

Bo

[Handwritten signature]

INTERC

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS FISIOLÓGICAS

COORDINACIÓN UNIDAD DE GRADUACIÓN

DOCENTE REVISOR

GUATE

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS FISIOLÓGICAS

COORDINACIÓN UNIDAD DE GRADUACIÓN

[Handwritten signature]

11/11/2020

[Handwritten signature]

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS FISIOLÓGICAS

SECRETARÍA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA –CIEPS-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“NIVELES DE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR DE 65 A 75
AÑOS DEL CENTRO MIS AÑOS DORADOS, MIXCO 2020”**

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

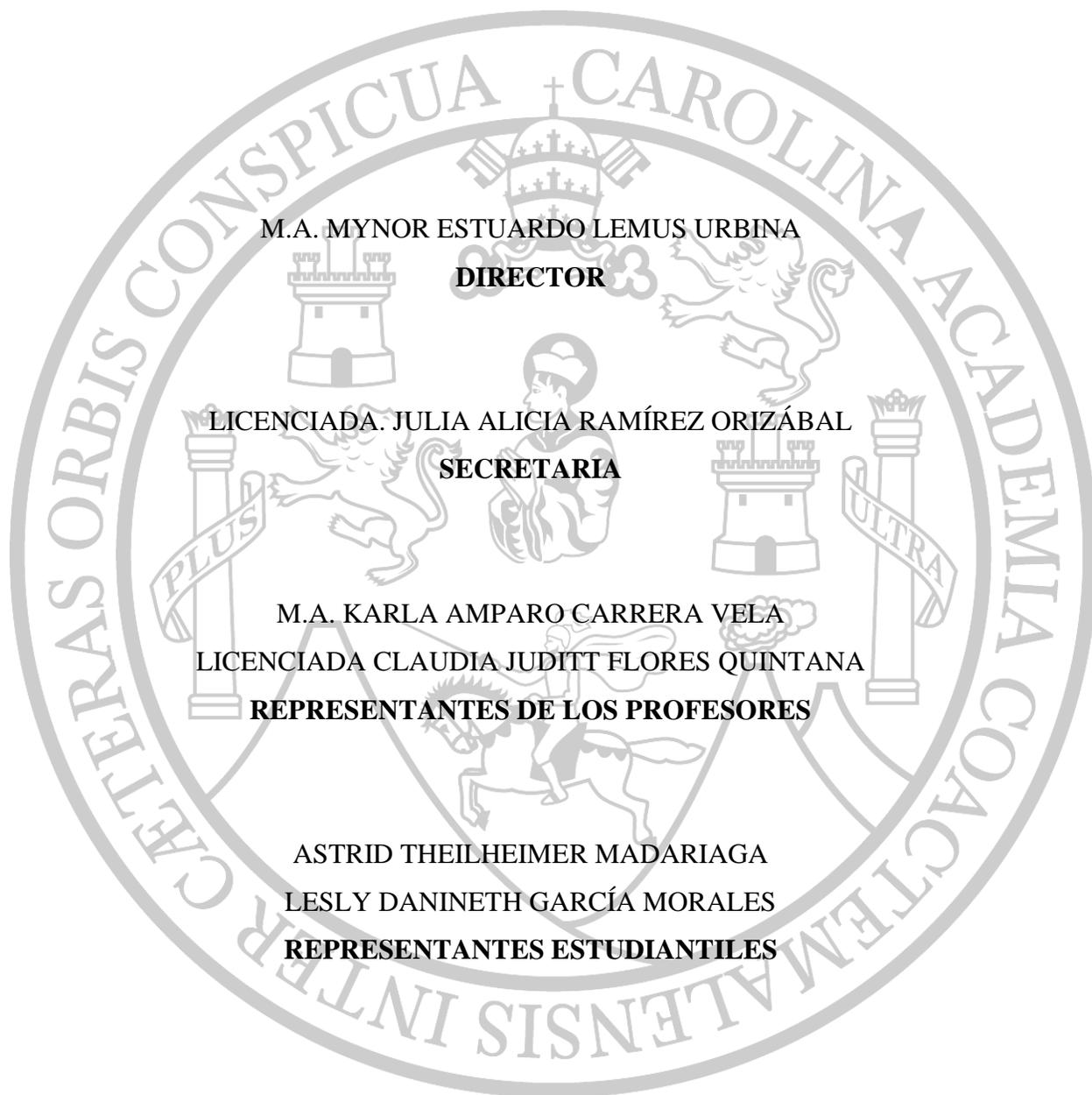
POR
JOSELINE DANIELA NOJ GARCÍA
LILIAN MARÍA ASUNCIÓN DE LEÓN HERNÁNDEZ

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS

GUATEMALA, NOVIEMBRE 2020

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



M.A. MYNOR ESTUARDO LEMUS URBINA

DIRECTOR

LICENCIADA. JULIA ALICIA RAMÍREZ ORIZÁBAL

SECRETARIA

M.A. KARLA AMPARO CARRERA VELA

LICENCIADA CLAUDIA JUDITT FLORES QUINTANA

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

ASTRID THEILHEIMER MADARIAGA

LESLY DANINETH GARCÍA MORALES

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

LICENCIADA. LIDEY MAGALY PORTILLO PORTILLO

REPRESENTANTE DE EGRESADOS



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



C.c. Control Académico
CIEPs.
UG
Archivo
Reg. 080-2019-2019
CODIPs.2522-2020

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

02 de noviembre de 2020

Estudiantes

Lilian María Asunción De León Hernández
Joseline Daniela Noj García
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto TRIGÉSIMO TERCERO (33º) del Acta SESENTA Y CUATRO GUIÓN DOS MIL VEINTE (64-2020), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 30 de octubre de 2020, que copiado literalmente dice:

"TRIGÉSIMO TERCERO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"NIVELES DE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR DE 65 A 75 AÑOS DEL CENTRO MIS AÑOS DORADOS, MIXCO 2020"**, de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

Lilian María Asunción De León Hernández
Joseline Daniela Noj García

CARNÉ: 2751 09240 0101
CARNÉ: 3030 10967 0108

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Juan Fernando Porres Arellano y revisado por el Licenciado Marco Antonio García Enriquez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal
SECRETARIA



/Gaby



UGE-229-2020



Guatemala, 28 de octubre de 2020

Señores
Miembros del Consejo Directivo
 Escuela de Ciencias Psicológicas
 CUM

Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, las estudiantes, **LILIAN MARÍA ASUNCIÓN DE LEÓN HERNÁNDEZ, CARNÉ NO. 2751-09240-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2014-07820 y Expediente de Graduación No. L-73-2020-C-EPS / JOSELINE DANIELA NOJ GARCÍA, CARNÉ NO. 3030-10967-0108, REGISTRO ACADÉMICO No. 2014-07278 y Expediente de Graduación No. L-70-2019-I**, han completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- 10 créditos académicos del Área de Desarrollo profesional
- 10 créditos académicos por trabajo de graduación
- 15 créditos académicos por haber aprobado el Ejercicio Profesional Supervisado –EPS- Y 15 créditos académicos por Exoneración de Examen Técnico Profesional Privado.

Por lo antes expuesto, en base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"NIVELES DE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR DE 65 A 75 AÑOS DEL CENTRO MIS AÑOS DORADOS, MIXCO 2020"**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología –CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 18 de AGOSTO del año 2020.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


M.A. MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ
 COORDINACIÓN
 UNIDAD DE GRADUACIÓN
 ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



Lucía, G.
 CC. Archivo
 Adjunto: Expediente completo e Informe Final de Investigación

Dedicatorias

Por: Joseline Daniela Noj García

El presente trabajo de investigación lo dedico principalmente a:

Dios Por ser el dador de vida y fuente de sabiduría que me permitió continuar en este proyecto hasta concluirlo.

A mis padres Jaime Noj y Aracely García por todo el apoyo, amor y comprensión que me han brindado. Por su ejemplo y porque este triunfo sea una forma de honrarlos y agradecerles el esfuerzo que han hecho.

A mis hermanos Ingrid y Jaime Noj por enseñarme que en esta vida todo es posible si lo ponemos delante de Dios.

A mi familia Gracias por ser parte importante de mi vida, ustedes han sido de gran ayuda con palabras de apoyo y me han enseñado el valor del esfuerzo diario para poder alcanzar mis metas.

A mis compañeros Por cada uno de los momentos de felicidad, tristeza y enojo compartidos, en especial quiero agradecer a mi compañera de Tesis Lilian de León por su apoyo incondicional.

Dedicatorias

Por: Lilian María Asunción de León Hernández

El presente trabajo de investigación lo dedico a:

Dios Por ser mi luz, guía y fortaleza en este camino para lograr una meta tan importante en mi vida.

A mis padres Guadalupe Hernández y Byron de León, porque con su ejemplo he aprendido que el esfuerzo trae frutos; y este fruto es también para ustedes como una muestra de amor y honra de todo lo que han hecho por mí.

A mis hermanos Vivian y Sergio porque han estado conmigo apoyándome y mostrando confianza, amor y apoyo incondicional en cada una de mis decisiones.

A mi novio Pablo Ovando que ha sido una pieza fundamental en este proceso, gracias por confiar en mí y darme energías cuando las necesitaba.

A mis compañeros y amigos Por cada momento de duda, cansancio, pero sobre todo de felicidad que hacían la universidad más fácil. Y especialmente a mi pareja de tesis Daniela Noj, por ser mi complemento de energía y perseverancia en este proceso.

Agradecimientos

Universidad San Carlos de Guatemala Nuestra “Alma Mater del Saber” por su formación, conocimiento y por transmitir en nosotros lo necesario para ser profesionales que buscan ayudar a la población guatemalteca.

Escuela de Ciencias Psicológicas por ser nuestra casa de estudios, prepararnos y formarnos como profesionales de la salud mental dispuestos para el acompañamiento de las personas que nos necesitan.

A nuestro asesor de tesis Licenciado Juan Fernando Porres por su tiempo, esmero y apoyo incondicional que nos dedicó desde el primer día con nuestra propuesta de investigación, gracias por estar siempre pendiente para que el proyecto se realizará de la mejor forma.

A nuestro revisor de tesis Licenciado Helvin Velásquez por su apoyo y comprensión dedicados a esta investigación.

Centro atención de mis años dorados Por creer en nuestro trabajo y abrirnos las puertas para la realización de la investigación que nos ayudó a concluir esta meta.

A cada uno de los adultos mayores Por la confianza que depositaron en nosotras para darnos a conocer su historia personal, que con mucho cariño y respeto logramos transformarla en esta investigación.

Índice

Resumen	1
Prólogo	3
CAPÍTULO I	5
1. Planteamiento del problema y marco teórico	5
1.1 Planteamiento del problema	5
1.2 Objetivos de Investigación	8
1.2.1 Objetivo General	8
1.2.2 Objetivos Específicos	8
1.3. Marco Teórico	9
1.3.1 Contexto social del adulto mayor	9
1.3.2 Contexto social guatemalteco del adulto mayor	10
1.3.3 Clases sociales	10
1.3.4 Centro de día	14
1.3.4.1. Centro de día SOSEP “Mis Años Dorados”	14
1.3.5. Personalidad	15
1.3.5.1. Desarrollo de personalidades	16
1.3.5.2. Rasgos de personalidad del adulto mayor	18
1.3.6. Adulto mayor	20
1.3.7. Envejecimiento	21
1.3.8. Teorías históricas	23
1.3.8.1. Teorías filosóficas	23
1.3.8.2. Teorías Psicológicas del Envejecimiento	24
1.3.9. Clasificación del adulto mayor	25
1.3.9.1. Clasificación desde el punto de vista funcional	27
1.3.9.2. Niveles de funcionalidad del adulto mayor	28
1.3.10. Depresión	30
1.3.10.1. Principales causas de la depresión	33
1.3.10.2. Tipos de depresión	34
1.3.10.3. Clasificación de la depresión	35
1.3.10.4. Características de la depresión	35
1.3.10.5. Síntomas de la depresión	36

1.3.10.6. Tratamiento de la depresión	37
1.3.11. Terapia cognitiva	37
1.4. Consentimiento Informado	40
Capítulo II	40
2. Técnicas e Instrumentos	40
2.1 Enfoque y modelo de investigación	40
2.2. Técnicas	41
2.2.1 Técnicas de muestreo	41
2.2.2. Técnicas de recolección de datos	41
2.2.3. Técnicas de análisis de datos	42
2.3 Instrumentos	43
2.3.1 Historia de vida:	43
2.3.2 Inventario de depresión de Beck:	43
2.3.3 Índice de Barthel:	43
2.4. Operacionalización de objetivos, categorías/variables	44
Capítulo III	45
3. Presentación, interpretación y análisis de resultados	45
3.1 Características del lugar y de la muestra	45
3.1.1 Características del lugar	46
3.1.2 Características de la muestra	47
3.2 Presentación e interpretación de resultados	48
Gráfica No. 1	48
Gráfica No. 2	49
Gráfica No. 3	50
Gráfica No. 4	51
Gráfica No. 5	52
Gráfica No. 6	54
Gráfica No. 7	55
Gráfica No. 8	56
Gráfica No.9	57
3.3. Análisis General	58
CAPÍTULO IV	59

4. Conclusiones y Recomendaciones	59
4.1 Conclusiones	59
4.2 Recomendaciones	60
4.3 Referencias	62
Anexo No. 1	65
Anexo No. 2	69
Anexo No. 3	71
Anexo No. 4	76

Resumen

El presente trabajo de investigación planteó los siguientes objetivos: aportar conocimiento sobre la depresión y su relación con los niveles de funcionalidad del adulto mayor de la Ciudad de Guatemala, detectar si la funcionalidad del adulto mayor afecta o altera los niveles de depresión y cómo estos afectan el bienestar psicológico de la población; malestar que puede ser causado por factores externos e internos, pérdidas emocionales, falta de confianza, críticas de terceros, entre otros. Para la ejecución del proyecto se contó con la participación del 33% de la población que asiste al centro de atención “Mis Años Dorados” Mixco, de forma recurrente en el transcurso de noviembre 2019 a enero 2020. La elección de la muestra fue no probabilística delimitando el grupo de la población con rango de edad entre 65 y 75 años de edad, sin importar sexo, religión o estatus socioeconómico y que contaran con el 90% de asistencia.

Se apoyó en la investigación mixta, enfoque que combina métodos cuantitativos y cualitativos para evidenciar la realidad intersubjetiva del problema. Hernández, Fernández y Baptista (2014), (p.536); utilizando el diseño concurrente para confirmar y corroborar los resultados efectuados con la validación cruzada de datos.

Se aplicaron instrumentos estandarizados como: inventario de depresión de Beck y el índice de Barthel, haciendo uso de historia de vida con preguntas abiertas que identificaron aspectos que no se lograron evaluar con una prueba estandarizada.

Los adultos mayores que formaron parte de la muestra se beneficiaron con un tratamiento de apoyo psicológico orientado en la terapia cognitiva de Beck, esta terapia fue aplicada como tratamiento para minimizar los síntomas depresivos en los adultos mayores y comprobar su eficacia frente a los síntomas depresivos, el resultado fue que la terapia cognitiva de Beck beneficia en la permanencia de síntomas leves sin aumentar rápidamente a los siguientes estadios de la depresión. En los casos de la depresión moderada y grave, se disminuyeron síntomas depresivos, gracias a la intervención psicológica, permitiendo a los participantes modificar creencias por medio de un debate, aprendiendo a evaluar sus creencias y establecer una realidad positiva.

En cuanto a los resultados de la investigación el 53% de la población posee depresión leve, el 27% depresión grave y el 20% depresión moderada; eso indica que todos los adultos mayores entrevistados se encuentran con depresión en sus diferentes niveles; siendo la más relevante

depresión leve. El porcentaje con depresión leve se encontró especialmente relacionado con la pérdida funcional leve, lo cual produce el inicio de síntomas depresivos en los adultos mayores.

Prólogo

La tristeza profunda es una de las condiciones de salud mental más frecuentes e históricamente es la que genera una mayor carga de enfermedad en el mundo.

La depresión en el adulto mayor, en ocasiones referida como depresión geriátrica, es un problema de alta frecuencia y de gran impacto. Se calcula que entre un 10% a 20% de las personas mayores a 65 años en América Latina, presentan síntomas de cansancio emocional, tristeza, miedo e irritabilidad. No obstante, su alta prevalencia, usualmente se manifiesta mediante síntomas que suelen ser diferentes a los grupos etarios más jóvenes, por lo que suele ser diagnosticada y tratada equívocamente.

Son diversas las situaciones asociadas al proceso de envejecimiento sumadas a la evolución de algunas enfermedades: deterioro cognitivo, enfermedades cario-vasculares, pérdida sensorial, entre otras, las que pueden hacer que las personas mayores sean más propensas a presentar síndromes depresivos. A estos se suman variables extrínsecas propias del ciclo etario, como la transición a la jubilación y/o retiro (voluntario e involuntario), la viudez y pérdida de seres queridos o personas cercanas, estigmas asociados a la senectud, sensación de soledad, y situaciones de salud, los que repercuten de forma directa en la persona y su calidad de vida.

