ocultas, son las que subyacen a un trastorno. Además, clasificó la patología de la personalidad en niveles: leve, moderado y grave, los mismos que van a permitir que ciertos rasgos de personalidad patológica se hagan más notables (Bernia, 2011).

Debido a que la normalidad y la patología son conceptos relativos, fue importante la diferenciación entre los sujetos que logran una mejor adaptación al ambiente para clasificarlos como normales y aquellos sujetos con patrones rígidos e inflexibles como conducta patológica, es por ello que Millon desarrolla el modelo de estilos y dimensiones basándose en estos dos polos y los entrelaza en un continuo intercambio.

Millon caracterizó los prototipos de personalidad, los cuales pueden ser fuertes, débiles o neutros; según Sánchez (2003), que un prototipo sea fuerte no significa que sea bueno o malo, lo que indica es que la persona presenta mayor predisposición hacia un tipo de comportamiento.

Millon tiene varios cuestionarios en relación al tema de la personalidad, uno de los más importantes fue el MCMI, el cual tiene varias versiones (Millon, 2000) Otro test importante es el Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS), test que fue diseñado para adultos normales.

#### **1.3.4.1 Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS)**

El Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS), está compuesto por 180 ítems de respuesta verdadero y falso, principalmente dirigido a personas de 18 a 65 años o más que sean normales, es decir que no tengan ninguna patología o trastorno psicológico. El principal objetivo de este test es medir la personalidad; el mismo consta de 24 escalas agrupadas en 12 pares, las que están divididas en tres grandes grupos: metas motivacionales, modos cognitivos y conductas interpersonales.

Las metas motivacionales están en relación a la obra de Freud, ya que destaca como principales conceptos la pulsión, la necesidad, el afecto y la emoción (Millon, MIPS Inventario Millon de Estilos de Personalidad, 1999). Estos conceptos marcan la forma en como los seres humanos guían su vida y su forma de actuar hacia propósitos claros para su propia supervivencia (Dresch, Sánchez, & Aparicio, 2005). De acuerdo a Millon (2002) las tres bipolaridades presentes en esta escala se caracterizan por tres componentes:

- **Existencia:** se refiere a los procesos para el mejoramiento y preservación de la vida de la persona y con los estados psicológicos de placer/displacer.
- **Adaptación:** se relaciona en la forma en cómo los individuos logran adaptarse, ya sea modificando o acomodando el ambiente a su conveniencia y con la bipolaridad psicológica actividad/pasividad.
- **Replicación:** se refiere a los métodos que permiten la reproducción y a los estados psicológicos sí mismo/otro.



**Tabla 4.*****Test MIPS: Escala de Metas Motivacionales***

<b>Escalas</b>	<b>Descripción</b>
1A. Apertura	<ul style="list-style-type: none"><li>• Optimistas</li><li>• Capacidad de disfrute</li><li>• Capacidad de afrontamiento</li><li>• Alegres</li><li>• Aventureras, gustan de los riesgos</li></ul>
1B. Preservación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pesimistas</li><li>• Fatalistas</li><li>• Poca capacidad de satisfacción</li><li>• Inseguridad emocional y física</li><li>• Inhibidas, aprensivas</li><li>• Se preocupan en exceso</li></ul>
2A. Modificación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Independientes</li><li>• Activas</li><li>• Modifican su entorno según sus necesidades</li><li>• Buscan estrategias</li><li>• Vivacidad</li><li>• Impulsivas e imprudentes</li></ul>
2B. Acomodación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Espectadores de su propia vida</li><li>• Dependientes</li><li>• Condescendientes, se acomodan a las circunstancias creadas por otros.</li><li>• Falta de iniciativa</li><li>• Pasivas</li><li>• Reflexivas</li><li>• Falta de carácter</li><li>• Incapacidad para dominar su entorno</li><li>• Apáticas</li></ul>

---

### 3A. Individualismo

- Satisface sus necesidades, antes que la de los demás
- Egoístas
- Independientes
- Egocéntricas
- Gran iniciativa
- Capacidad de autorrealización
- Sentido de identidad

---

### 3B. Protección

- Presencia de relaciones íntimas
- Preocupación por el otro y su bienestar
- Solidaridad
- Orientación hacia los demás
- Muchas veces anteponen el cuidado de los demás al suyo.

---

Fuente: Dresch, V., Sánchez, M., & Aparicio, M. E. (2005). El Inventario de Estilos de Personalidad de Millon en Brasil. *RIDEP*, 10-15.

Los modos cognitivos constituyen la forma en como los individuos captan, procesan y almacenan la información. Esta escala permite ver a la persona en su totalidad y es la cual nos muestra los rasgos, y diferencia a la personalidad según Millon (2002). Por otra parte, es importante mencionar que esta escala nos refleja las capacidades que pueden tener las personas para: manejar abstracciones, razonar, prever, utilizar símbolos, abordar el entorno, analizar, interpretar, entre otros (Sánchez, 2003).

**Tabla 5.*****Test MIPS: Escala de Modos cognitivos***

<b>Escalas</b>	<b>Descripción</b>
4A. Extraversión	<ul style="list-style-type: none"><li>• Buscan a los demás para recibir ánimo</li><li>• Necesidad de participar</li><li>• Capacidad de disfrute</li><li>• Presencia de habilidades sociales</li><li>• Capacidad de relacionarse</li><li>• Los demás son fuentes de ideas y orientación</li></ul>
4B. Introversión	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inhibidas</li><li>• Distancia de situaciones sociales</li><li>• No se relaciona</li><li>• Dialogar consigo mismo es un placer</li><li>• Se siente cómoda únicamente consigo misma.</li><li>• Siguen sus impulsos internos</li></ul>
5A. Sensación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les gusta lo tangible y concreto</li><li>• Prefieren lo observable, más que la fantasía</li><li>• Gustan de lo práctico</li><li>• Lógicas</li><li>• Realistas</li></ul>
5B. Intuición	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prefieren lo ambiguo, lo simbólico</li><li>• Prefieren las posibilidades más que las realidades</li><li>• Gustan de lo desconocido</li><li>• Pensamientos de carácter abstracto</li><li>• Dependen del misterio y la especulación</li></ul>
6A. Reflexión	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lógicas, objetivas</li><li>• Críticas</li><li>• Pensamiento racional</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poco afectivos</li> <li>• Comportamiento rígido</li> <li>• Decisiones impersonales</li> </ul>
6B. Afectividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subjetivas</li> <li>• Predominan sus emociones y sentimientos</li> <li>• Se guían por los valores, metas personales</li> </ul>
7A. Sistematización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena memoria</li> <li>• Cognitivos</li> <li>• Metódicos, meticulosas</li> <li>• Leales</li> <li>• Exigentes, ordenadas</li> <li>• Firmes</li> <li>• Disciplinadas</li> </ul>
7B. Innovación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imaginativas</li> <li>• Carácter improvisado</li> <li>• Creativas</li> <li>• No prejuiciosas</li> <li>• Capacidad de adaptación</li> <li>• Espontáneas</li> <li>• Flexibles</li> </ul>

Fuente: Millon, T. (2002). Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. *Journal of Personality Assessment*, 78(2), 209-218.

La escala de conductas interpersonales es utilizada para evaluar la personalidad normal y patológica, ya que según Millon (citado en Sánchez, 2003) el poder relacionarse con otras personas de manera efectiva es importante, debido a que las mismas marcan las experiencias presentes y futuras, y de la misma manera el éxito en la vida familiar, laboral, emocional y social del sujeto. Es necesario tomar en cuenta esta escala, porque los seres humanos no somos seres íslicos, lo cual quiere decir que necesitamos de la interacción con los demás.