La capacidad que tiene los sujetos de realizar y participar en actividades de la vida diaria, concepto conocido como funcionalidad, ha sido considerada como una de las principales estadísticas que marcan indicadores de salud en la población mayor, asociándose con una mayor calidad de vida. Para este contexto, conocer la relación entre los signos y síntomas depresivos y la funcionalidad del Adulto Mayor de 65 a 75 años del Centro Mis Años Dorados, mismo que se encuentra en Mixco, durante el año 2020, podría tener una importancia como valor predictivo de la evolución de esta condición, e indicador de eficacia de tratamientos dirigidos a reducir los síntomas depresivos en estos sujetos.

Particularmente, éste estudio apoya en la comprensión de los mecanismos por los cuales se genera y se mantiene esta relación, lo que puede ser un aporte para el diseño de intervenciones que tengan como base la mejoría de la funcionalidad y bienestar de la persona mayor a nivel local y nacional.

Hablar de calidad de vida, no es un tema solamente en el área de la salud, ya que implica una postura ideológica, política y económica, que trasciende la problemática encontrada a niveles cada vez más preocupantes.

Potenciar el nivel social y emocional de las personas que asisten al centro Mis Años Dorados, Mixco, puede y busca reducir la sintomatología presentada en la población, ya que les hace valorar la vida presente y manejar con mejor impronta las crisis naturales que por etapa de vida se suscitan.

La siguiente tesis tiene como objetivo describir y analizar la relación existente entre la funcionalidad y la manifestación de síntomas depresivos en los adultos mayores. A partir de la evidencia recolectada se propone un modelo conceptual para entender la relación existente entre dichos síntomas y su impacto en la calidad de vida.

MSc. Juan Fernando Porres A.

Asesor

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del problema y marco teórico

1.1 Planteamiento del problema

El problema investigado fue: “Niveles de Depresión y Funcionalidad del Adulto Mayor de 65 a 75 años del centro Mis Años Dorados, Mixco”, 2020. La depresión es la agrupación de síntomas susceptibles en donde sobresalen sentimientos y emociones como dificultad de concentración, tristeza, desgano y sensación de irritabilidad. Adulto mayor es una fase del ser humano que inicia a partir de los 60 años donde los cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales representan un declive. La funcionalidad nos permite ser capaces de enfrentar el proceso de cambio a nivel de adaptabilidad funcional y satisfacción personal.

Se ha observado que en el centro asisten adultos mayores con diferentes estados de ánimo, quienes mostraron semblantes decaídos, tristes y desganados es por ello que se abordó principalmente el tema de la depresión. Ya que durante su estadía en el centro las personas buscan aislarse del grupo, estar solos, no buscan hacer amistades, y son poco participativos en las actividades; cuando las personas a cargo de las actividades se acercan a ellos tienden a contar historias tristes de su vida o acontecimientos que los conmueven y lloran con facilidad.

Los asistentes llegan en varias modalidades: acompañados por sus familiares o amigos, solos o en el bus del centro. Cuando llegan y se van se han observado algunas situaciones peculiares como la dificultad que poseen para trasladarse haciendo uso de andadores, sillas de ruedas, bastones u otro aparato para movilizarse. No todas las personas tienen aparatos, pero quienes los usan han hecho referencia que no se sienten igual que cuando eran jóvenes y cuando lo mencionan se muestran con semblantes decaídos y tristes de necesitar apoyo extra para trasladarse de un lugar a otro. Se observó que muchos de los adultos mayores que asisten a dicho centro presentan problemas emocionales generados con el paso de los años, donde ya no se sienten activos dentro del hogar o la sociedad.

A pesar de ser un ambiente donde se busca la convivencia entre el grupo fue observado que las personas, aunque asistan constantemente no les gusta participar en las actividades grupales, prefieren aislarse del grupo y cuando se les presenta la oportunidad de estar solos tienden a llorar

con facilidad y no buscan comunicación o amistad con sus compañeros ni con el personal del centro.

Debido a detonantes como: falta de atención social, familiar y económica, alteraciones físicas y emocionales, se consideró un pilar fundamental para lo cual se investigó la relación existente entre los niveles funcionales y de depresión del adulto mayor. Para la depresión del adulto mayor se tomó como punto focal el estudio de síntomas emocionales y cognitivos que se presentan a esta edad, y por el otro lado las deficiencias físicas como: lesiones, falta de movilidad, poca participación en casa y en la sociedad. Tomando de forma aleatoria a un grupo de quince adultos mayores, hombres y mujeres, evaluando su nivel de funcionalidad y cómo estos influyeron para que una persona padeciera o no síntomas de depresión o una depresión que no haya sido detectada.

Las alteraciones físicas y cognitivas son un proceso inevitable por el cual las personas mayores atraviesan y la forma en la que son asimiladas por la persona y la familia es de vital importancia, porque con base a ello se pueden o no presentar síntomas de depresión en los adultos mayores.

El estudio de los niveles de depresión y funcionalidad del adulto mayor de 65 a 75 años del centro “Mis Años Dorados” Mixco 2020; es una inquietud que surgió después de realizar varias prácticas en centros de atención de día con adultos mayores, en donde se observó que es una población olvidada socialmente dentro del país; sin embargo, es de las poblaciones que requiere atención en salud para que puedan disfrutar de una calidad de vida agradable. Ser adulto mayor conlleva una serie de innumerables cambios y retrocesos a nivel funcional, porque se han pasado la vida aprendiendo y haciendo cosas que ya no logran hacer con la misma facilidad debido a la pérdida de fuerza, cognición, pérdida de actividad social y laboral. Este proceso de cambio produce consecuencias, que afectan la estabilidad emocional del adulto mayor, con acontecimientos como pérdida de trabajo, falta de productividad dentro del hogar, presencia de diferentes enfermedades, abandono familiar, entre otros; también son factores negativos que presenta la población. Estos acontecimientos generan sentimientos de inutilidad, sintiéndose discriminados socialmente o que son una carga familiar, lo que va generando sentimientos y pensamientos negativos para su salud mental.

El proyecto de investigación aportó los conocimientos necesarios donde se abordó la problemática de los niveles de funcionalidad y depresión, respondiendo a las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuál es el nivel de depresión que predomina en los adultos mayores de 65 a 75 años del centro “Mis Años Dorados” Mixco, 2020?, ¿Cuál es el nivel de funcionalidad en adultos mayores de 65 a 75 años del centro “Mis Años Dorados”, Mixco, 2020?, ¿Cuáles son los conocimientos básicos para el abordaje de la depresión en el adulto mayor de 65 a 75 años del centro “Mis Años Dorados” Mixco, 2020?, ¿Qué eficacia tiene la terapia cognitiva de Beck en el abordaje de la depresión en los adultos mayores de 65 a 75 años del centro “Mis Años Dorados” Mixco, 2020?

1.2 Objetivos de Investigación

1.2.1 Objetivo General

- Aportar conocimientos sobre la depresión y los niveles de funcionalidad en el adulto mayor de la ciudad de Guatemala.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de depresión en adultos mayores de 65 a 75 años del centro “Mis Años Dorados” Mixco, 2020
- Determinar los niveles de funcionalidad en adultos mayores de 65 a 75 años del centro “Mis Años Dorados” 2020”
- Establecer la relación existente entre los niveles de funcionalidad y depresión en adultos mayores de 65 a 75 años del centro “Mis Años Dorados” 2020
- Aportar conocimientos sobre el abordaje de la depresión en el adulto mayor de 65 a 75 años del centro “Mis Años Dorados”, 2020
- Determinar la eficacia de la terapia cognitiva de Beck en el abordaje de la depresión de los adultos mayores de 65 a 75 años del centro “Mis Años Dorados” Mixco, 2020

1.3. Marco Teórico

1.3.1 Contexto social del adulto mayor

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes del siglo y será protagonista del siguiente, pues traerá profundas meditaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países. Debido a los procesos acelerados de envejecimiento de la población, situación que de manera progresiva se ha estado dando en el mundo, plantea grandes desafíos a la gestión económica, estatal y específicamente a los sistemas de pensiones y previsión social.

Una de las consecuencias del envejecimiento poblacional, como mecanismo de ajustes al crecimiento de la población, es el cambio en la modalidad y configuraciones de los arreglos familiares de convivencia, así como en la dinámica y funcionamiento de los mismos. Con el envejecimiento poblacional cambia la estructura y composición de estos grupos, y en función de ellos son más, o menos, vulnerables al medio social en que están inmersos.

Las decisiones sociodemográficas de la población respecto a los nacimientos, las migraciones, el cuidado de los ancianos, la participación económica, los divorcios y matrimonios, entre otras, mayormente se toman en primera instancia dentro de la familia, entendida esta como el entorno residencial de los sujetos y dependen mucho de la composición estructural y dinámica de las mismas, aun cuando estén influenciadas por factores externos. Estas decisiones a su vez configuran este entorno, determinan o modifican los anteriores elementos.

La vejez trae transformaciones personales, de las condiciones físicas, independencia económica y funcional, la modificación de roles dentro de la familia, la participación en el mercado laboral, el uso del tiempo libre, la autopercepción, la percepción que los demás tienen de nosotros etc. (Villa y Rivadeneira 1999)

El nivel de envejecimiento que Europa logró en dos siglos lo alcanzará América Latina en solo cincuenta años lo que significa que tendrá menos tiempo para adaptar sistemas al nuevo escenario de una población con mayor vejez. Muchos de los logros sociales, económicos y educativos que condujeron a la rápida disminución de la mortalidad y el descenso de la fecundidad en nuestros países, vienen de la incorporación de patrones económicos y culturales de los países desarrollados. Por lo que se vuelve oportuno poder iniciar con plan de abordaje en América Latina con la población adulta mayor.

1.3.2 Contexto social guatemalteco del adulto mayor

Hace algunos años atrás, el tema de los Adultos Mayores no era visto en el país, como un problema que plantea la urgencia de su abordaje. Sin embargo, las demandas de la realidad de las personas mayores y los datos planteados dentro de los informes de organismos internacionales, así como encuestas y censos elaborados por el Estado, han puesto en evidencia las condiciones de pobreza y exclusión de los adultos mayores en Guatemala.

Según el censo del año 2002, Guatemala tiene una población actual de 11, 237,196 habitantes y de este total 713,780 son personas mayores de 60 años. El 49.6% son hombres y el 50.4% son mujeres, según ENIGFAM (1999). El mundo se encuentra en medio de una transición demográfica fundamental, lo cual representa el crecimiento acelerado y sostenido de la población mayor, que plantea grandes desafíos a la red de protección y previsión social, según el organismo, en los países desarrollados, los cambios en la estructura poblacional podrían reducir el crecimiento anual del Producto Interno Bruto (PIB) en 0.5 puntos porcentuales hasta 2050, (FMI. 2004). Sigue diciendo el informe público, se resentirá del aumento de jubilados, debido a incrementos de los gastos de pensiones y de la salud en casi el 7% del PIB hasta 2050. Dichas previsiones hechas en los países desarrollados, evidencia una preocupación y cierta previsión al respecto, cosa contraria en Guatemala, donde dicha situación se está dando, esto debido a una disminución de la tasa de mortalidad, la elevación de la esperanza de vida ha dado como consecuencia en el país, un crecimiento de la población mayor a 60 años. Dicha situación confrontada con la escasa cobertura y deficiente calidad de los distintos programas de jubilación y de atención de la población mayor, representan una situación grave pues no hay infraestructura institucional de respuesta a las necesidades de dicha población.

1.3.3 Clases sociales

La estratificación social se refiere a la división de la sociedad en “niveles que se relacionan entre sí en términos de ordenación y subordinación, ya sea en poder, privilegios o rango” (Berger, 1967)

La estratificación social es la división de una sociedad en estratos de personas que tienen desigualdad de acceso a recompensas materiales y simbólicas, así como de oportunidades de vida, de acuerdo al criterio de valoración privilegiado por una sociedad. Díaz (2012)

Con el desarrollo de la revolución industrial inició la historia del concepto de clase social como instrumento de análisis social. La propiedad se hizo símbolo de rango e instrumento creciente de dominio.

La estructura de la población guatemalteca es regida sobre una amplia base integrada por la clase trabajadora, en su mayoría pobre. En la cúspide se ubica una reducida élite social y económica que posee y administra una emergente clase media, caracterizada por su dotación del capital humano.

Las clases sociales se diferencian entre sí por su posición en el sistema productivo, el vínculo que tienen con los medios de producción y la parte de la riqueza social que reciben. Lenin (1961)

Se propone que las clases sociales son antagónicas donde uno se apropia del trabajo del otro, a causa del lugar diferente que ocupa en la estructura económica, lugar que está determinado fundamentalmente por la forma específica en que se relaciona con los medios de producción. Harnecker (1969)

La característica primordial de los individuos que comparte una misma clase social no es la relación con el medio de producción sino la función que desempeñan en el proceso productivo. González Anleo (1981)

Hacia mediados del siglo pasado tres perspectivas para enfocar el tema de estratificación social en Guatemala: El primero se basaba en la identificación de dos patrones culturales, ladinos e indígenas; segundo consideraba un sistema de castas sobre la base que los anteriores grupos sociales estaban mutuamente separados por diversas prácticas sociales, tales como verse el uno a otro como biológicamente distintos o evitar matrimonio con miembros del otro grupo, en otras palabras propiciaban monogamia social; y, el tercero concebía un sistema de clases entre el grupo ladino fundamentalmente en la riqueza, la ocupación y la educación. Tumin (1956),

La población de la ciudad de Guatemala es joven de 20 con el 40.4% equivale a 380,838 habitantes que habían en el 2002. En este grupo predominan las personas menores de 10 años que representaban el 20% de la población (189,511 personas). El segundo grupo en importancia dentro de la pirámide poblacional era el comprendido entre 20 y 39 años, que representaban el 32.7% de

la población. De este porcentaje, un poco menos de una tercera parte lo comprenden entre 20 y 24 años de edad. La otra cuarta parte de la población es mayor de 40 años.

La clase social predominante en Guatemala son la clase media y trabajadora, quienes aportan datos socioeconómicos, tales como educación, ocupación y nivel de ingreso, así como información sobre el estilo de vida. Respecto a la clase alta o élite social se describe principalmente su acceso al poder económico y político.

Dentro de las clases sociales encontramos la siguiente división:

Clase dominante: En Guatemala existe un debate sobre la denominación que debe darse a elite social, en especial a la que es propietaria de los medios de producción que en este trabajo se denomina patrones. La oligarquía es definida como las redes de familia que tiene el poder de los medios de producción y han conservado el poder político desde 1,531 hasta la fecha, aunque aclara que en ocasiones delegan parte de tal poder a la Iglesia, a los militares o a los políticos, pero casi siempre lo retuvo, a través del controlar el ayuntamiento, en la época colonial, o el gobierno, en la época contemporánea. La oligarquía guatemalteca se refuerza y reproduce a sí misma mediante alianzas matrimoniales entre sus miembros. El matrimonio constituye un mecanismo que permite a las familias acrecentar su poder económicamente, así como su influencia política. Casaus (1992)

Clase media: El ingreso familiar de esta clase oscila entre cuatro y doce salarios mínimos de la época. El nivel de escolaridad supera en casi todos los casos la primaria, un poco más de la cuarta parte ha completado la enseñanza secundaria y solo uno de cada tres había cursado estudios universitarios. Esta proporción era más alta entre los miembros del estrato social medio alto, los que desde luego eran quienes se ubican en el extremo superior de nivel de ingresos promedio de esta clase social. Una característica de los integrantes de esta clase social es que sus condiciones de trabajo eran más flexibles en horario, con relación a los demás. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos Familiares 1998-1999 (Instituto Nacional de Estadística: 2000).

Clase trabajadora: Su ingreso familiar fluctúa entre casi uno y tres salarios mínimos. Mantiene escolaridad baja, solo uno de cada tres ha completado la primaria, en tanto que uno de cada cinco ha cursado estudios preuniversitarios, y estos números eran menores en las mujeres. Los principales sectores productivos donde se emplean los miembros de esta clase social eran la

industria manufacturera, la construcción, el comercio y los servicios personales. Las viviendas de esta clase social son reducidas, contando en promedio con dos habitaciones, por lo que sus habitantes viven en altas condiciones de hacinamiento.

De acuerdo a los estudios demográficos de proyección de población en Guatemala realizados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) la población total en Guatemala en el año 2011 era de 14,173,763 habitantes. Ese total se divide 7, 539,798 mujeres y 7, 173,966 hombres. De acuerdo a la edad de los habitantes del país, se puede destacar los porcentajes: habitantes entre 60 y 64 años, las mujeres representan un 3.5% y los hombres un 3%. Habitantes entre 70 y 74 años, ambos sexos representan un 2% y los habitantes de 80 años y más, las mujeres representan un 1% y los hombres un 0.5%. De acuerdo con estos datos el adulto mayor representa un 6.2 de la población guatemalteca.

Diversos análisis realizados por la INE revelaron la situación en la que se encuentra el adulto mayor, indicando que el panorama de la población adulta mayor guatemalteca es bastante desolador porque la mayoría vive en situación de pobreza y también en extrema pobreza, teniendo como consecuencia que los adultos mayores guatemaltecos sufran desnutrición, no tengan acceso a los servicios de salud ya sea en el sistema privado o público, a una vivienda con las condiciones dignas, y a una fuente de trabajo. Sumado a esta situación no hay un sistema constituido que dé respuestas apropiadas a las demandas de dichas personas, situación que se da tanto en el área urbana como rural. Dicha situación que se vive en Guatemala tiene grandes repercusiones sociales y emocionales en la vida del adulto mayor, debido a la falta de integración social de dicha población a la comunidad y porque las circunstancias no le permiten participar en forma activa en proponer y aplicar políticas públicas que promuevan su bienestar social. La sociedad guatemalteca se caracteriza por no evitar prejuicios, prácticas y actitudes discriminatorias hacia los adultos mayores. Dentro de los problemas emocionales que este grupo presenta están la depresión, la ansiedad, la tristeza, la apatía entre otros haciendo que la voluntad de participar por parte de ellos también disminuya.