**Tabla 6.*****Test MIPS: Escala de Conductas interpersonales***

<b>Escalas</b>	<b>Descripción</b>
8A. Retraimiento	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escaso interés social</li><li>• No establece vínculos afectivos sólidos</li><li>• Indiferentes</li><li>• Metódicos</li><li>• Apáticos</li><li>• Aburridos, callados</li><li>• Incapacidad para relacionarse</li></ul>
8B. Comunicatividad	<ul style="list-style-type: none"><li>• Populares</li><li>• Confían en sus habilidades sociales</li><li>• Pueden influir en los demás con facilidad</li><li>• Disfrutan en el medio social</li><li>• Vivaces</li><li>• Pueden entablar una conversación fácilmente</li><li>• Capacidad de seducción</li></ul>
9A. Vacilación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inhibición social</li><li>• Falta de confianza en sí mismos</li><li>• Inseguridad</li><li>• Aislamiento social</li><li>• Incomodidad en situaciones sociales</li><li>• Fobia social</li><li>• Tímidos, nerviosos</li></ul>
9B. Firmeza	<ul style="list-style-type: none"><li>• Audaces</li><li>• Astutos</li><li>• Confianza en sí mismos</li><li>• Competitivos, ambiciosos</li><li>• Asumen posiciones de liderazgo</li><li>• Gran capacidad de decisión</li><li>• Falta de reciprocidad social</li></ul>

10A. Discrepancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convencionales</li> <li>• No les importa la opinión de los demás</li> <li>• Mentirosos</li> <li>• Falta de escrúpulos</li> <li>• Impulsivos</li> <li>• Autónomos, independientes</li> <li>• Toman las decisiones según lo que ellos piensan</li> </ul>
10B. Conformismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convencionales</li> <li>• Ordenados</li> <li>• Perfeccionistas</li> <li>• Responsables</li> <li>• Se rigen según normas y reglas</li> <li>• Escrupulosos</li> <li>• Poco afables en sus relaciones</li> </ul>
11A. Sometimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humildes</li> <li>• Respetuosos</li> <li>• Modestos</li> <li>• Tienden a ocultar sus talentos y aptitudes</li> <li>• Cooperativos</li> </ul>
11B. Control	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Líderes</li> <li>• Decididos</li> <li>• Manipuladoras</li> <li>• Poco sentimentales</li> <li>• Intransigentes</li> <li>• Coercitivos</li> </ul>
12A. Insatisfacción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desvalorización hacia sí mismo</li> <li>• Sentimientos de culpa</li> <li>• Ambivalentes en todos los aspectos de su vida.</li> <li>• Directos</li> <li>• Resentidos</li> </ul>

---

12B. Concordancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritables, hostiles</li> <li>• Se sienten poco apreciados</li> </ul>
	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maleables en su relación con los demás</li> <li>• Simpáticos socialmente</li> <li>• Leales, amables</li> <li>• Ocultan sus sentimientos negativos</li> <li>• Serviciales</li> <li>• Amistosos</li> <li>• Pacifistas</li> <li>• Cooperativas y participativas</li> <li>• Recíprocos</li> </ul>

---

Fuente: Millon, T. (2002). Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. *Journal of Personality Assessment*, 78(2), 209-218.

Incluye, además tres indicadores de validez: impresión positiva, negativa y consistencia. Dentro del test cuando la impresión positiva es muy alta, significa que la persona quiere causar una impresión muy favorable a los demás, y cuando la impresión negativa es alta, significa que la persona tiene una percepción pobre y desfavorable de sí misma. La consistencia por otro lado, muestra la validez de las respuestas del test, puesto que mientras mayor sea su valor, mayor será la coherencia de las respuestas (Sanchez, Thorne, Martínez, Niño, & Argumedo, 2002).

En conclusión, el MIPS es un test que intenta demostrar de manera global la personalidad de un individuo, tomando en cuenta los diferentes estilos y características que pueden estar presentes en una misma persona y que dan como resultado un comportamiento. Cada estilo de personalidad tiene aspectos positivos y negativos, es decir no son ni buenos ni malos, sino funcionales de acuerdo al ambiente determinado.

## **CAPÍTULO 2**

### **METODOLOGÍA**

#### **2.1. Tipo de investigación**

Se realizó un estudio descriptivo no experimental, el cual es de importancia, ya que investiga la existencia de una relación entre los estilos de personalidad y síntomas depresivos en personas de la tercera edad. Además, es un estudio de corte transversal, ya que se lo realizó en un periodo de tiempo determinado.

#### **2.2. Población y muestra**

La población estuvo constituida por los adultos mayores que asisten a los talleres de psicología tanto preventivos como de intervención cognitiva, dentro de horario matutino y vespertino del Centro de Envejecimiento Activo del IESS.

Para la obtención de la muestra se establecieron los siguientes criterios de inclusión: ambos sexos; edad de 65 a 80 años y asistentes de los talleres de psicología que se imparten en el centro. Los criterios de exclusión fueron: dificultad en la comunicación oral y escrita; dificultades de comprensión oral y escrita; enfermedad mental orgánica o psiquiátrica, tales como alzheimer, demencia, delirium y esquizofrenia; y los que no deseen participar en el estudio. De acuerdo a estos criterios la muestra fue de 300 adultos mayores.

#### **2.3. Objetivos de la investigación**

##### **2.3.1. Objetivo General**

- Determinar los estilos de personalidad y la relación existente con los síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años.

##### **2.3.2. Objetivos Específicos**

- Identificar los estilos de personalidad en el adulto mayor
- Identificar los niveles de depresión en el adulto mayor
- Relacionar los estilos de personalidad y niveles de depresión en el adulto mayor



## **2.4. Instrumentos utilizados**

El instrumento que se utilizó para detectar síntomas depresivos fue el Inventario de Depresión de Beck y para evidenciar los estilos de personalidad se utilizó el Inventario Millon de Estilos de Personalidad.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de tipo likert con un coeficiente alfa de Cronbach igual a 0,83, el cual muestra la fiabilidad del test (Sanz, Perdigón & Vazquez, 2003). Además, cuenta con más de 500 estudios que avalan sus capacidades psicométricas en población clínica y no clínica, así como su transculturalidad (Beltrán, Freyre, & Hernández, 2012).

El Inventario Millon de Estilos de Personalidad es un test compuesto por 180 ítems, cuyas respuestas son de verdadero y falso, se incluyen 24 escalas agrupadas en doce pares y cada par contiene dos escalas yuxtapuestas. A su vez, los pares están organizados en tres áreas: metas motivacionales, estilos cognitivos y vínculos o relaciones interpersonales. En relación a la fiabilidad del test presenta un alfa de Cronbach de 0.72. Además el test contiene tres indicadores de validez: impresión positiva, impresión negativa y consistencia.

## **2.5. Procedimiento y técnicas de recolección de datos**

Previo a la realización del estudio se solicitó la autorización pertinente al Centro de Atención al Adulto Mayor IESS, donde se realizó la investigación. Además, cada uno de los participantes firmó un consentimiento informado, el cual detallaba el estudio y confirmaba su participación. Luego de haber obtenido los permisos correspondientes, se comenzó a realizar las actividades propuestas, empezando por la aplicación del Inventario de Depresión de Beck de manera grupal en cada uno de los talleres.

Una vez obtenidos los resultados del Inventario de Depresión de Beck, se seleccionaron a los participantes que puntuaron desde 14 a 63, lo cual tipifica desde una depresión leve hasta una depresión grave, a quienes se les aplicó el Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS), este test se aplicó de manera individual en una sola sesión, y de esta manera se logró una mayor comprensión del test.

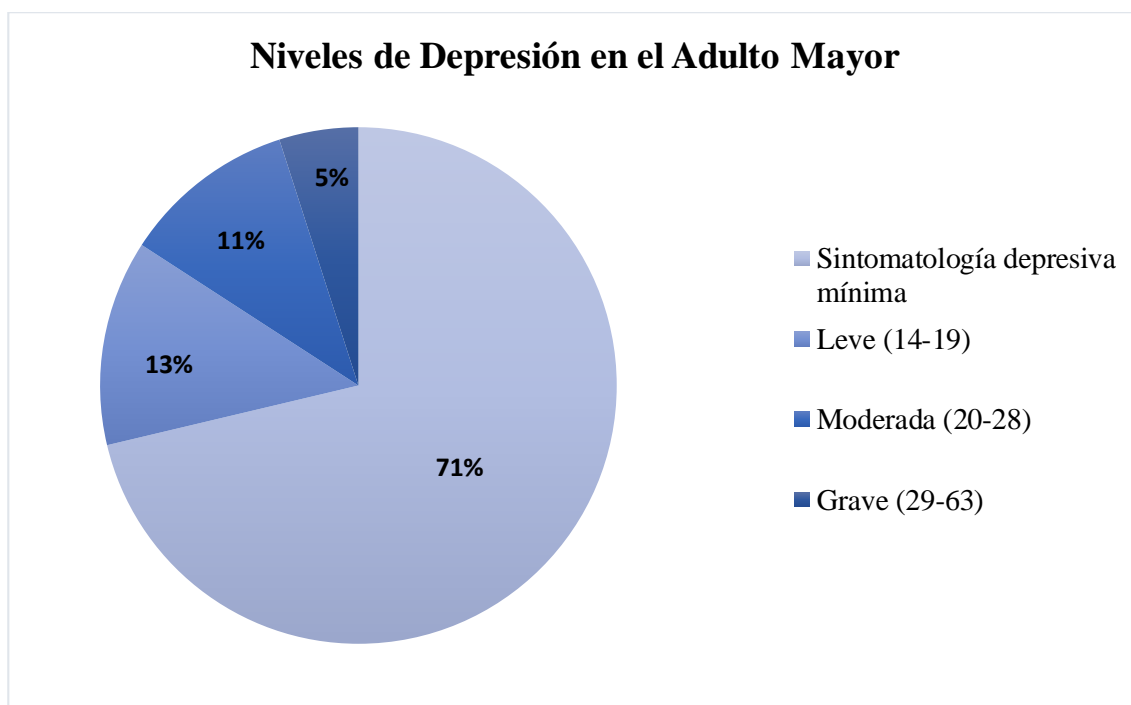
Se calificó el test de personalidad y se procedió a establecer la relación existente entre los síntomas depresivos y los estilos de personalidad que presentan los adultos mayores, es decir se evidenció en que estilos de personalidad existen mayores niveles de depresión en

el adulto mayor. Además, es importante decir que para el análisis de datos se usó un software informático estadístico SPSS.

## CAPÍTULO 3

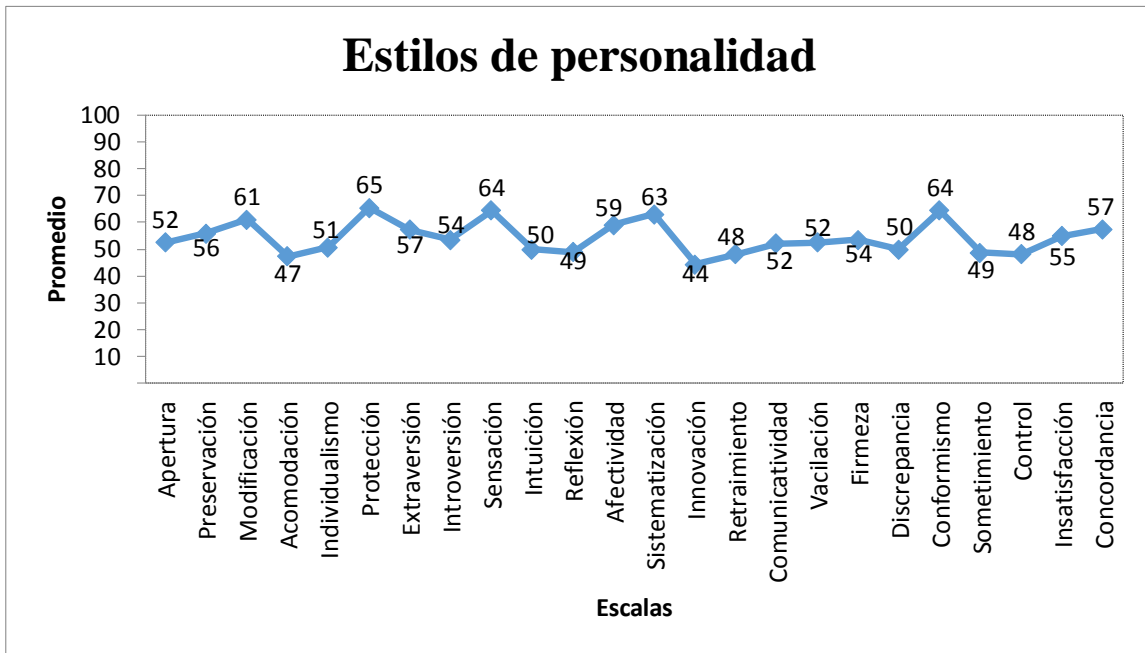
### ANÁLISIS DE DATOS

Para realizar esta investigación se estableció una muestra de 300 personas, tomando en cuenta criterios de inclusión: personas de ambos sexos, edades entre los 65 y 80 años y asistentes a los talleres de psicología que se imparten en el Centro de Atención al Adulto Mayor del IESS; y criterios de exclusión: dificultades en la comunicación oral y escrita, dificultades de comprensión oral y escrita, enfermedad mental orgánica o psiquiátrica (alzheimer, demencia, delirium, esquizofrenia) y personas que no desean participar en la investigación. A esta muestra se le aplicó la escala de depresión de Beck, con el fin de identificar a los sujetos que presentaban algún nivel de depresión. Los resultados de esta escala se los representa en el siguiente gráfico.



**Gráfico 1.** Porcentaje de los niveles de depresión en el adulto mayor según el BDI II

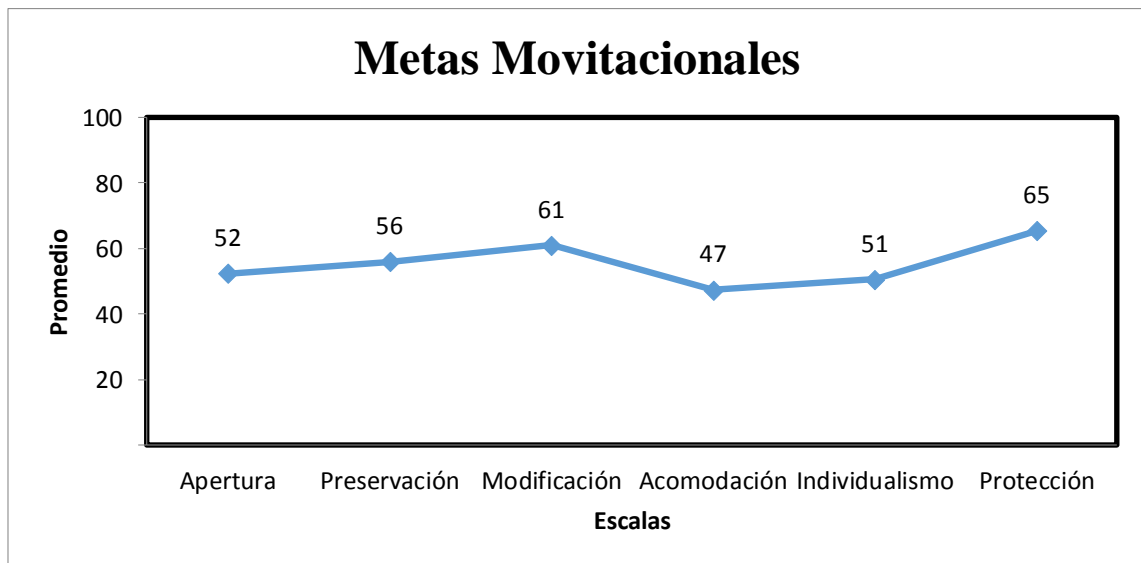
El gráfico 1 explica que del total de la muestra de 300 adultos mayores, el 71% presenta sintomatología depresiva mínima, lo cual no es de importancia clínica, mostrando como resultado una prevalencia de depresión del 29%.