El envejecimiento de la población y el crecimiento del número de personas mayores y de la proporción que supone sobre el total de la población tienen y entran aún más en el futuro un importante efecto sobre nuestras sociedades, en todos los órdenes, económico, social, familiar y político. Este fenómeno demográfico es hoy en evidencia a nivel mundial y tiene también su reflejo

en la comunidad iberoamericana, ya que en la actualidad en torno a 50 millones de personas tiene 65 o más años, lo que representa cerca de 8% de la población, con una clara tendencia a aumentar las previsiones alrededor del 20% de la población tal hacia 2050.

1.3.4 Centro de día

El centro de día para adultos mayores dependientes es un recurso social intermedio que se define como centro socio terapéutico y de apoyo a la familia que durante el día presta atención a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona mayor dependiente promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual. Fernández y Rodríguez-Roda

El centro de día ofrece atención integral durante el periodo diurno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre desde el enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para promoción de autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

El centro de día está ubicado físicamente en la comunidad a la que se dirige el foco de atención:

- Los centros de día para adultos mayores dependientes, definidos como centro específico, gerontológico terapéutico y de apoyo a la familia que, de forma ambulatoria, presta atención integral y especializada en situaciones de dependencia.
- Las estancias diurnas en centros gerontológicos, ofrecen la oportunidad, a las personas mayores en situaciones de fragilidad o dependencia que viven en su casa, de acudir durante el día a centros sociales, alojamientos o residencias y de beneficiarse de los servicios ofrecidos por el centro (cafetería, peluquería, gimnasio, baño, actividades ocupacionales, socioculturales, etc.) Tienen el triple objetivo de optimizar recursos ya existentes, de atender a la persona mayor y ofrecer descanso a la familia cuidadora.

1.3.4.1. Centro de día SOSEP “Mis Años Dorados”

La secretaria de obras sociales de la esposa del presidente por acuerdo interno 22-2017, creó el programa nacional del adulto mayor “Mis Años Dorados”, el cual está diseñado para contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores de 60 años a nivel nacional, esto a través de sus 86 centro de atención diurna y 2 centro de atención permanente a nivel nacional, el

programa aporta el desarrollo integral, facilitando alimentación que consiste en refacción por la mañana, almuerzo y refacción por la tarde, adicional a ello se realizan diversas actividades que promueven el cierre de brecha generacional, por medio de convivencias entre niños, jóvenes y voluntarios.

Los centros diurnos y permanentes impulsan actividades sociales y recreativas que permiten a los adultos mayores comprender que “envejecer” puede ser positivo y saludable, canalizando sus necesidades de recreación y socialización; las actividades que en cada uno de los centros de atención del adulto mayor “Mis Años Dorados” se planifican, propician condiciones que les permiten a los adultos mayores desenvolverse en un entorno estimulante que favorece experiencias de aprendizaje y estilos de vida saludable.

Los objetivos por lo que se rige el centro son:

- Brindar una atención integral para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores que viven en situaciones vulnerables de pobreza y pobreza extrema
- Contribuir a la protección de las personas adultas mayores, en cuanto a su alimentación, atención integral, psicología, terapia ocupacional, física, recreativa y cultural
- Promover la participación del adulto mayor en actividades que contribuyan a hacerlos miembros activos y productivos de su comunidad
- Ayudar a disminuir la brecha generacional, creando un espacio que promueva el intercambio de conocimientos y experiencias entre las personas mayores, niños y adultos de su comunidad.

El centro “Mis Años Dorados” busca promover y propiciar espacios que fortalezcan la integridad de las personas mayores quienes son la población más vulnerable en la comunidad guatemalteca.

1.3.5. Personalidad

Personalidad es la organización dinámica dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determina sus ajustes únicos al ambiente. Allport (1936b)

El concepto de personalidad es un término que se deriva del griego (prosopon) y del latín (personare, persona), que significa resonar, sonar con fuerza. El concepto de personalidad podría entenderse como algo aditivo y genitivo. Aditivo, porque es algo que se añade o yuxtapone al ser

de la persona, a pesar de que la imagen manifiesta no se corresponda con la persona a la que dice representar. La persona se manifiesta y esas manifestaciones constituyen, algo que le representa. El ser de la persona trasciende de la imagen en que se manifiesta. Esa representación de su ser es siempre parcial, sectorial y muy limitada y restringida.

Genitivo, porque la personalidad se conoce como algo, como una imagen o representación de alguien, sin cuyo sujeto originario y de pertenencia no sería posible.

La personalidad también puede ser conocida como el conjunto de disponibilidades, cualidades y características personales, que permiten a una persona ser reconocida como quien es. Dichas manifestaciones se han generado como consecuencia de que esa persona es actor de sí mismo. Polaino-Lorete y otros (2013)

1.3.5.1. Desarrollo de personalidades

Cada persona tiene una estructura anatómica cuya conformación es única en algunos detalles. Son esta estructura y su funcionamiento fisiológico lo que en parte determinan y limitan el desarrollo de la personalidad de una persona. El crecimiento del sistema nervioso central establece los límites del temperamento y la inteligencia. Se considera que las variaciones temperamentales, sean las capacidades para una gama de respuestas activas ante el ambiente, influye sobre el efecto que tiene el hecho de experimentar un cambio en el ambiente, y tal vez al mismo tiempo se modifican debido a dicho cambio. Kolb (1977)

Dicha propiedad del sistema nervioso, que posee la capacidad de almacenar e integrar las experiencias del organismo y producir una respuesta adaptativa efectiva, hace posible que la personalidad humana evolucione. Es así que, gracias a una serie prolongada de experiencias sociales, se desarrollan actitudes, creencias, deseos, valores y pautas de adaptación, que le dan al individuo la calidad de ser único. La personalidad puede definirse como ese particular conjunto formado por los modelos de conducta y tendencias relativamente permanentes que son característicos de un individuo.

Cada etapa de la personalidad en desarrollo puede suceder de manera sana por tanto normal y armoniosa hasta la madurez bio psicológica y bio social, a través de la lactancia, la niñez, la madurez y la senectud, con la realización de las potencialidades personales, satisfacciones subjetivas. Así mismo puede presentarse un crecimiento desigual de distintos componentes de la

personalidad, ambas posibilidades dependen de diferentes factores tales como podrían ser; genéticos, ambientales, emocionales y sociales.

La personalidad tiene diferentes partes que llevan a cabo funciones específicas, facilitando la idea de dinámica en el funcionamiento de la personalidad. Freud postuló tres segmentos:

- El ello: Es un nombre colectivo que se usa para nombrar los impulsos biológicos primitivos. Representando la parte innata de la personalidad.
- El yo (ego): Es la parte del ser (self) que evalúa la realidad, es la parte o función de la personalidad que establece una relación con el mundo que nos rodea. El yo se relaciona con el ambiente por medio de la percepción consciente, el pensamiento, el sentimiento y la acción; por lo tanto, es la porción de la personalidad que controla al individuo de manera consciente. Este se encarga de las funciones como la percepción, la memoria, evaluación y comprobación de la realidad y es el intermediario entre el mundo interior y exterior.
- El superyó: Es la parte que se conceptualiza como la que observa y evalúa el funcionamiento del yo, comparándolo con un estándar ideal, un ideal que se deriva de las normas de conducta que se perciben durante años con los padres, maestros y cualquier persona importante para el niño. Este se encarga de proporcionar una dirección para las aspiraciones y las exigencias de éxito dentro de cada personalidad. El superyó se deriva en especial de la identificación con los padres y sus sustitutos, o sea con figuras de autoridad que pueden castigar o recompensar.

Erikson postula la existencia de crisis psicosociales específicas en cada etapa de la interacción. Dice que la solución a cada crisis establece una posición con determinadas actitudes, sobre las cuales el niño que crece elabora las etapas posteriores en su evolución psicosocial, ya sea de manera relativamente libre de conflictos o en una forma llena de conflictos. En consecuencia, durante la lactancia, según los grados variables de intercambios mutuamente satisfactorios e insatisfactorios, se establece la base para grados variantes de “confianza-desconfianza” en los demás. Las crisis psicológicas del principio de la niñez establece las bases para los grados de “autonomía personal vs vergüenza y duda” personales; las fase posteriores de la niñez influyen los principios de la “iniciativa o aceptación de culpa”; en la edad escolar inicia la “creatividad o sensación de inferioridad”; y en la adolescencia, la crisis de “formación vs disfunción de la

identidad”; las fases de la vida adulta implica crisis, el adulto joven debe elaborar la cuestión de la “intimidad vs aislamiento”; y el adulto mayor la cuestión de “procreación vs la absorción en sí mismo”, y el adulto de edad madura, la cuestión de la “integridad vs la desesperanza”. Kolb (1977 p. 71.)

1.3.5.2. Rasgos de personalidad del adulto mayor

Edad adulta y madurez:

Dentro de las etapas psicosociales que Erikson propone, encontramos la de edad adulta y madurez la cual postula que; aunque legalmente se reconozca la edad cronológica como un signo de madurez responsable, esto no es garantía de crecimiento individual del individuo. Kolb (1977).

Un adulto maduro es aquella persona que ha desarrollado una identidad personal clara, que es capaz de establecer una relación íntima, satisfactoria y armoniosa con un miembro maduro del sexo opuesto, y la capacidad para asumir por sí mismo las responsabilidades personales cuando son necesarias, y de aceptar decisiones de otras personas con autoridad competente respecto al bienestar general; persigue de forma independiente sus propios objetivos, reconociendo sus limitaciones y su capacidad de buscar ayuda en otro cuando la necesite, es una persona capaz de mantener un hogar, un trabajo y de mantener relaciones sociales satisfactorias.

Uno de los principales problemas emocionales de los adultos mayores, pero al cual los hombres están expuestos a través de todos los periodos de la vida, es el de la separación de los seres queridos. La aflicción, o sea el periodo de pena que sigue a la pérdida por muerte, a una separación importante o incluso a la pérdida de una parte corporal. Durante el proceso de aflicción, la intensidad de la pena produce alteraciones fisiológicas y psicológicas que se manifiestan en el aislamiento y en la preocupación por la pérdida. El proceso de aflicciones, el refuerzo psicológico para mantener el objeto perdido en la fantasía, las experiencias, el significado, la importancia emocional de la relación y finalmente incorporar ciertas cualidades que se derivaron de la asociación con el ser perdido. Los adultos mayores sufren estos procesos y se defienden de ellos adoptando actitudes de omnipotencia personal y orgullo en la autosuficiencia, o incluso se les ve agobiados, angustiados con estado depresivo.

En la teoría de Erickson las etapas del desarrollo de la personalidad encontramos la octava etapa, el estado Adulto tardío: Integridad del ego contra desesperación (sabiduría) Dicaprio (1990)

La octava y última etapa de la vida, en el esquema de Erikson, abarca de los 60 años a la muerte. La integridad del ego, que es la tarea principal de este periodo, implica una unificación de toda la personalidad, con el ego como la principal fuerza determinante.

La perspectiva de llegar al final de la vida puede producir profunda angustia a muchas personas. Los ancianos experimentan dificultades, que varían de dolores y malestares físicos, de apatía y pérdida de interés en las cosas y las personas, hasta sentimientos de inutilidad, aislamiento, depresión y desesperación; término que utiliza Erikson para resumir todos estos problemas. Erikson creía que el último periodo de vida no debería ser desolador y aterrador para todos; no lo es para quienes han cumplido con éxito las tareas de las etapas previas.

Un ejemplo podría ser, que necesitamos creer en que hemos vivido una vida agradable y confiar en que la muerte no será una experiencia terrorífica, para quienes creen en una vida futura, la muerte es el umbral de un nuevo tipo de existencia. La autonomía es necesaria para encarar con seguridad en sí mismo los problemas de este periodo. La iniciativa y la laboriosidad son necesarias para cambiar las circunstancias susceptibles de cambio. El sentido de identidad es la posesión más vital, debido a que el ego es valorado como la faceta más importante de nuestra personalidad. Al haber logrado amistades profundas, trabajando productiva y acertadamente, la persona no siente remordimientos ni deseos prolongados por las cosas de la vida: la capacidad de encarar la muerte sin desesperación y con el sentimiento de haber llevado una vida plena, vivida como tenía que ser.

Muchos adultos mayores declaran que no les atemoriza pensar en su propia muerte. Habiendo vivido sus vidas con plenitud no desean una existencia perpetua en la tierra. Esto es, si cada periodo fue vivido plenamente, y no quedaron necesidades insatisfechas para atormentarlos. El sentimiento puede compararse con el consumo de diversos platillos en un banquete; después de haber saboreado la sopa, se pierde el gusto por esta y se desea otra cosa. Si se ha tenido una infancia satisfactoria, una carrera brillante, un buen matrimonio y una familia que creció y se independizó, se han experimentado los placeres de la vida y no queda mucho por desear.

Sería demasiado optimismo suponer que el mayor misterio de la vida puede entenderse sin temor. Cada nueva aventura, no importa lo bien preparado que un este, se emprende con temor y

vacilación y habiendo aprovechado las experiencias de la vida, el anciano encara el último periodo de la vida con sabiduría, la virtud que Erikson atribuye a esta etapa. Aquellos que encuentran la muerte totalmente incomprensible y terrible han fracasado en los logros anteriores en su vida.

1.3.6. Adulto mayor

Hasta la mitad del siglo XX, la mayoría de psicólogos responden con facilidad que los seres humanos alcanzan su madurez a principios de los 20 años y luego empieza su descenso. Sigmund Freud tomó la pubertad como el final del desarrollo humano. Sin embargo, en la actualidad ya no se opina lo mismo. El psicólogo G. Stanley Hall (1846-1924) fue pionero en el estudio del envejecimiento, infancia y adolescencia. Realizó un estudio del desarrollo del ciclo de la vida en donde se hizo hincapié en que el desarrollo humano dura toda la vida. La palabra desarrollo nos hace referencia a que existe un cambio que a lo largo de la vida los seres humanos tenemos, mencionado en su libro “Desarrollo adulto y vejez un mundo cambiante” sobre el desarrollo físico, intelectual, de personalidad y social. (Papalia, Sterns, Feldman, & Camp, 2009)

El desarrollo físico es todo lo que concierne a cuerpo incluyendo capacidades sensoriales, del sistema nervioso, órganos, salud y actividad motora. En lo intelectual o cognitivo se incluye la sabiduría, memoria, inteligencia, resolución de problemas y razonamiento moral. La personalidad es la forma única de interacción con el mundo, expresión de pensamientos y emociones. El desarrollo social se refiere a cambios que ocurren en el mundo social de un individuo con respecto a sus relaciones interpersonales, estilo de vida, trabajo y ocio. Quizá el adulto mayor no tiene un cambio tan notable como lo tiene un ser humano en la niñez, pero si existen cambios positivos como nuevos aprendizajes y desarrollo de habilidades, y por el otro lado negativos como pérdidas de actividades diarias que antes realizaban con facilidad y ahora se vuelve más difícil ya sea por la fuerza que requiere o por la habilidad emocional y psíquica de la actividad. Por lo que la psicología inicia a darle importancia a la etapa adulta y de la vejez, como un foco de oportunidad para el abordaje de las necesidades psíquicas de la persona.

Según la OMS en el año 2010, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos. La clasificación de los adultos mayores puede ser:

Tercera edad: Es un término que hace referencia a la aproximación a la edad promedio de vida. Esta etapa representa un declive en las estructuras que se habían desarrollado por lo que se

da un cambio a nivel físico, cognitivo, emocional y social. Se considera que este proceso empieza a los 60 años hasta los 74 años.

Cuarta edad: Hace referencia a la última fase de la vida de la persona que alcanza una vejez avanzada. Habitualmente se considera su comienzo a los 80 años, según la geriatra Pilar Mesa Lampre, lo que representa el final del camino.

Quinta edad: Las personas que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejos ya que han alcanzado una edad que la mayoría de la población no alcanza.

Se elaboraron tipologías de la edad para poder entender sus dimensiones; reconociendo que la edad cronológica, que es la que todos los seres humanos experimentan en su desarrollo físico y mental, y que se mide en años. Y por otro lado la edad como construcción social o cultural, en donde la sociedad encuadra a las personas y evalúa su comportamiento en cada etapa, pero son muy variados dependiendo el grupo social o cultural. Esta última nos orienta hacia el concepto de la edad auto percibida o sentido que se basa en la realidad subjetiva de la persona, según la definición que la persona hace de sí misma; por ello no siempre corresponde a la edad cronológica. (Osorio, 2006);

La vejez actualmente juega un papel importante en la sociedad, ya que existen países europeos como Italia y Portugal, y americanos como Chile que están envejeciendo. Es decir, hay pocos nacimientos en el país y se le apuesta a un futuro en donde los adultos mayores sean más que otro grupo poblacional. En Chile se están ejecutando proyectos específicos para adultos mayores, uno de ellos es “Más adultos mayores autovalentes” que busca atender el deterioro funcional de adultos mayores, el cual es prevenible con un adecuado manejo de las situaciones de salud y práctica de estilos de vida saludable por parte de las personas mayores.

1.3.7. Envejecimiento

Hay que considerar el menoscabo gradual en la energía, la disminución en las respuestas ante diversos estímulos, el empobrecimiento de la iniciativa y de la imaginación de los intereses, el aumento en el egocentrismo y una cierta desviación de la personalidad, como elementos de un proceso involutivo normal, aparece conforme pasa el tiempo. Al avanzar la edad hay una pérdida progresiva de los recursos físicos y mentales, que tiende a producir sentimientos de vulnerabilidad.

Estos sentimientos, a su vez, crean angustia, que el individuo trata de vencer por medio de los mecanismos que desde hace mucho ha utilizado para adaptarse a la vida. Kolb (1977)

El stress de las limitaciones físicas y mentales, la soledad y el rechazo de los familiares producen angustia que puede estimular la producción de varios mecanismos protectores. Entre las respuestas más frecuentes están la depresiva y la hipocondriaca. Busse decía que la persona que envejece tolera la pérdida de relaciones amorosas y de prestigio con mayor facilidad que la iniciación de las incapacidades físicas, especialmente cuando éstas limitan su movilidad o alteran sus medios de comunicación con otros.

Los episodios depresivos aumentan en frecuencia y en profundidad conforme avanzan los años de vida. En contraste con las constelaciones psicodinámicas en los jóvenes y en los de edad madura (es decir el volver hacia dentro los impulsos hostiles, con sentimientos de culpa), la depresión de los adultos mayores es más a menudo la consecuencia de la pérdida de la autoestima, debido a que se altera el funcionamiento en diversas áreas, y esto produce sentimientos de desprecio, vergüenza e impotencias personales. Otros sentimientos que el adulto mayor presenta son inseguridad o insuficiencia, volviéndose mal intencionados, contradicen a las autoridades y vuelven a un estado de dependencia.

El envejecimiento exitoso, ocurre cuando las personas sienten satisfacción por poder adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida. Esta definición se aplica a la relación entre un cierto grado de salud objetiva y salud subjetiva del adulto con la vida que lleva. Havighurst, (1948). El término “envejecimiento exitoso” es demasiado impreciso, porque definir “éxito” está dependiendo de la situación individual concreta, de más metas deseadas o de una circunstancia personal. Así mismo puede ser mal interpretada esta definición aun contando con criterios objetivos, como las expectativas de vida que la persona adulta no siempre experimenta de manera positiva. (Limdenberger, 2002)

El envejecimiento es un proceso que no ocurre de forma repentina sino de manera progresiva y gradual; es una expresión de totalidad del organismo y es diferente en cada individuo; puede comenzar en cualquier órgano o sistema y afectar desde allí a la totalidad.

Strehler propuso considerar al envejecimiento como un proceso de deterioro progresivo, intrínseco y universal que acontece con el tiempo en todo ser vivo, como expresión de la

interacción entre el programa genitivo del individuo y su medio ambiente. Es un proceso de deterioro, porque ocurren pérdidas en la función fisiológica; es progresiva, porque las pérdidas son graduales; es intrínseco, porque las pérdidas son propias y es universal. Las pérdidas se producen en todos los miembros de su especie, cuando llega la ocasión. Pulido, M.E. (2003)

El envejecimiento es un proceso biológico que acumula cambios que suceden en nuestras células y tejidos. En 1985, Birren y Zarit establecieron una definición de envejecimiento biológico: “es el proceso de cambio del organismo que con el tiempo disminuye la probabilidad de supervivencia y reduce su capacidad fisiológica de autorregulación, reparación y adaptación a las demandas ambientales”. Sin embargo, no todos los seres humanos envejecemos de la misma forma.

Vamos a diferenciar entre envejecimiento primario o fisiológico: que son todos los cambios que se van dando en los seres humanos a lo largo del tiempo. Y envejecimiento secundario o patológico: como el resultado de los agentes externos a la edad, por ejemplo, enfermedades o accidentes que le sucedan a la persona y que esto le haga envejecer.

Conforme vamos envejeciendo ocurren fenómenos con disminución fisiológica normal y aumento de ciertas enfermedades que se adhieren al proceso del envejecimiento; sin embargo, existen varias teorías sobre el envejecimiento que nos ayuda a comprender mejor el proceso del envejecimiento, las cuales son:

1.3.8. Teorías históricas

Estas no poseen una base científica, pero trata de orientarnos con bases sustentables: (Hipócrates 460 a 370 a.c) desequilibrio de humores internos; (Aristóteles 384 -322 a.c) por pérdida del calor interno; (Leonardo Da Vinci 1452-1519) engrosamiento de vasos y dificultad para nutrir los diferentes tejidos; (Metchnikoff 1904) por intoxicación debido a la fermentación intestinal de los nutrientes.

1.3.8.1. Teorías filosóficas

Esta teoría explica el envejecimiento involucrado con órganos y sistemas: Teoría autoinmune de Walford en 1969 y Burnet en 1970, según la cual envejeceríamos por el deterioro global de la función inmune, en donde se produciría un incremento en la producción de anticuerpos e inmunocomplejos que no reconocerían estructuras propias del organismo. En 1956 y 1962,

Harman y Gerschman establecieron la teoría de los radicales libres, según la cual los radicales libres de oxígeno desestabilizaría las membranas celulares, creando productos de desecho como la lipofuscina, que en exceso produce el oscurecimiento de la piel. La teoría de Sheldrake, en 1974, sobre la acumulación de productos de desecho en el espacio intercelular. Esta teoría se evidencia por la presencia de lipofuscina (producto de desecho) sobre todo en células del músculo cardíaco y los nervios, ambos críticos para la vida.

En realidad, aunque existen muchas teorías que tratan de explicar el porqué del envejecimiento, no hay ninguna que pueda darnos la explicación completa. Ya que envejecer puede ser el resultado de una serie de factores intrínsecos y extrínsecos, que afectan el organismo a lo largo del tiempo desde que nacemos hasta que morimos.

1.3.8.2. Teorías Psicológicas del Envejecimiento

Simone De Beauvoir relaciona a la vejez con las consecuencias psicológicas y de comportamiento que caracteriza la edad avanzada. Como todas las situaciones humanas, tienen una dimensión existencial: modifica la relación del individuo con el tiempo, por lo tanto, su relación con el mundo y su propia historia. La vejez es una abstracción, considerar por separado los datos fisiológicos y los hechos psicológicos: Se gobiernan mutuamente (Di Giglio, G. 2002)

E. Erikson formuló la teoría epigenética que describe una serie de fases del desarrollo de la personalidad en función de su adecuación con ciertas variables psicosociales.

Salvarezza sostiene que esta teoría propone un eslabonamiento de ciclos vitales que están determinados por la relación del individuo en crecimiento y la realidad social donde actúa por medio de representantes institucionales diversos y que son los encargados de permitir o facilitar este desarrollo. Cada ciclo comporta tareas evaluativas que el individuo debe resolver, y su acierto o desacierto en hallar las soluciones necesarias determinarán su destino. Para Erikson, el conflicto principal que se presenta en esta etapa es entre la generativa y el estancamiento. La generatividad tiene que ver con la preocupación por afirmar y guiar a la generación siguiente, incluyendo a personas que se encuentren fuera de sus vínculos familiares, este concepto incluye a la productividad y la creatividad. La capacidad de entregarse por completo en el encuentro del cuerpo y de las mentes lleva a una expansión gradual de los intereses del yo y a un vuelo de catexia libidinal hacia aquello que se está generando.

Desde el psicoanálisis, se pueden entender el desarrollo psicológico de los seres humanos, y en ese caso, las partículas de cada proceso de envejecimiento por la estructura de la personalidad y por la acción de las vivencias actuales que inciden, tanto factores biológicos como sociales, pueden llegar a determinar cuándo se convertirán en traumáticos. Este enfoque individual logra explicar el presente adulto por la infancia pasada. En las mismas hay tres series de causas, que no actúan independientemente, la primera lo constituyen los factores hereditarios y congénitos, que son el componente constitucional; la segunda las expresiones infantiles; y la tercera serían los factores actuales o desencadenantes, que actúan sobre el resultado de la interacción de la primera con la segunda serie.

1.3.9. Clasificación del adulto mayor

Definiremos envejecimiento como el proceso de cambios morfofuncionales que se produce en el ser humano a través del tiempo, contemplados desde cambios fisiológicos y patológicos propios de cada persona.

Las fases del envejecimiento nos ayudan a observar cómo a través de la historia el envejecimiento ha ido evolucionando y siendo abordado de diferente forma e interés:

1. Geriatría (Fase de arranque en la investigación del envejecimiento) Aquí se incluyen aportes culturales que han apoyado a la investigación del envejecimiento. En la biblia en el Antiguo Testamento la vejez es considerada de forma positiva y llena de sabiduría; Platón elogia a la vejez como la etapa en la que las personas alcanzan su máxima discreción, prudencia y sabiduría; Aristóteles presenta una imagen negativa de la persona mayor como una etapa de debilidades, compasión social y falta de participación social, asociando la vejez a una enfermedad. Nascher en 1909 introdujo el concepto de “Geriatría” por ello ha sido considerado el padre de la investigación médica de la vejez (Streib y Orbach, 1967. P 615).
2. Gerontología (Fase de desarrollo en la investigación sobre el envejecimiento) Las aportaciones de esta etapa están a cargo de Quetelet, Galton mencionó que la capacidad visual aumenta hacia los 20 años y se mantiene hasta casi los 60; Pavlov estableció conexiones entre la fisiología y la psicología, y con el condicionamiento operante menciona un aprendizaje lento el cual es utilizado para explicar los procesos de envejecimiento en el proceso de aprendizaje. El objetivo de esta nueva etapa fue definido: “Gerontología: la

investigación del comportamiento en la edad proyecta ha de convertirse en una rama de especialización dentro de las ciencias del comportamiento. La finalidad de esta ciencia es la investigación de las causas y condiciones del envejecimiento, así como el estudio y descripción cuidadosa de los cambios del comportamiento regularmente progresivos y que se hallan relacionados con la edad”. (Streib y Orbach, 1967)

3. Psicogerontología (Fases de eclosión en la investigación sobre el envejecimiento) Hall puede considerarse como el antecesor histórico de esta fase, ya que el 1922 se oponía a que la vejez era un retroceso en el desarrollo de la adolescencia y escribió en su libro “Senescence, the last half of life” que fue su primer estudio psicológico sobre la investigación de la vejez en Estados Unidos; luego Munnichs en 1966 lo nombró “el primer psicogerontólogo”. Hasta que los pioneros de la investigación psicológica del envejecimiento se centraron en el tema mediante afirmaciones filosóficas con poca base empírica, entre ellos Rothacker (1939), Stern (1931) y Vischer (1943,1948).

La psicogerontología es la ciencia que estudia el comportamiento y procesos mentales de las personas mayores desde una perspectiva psicosocial. Como bien sabemos que una persona a lo largo del tiempo va perdiendo diversas funciones cognitivas, la capacidad cognitiva establece nuestra conducta en respuesta a confrontar lo percibido. Dentro de la capacidad cognitiva el elemento más estudiado es la memoria y es aquí donde el adulto mayor se ve afectado en cuanto a los recuerdos que se van deteriorando poco a poco a lo largo de su vida; la pérdida progresiva de memoria en los adultos mayores es una de las principales problemáticas para su salud. No recordar sucesos importantes que vivieron a lo largo de su vida (memoria a largo plazo) o incluso no recordar con quién estaba hablando hace unos minutos (memoria a corto plazo) hace que los adultos mayores se vean afectados emocionalmente. Incluso se ve involucrado el cuidador y su familia más cercana suele alarmarse porque creen que pueden estar presentando un problema mental.

Actualmente, el objetivo es buscar calidad de vida en los adultos mayores para brindar sentimientos de felicidad personal, bienestar material, físico. Llegar a envejecer debería ser una buena oportunidad para vivir felices por más tiempo, para descubrir y expresar quienes somos y lo que hemos aprendido a lo largo de la vida. Un aprendizaje importante es invertir el tiempo, establecer prioridades y rutinas necesarias para promover la salud y prevenir enfermedad. Un

adulto mayor es más feliz cuando está rodeado de amigos y de actividades que le den energía durante el día, no es lo mismo un adulto mayor que esté sentado todo el día esperando a que se acabe, a un adulto que está activo en actividades que lo motiven y que le hagan sentir una persona útil, como por ejemplo: ayudar a cocinar, ir de compras, leer un libro, bordar una servilleta, jugando con sus nietos, salir con sus amigos; ya que estas actividades lo motivan para seguir viviendo y ser feliz cada día.

El envejecimiento es algo inevitable en la vida del ser humano, lo que si podemos evitar es que nuestra vejez sea una carga emocional para nosotros mismos ya que un adulto mayor que se siente activo, feliz y útil, puede prevenir muchas enfermedades a las que se encuentra predispuesto por su edad. El grupo de los adultos mayores es diferente al del resto de las etapas del ser humano por su sensibilidad a la pérdida de la capacidad funcional.

La clasificación del adulto mayor desde el punto de vista funcional se ve envuelto por dos etapas vitales. La primera es el envejecimiento se ve involucrado con la fragilidad del proceso fisiológico y cambios fisiológicos del ser humano. La segunda es la consecuencia del desarrollo y atención socio sanitaria que se da en cada país, ya que en los países desarrollados puede que la atención a la salud sea de calidad y por ende se les brinde mejor atención a los adultos mayores, por el contrario, en los países subdesarrollados no se les brinda la atención necesaria en la salud.

Por cualquiera de las dos etapas anteriormente mencionadas podemos decir que se ve atacado el proceso del envejecimiento, como algo inevitable y vulnerable que limita la participación del adulto mayor en sus actividades diarias. La tendencia de aislamiento social y a la soledad es frecuente debido a pérdidas de contacto social, independencia de hijos, muerte de cónyuge, hechos que ocasionan pérdida o cambio de roles como la jubilación o pérdida de empleo.

1.3.9.1. Clasificación desde el punto de vista funcional

La disciplina encargada de la clasificación desde el punto de vista funcional de la persona es la terapia ocupacional, una disciplina sociosanitaria encargada de las actividades de la vida diaria del ser humano, desde 1978 la Asociación Americana de Terapia Ocupacional elaboró la primera definición de actividades de la vida diaria como “componentes de la actividad cotidiana comprendidos en las actividades de autocuidado, trabajo y ocio/juego” (Moruno, 2006). Más adelante se clasifican en actividades de la vida diaria básicas, que son las que comprenden

alimentación, vestuario, baño y las instrumentales en donde se incluye cuidado de otros, manejo de dinero y traslados en la comunidad.

La movilidad funcional es de las actividades de mayor valor para los adultos mayores con algún grado de dependencia, porque se le complica llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria. En especial cuando existe presencia de enfermedad y los adultos mayores necesitan de otra persona para realizar actividades que anteriormente realizaban sin dificultad, tienden a cambiar su estado de ánimo, a sentirse tristes y que no pueden hacer nada sin ayuda; para un adulto mayor es difícil sufrir el proceso de retroceso en etapas funcionales cuando ya han alcanzado la independencia en la etapa adulta, ellos se sienten como un gran peso, debido al retroceso que han tenido en su vida y en ocasiones se dejan vencer si no se les brinda la atención adecuada.

Los cambios en esta etapa podemos clasificarlos desde el punto de vista funcional en cuatro grupos (Educar Chile, 2019):

1. Autovalente: En este grupo se encuentran los adultos mayores capaces de realizar todas las actividades básicas de la vida diaria.
2. Autovalente con riesgo: Persona con aumento de la susceptibilidad a la discapacidad, es decir aquella persona adulto mayor con alguna patología crónica
3. Dependiente: Persona adulto mayor con restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria.
4. Postrada o Terminal: Persona con restricción física o mental, incapaz de realizar actividades básicas de la vida diaria como alimentación y control de esfínteres.

1.3.9.2. Niveles de funcionalidad del adulto mayor

La valoración del adulto mayor debe ser multifuncional involucrando el área física, mental, social y funcional. Esta última es la que tiene más importancia en la vida del adulto mayor ya que se le da mucha importancia al grado de dependencia o independencia que posee. Aunque existen varias pautas que nos ayudan a medir el grado de dependencia funcional del adulto mayor, se ha elegido el índice de Barthel (1950) siendo el más utilizado como instrumento de actividades básicas de la vida diaria. En 1955 por Mahoney y Barthel se llevó a cabo la presentación de este test para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y músculo esqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland y publicado diez años después.

La valoración física de los adultos mayores ha sido de suma importancia debido a que se ha convertido en ítem importante para medir el estado de salud de la persona. El índice de Barthel es un instrumento de valoración funcional que consta de 10 áreas importantes que evalúan el nivel funcional:

1. Comida
2. Lavado (baño)
3. Vestido
4. Arreglo
5. Deposición
6. Micción
7. Ir al retrete
8. Transferencia (traslado cama/sillón)
9. Deambulaci3n
10. Subir y bajar escaleras

Estos 10 ítems se evalúan para que los resultados arrojen si el adulto mayor se encuentra en una incapacidad severa, grave, moderada o ligera. Los resultados oscilan con el mayor grado de independencia un puntaje de 100 y con el mayor grado de dependencia el puntaje 0.