**Gráfico 2.** Perfil psicológico de personas que presentan niveles de depresión (leve, moderado y grave) según el Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS)

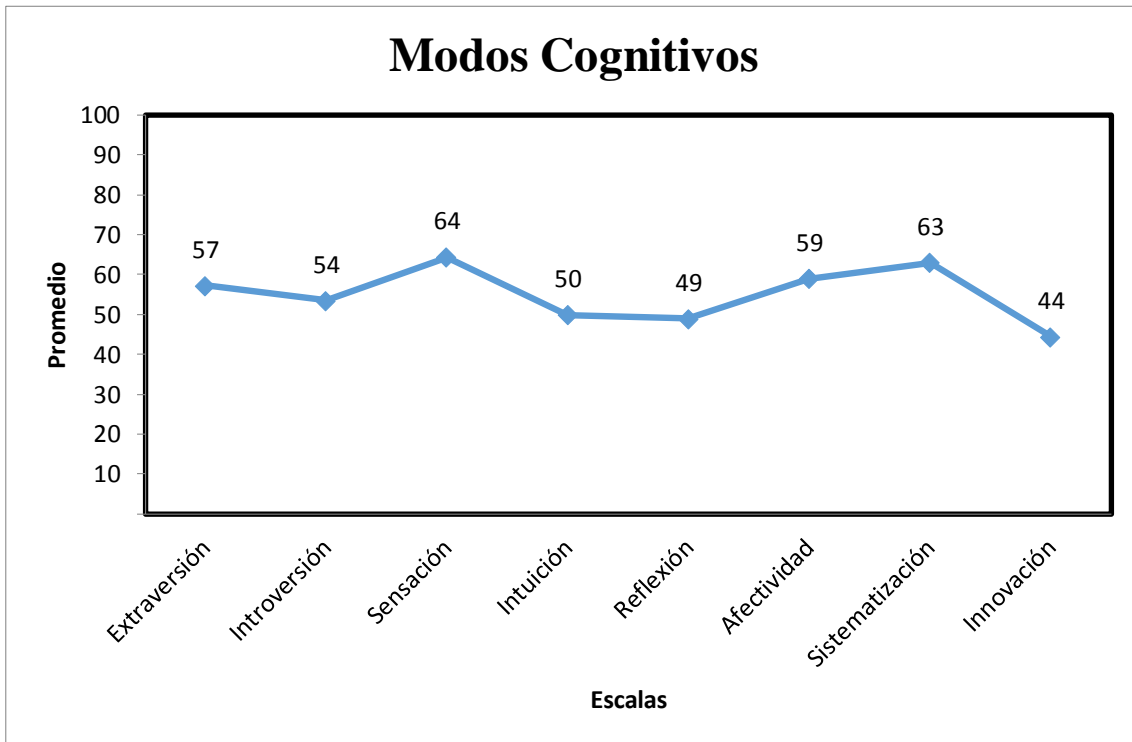
En el gráfico 2 se puede notar que no existe una presencia marcada de algún tipo de rasgo específico, pero se observa una presencia moderada de los estilos de personalidad, tales como: Protección (puntaje 65), Sensación (puntaje 64), Sistematización (puntaje 63) y Conformismo (puntaje 64). Y como ausencia de rasgos tenemos: Innovación (44) y Acomodación (47).

#### Gráficos separados por escalas



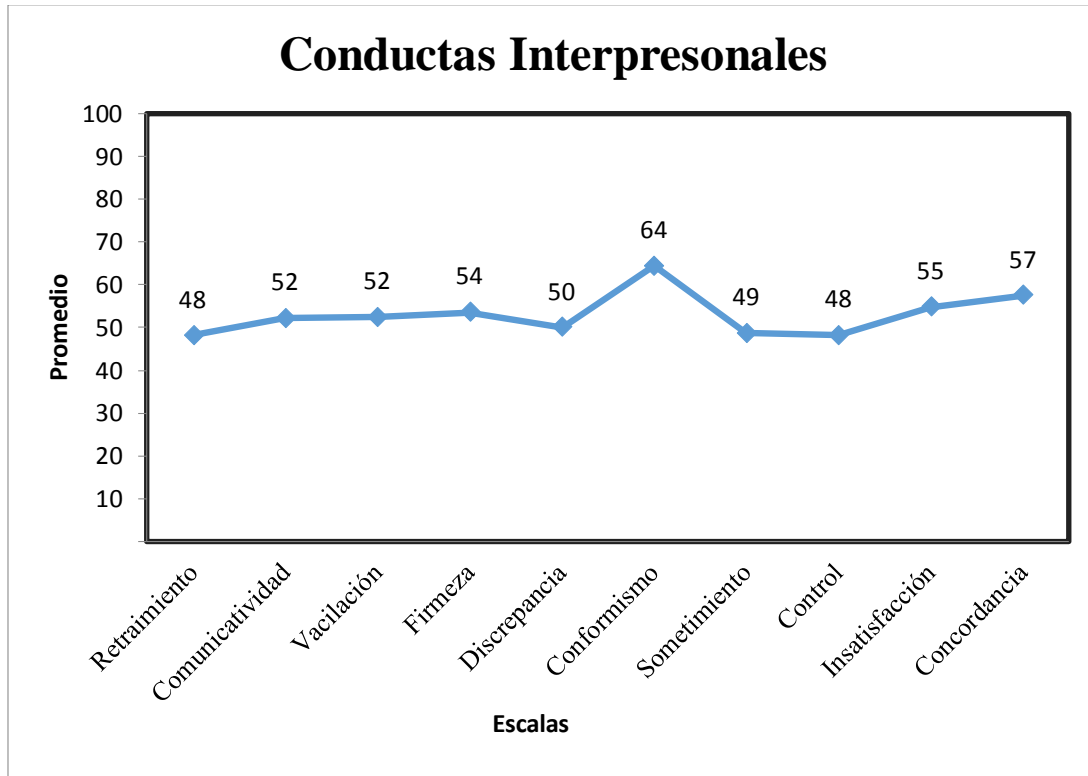
**Gráfico 2.1.** Media de los puntajes prevalentes de los estilos de personalidad en la escala de metas motivacionales.

Este gráfico 2.1 representa la media de los puntajes prevalentes de los estilos de personalidad pertenecientes a la escala de metas motivacionales. En general, los estilos predominan son Protección (puntaje 65) y Modificación (puntaje 61). Mientras que el rasgo que se considera ausente es Acomodación (puntaje 47).