El índice de Barthel es de los instrumentos de medici3n con mayor éxito en el ámbito hospitalario, en especial con la poblaci3n adulto mayor ya que nos orienta con resultados desde el punto de vista funcional, aunque para realizar estadísticas de funcionalidad más complejos es necesario el uso de más test o evaluaciones, el índice de Barthel es un instrumento con amplia validez para comparaciones entre variables.

Al inicio la aplicaci3n de la prueba se realizaba a través de la observaci3n, en donde el evaluador se tomaba el tiempo de llenar los ítems que contiene el índice de acuerdo a lo que observaba. Hoy en día ya se realiza a través del diálogo entre el entrevistador y el adulto mayor, y los resultados que se obtienen son acertados. Su fácil aplicaci3n ayuda a que los adultos mayores se expresen abiertamente, los resultados son fáciles de interpretar y que no se necesita un experto para su aplicaci3n, son necesarios aproximadamente 5 minutos para aplicarlo.

1.3.10. Depresión

La depresión tiene sus raíces en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales, tal vez en la ambivalencia inconsciente y en la hostilidad con impulsos agresivos y rencorosos, dirigido hacia personas que son el objeto de una devoción forzada o hacia personas de quienes depende la propia seguridad. los impulsos hostiles que originalmente se dirigían contra otras personas llegan a dirigirse contra el propio yo del individuo (Kolb 1983)

Según el DSM-IV-TR

Criterios Diagnósticos:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. Se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej. Se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. Modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños considerar el fracaso para el aumento de peso esperado)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo)

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los criterios A-C constituyen un episodio mayor

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej. Duelo, ruina económica, pérdidas debido a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del

sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Organización Mundial de la Salud (OMS)

La depresión es un tono afectivo de tristeza y es tal vez la afección de la que más se quejan los pacientes psiquiátricos, la depresión puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo. Hay que reconocer que el afecto de depresión puede incluir grados variables de tristeza, culpa y vergüenza al mismo tiempo; tristeza debido a una pérdida, culpa por un impulso coercitivo hostil reprimido, y vergüenza por no estar a la altura de un objetivo personal (Kolb 1983)

Depresión es definida como la agrupación de síntomas susceptibles a los cuales les sobresalen los sentimientos y emociones, donde la dificultad de concentración, la tristeza, el desgano y la sensación de irritabilidad, sensación que el ser humano manifiesta en todos los aspectos de su vida. Sudupe, Taboada, Castro y Vásquez (2006)

La depresión también resalta distintas demostraciones en la persona que la padece, pues en ocasiones no es la tristeza, el desgano y el decaimiento las principales demostraciones de este trastorno, ya que se ha demostrado que pueden presentarse pérdida de interés por vivir, falta de alegría, llanto más de lo habitual y falta de energía para realizar las actividades de vida diaria.

La depresión es la representación y la esencia misma de la melancolía y la tristeza, es como un tropiezo, un sentimiento de desgano y derrota que aplaza la plena felicidad. Así mismo la depresión también modifica y cambia la forma de pensar de las personas que la padecen, para todas las personas que tienen el deseo de ser felices, afectando en cualquier edad o sexo, ya que en ocasiones se siente fracasadas y se les dificulta seguir adelante. Guerrero (2009)

Una tristeza esporádica que vuelve constantemente, es decaimiento en el estado de ánimo, irritabilidad en los ámbitos de la persona y en su entorno, demostrando falta de interés en actividades que con anterioridad proporcionaban satisfacción, pueden ser tomados como depresión.

La depresión es la exageración persistente de los sentimientos habituales de tristeza, siendo una enfermedad grave, de varias semanas o meses de duración, y que afecta tanto el cuerpo como la mente. Afecta a la forma en que una persona come y duerme y cómo se llega a valorar así mismo

(autoestima) y en la forma en la que piensa. La depresión puede llegar a todos los grupos de edad, tanto jóvenes como ancianos. Sin embargo, las mujeres tienen dos veces más depresiones leves que los hombres, aunque la frecuencia de depresión grave es la misma para ambos sexos. En las mujeres, la depresión es más frecuente entre 35-45 años, mientras que, en los hombres, la depresión aumenta con la edad. Molina y Arranz (2010)

En la antigüedad se hacía referencia a la melancolía y a todos los estados de niño, que ahora se conocen como depresión y manías. A lo largo de los siglos el significado de depresión se ha clarificado como un trastorno de afectividad que expresa una claudicación psíquica y neurobiológica del sujeto, que suele manifestarse a través de diversos síntomas tales como la tristeza, desinterés en actividades que anteriormente eran placenteras, pérdida de autoestima, trastornos de sueño y dolores físicos. Estos síntomas no deben confundirse con una tristeza momentánea de la vida. Vallejo (2012)

Indica que cuando un adulto mayor se deprime a veces se considera erróneamente un aspecto natural de esta etapa de la vida, la depresión en el anciano si no se diagnostica ni se trata puede provocar un sufrimiento innecesario en la vida del adulto mayor y en su familia. Las depresiones subyacentes en los adultos mayores son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de la salud ya que los síntomas depresivos en los adultos mayores pueden pasar desapercibidos. Gutiérrez (1980)

1.3.10.1. Principales causas de la depresión

La depresión se deriva de varias causas tales como, Lewison (2003):

- **Causas genéticas:** Existe un alto riesgo de padecer depresión clínica cuando hay una predisposición familiar de la enfermedad, la cual indica que se puede haber heredado una depresión biológica.
- **Causas Bioquímicas:** Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se conoce que las personas que padecen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro conocidos como neurotransmisores tienen probabilidades más altas de padecer un trastorno de depresión.
- **Causas Psicológicas:** Las personas con ciertas características en su personalidad tales como baja autoestima, sensación de falta de control en su vida cotidiana y tendencias a preocupaciones excesivas son más propensos a padecer depresión.

La depresión tiene varias causas debido a los factores que la desarrollan. Vallejo (2012)

Causas de depresión endógena:

- Herencia
- Factores de constitucionalidad
- Personalidad sana o melancólica

Causas de depresión exógena:

- Trastorno de desarrollo afectivo
- Factores psicosociales
- Personalidad neurótica

La depresión puede tener diferentes causas tanto externos como internos, así mismo se puede desarrollar de diferentes formas en cada una de las personas según la influencia de su entorno y cómo dichas personas manejan las situaciones que le rodean.

1.3.10.2. Tipos de depresión

Hay diferentes tipos de depresión entre los que encontramos según Retamal (1998):

- Subtipos monopolar y bipolar: La denominación polaridad alude a la presencia de polo de tristeza y euforia patológica. Cuando la persona en el curso de su vida ha padecido ambas fases, la depresiva y la maníaca, la enfermedad se denomina bipolar; en cambio cuando existe solo el polo o fase depresiva se designa como depresión monopolar, que es la depresión común.
- Subtipo primario y secundario: la depresión de tipo primario sería aquella que no tiene como posible factor causal ninguna enfermedad somática o psiquiátrica, es decir que su origen es primariamente una alteración del estado de ánimo. Por otro lado, los posibles factores causales de una depresión secundaria son las enfermedades orgánicas como hipotiroidismo, cáncer, infecciones y también efecto de farmacológicos de tranquilizantes, hipotensores, anticonceptivos orales, entre otros.
- Subtipos endógeno y reactivo: La depresión endógena se distingue por un conjunto de características sintomáticas como: insomnio al despertar en las mañanas, lentificación psicomotora, tristeza intensa, pérdida de peso e imposibilidad de reaccionar ante los acontecimientos agradables. La depresión reactiva está fuertemente ligada a las situaciones

desencadenantes externas; es decir que no son biológicas o genéticas, sino también psicogénicas y requieren de un adecuado manejo psicoterapéutico.

- Subtipo depresivo mayor y distimia: Ambos cuadros corresponden a los trastornos depresivos propiamente. No deben presentarse síntomas de aceleración maníaca en el curso de la vida de quien los padece.

1.3.10.3. Clasificación de la depresión

El DSM-IV clasifica los trastornos depresivos en un solo grupo en los cuales encontramos: El trastorno depresivo mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno debido a otra afección médica y otro trastorno depresivo especificado y no especificado.

Hay distintas clasificaciones de la depresión, haciendo énfasis que hay diferentes criterios para dividir las clases de depresión, ya sea según la edad o gravedad del trastorno (mayor o menor) por aparición clínica (típica o atípica) la presentación de trastorno psicomotores (agitadas o inhibidas) o de ansiedad. Vallejo (2012)

- Depresión orgánica: Es de causa médica conocida y detectable entre ellos los trastornos tiroideos, anemias, infecciones víricas, o a través de fármacos que producen lo que se llama depresión iatrogénica, este tipo de depresión suele ser más de tipo médico por su naturaleza.
- Depresión endógena o melancólica: de naturaleza constitucional hereditaria y neurobiológica.
- Depresión Psicosocial: Es la depresión que se relaciona con conflictos netamente psicológicos personales, donde son los conflictos emocionales las principales causas de este trastorno ya que desencadena ansiedad, ideas delirantes y sentimientos de desesperanza.

1.3.10.4. Características de la depresión

Las características de la depresión según Guerrero (2009) son:

- Tristeza esporádica o constante: se refiere a momentos durante el día de soledad o deseos de llorar.
- Decaimiento en el estado de ánimo: disminuye el deseo de realizar las actividades diarias.

- Irritabilidad, enojos con facilidad por situaciones sin significancia en casa, trabajo.
- Exaltación y elevación de la voz para expresarse o responder ante las situaciones.
- Falta de interés en actividades que antes proporcionaban satisfacción.
- Trastorno del apetito, sueño y sexo.
- Sentimientos de inutilidad, desesperanza, culpabilidad o vergüenza.
- Trastorno del humor que haya disminuido el rendimiento laboral o actividad diaria.

1.3.10.5. Síntomas de la depresión

La depresión es una enfermedad del cuerpo y de la mente. La mayoría de las personas con depresión tiene síntomas físicos y psicológicos, aunque la forma en que se presentan y la intensidad de cada uno estos síntomas pueden variar. Algunas personas pueden no referir ningún síntoma, pero se empiezan a comportar de forma inusual. Molina y Arranz (2010)

Síntomas Psicológicos:

- Tristeza
- Perdidas de interés en cosas con las que antes se solía disfrutar
- Ansiedad
- Vacío emocional
- Pensamientos negativos
- Problemas de concentración o memoria
- Delirios
- Alucinaciones
- Ideas de suicidio

Síntomas físicos:

- Problemas del sueño: Dificultades para conciliar el sueño, despertar precoz o aumento de las horas del sueño.
- Enlentecimiento mental y físico
- Aumento o disminución del apetito
- Aumento o disminución de peso
- Pérdida de interés en actividades que antes eran placenteras
- Fatiga

- Alteraciones fisiológicas

El sentirse desanimado o triste no es el único síntoma del trastorno depresivo, para poder identificar correctamente la depresión es importante indagar en más síntomas, tales como pérdida de interés en la vida y la incapacidad de disfrutar las cosas que con anterioridad eran satisfactorias, pérdida o aumento de apetito, dificultad para dormir con frecuente despertar temprano entre otros factores. Stanley (1986)

1.3.10.6. Tratamiento de la depresión

Algunas de las autoridades han investigado y estimado que al menos el 12% de la población adulta ha presentado o presentará más adelante un episodio depresivo de importancia clínica que requerirá de tratamientos. Schuyler y Katz, (1973)

Debido a los altos índices de depresión que se presentan muchos investigadores notaron la evidente necesidad de desarrollar algún tipo de terapia psicológica capaz de hacer frente a la depresión, determinando sus indicaciones y contraindicaciones y estableciendo su papel en el tratamiento general del paciente depresivo. Beck (2010)

Existen diversos grados y diferentes formas de aplicar el tratamiento en los pacientes depresivos por lo cual es importante conocer cada uno de ellos para saber si será efectiva para la persona acorde a los síntomas que presente. Entre los tratamientos encontramos:

- **Fármacos antidepresivos:** Son más accesibles que la terapia psicológica debido a su costo, pero se han descubierto casos donde dichos medicamentos no tienen efectos, o se ven obligados a abandonarlos debido a los efectos secundarios que pueden producir dicho medicamento.
- **Terapia Psicológica:** Esta ayuda a que el paciente a largo plazo, aprenda de su propia experiencia a manejar las posibles problemas o dificultades que se puedan presentar más adelante. Al contrario de los fármacos este tipo de tratamiento ayuda a que la persona no dependa de algún medicamento para poder mantenerse estable, sino que ayuda a que él mismo pueda sobrellevar el problema.

1.3.11. Terapia cognitiva

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Esta teoría se basa en el

supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar su mundo Beck (1967, 1976) Sus condiciones se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores.

La terapia cognitiva busca modificar conceptos distorsionados o creencias que las personas tienen en su mente; con la finalidad de que puedan resolver problemas y situaciones que les esté generando la depresión. A la persona se le explica en qué consiste la terapia para que luego aprenda a identificar y controlar sus pensamientos negativos.

La terapia cognitiva de Arón Beck se centra en los pensamientos y sucesos del ahora, de lo que se piensa aquí y ahora; ya sean pensamientos sobre el pasado, presente o futuro, ya que supone que estos pensamientos son accesibles y se pueden conocer. Se asume que si cambias la forma de pensar y actúas de forma diferente el estado emocional cambiará. La terapia busca que sean expuestos estos pensamientos e imágenes negativas, luego los analiza y busca cambiarlos por pensamientos más adaptados y racionales, por lo mismo busca detectar errores que pueden presentarse en el diálogo interno, planteándose como objetivo el que las persona sean más flexibles, menos dogmáticas y que se base más en las evidencias y en ver diferentes visiones alternativas de las situaciones para poder elegir. (Beck 2010).

El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptados específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas a enseñar al paciente las siguientes operaciones.

- Controlar los pensamientos automáticos negativos (cogniciones)
- Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta
- Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados
- Sustituir estas condiciones desviadas por interpretaciones más realistas
- Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias

El requisito principal para la aplicación de la terapia es poseer un conocimiento profundo acerca de la depresión, conocer la sintomatología, las recaídas, signos, estados clínicos y

conductas. Esta terapia ha demostrado ser efectiva en pacientes depresivos no internos, y combinada con antidepresivos los resultados han sido más efectivos. Sin embargo, la final de esta terapia no es eliminar la depresión, pero sí disminuir las alteraciones emocionales que la misma provoca en la persona, la persona que logra expresar sus sentimientos con facilidad dentro del ambiente terapéutico es la que mejores resultados obtiene ya que la importancia de los sentimientos y emociones dentro de la terapia psicológica son primordiales para un avance efectivo.

Estructura de la sesión terapéutica

Conocer el paradigma personal del paciente: Durante la primera sesión el terapeuta identifica con qué actitud se presenta la persona, que es lo que piensa de sí misma, y también el paciente suele describir el por qué de su enfermedad en algún suceso pasado.

Ajustar el nivel de actividad y estructurarlo según las necesidades del paciente: El terapeuta se encarga de ser una guía para el paciente ya que lo va orientando hacia el grado de actividad y estructuración adecuada, sin excederse para que el paciente no piense que está siendo presionado por el terapeuta.

Emplear preguntas como proceso terapéutico: Hacer preguntas ayuda a conocer al paciente y a evitar que aconsejemos. Cuando queremos que el paciente se dé cuenta de su situación ideal, basta con una pregunta bien formulada para que el paciente pueda darse cuenta de la realidad.

Emplear humor con prudencia y sensatez: El humor dentro de la terapia ayuda a que el ambiente esté relajado, cómodo y espontáneo. Sin embargo, no debe excederse ya que el grado de confianza puede perderse.

Evitar la conducta contraproducente a deseos inconscientes: El terapeuta puede que dentro de la sesión se dé cuenta que sus actitudes se deben a sucesos infantiles, pero jamás debe verbalizarlos al paciente, sino lograr el insight para que el paciente se dé cuenta.

Evitar etiquetar al paciente y hacer juicios de valor: Sabemos que el paciente que llega puede tener características particulares, incluso puede que el terapeuta se refiera a él a través de ella. Pero se deben evitar ya que influyen en la actitud del terapeuta hacia el paciente o viceversa.

1.4. Consentimiento Informado

Antes de iniciar el proceso de investigación en el centro de atención “Mis años dorados”, Mixco 2020; se le informó a la dirección y a los participantes, que la información que se obtendría durante el proyecto de investigación iba a ser completamente confidencial, por lo que la participación fue completamente voluntaria y donde las estudiantes se comprometían a salvaguardar la integridad de las personas. Según el primer código de psicología de Guatemala en el principio I en el apartado 7, 8 y 9 se menciona sobre el consentimiento informado donde se reconoce que obtener y negociar el consentimiento informado por parte de las personas o entidades es una forma de mostrar respeto por la dignidad de las personas. La confidencialidad solicita el consentimiento informado explícito para cualquier tipo de servicios psicológicos o para la realización de alguna investigación y privacidad asumiendo la responsabilidad de respetar y fomentar el derecho de las personas a su privacidad, por lo que se debe tener cuidado de no invadir lo que se define como espacio privado de los individuos o grupos, a menos que sea concedido un permiso claro para hacerlo. (ver anexo 4)

Capítulo II

2. Técnicas e Instrumentos

2.1 Enfoque y modelo de investigación

Dentro de la investigación se utilizó un enfoque mixto, que combina técnicas cualitativas y cuantitativas para obtener una perspectiva detallada y completa del estudio realizado. Los datos numéricos se obtuvieron de pruebas estandarizadas como: índice de Barthel y el inventario de depresión de Beck; la realización de las historias de vida verbales y textuales permitió conocer a profundidad otros temas que no se lograron identificar dentro de las pruebas estandarizadas.