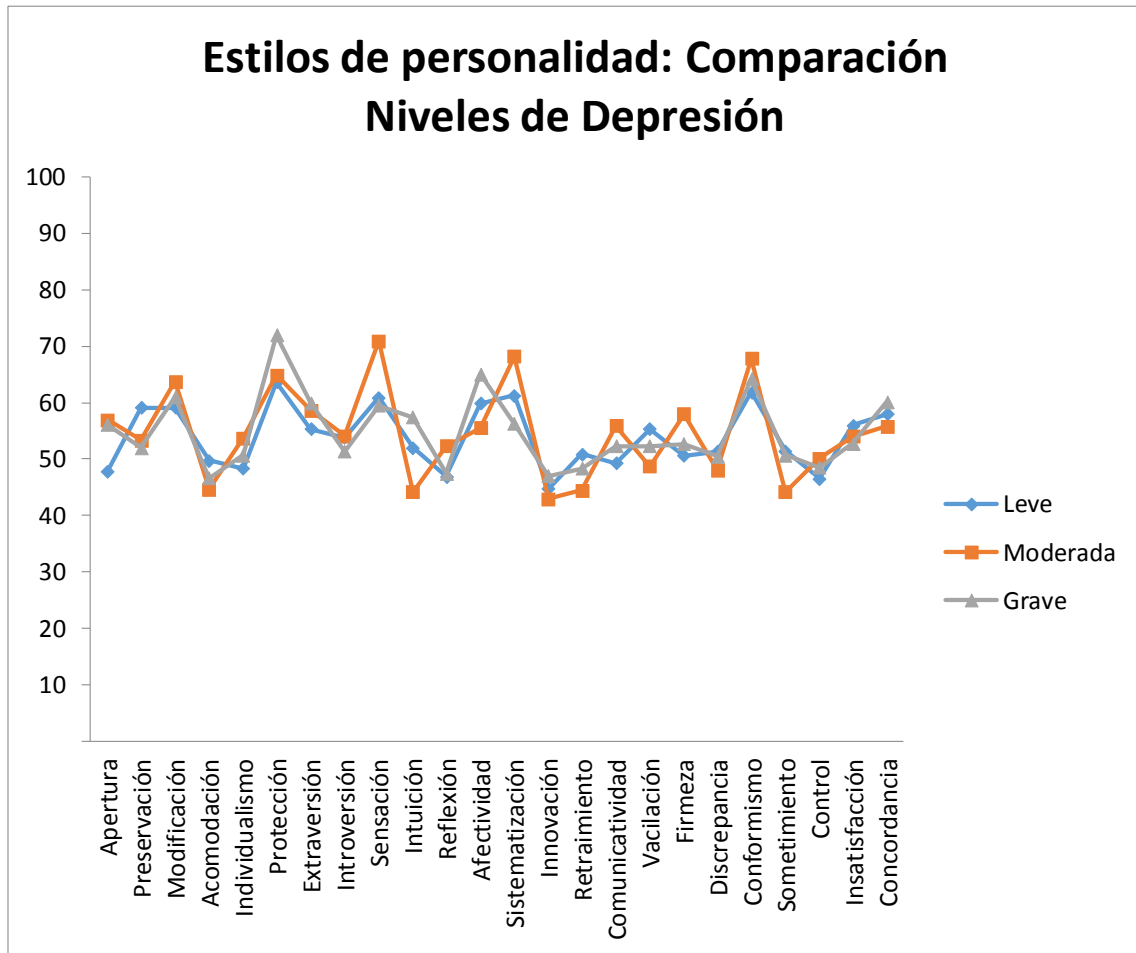
**Gráfico 2.2.** Media de los puntajes prevalentes de los estilos de personalidad en la escala de modos cognitivos.

En lo que se refiere al gráfico 2.2 de los modos cognitivos de la muestra del estudio, los estilos que predominan de forma moderada son Sensación (puntaje 64) y la Sistematización (puntaje 63). Los demás estilos de personalidad tienen una presencia moderada, lo cual no es tan significativo. Mientras que el estilo que se considera ausente es Innovación (puntaje 44).



**Gráfico 2.3.** Media de los puntajes prevalentes de los estilos de personalidad en la escala de conductas interpersonales.

En relación a conductas interpersonales, que nos indica el gráfico 2.3, el estilo de personalidad que predomina de forma moderada es Conformismo (puntaje 64). Mientras que los estilos que se consideran ausentes son es el retraimiento (puntaje 48) y el control (puntaje 48).



**Gráfico 3.** Perfil psicológico de los adultos mayores, en relación a los niveles de depresión según el Inventario Millon de Estilos de Personalidad

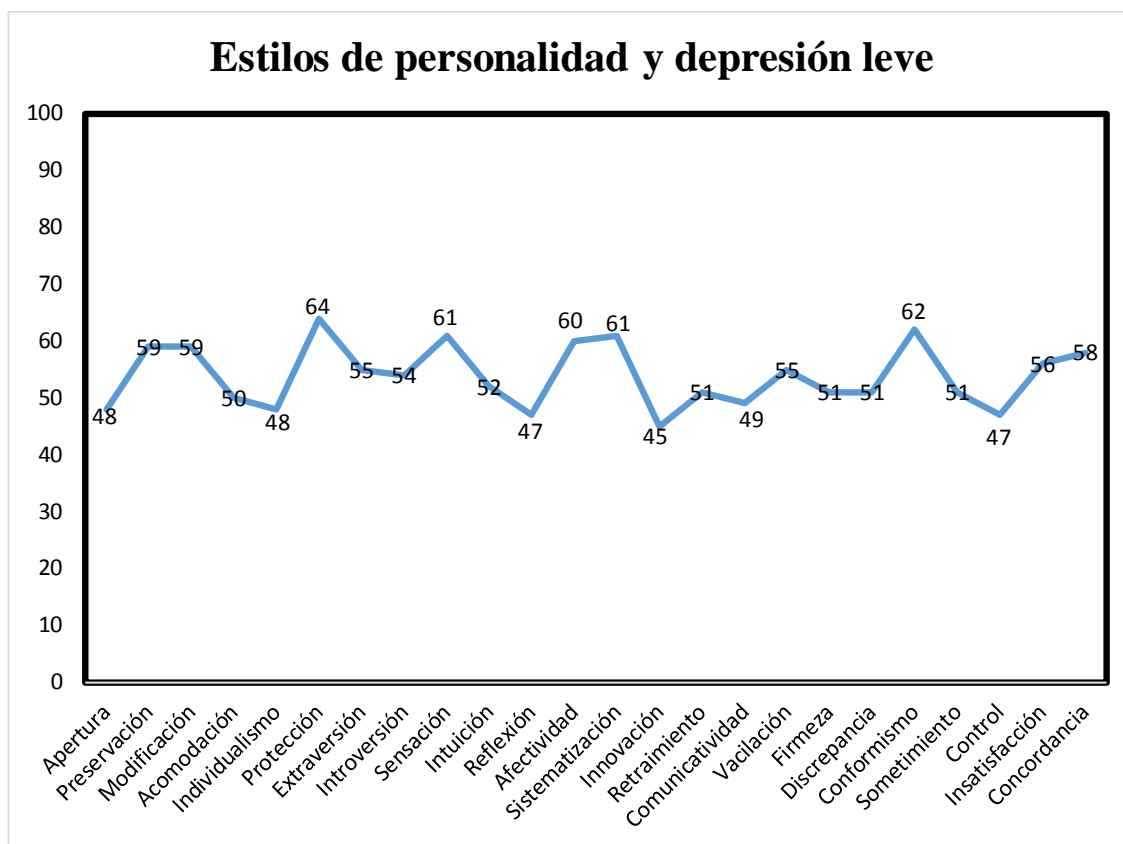
El gráfico 3 nos revela una perspectiva general de los resultados, mostrándonos de esta manera la relación que existe entre los estilos de personalidad y los niveles de depresión. Por otro lado, para tener una mayor precisión de los datos obtenidos en relación a este gráfico, se presenta la siguiente tabla, en la cual además, se especifica los valores de las escalas de validez, las cuales son: Impresión positiva, impresión negativa y consistencia.