Aunque se visualiza la investigación mixta utilizando los enfoques cuantitativo y cualitativo, la investigación se inclinó en una comparación estadística de datos que permitió cruzar información sobre la funcionalidad y depresión de los adultos mayores para identificar el éxito de estas variables y de nuevas que surgieron dentro de la investigación.

2.2. Técnicas

2.2.1 Técnicas de muestreo

La técnica de muestreo que se utilizó en la investigación fue de tipo no probabilística, ya que la elección dependió de causas relacionadas con la investigación, es decir que las personas debían cumplir con las características establecidas.

Las características para formar parte de la muestra fueron contar con 65 años cumplidos y no ser mayores de 75 años, con referencia al sexo y el status social no se realizó distinción. Los adultos mayores seleccionados pertenecían al centro “Mis Años Dorados” Mixco, y se encontraban inscritos en dicho programa, además de tener una asistencia del 90%, para que no existiera discontinuidad en la investigación, de esta forma fueron 15 personas que cumplieron con las características requeridas para la investigación.

2.2.2. Técnicas de recolección de datos

Dentro del campo de la psicología las investigaciones mixtas se han ido incrementando, ya que permiten resaltar riquezas de las técnicas cualitativas y cuantitativas para que la investigación tenga resultados completos y reales. En esta investigación se buscó identificar si la funcionalidad del adulto mayor influye en los niveles de depresión. La investigación se apoyó en pruebas estandarizadas como: el índice de Barthel e inventario de depresión de Beck; con los cuales se logró identificar niveles de depresión y funcionalidad de los adultos mayores del centro de atención “Mis años dorados” Mixco.

Las historias de vida se utilizaron como referencia para completar la investigación, ya que con las preguntas abiertas se identificaron características sobre su estilo de vida, vivencias personales y sociales, que complementaron la investigación y análisis de resultados. De esta forma el lector puede comprender el alcance general de la investigación.

Para la recolección de datos durante el proceso de investigación se utilizaron tres instrumentos para obtener la información requerida para llevar a cabo el trabajo de campo.

Se asistió al centro los días viernes en horario de 1:00 a 4:00 p.m. durante tres meses. Iniciando con la recolección individual de datos a través de la historia clínica, entrevistando a los

adultos mayores que cumplieron con los requisitos de la investigación. La información obtenida con las historias de vida ayudó a realizar el análisis global, tomando en cuenta las variables planteadas y las que surgieron durante el trabajo de campo. Para llevar a cabo este proceso se utilizó el salón de terapia ocupacional para mayor privacidad a la hora de compartir en las historias de vida. (Ver anexo 1)

Al completar las historias clínicas se evaluaron los niveles de funcionalidad por medio del índice de Barthel, prueba que se aplicó al finalizar la elaboración de historias clínicas en el salón de talleres, dicha prueba se aplicó de forma grupal, dividiendo a la muestra en dos grupos, (Ver anexo 2)

Posteriormente se aplicó el inventario de depresión de Beck, en el salón de talleres de forma individual. (Ver anexo 3) Con los resultados obtenidos se inició la aplicación del tratamiento con base a la terapia cognitiva de Beck, para comprobar la eficacia de ésta para abordar la depresión.

Simultáneamente al plan de tratamiento se ejecutaron talleres dirigidos al abordaje y fortalecimiento de emociones positivas y consolidación del vínculo terapéutico, se realizaron en el salón de usos múltiples los días viernes de forma grupal, utilizando técnicas de arteterapia, musicoterapia y actividades lúdicas que permitieron la libre expresión entre los participantes.

Para finalizar se realizó una reevaluación del inventario de depresión de Beck, para verificar la efectividad del tratamiento y llevar a cabo la elaboración del informe de trabajo en donde se evidencian los resultados obtenidos durante el proceso de investigación - acción.

2.2.3. Técnicas de análisis de datos

El análisis de datos para la investigación se realizó con apoyo en el diseño de triangulación concurrente, ya fue necesario identificar los resultados de la aplicación del índice de Barthel y realizar un análisis con los resultados del inventario de depresión de Beck.

Estos resultados permitieron identificar si existe una relación significativa entre los niveles de depresión y funcionalidad de los adultos mayores. Estos resultados se apoyaron con la realización de historias de vidas, las cuales permitieron identificar aspectos relevantes de la vida de cada persona, lo que ayudó a comprender la realidad de la investigación e identificar elementos

relevantes para futuras investigaciones relacionadas con el tema de la depresión en los adultos mayores

Los resultados se apoyaron con datos estadísticos de cada variable cuantitativa (funcionalidad y depresión). Seguidos por categorías y segmentos cualitativos que confirmaron los descubrimientos obtenidos en la investigación.

2.3 Instrumentos

El apoyo de los instrumentos fue esencial para la investigación porque ayudaron a obtener datos sobre los niveles de depresión y funcionalidad de los adultos mayores participantes, los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

2.3.1 Historia de vida:

La historia de vida que se utilizó para la investigación fue un relato personal de cada adulto mayor, con el cual se obtuvo información complementaria para poder conocer otros factores que pudieran estar influyendo en los estados depresivos de las personas. Por lo que la historia de vida se completó de forma individual.

2.3.2 Inventario de depresión de Beck:

Es un cuestionario que consta de 21 preguntas, con respuestas múltiples, utilizado para medir los estados depresivos. Dentro del cuestionario se incluyen ítems relacionados con síntomas depresivos como desesperanza, irritabilidad, así como síntomas físicos relacionados con la depresión, como fatiga, pérdida de peso y apetito sexual. El objetivo primordial de esta aplicación fue identificar los estados depresivos de cada adulto mayor de forma individual.

2.3.3 Índice de Barthel:

Es una prueba que nos permite conocer la capacidad funcional de una persona en las actividades de vida diaria básicas. Con esta prueba se lograron obtener datos cuantitativos con respecto a la funcionalidad de los adultos mayores, dando como resultado el nivel de apoyo que necesitan los adultos mayores con las actividades diarias, dicha prueba nos brinda resultados de independencia, dependencia leve, moderada y grave.

La aplicación de los instrumentos utilizados a lo largo de la investigación fue un procedimiento cuidadoso con cada uno de los adultos mayores, ya que en todo momento se resguardó el proceder ético de la información personal de cada uno de los participantes, en cuanto a la historia de vida personal, familiar, social y las pruebas aplicadas sobre depresión y funcionalidad.

2.4. Operacionalización de objetivos, categorías/variables

Objetivos	Definición conceptual/categoría variable	Definición operacional/ Indicadores	Técnicas/ Instrumentos
Determinar el nivel de depresión en adultos mayores de 65 a 75 años del centro “Mis años dorados” Mixco.	Depresión: Según (Papalia, 2002), la depresión es el trastorno de ánimo, que dura por lo menos dos semanas, en las cuales la persona muestra tristeza extrema, pérdida de la alegría o interés en la vida y otros síntomas como cambio de peso, insomnio, sentimientos de inutilidad o culpa, pérdida de la memoria, incapacidad para concentrarse y pensamientos de suicidio.	-Disminución importante del interés o el placer. -Pérdida importante de peso. -Insomnio o hipersomnia -Agitación o retraso psicomotor. -Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. -Sentimiento de inutilidad.	Inventario de depresión de Aaron Beck

		-Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse. -Pensamientos de muerte recurrentes.	
Determinar los niveles de funcionalidad en los adultos mayores de 65 a 75 años del centro “Mis años dorados” Mixco.	Funcionalidad: Es aquella capacidad de enfrentar el proceso de cambio y nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. (OMS 1995)	-Autovalente, realiza las actividades de forma independiente. -Autovalente con riesgo: necesita ayuda de terceros o ayudas técnicas para realizar sus actividades diarias. -Dependiente: Necesita la asistencia completa de un tercero.	Índice de Barthel

Capítulo III

3. Presentación, interpretación y análisis de resultados

3.1 Características del lugar y de la muestra

Para la realización de este trabajo de investigación se contó con el apoyo y colaboración de 15 adultos mayores que cumplieron con los requisitos para la investigación, siendo el 33% de la población que asiste al centro de día “Mis años dorados” Mixco.

Dentro de las características de la muestra para la investigación fue que los adultos mayores participantes estuvieran inscritos en el programa, y que se encontraran dentro del rango de edad de 65 a 75 años de edad, sin importar el sexo, religión o estatus social, y que contaran con el 90% de asistencia para que no existiera discontinuidad en la investigación.

La población presentó estados depresivos en diferentes grados, respecto a la clasificación de manual de diagnóstico (DSM) de leve a graves, presentando conductas de bajo estado de ánimo, trastornos en el apetito y sueño, cansancio y fatiga, disminución de participación en actividades de la vida diarias, problemas económicos y familiares como: abandono, negligencia, discriminación, violencia familiar y falta de atención por parte de sus cuidadores. En otros casos presentaron cuadros de angustia, irritabilidad, agresividad, pesimismo, negativismo, aislamiento y sentimiento de abandono.

3.1.1 Características del lugar

El programa “Mis años dorados”, consiste en una atención diurna para adultos mayores a partir de los 60 años de edad, quienes asisten diariamente para realizar actividades que mejoren su salud de forma integral, brindando alimentación, fisioterapia, terapia ocupacional y actividades de recreación y socialización. Es un proyecto de la secretaría de obras sociales de la esposa del presidente (SOSEP) creado por un acuerdo interno 22-2017; actualmente el proyecto cuenta con 86 centros de día ubicados en diferentes partes del país y 2 centros de atención permanente.

La investigación se realizó en el centro de atención “Mis años dorados” Mixco. dicho centro se encuentra abierto de 8:00 a 16:00 horas, horario donde los adultos mayores pueden estar el tiempo que ellos deseen o la jornada completa, para luego retornar a su casa. El centro tiene inscritos alrededor de 60 adultos mayores de los cuales asisten aproximadamente 45 diarios en ambas jornadas. Es un centro que tiene apoyo por parte del gobierno y reciben donaciones de la municipalidad, empresas, escuelas o personas individuales que llegan constantemente a compartir con los adultos mayores y a apoyarlos con víveres para el centro, actividades lúdicas, celebraciones, entre otras.

Los adultos mayores que asisten al centro se trasladan de diferentes formas: acompañados por algún familiar, otros se trasladan solos caminando o en transporte público; ya que todos viven en colonias aledañas al centro.

Los adultos mayores refieren que: “disfrutan pasar el día en el centro porque se sienten activos, parte del grupo, y se sienten como en casa”. ya que algunos viven solos, o tienen un espacio dentro de la casa de algún familiar con el cual se les dificulta compartir tiempo de calidad, incluso

existen casos en donde parejas de adultos mayores asisten juntos porque dentro del centro reciben apoyo con la alimentación.

3.1.2 Características de la muestra

La elección de la muestra para realizar la investigación fue de tipo no probabilístico, es decir una técnica donde la muestra recolectada no brinda la misma oportunidad de ser seleccionados a todos los individuos de la población. Dentro del programa “Mis años dorados” Mixco; se encuentran adultos mayores desde los 60 a 95 años, que asisten diariamente, sin embargo, para la muestra de la investigación se delimitó a las edades comprendidas entre 65 y 75 años de edad, con el objetivo de tomar en cuenta a la mayor cantidad de personas dentro de un rango de edad más corto.

Un requisito para formar parte de la muestra fue contar con 65 años cumplidos y no ser mayores de 75 años, con referencia al sexo y el status social no se realizó ninguna distinción. Los adultos mayores seleccionados pertenecen al centro de atención “Mis años dorados” Mixco y se encuentran debidamente inscritos en el programa, además de tener una asistencia del 90%, para que no existiera discontinuidad en el trabajo de campo.

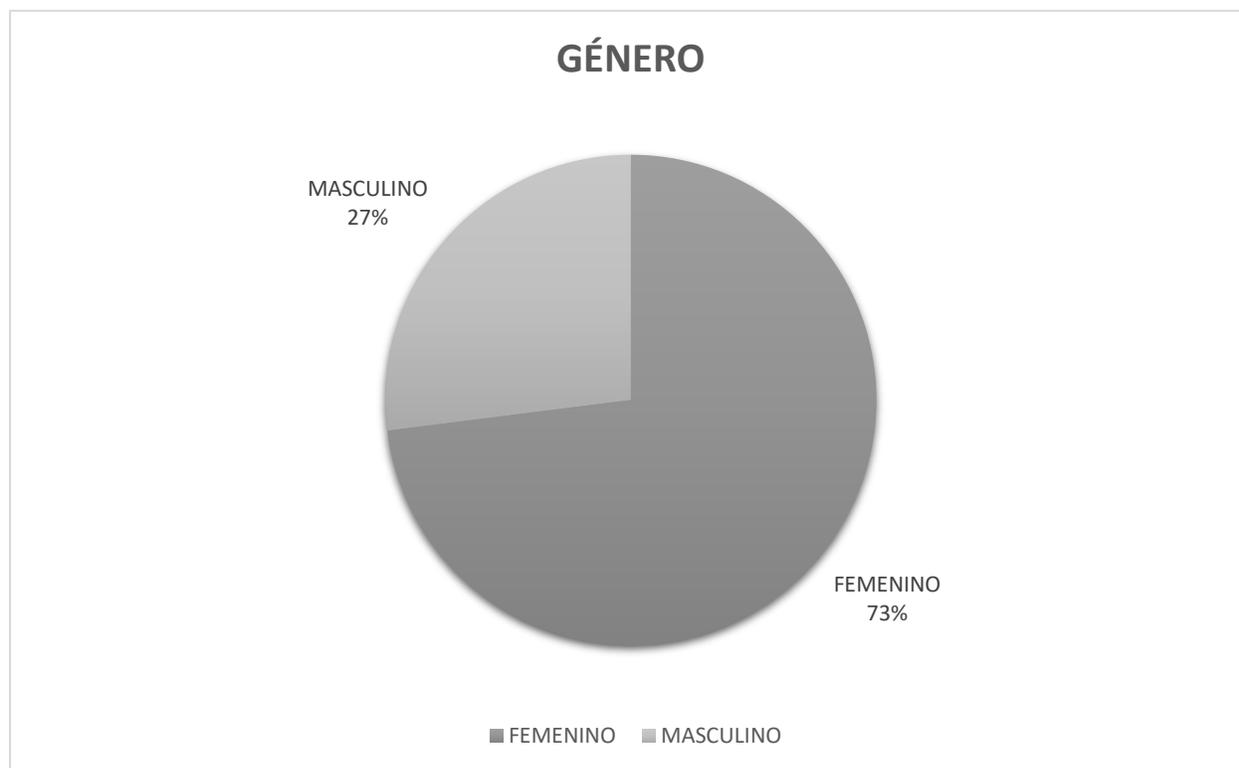
Otra característica importante para formar parte de la investigación fue la disposición que presentaron desde la entrevista inicial, con la facilidad de respuesta ante aspectos personales, emocionales y sociales, ya que la disposición es fundamental para establecer una buena relación terapéutica.

La elección de la muestra con adultos mayores nos permitió una buena conexión con la población y una buena apertura en la participación de actividades tanto individuales como grupales. Ya que ellos disfrutaban círculos de conversación y expresión de emociones, que les da un sentimiento de valor ante las personas que los escuchan o se interesan por acontecimientos relevantes de su historia de vida.

3.2 Presentación e interpretación de resultados

Gráfica No. 1

Clasificación por género según la muestra seleccionada.



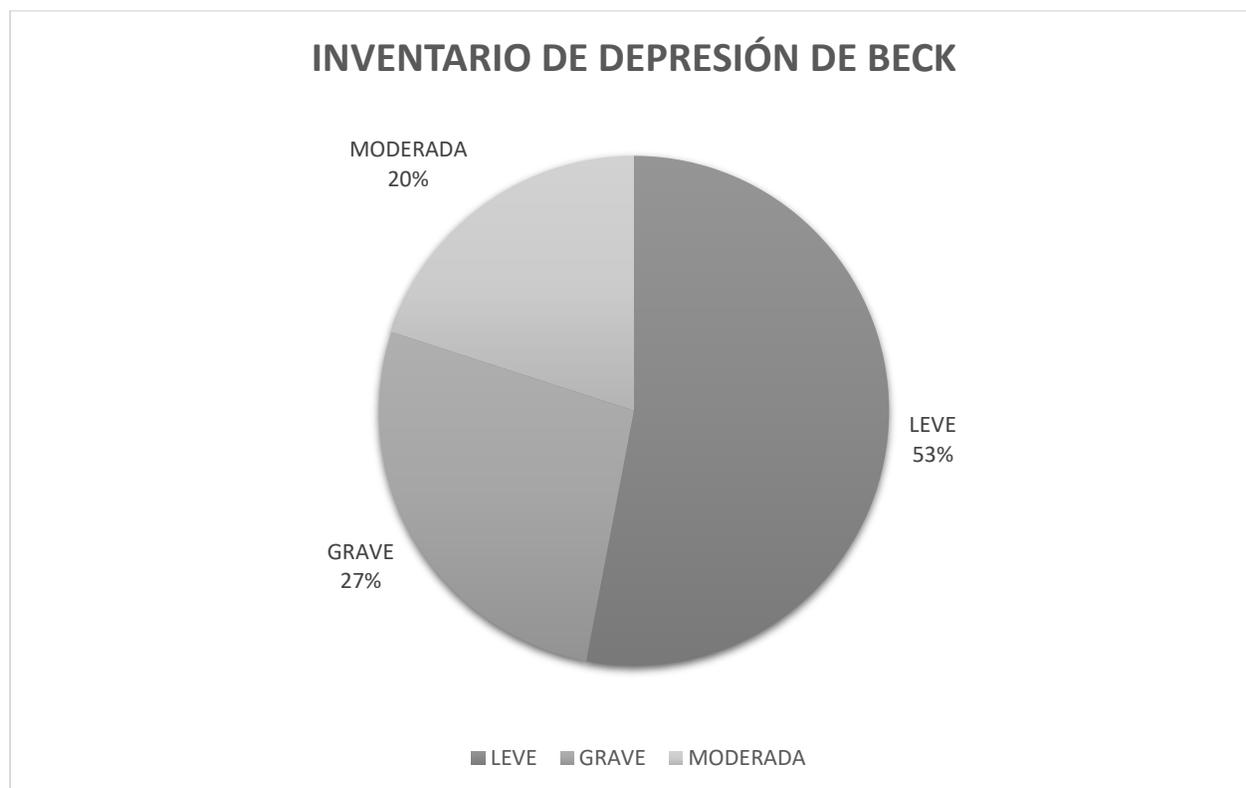
FUENTE: Elaborado con la información obtenida de las historias de vida aplicadas en el centro "Mis años dorados" Mixco, 2020.