**Tabla 7.***Media de los puntajes prevalentes según los niveles de depresión*

Escala		Leve	Moderada	Grave
<b>Metas Motivacionales</b>				
<b>1A</b>	Apertura	48	57	56
<b>1B</b>	Preservación	59	53	52
<b>2A</b>	Modificación	59	64	61
<b>2B</b>	Acomodación	50	45	47
<b>3A</b>	Individualismo	48	54	51
<b>3B</b>	Protección	64	65	72
<b>Modos Cognitivos</b>				
<b>4A</b>	Extraversión	55	59	60
<b>4B</b>	Introversión	54	54	51
<b>5A</b>	Sensación	61	71	60
<b>5B</b>	Intuición	52	44	57
<b>6A</b>	Reflexión	47	52	48
<b>6B</b>	Afectividad	60	55	65
<b>7A</b>	Sistematización	61	68	56
<b>7B</b>	Innovación	45	43	47
<b>Conductas Interpersonales</b>				
<b>8A</b>	Retraimiento	51	44	48
<b>8B</b>	Comunicatividad	49	56	52
<b>9A</b>	Vacilación	55	49	52
<b>9B</b>	Firmeza	51	58	53
<b>10A</b>	Discrepancia	51	48	51
<b>10B</b>	Conformismo	62	68	64
<b>11A</b>	Sometimiento	51	44	51
<b>11B</b>	Control	47	50	49
<b>12A</b>	Insatisfacción	56	54	53
<b>12B</b>	Concordancia	58	56	60
<b>Escalas de Validez</b>				
Impresión Positiva		6	6	6
Impresión Negativa		6	6	6
Consistencia		4	4	4

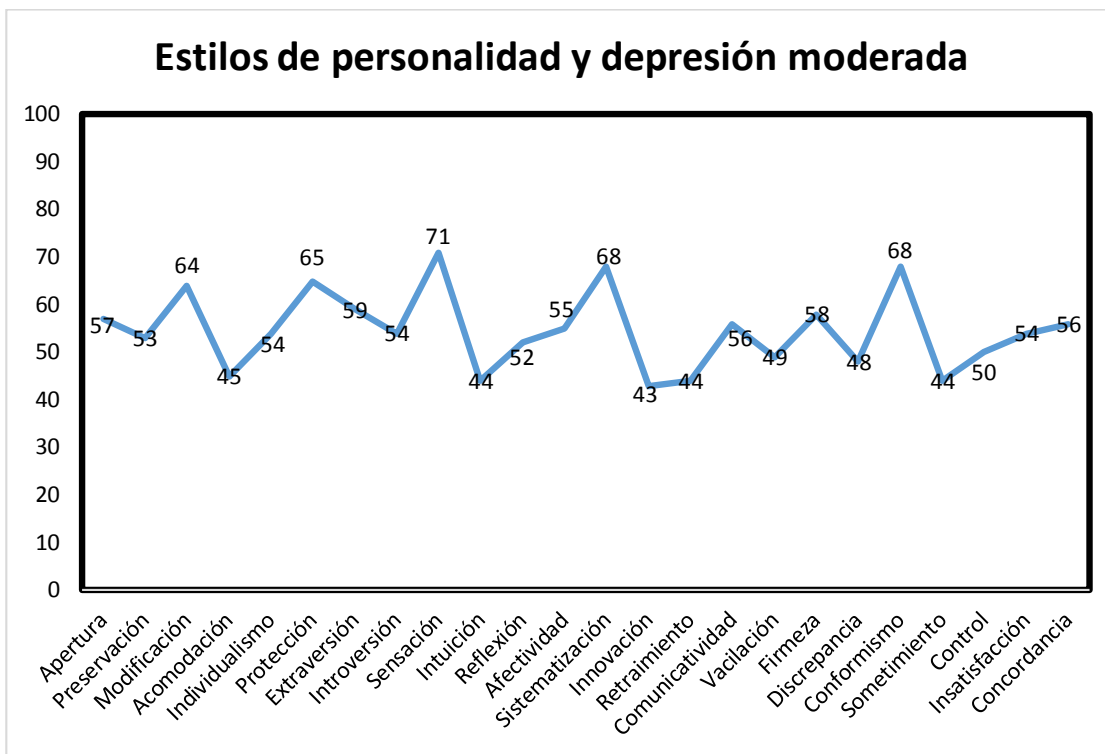
Fuente: Gómez, G., Naranjo, N. (2015).





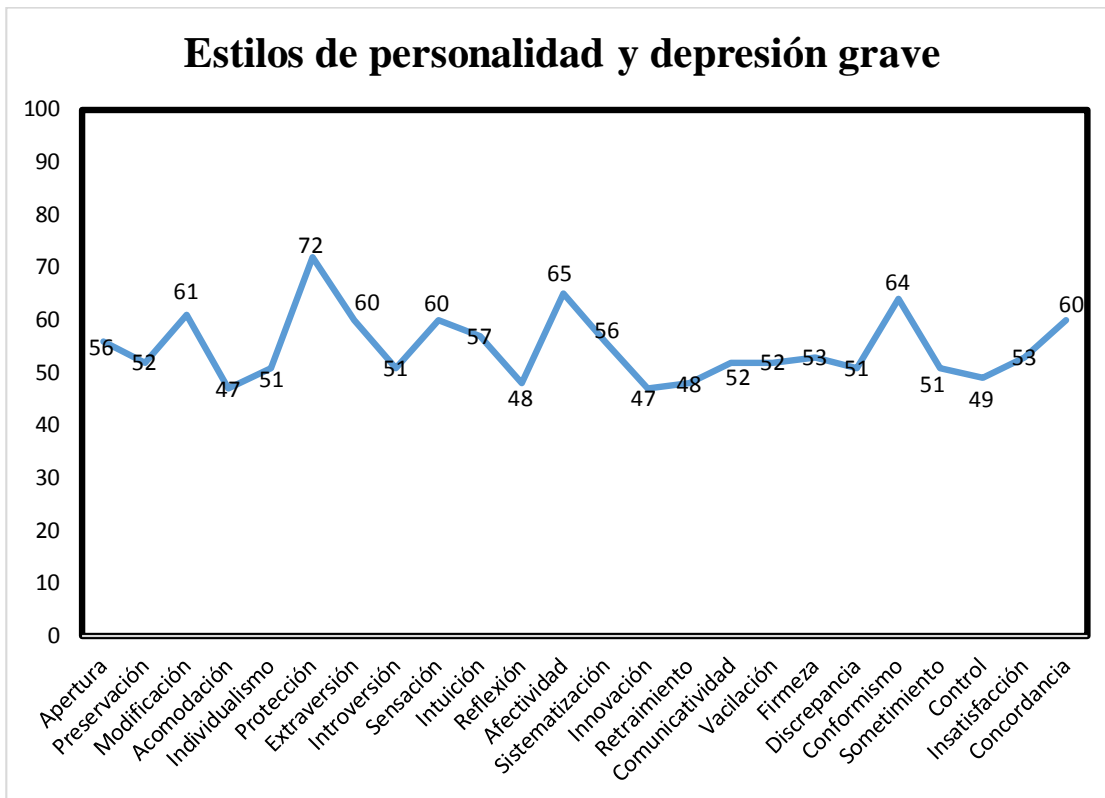
**Gráfico 3.1.** Perfil psicológico de los estilos de personalidad según el nivel de depresión leve

El gráfico 3.1 refleja que los estilos de personalidad con mayor prevalencia en los sujetos con una depresión leve son: Protección (puntaje 64), Sensación (puntaje 61), Afectividad (puntaje 60), Sistematización (puntaje 61) y Conformismo (puntaje 62).



**Gráfico 3.2** Perfil psicológico de los estilos de personalidad según el nivel de depresión moderada

El gráfico 3.2 refleja que los estilos de personalidad con mayor prevalencia en los sujetos con una depresión moderada son: Modificación (puntaje 64), Protección (Puntaje 65), Sensación (puntaje 71), Sistematización (puntaje 68) y Sometimiento (puntaje 68).



**Gráfico 3.3** Perfil psicológico de los estilos de personalidad según el nivel de depresión grave

El gráfico 3.3 refleja que los estilos de personalidad con mayor prevalencia en los sujetos con una depresión grave son: Modificación (puntaje 61), Protección (Puntaje 72), Extraversión (puntaje 60), Sensación (puntaje 60), Afectividad (puntaje 65), Conformismo (Puntaje 64) y Concordancia (puntaje 60).

En conclusión y como resultado general de los gráficos 3.1, 3.2 y 3.3, podemos deducir que los estilos de personalidad con mayor prevalencia presentes en los tres niveles de depresión (leve, moderada y grave) son Protección y Sensación.

A continuación la siguiente tabla representa los estilos de personalidad en relación a la depresión diferenciando cada una de las escalas (Metas motivacionales, Modos cognitivos, Conductas interpersonales) que se obtienen dentro del Inventario Millon de estilos de personalidad (MIPS).

**Tabla 8.***Escalas de personalidad y niveles de depresión*

	<b>Metas</b>		<b>Conductas</b>
	<b>Motivacionales</b>	<b>Modos Cognitivos</b>	<b>Interpersonales</b>
<b>Depresión leve</b>	Preservación (59)	Extraversión (55)	Retraimiento (51)
	Modificación (59)	Sensación (61)	Vacilación (55)
	Protección (64)	Afectividad (60)	Conformismo (62)
		Sistematización (61)	Concordancia (58)
<b>Depresión moderada</b>	Apertura (57)	Extraversión (59)	Comunicatividad (56)
	Modificación (64)	Sensación (71)	Firmeza (58)
	Protección (65)	Afectividad (55)	Conformismo (68)
		Sistematización (68)	Concordancia (56)
<b>Depresión grave</b>	Apertura (56)	Extraversión (60)	Comunicatividad (52)
	Modificación (61)	Sensación (60)	Firmeza (53)
	Protección (72)	Afectividad (65)	Conformismo (64)
		Sistematización (56)	Concordancia (60)

Fuente: Gómez, G., Naranjo, N. (2015).

Puede observarse en esta tabla las medias de los puntajes prevalentes de un determinado estilo de personalidad en relación a cada escala del MIPS, puntajes que fueron obtenidos por los adultos mayores que presentaban un nivel de depresión significativo.

## CAPÍTULO 4

### DISCUSIÓN

Este trabajo de tesis es de tipo investigativo, el cual tiene como objetivo principal el poder encontrar una relación entre los estilos de personalidad, medidos por medio del Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS) y los niveles de depresión, que se obtuvieron mediante la Escala de Depresión de Beck (BDI II) en el adulto mayor. La muestra estuvo compuesta de 300 personas, de las cuales 84 puntuaron para la aplicación del MIPS, ya que obtuvieron puntajes que estaban dentro de los rangos de depresión leve, moderada y grave.

En base a los resultados obtenidos dentro de esta investigación, los adultos mayores que presentan una sintomatología depresiva tienen como estilos de personalidad dominantes la Preservación, Modificación, Protección, Sensación, Sistematización y Conformismo, lo que nos lleva a decir que el sujeto se caracteriza por ser pesimista, fatalista, inhibido, impulsivo, imprudente, solidario, preocupación por el otro anteponiéndolo ante el mismo, autoexigentes, metódicos, disciplinados, se rigen a reglas y normas, poco creativos, autoconcepto negativo y presentan dificultad para cumplir sus metas, lo cual va acorde a las características que una persona depresiva posee.

Por otro lado, según un estudio realizado por Costañeiras & Posadas (2005), los estilos de personalidad que sobresalen en personas con depresión son Preservación, Introversión, Retraimiento, Vacilación, Sometimiento e Insatisfacción, como se puede notar el estilo de personalidad en el cual concuerdan ambos estudios es Preservación. Es importante decir que la muestra de este estudio está comprendida por adultos de ambos sexos de edades entre 18 a 60 años de edad, dicho esto la edad y el sexo pueden ser factores significativos que influyan en los resultados obtenidos en esta investigación. Además, es necesario recalcar que la concordancia del estilo Preservación, se debe a que este señala las características predominantes en una persona depresiva y dado que la población a estudiar en ambos estudios tiene la misma problemática este resultado es congruente.

Un aspecto relevante entre estos dos estudios, es el hecho que según Costañeiras & Posadas (2005) un estilo importante dentro de la depresión es la introversión, dato que es incongruente según la presente investigación, debido que en la prueba del análisis estadístico el estilo de personalidad Extroversión puntúa como la única variable

dependiente, lo que quiere decir que existe una relación significativa entre la sintomatología depresiva y la extroversión. Esta diferencia, se puede explicar por el tipo de población a la cual se dirigió este estudio, ya que eran personas institucionalizadas, lo cual crea un sentido de pertenencia en cada uno de los participantes, quienes forman parte de un grupo y de las actividades que se realizan en las diferentes áreas de funcionamiento del establecimiento en el cual se realizó la investigación.

Otra explicación, es la presencia de la sociabilización diaria que tienen los sujetos, lo cual no les permite convertirse en personas aisladas, ya que al momento de pertenecer a un grupo están en constante relación y comunicación con el otro, las que al mismo tiempo son características predominantes en una persona extrovertida. Además, este análisis es también congruente con que no haya un porcentaje elevado de personas con depresión grave, siendo únicamente el 5% del total de la muestra, ya que al pertenecer y tener un grupo de apoyo ayuda a que la sintomatología depresiva disminuya (Alberdi, Taboada, Castro, & Vásquez, 2006).

Finalmente, es importante señalar que los resultados de esta investigación no deben ser adjudicados a la población en general, a pesar de que la muestra fue significativa, no se puede llegar a afirmaciones concluyentes para toda la población de adultos mayores en general. Por otra parte, las variables que se están estudiando tales como la depresión y la personalidad, son variables complejas, las cuales dependen de múltiples factores que influyen en las mismas de manera significativa.

## CAPÍTULO 5

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

- a) La prevalencia de depresión en los adultos mayores fue del 29% del total, de los cuáles, el 13% presenta un nivel de depresión leve; el 11% moderada y el 5% un nivel de depresión grave.
- b) Los adultos mayores que puntúan con depresión leve presentan los siguientes estilos de personalidad.
  - Metas motivacionales: Preservación, Modificación, Protección.
  - Modos cognitivos: Extraversión, Sensación, Afectividad, Sistematización.
  - Conductas Interpersonales: Retraimiento, Vacilación, Conformismo, Sometimiento y Concordancia.
- c) Los estilos de personalidad predominantes en los adultos mayores que puntúan con depresión moderada son:
  - Metas motivacionales: Apertura, Modificación, Protección.
  - Modos cognitivos: Extraversión, Sensación, Afectividad, Sistematización.
  - Conductas Interpersonales: Comunicatividad, Firmeza, Conformismo, Control y Concordancia.
- d) Los adultos mayores que puntúan con depresión grave presentan los siguientes estilos de personalidad:
  - Metas motivacionales: Apertura, Modificación, Protección.
  - Modos cognitivos: Extraversión, Sensación, Afectividad, Sistematización.
  - Interpersonales: Comunicatividad, Conformismo, Sometimiento y Concordancia.
- e) Según el análisis estadístico (chi-cuadrado) el nivel de depresión del adulto mayor si tienen relación de dependencia con el estilo de personalidad del adulto mayor “extraversión”, es decir, son dependientes.
- f) Finalmente se puede observar en términos generales que los estilos de personalidad que predominan en personas con sintomatología depresiva es Protección, Sensación y Conformismo, lo que significa que las características, tales como: preocupación mayor por el otro que por la propia persona, anteponer

las necesidades de los demás frente a las propias del sujeto, desvalorización, gusto por lo tangible, lógicos, sensibles, perfeccionistas, se rigen a reglas y normas y poco afables en sus relaciones interpersonales son las que destacan en personas con depresión.

## **5.2. Recomendaciones**

La falta de investigaciones e información respecto a la relación de las variables, depresión y personalidad, hizo que este estudio no pueda corroborarse con otra investigación semejante, y de esta forma obtener mayor riqueza de datos, limitaciones del proceso y comprobación de resultados.

Por esta razón, vemos importante que se continúe investigando sobre este tema, para así tener información más actual y al mismo tiempo poder utilizar los resultados en el campo clínico, favoreciendo al abordaje psicoterapéutico, ya que conociendo el perfil psicológico del sujeto, el terapeuta podrá utilizar esta herramienta para un tratamiento que ayude a disminuir la sintomatología depresiva de manera más eficaz y efectiva.