La población con la que se realizó la investigación fue de adultos mayores que forman parte del centro de atención "Mis años dorados" Mixco. El 100% de la población que cumplió con los requisitos para participar se encuentra inscrita en el programa y cuenta con un rango de edad de 65 a 75 años de edad. El 73% de la población fue de género femenino y el 27% de género masculino.

En el centro mencionado predomina la presencia del género femenino, resaltando que los datos obtenidos del instituto nacional de estadística de la república de Guatemala en el año 2015 la población adulta mayor de Guatemala tiene un índice más alto en el género femenino, con la población comprendida entre 65 y 75 años de edad presentando el 54.85% de la población. Y en el año 2020 los resultados de indicadores estadísticos que proyecta la República de Guatemala mencionan que el 51% de la población es de género femenino.

Gráfica No. 2

Porcentaje de resultados según los niveles de depresión: grave, moderada y leve.



FUENTE: Elaborado con base a la información obtenida de los resultados del inventario de depresión de Beck, realizado en el centro “Mis Años Dorados” Mixco, 2020.

Con la aplicación de la escala de depresión de Beck, la cual consta de 21 ítems relacionados con síntomas depresivos como desesperanza e irritabilidad, cognitivos como culpa o sentimiento de castigo y síntomas físicos relacionados con la depresión como fatiga, pérdida de peso y apetito sexual.

Los resultados fueron que el 53% de la población posee depresión leve, 27% depresión grave y el 20% depresión moderada. Ninguno de los adultos mayores entrevistados estuvo en la escala de mínima depresión, eso quiere decir que todos los adultos mayores se encontraron con depresión en sus diferentes niveles; siendo la más relevante depresión leve.

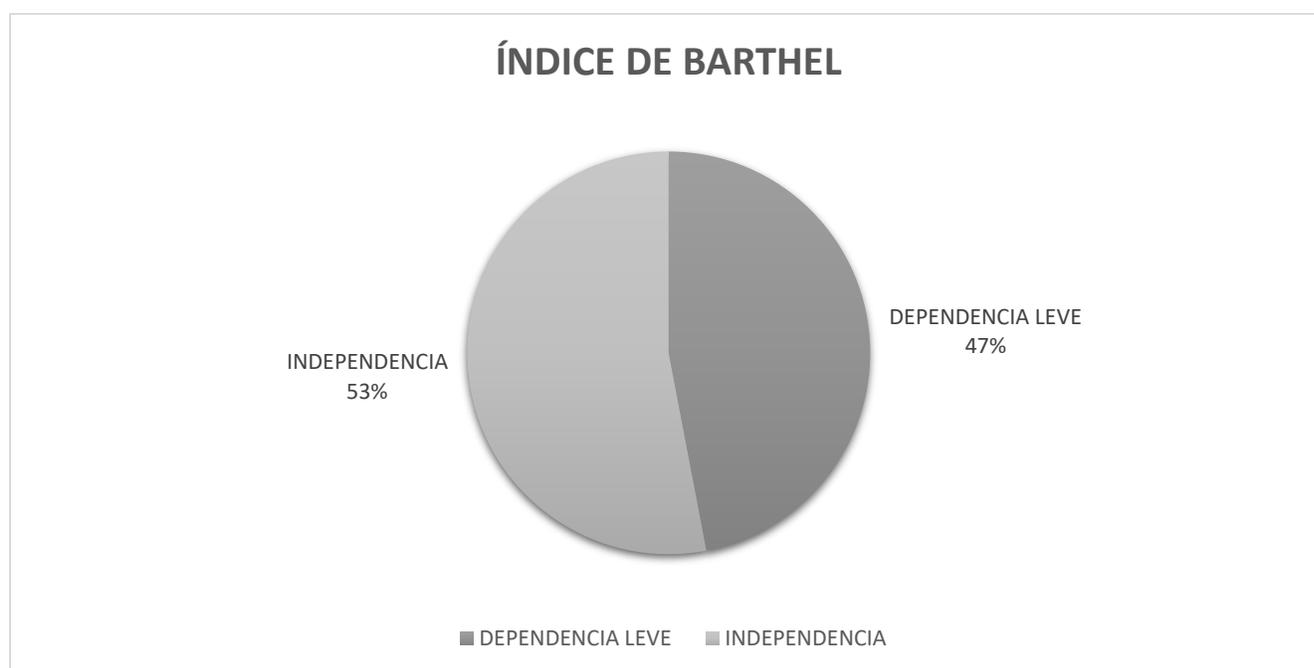
Con base a la información obtenida a través de las historias de vida los adultos mayores inician una etapa de descenso funcional con cambios en su hogar, jubilaciones, pérdida de

familiares y de habilidades sociales; por lo que es importante la atención en esta fase para que no se sigan desarrollando síntomas depresivos.

En la gráfica se puede observar que el segundo grupo con mayor porcentaje es de depresión grave con un 27%, lo que indica que no se están manejando de forma apropiada los síntomas iniciales de la depresión, lo cual genera un incremento rápido a la fase de depresión grave.

Gráfica No. 3

Clasificación por niveles de funcionalidad: independencia y dependencia leve, según la muestra seleccionada dentro del centro de atención “Mis años dorados”, Mixco.



FUENTE: Elaborado con la información obtenida con el Índice de Barthel del trabajo de campo realizado en el “Mis años dorados” Mixco, 2020

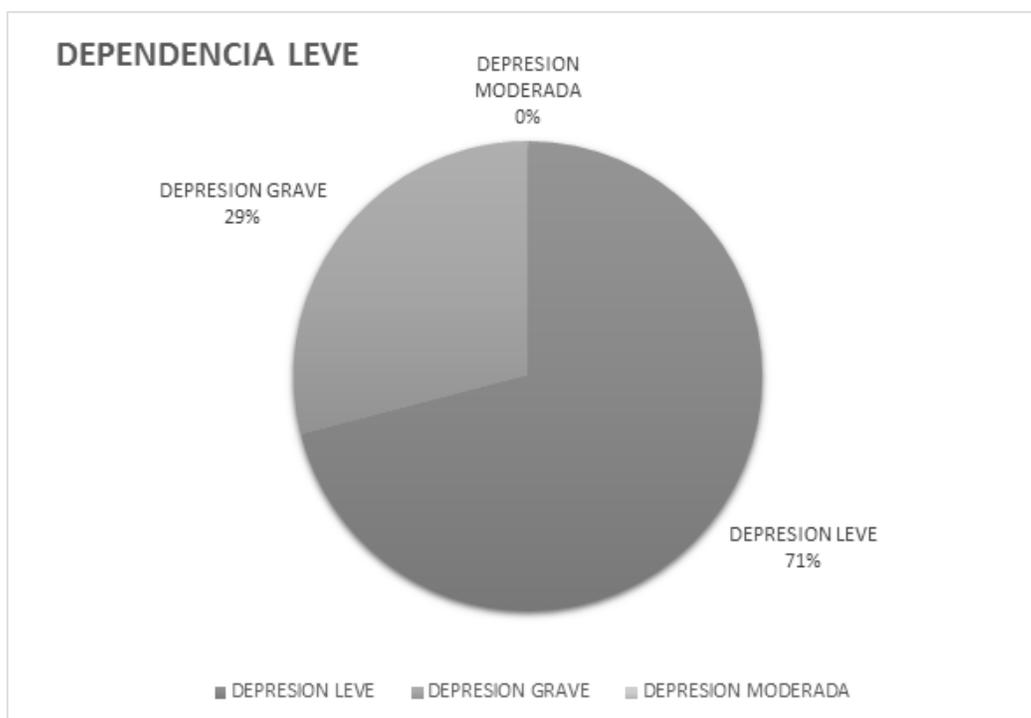
El índice de Barthel es un instrumento utilizado para valorar el nivel funcional, evalúa las actividades básicas de la vida diaria (AVD) como higiene personal, traslados, alimentación y vestuario. Con los adultos mayores entrevistados se identificó que el 53% de la población es independiente, lo que indica que no necesitan ayuda de un tercero para realizar sus actividades diarias; el 47% de la población presentó dependencia leve, indicándonos que necesitan ayuda o asistencia para realizar las actividades diarias.

Aunque el 53% de los adultos mayores obtuvieron resultados de independencia necesitan supervisión para trasladarse al centro, es decir que algún familiar los acompañe o recoja al iniciar o finalizar la jornada debido a los incidentes que pueden ocurrir por la pérdida de visión, fuerza y desorientación espacio-temporal que son aspectos que no evalúa directamente la prueba, sin embargo, se obtuvieron con la aplicación de la historia de vida.

Los adultos mayores han tratado la forma de moverse independientemente, sin embargo, el 47% de la población que se encuentra con dependencia leve, inicia pequeños cambios en el traslado con apoyo de aparatos de movilidad como: bastón, andador y silla de ruedas.

Gráfica No. 4

Comparación de resultados entre la depresión y dependencia funcional leve.



FUENTE: Elaborado con base a la comparativa de los resultados obtenidos dentro del índice de Barthel y el inventario de depresión de Beck, realizado en el “Mis años dorados” Mixco, 2020

En la gráfica presentada sobre la dependencia funcional leve, podemos observar que los resultados obtenidos con mayor énfasis fue de depresión leve el 71% de los resultados, es decir

que el inicio de la pérdida funcional se encuentra significativamente relacionada con los inicios de la depresión.

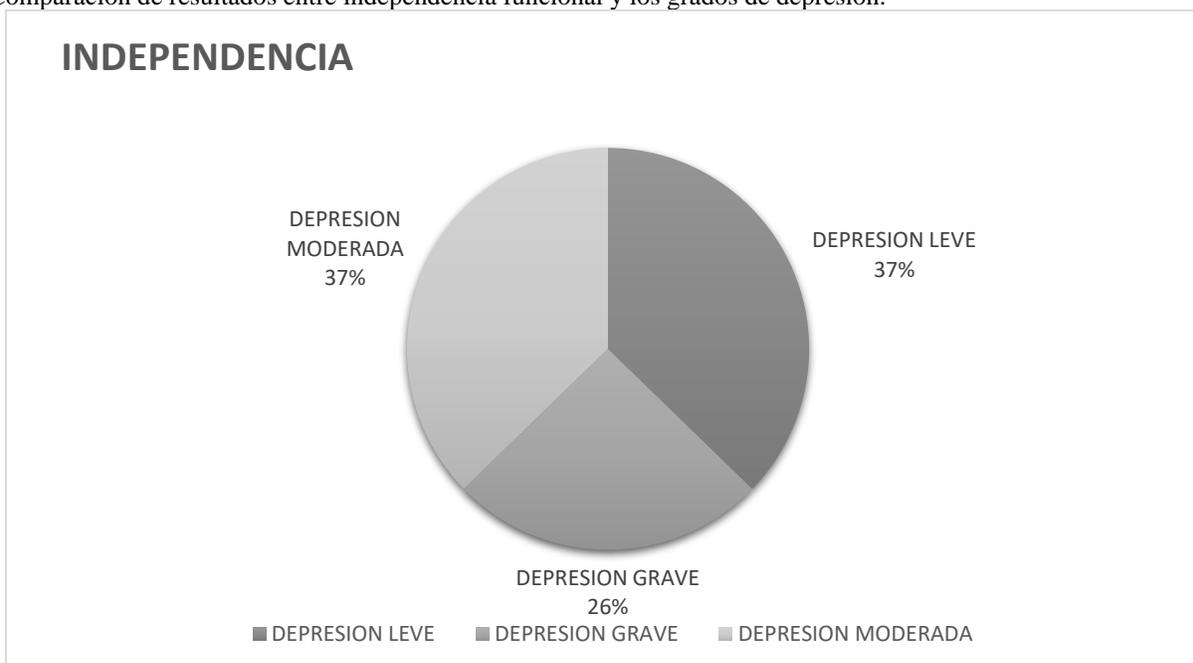
Podemos notar que los adultos mayores que presentaron una dependencia funcional leve, no se encuentran relacionados dentro de la fase de depresión moderada; pero si con la depresión grave, siendo el 29% de la población. Es decir que el avance de los síntomas depresivos incrementa rápidamente para llegar a la depresión grave; por lo que la fase de depresión leve es de las más importantes para realizar una intervención rápida, oportuna y eficaz.

Estos resultados se apoyaron con información obtenida en las historias de vida, donde los adultos mayores hicieron referencia sobre los cambios que sufren al iniciar la tercera edad, ya que inicia la decadencia de energía y movilidad que tenían en la adultez, ya que estaban acostumbrados a un ritmo de vida con participación social, familiar y laboral que disminuyó al pasar de los años.

La historia de vida de los adultos mayores refleja aspectos que han influido a lo largo de su vida para el desarrollo de síntomas depresivos. En especial cuando las vivencias o experiencias fueron negativas y dejaron huella importante en su memoria, las cuales no se han logrado manejar adecuadamente para evitar patologías como la depresión.

Gráfica No. 5

Comparación de resultados entre independencia funcional y los grados de depresión.



FUENTE: Elaborado con base a la comparativa de los resultados obtenidos dentro del índice de Barthel y el inventario de depresión de Beck, realizado en el “Mis años dorados” Mixco, 2020

Los adultos mayores que presentaron independencia funcional en mayor grado fueron los que tuvieron depresión leve y moderada, ambos con el 37%. mientras que el 26% presentó depresión grave, lo que significa que cuanto más independencia funcional posee el adulto mayor se reducen los índices de depresión grave.

Es importante mencionar que cuando el adulto mayor posee independencia en traslados, actividades de la vida diaria, actividades familiares y sociales; mantiene una rutina diaria en donde interactúa con otras personas, lo cual le permite mantenerse activo y con ello disminuyen los síntomas depresivos.

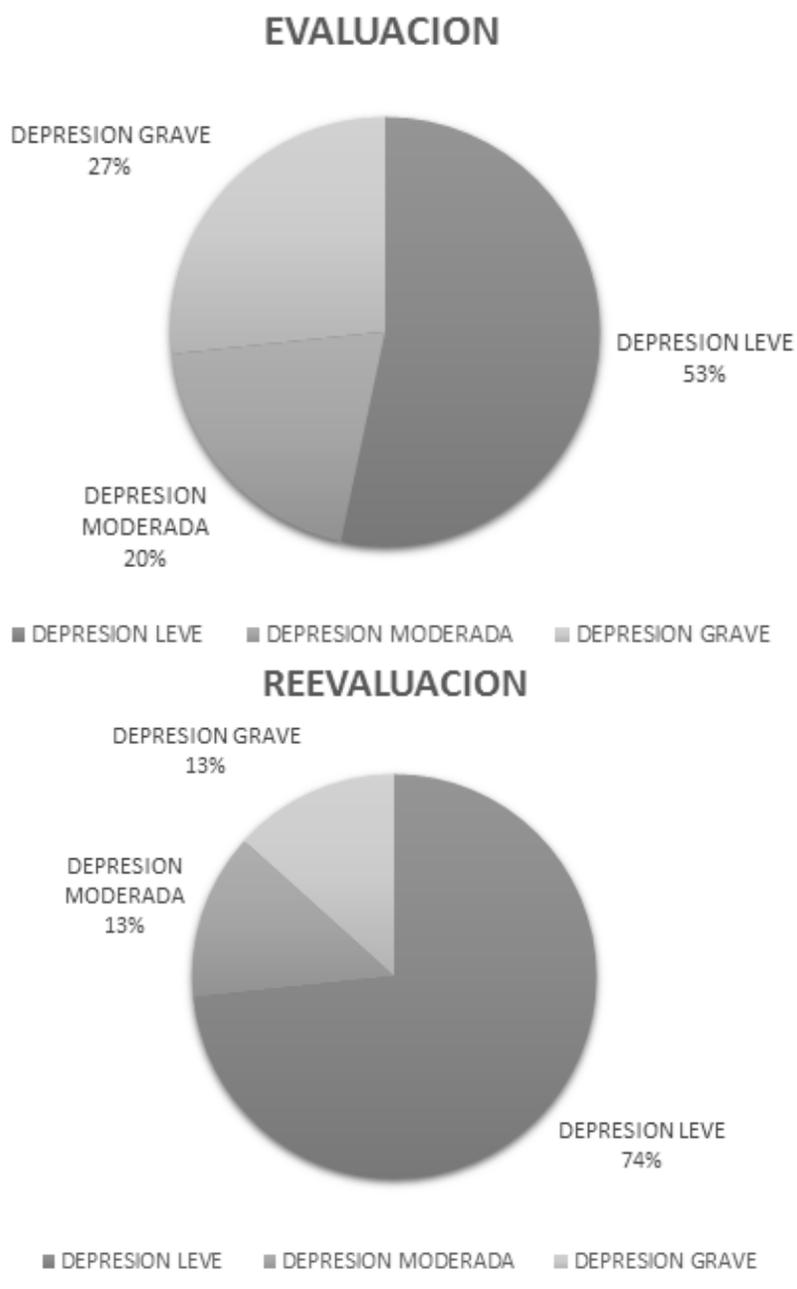
En las sesiones terapéuticas los adultos mayores hicieron referencia que al realizar sus actividades diarias de forma independiente se mantenían activos, de buen humor y con la disposición de seguir participando dentro de su entorno.