Además, sería recomendable que para futuras investigaciones se centren en el estudio de personalidad, con el fin de comprobar o refutar hipótesis respecto a esta y su relación con los niveles de depresión.



## Referencias

- Aguera Ortiz, L., & Fernandez, H. (2010). Tratado de Psiquiatría. En D. Barcia. España.
- Aguilar, R. M., Durán, T., Martínez, M. L., Rodríguez, T., Gutiérrez, G., & Vásquez, L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Universitaria*, 36-42.
- Aguirre, A. (2008). Antropología de la depresión. *Revista Malestar y Subjetividad*, 563-601.
- Alberdi, J., Taboada, Ó., Castro, C., & Vásquez, C. (2006). Depresión. *Guías clínicas*, 6-11.
- Alonso, P., Sansó, F., Díaz, A. M., Carrasco, M., & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cuana Salud Pública*, 33.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Arango, J. C., & Fernández, S. (2003). Depresión en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41-54.
- Bacca, A. M., González, A., & Uribe, A. F. (2005). Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 53-63.
- Bastidas, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología*, 192-218.
- Bausela, E. (2005). Modelo alternativo de evaluación de la personalidad: modelo de los cinco factores, modelo 16 pf y otros. *Revista Internacional On-line*.
- Berger, K. S. (2001). *Psicología del desarrollo: adultez y vejez*. Madrid.
- Bernia, A. M. (2011). *Estilos de personalidad de estudiantes que ingresan a la carrera de psicología de la Universidad Abierta Interamericana, en Rosario, provincia de Santa Fe*. Rosario: Universidad Abierta Interamericana.
- Beltran, M., Freyre, M. A., & Hernández, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 5-13.
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 74-78.
- Bogaert, H. (2012). La depresión: etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, 183-197.
- Bordignon, N. A. (2006). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 50-63.
- Buber, M. (1964). *¿Qué es el hombre?* Mexico: FCE.
- Campagne, D. M. (2012). Causas orgánicas y comórbidas de la depresión: el primer paso. *Semergen*, 301-311.

- Caprara, M. G., & Steca, P. (2004). Personalidad y envejecimiento. *Intervención Psicosocial*, 85-98.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Educación.
- Costañeiras, C., & Posadas, M. C. (2005). Estilos de personalidad y su relación con medidas de ansiedad y depresión: datos normativos para el Inventario MIPS en adultos marplatenses. *RIDEP*, 79-100.
- Craig, G. J., & Don Baucum. (2009). *Desarrollo Psicológico*. Mexico : Pearson Educación.
- Dresch, V., Sánchez, M., & Aparicio, M. E. (2005). El Inventario de Estilos de Personalidad de Millon en Brasil. *RIDEP*, 10-15.
- Ernesto Cruz Menor, Y. H. (2008). Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*.
- Espín, A. M. (2008). caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores. *Revista Cubana Salud Pública*, 10-20.
- Ferer, R. (2003). *Estructura depresiva de la personalidad versus depresión*. España: Editorial Saragoza.
- Flores, S., Huerta, Y., Herrera, O., Alonso, O., & Calleja, N. (2011). Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 89-100.
- General, C. d. (2012). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención*. México: Sedena.
- González, V. (2004). *Bienestar Personal y Actividades en la Edad Adulta Tardía*. Tesis doctoral. Universidad de Málaga. Málaga
- Hernández, Z. (2009). Variables que intervienen en la personalidad resistente y las estrategias de afrontamiento en adultos. *Liber*, 153-161.
- Hornstein, L. (2006). *Las depresiones: Afectos y humores del vivir*. Buenos Aires: Paidós.
- Huberman, M. (1974). *La educación de adultos desde la perspectiva de su ciclo vital*. International Review of Education.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2015). *Ecuador en Cifras*. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2009). *Depresión*. Estados Unidos: Publicaciones NIH.
- Kleinman, A. (2004). Culture and depression. *New Eng Med*, 951-953.
- Lluis, J. (2002). Personalidad: esbozo de una teoría integradora. *Psicothema*, 693-701.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Re, R., Badia, X., & Baro, E. (2002). *Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad*. Barcelona: Med Clin.

- Millon, T. (2000). *Toward a new model of integrative psychotherapy: Psychosynergy*. Journal of Psychotherapy. Mineapolis: National Computers Systems.
- Millon, T. (2002). Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. *Journal of Personality Assessment*, 78(2), 209-218.
- Millon, T. (1999). *MIPS Inventario Millon de Estilos de Personalidad*. España: Paidós.
- Mirbet. (2012). *Psicología del adulto mayor para una vejez saludable*. Lima - Peru: MIRBET S.A.C.
- Molina, R., Herrera, N., Molinares, A., Oviedo, F., Polo, Y., Polo, J., & Sierra, I. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. *Revista Española de Salud Pública*, 595-604.
- Molinera, G. (2009). Trastorno de personalidad y depresión. *Semergen*, 32.
- Montaño, M., Palacios, J., & Gantiva, C. (2009). Teoría de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 81-107.
- Munuera, E., Fernández, E., Sitjas, M., Elias, M., & Chesa, D. (2003). Depresión y riesgo de demencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2430-2436.
- Muñiz, J., & Fernández, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo*, 108-121.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). The global burden of disease: 2004 update. *Who*, 1-3.
- Patiño, A., Arango, E., & Lucidia, Z. (2013). Ejercicio físico y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 198-211.
- Psiquiatría, A. C. (2000). Enfermedad de Alzheimer. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 119-126.
- Ribot, V., Alfonso, M., Ramos, M., & González, A. (2012). Suicidio en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 699-708.
- Rivera, A., Montero, M. (2008). Estructura de pérdidas en la adultez mayor: una propuesta de medida. *Salud Mental*, 461-468.
- Rivera, M. A. (2007). Aplicación de la Teoría del Desarrollo de Daniel Levinson a la Consejería Universitaria. *Revista Griot*, 3-11.
- Rodes, F. (2015). *Enfermedad Mental: Aspectos Médico Forenses*. Madrid-Buenos Aires-Mexico: Diaz de Santos, 100-120.
- Romero, E. (2005). ¿Qué unidades debemos emplear? Las “dos disciplinas” de la psicología de la personalidad. *Anales de la Psicología*, 244-258.
- Romero, E., Luengo, M. Á., Gómez, J. A., & Sobral, J. (2002). La estructura de los rasgos de personalidad en adolescentes: El Modelo de Cinco Factores y los Cinco Alternativos. *Psicothema*, 134-143.

- Ruelas, G., Pelcastre, B., & Reyes, H. (2014). Maltrato Institucional hacia el Adulto Mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos. *Salud Pública de Mexico*, 631-637.
- Sanchez, M., Thorne, C., Martínez, P., Niño, I., & Argumedo, D. (2002). Adaptación del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon en una población universitaria peruana. *Revista de Psicología de la PUCP*, 29-32.
- Sánchez, R. O. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF*, 163-173.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo*. Madrid- España: Fareso, S.A.
- Sanz, J., Gutierrez, S., & Gesteira, C. (2014). Criterios y baremos para interpretar "el Inventario de Depresión de Beck II". *Revista Internaciones de la Psicología Clínica y la Salud*, 37-60.
- Sanz, J., Perdígón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 249-280.
- Sotelo, A., Rojas, J., Sánchez, C., & Irigoyen, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de. *Archivos en Medicina Familiar*, 5-13.
- World Population Prospects (2013). Obtenido de <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/urban/profilesOfAgeing2013.shtml>
- Vila, J., Cortes, S., Alvarado, A., & Overmier, B. (2010). Aprendizaje de adultos mayores con deterioro cognitivo asociado a la edad mediante consecuencias diferenciales. *Journal of Behavior. Health & Social Issues*, 47-56.
- Zabala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P., & Kalsen, G. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y Enfermería*, 53-60.