Dichos resultados de independencia funcional, únicamente hacen referencia a aspectos físicos, sin embargo, con la aplicación de las historias de vida logramos identificar que la depresión en el adulto mayor no se encuentra relacionada únicamente con aspectos físicos, ellos también necesitan de otras fuentes de apoyo como la espiritualidad, la convivencia social y familiar.

Con el trabajo de campo identificamos problemáticas como violencia física, psicológica, verbal, infidelidad, abandono, pérdida del cónyuge, deudas generadas por problemas económicos, detección de enfermedades crónicas como diabetes y presión alta; los cuales son factores influyentes en los síntomas relacionados con la depresión ya que existe una diversidad de señales como el distanciamiento social, suspensión de tratamientos médicos, irritabilidad, indiferencia en la participación de actividades, llantos, problemas de sueño y de alimentación, que son señales de depresión en los adultos mayores. La depresión es un trastorno donde hay una afectación global del funcionamiento del individuo; la funcionalidad del adulto mayor es uno de los múltiples factores que influyen en los síntomas depresivos, a pesar de que en la investigación se encontró que, si influye de manera significativa en esos síntomas, no es el único que podemos tomar en consideración para detectar una depresión como tal.

Gráfica No. 6

Comparación de resultados de depresión después de la aplicación del plan de tratamiento.



FUENTE: Elaborado con base a la comparativa de los resultados obtenidos dentro del índice de Barthel y el inventario de depresión de Beck, realizado en el “Mis años dorados” Mixco, 2020

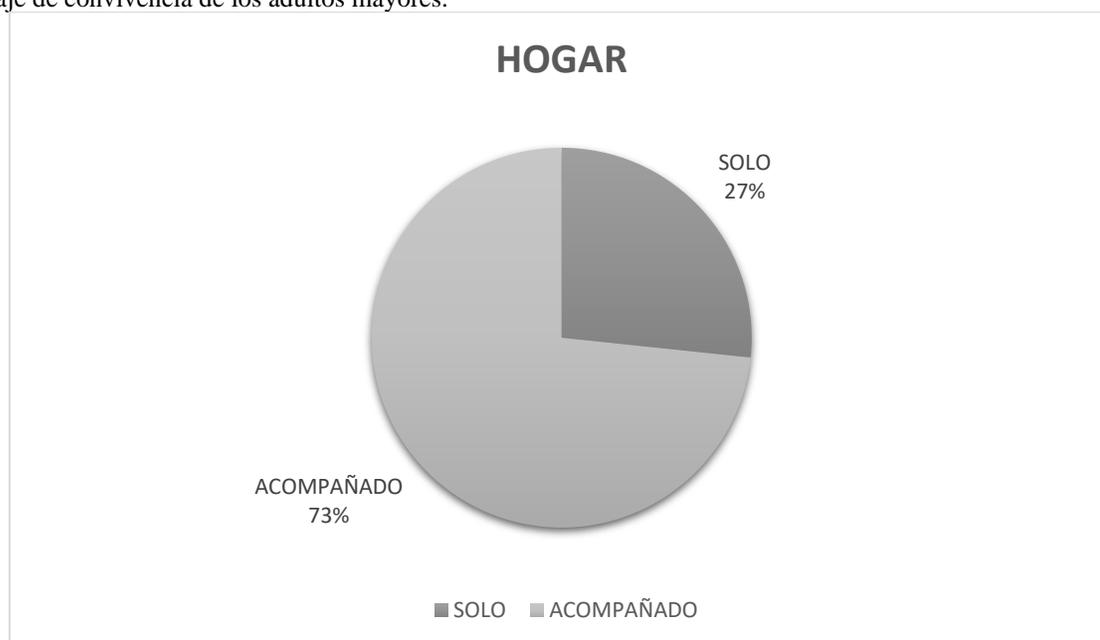
La investigación tuvo dos etapas importantes para recopilar información sobre los niveles de depresión en los adultos mayores, se inició con una evaluación inicial aplicando el inventario

de depresión de Beck, con el objetivo de identificar síntomas o estados depresivos; después de ello se realizó apoyo psicológico orientado en la Terapia Cognitiva de Beck con la que el paciente junto con el terapeuta crea nuevas experiencias para disminuir las que tiene arraigadas desde la infancia y son negativas en sus pensamientos, sentimientos y acciones. Esta intervención se realizó de forma individual y grupal con los adultos mayores en el transcurso de octubre 2019 a enero 2020; después de ello se realizó una reevaluación con los mismos participantes para identificar la eficacia del tratamiento elegido.

Los resultados obtenidos en la reevaluación fueron que la terapia cognitiva de Beck, beneficia en la permanencia de síntomas leves sin aumentar rápidamente a los siguientes estadios de la depresión. En los casos de la depresión moderada y grave, se disminuyeron síntomas depresivos, gracias a la intervención psicológica, permitiendo a los participantes modificar creencias por medio de un debate, aprendiendo a evaluar sus creencias y establecer una realidad positiva.

Gráfica No. 7

Porcentaje de convivencia de los adultos mayores.

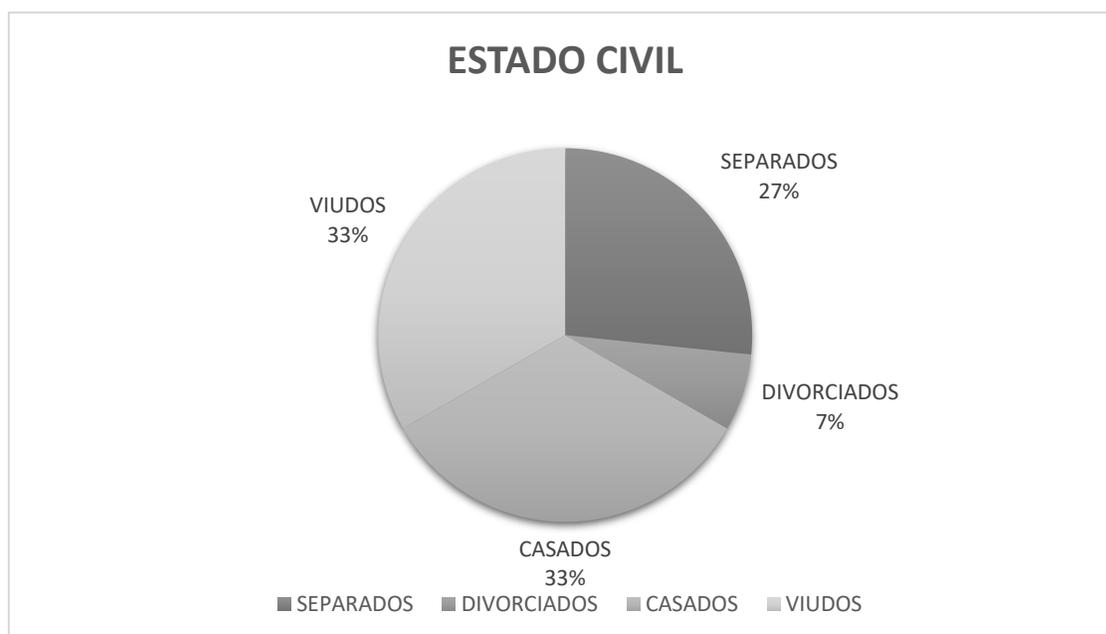


FUENTE: Elaborado con base a la información obtenida de las historias de vida en el centro "Mis años dorados" Mixco, 2020

Durante la elaboración de las historias de vida, se encontraron datos relevantes sobre la participación que los adultos mayores tienen en su hogar, los resultados obtenidos fueron que el 27% viven solos y el 73% acompañados por algún familiar. Sin embargo, la mayoría de los que viven acompañados refirieron que tienen problemas en el hogar por sentirse como una carga familiar, debido a que no son tan activos y no pueden colaborar en actividades de limpieza, cocina o con apoyo económico. Cuando llegan del centro de día pasan la mayor parte del tiempo en su cuarto y no conversan con sus familiares, ya que llegan cansados del trabajo y por las múltiples actividades que realizan no mantienen una buena relación con ellos.

Gráfica No. 8

Clasificación de estado civil de los adultos mayores.



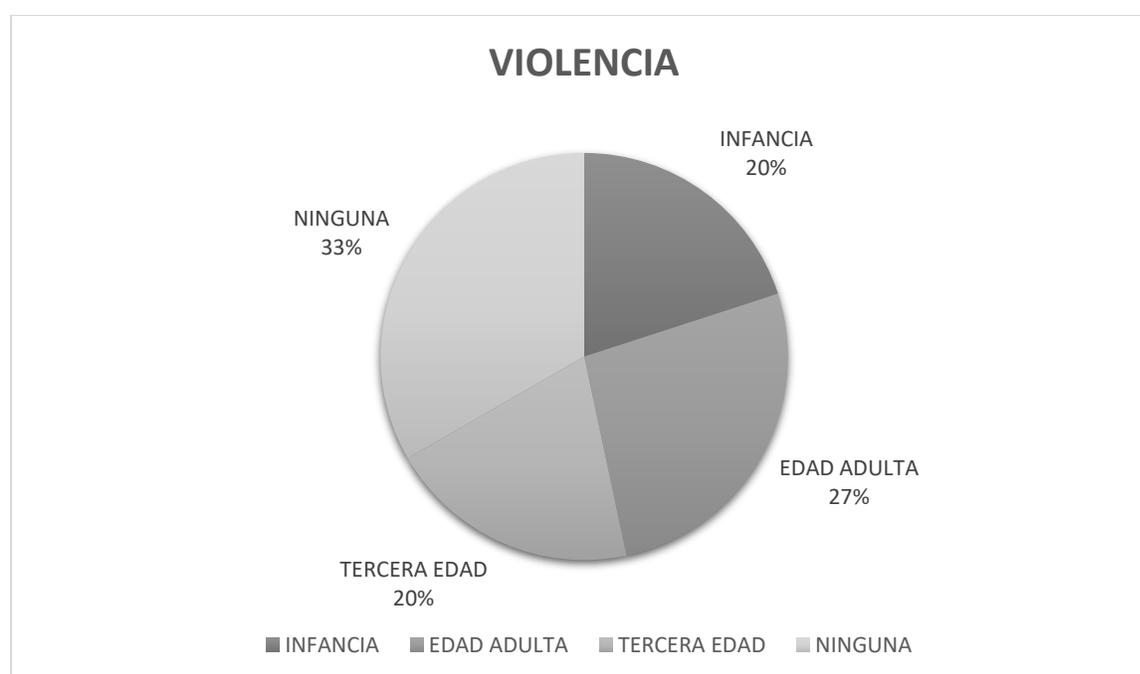
FUENTE: Elaborado con base a la información obtenida de las historias de vida en el centro "Mis años dorados" Mixco, 2020

En esta gráfica podemos observar los datos obtenidos sobre el estado civil de los adultos mayores participantes, en donde el 33% se encuentran casados, el 7% divorciados, el 33% viudos y el 27% separados. El estado civil de los adultos mayores es influyente con respecto a la interacción social y familiar, ya que esto brinda la oportunidad de ser parte de una familia al tener a su cónyuge cerca de ellos, por ser de una edad similar comparten gustos, afinidades y actividades lúdicas que les genera sentimiento de pertenencia y compañía.

Cuando los adultos mayores pierden relaciones físico afectivas con su pareja a nivel emocional desaparecen los deseos y ciertas emociones, tanto negativas como positivas; apareciendo en ellos síntomas de abandono, tristeza, angustia y pérdida de interés por la vida, se convierte en una etapa de duelo que muchas veces puede transformarse en depresión si no es manejada de la mejor forma, por ello los adultos mayores pasan mayor tiempo dentro del centro para poder convivir con personas de su misma edad generándoles sentimiento de pertenencia.

Gráfica No.9

Índices de violencia en el transcurso de la vida de los adultos mayores.



FUENTE: Elaborado con base a la información obtenida de las historias de vida en el centro “Mis años dorados” Mixco, 2020

Dentro de la esta gráfica observamos que más del 50% de adultos mayores evaluados han sufrido violencia en las diferentes etapas de vida; un 20% durante la infancia, 27% en la edad adulta, 20% en la tercera edad y un 33% refiere no haber sufrido violencia de ningún tipo. A lo largo de la vida las personas pueden ser o no víctimas de violencia, sin embargo, la violencia es un acontecimiento que marca la vida de la persona de forma negativa generando sentimientos de tristeza, culpa, miedo, aislamiento emocional, desvalorización y baja autoestima. Muchas veces estos sentimientos permanecen hasta la etapa de la vejez, almacenando recuerdo de los

acontecimientos que marcaron su vida influyendo en sus emociones provocando síntomas de depresión.

3.3. Análisis General

La investigación realizada con los adultos mayores de 65 a 75 años de edad en el centro de atención “Mis años dorados” Mixco; respecto a los niveles de depresión y funcionalidad del adulto mayor nos permitió conocer la relación que tiene la depresión en cuanto a la funcionalidad, ya que la etapa del adulto mayor muchas veces es vulnerable a la depresión debido a la pérdida de habilidades funcionales como: traslados, movilidades, y participación activa dentro del rol social que ha estado desempeñando a lo largo de su vida. Sin embargo, la funcionalidad no es el único factor que interfiere en los estados de ánimo de las personas, también encontramos factores sociales, familiares y antecedentes clínicos que generan síntomas depresivos, generando sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración que interfieren en actividades de la vida diaria.

Un estudio realizado por Gitlin dio a conocer que las personas con síntomas depresivos pueden tener deterioro funcional en adultos mayores. Con la investigación notamos que cuando los adultos mayores tienen un ritmo de vida activo, manteniendo su rutina diaria, incluyendo actividades físicas, sociales e incluso laborales; mantienen su mente ocupada y por ende menos probabilidades de presentar o aumentar síntomas depresivos.

La participación dentro del núcleo familiar es otro aspecto relevante que influye en el estado de ánimo de los adultos mayores, es decir siguen compartiendo espacios con sus hijos, nietos, cónyuge, etc. lo que los hace estar felices, activos y funcionales.

Otra variable que debe ser considerada es el ambiente, puesto que la frecuencia de participación o el tipo de actividades en las que se involucre la persona no sólo depende de su nivel de interés y motivación hacia la actividad, sino que también a la oportunidad de participación que se le ofrece en el entorno en que se desenvuelve el adulto mayor.

Dejar de participar en actividades también influye en los síntomas propios de la depresión, por lo que es recomendable involucrar a los adultos mayores en actividades de interés personal, para que la reducción de síntomas depresivos sea evidente, ya que la funcionalidad y participación en actividades es un indicador de beneficio y efectividad.

CAPÍTULO IV

4. Conclusiones y Recomendaciones

4.1 Conclusiones

El presente estudio de investigación plantea las siguientes conclusiones:

- Se logró identificar que el nivel de depresión que predominó en adultos mayores de 65 a 75 años del centro “Mis años dorados” Mixco, 2020 fue de depresión leve con el 53% de la población participante.
- El 100% de los adultos mayores que asisten al centro de atención “Mis años dorados” Mixco; presentan cuadros de depresión, en sus diferentes niveles dichos resultados se relacionaron con la fase de deterioro, físico, social y funcional.
- Se evidenció que el 53% de los adultos mayores que asisten al centro de atención “Mis años dorados” Mixco, son independiente para realizar sus actividades diarias, mientras que el 47% presentó dependencia leve, lo cual es compensado con utilización de aparatos de movilidad funcional.
- La depresión leve proviene de múltiples orígenes, siendo uno de ellos los problemas funcionales, ya que al inicio de la pérdida funcional los adultos mayores inician a sentirse poco útiles y por ende más dependientes generando cargas emocionales, sociales y económicas.
- La depresión leve en los adultos mayores no se ha manejado adecuadamente para minimizar los síntomas depresivos, debido a la falta de atención primaria.
- Dentro de la investigación se encontró una relación significativa del 71% que presentaron síntomas depresivos leves relacionados con la dependencia funcional leve en adultos mayores del centro de atención “Mis años dorados” Mixco.
- El medio social, familiar y económico con el que se relacionan los adultos mayores influye en su estado anímico, mayormente si se suman factores físicos, por lo que la incidencia de la depresión en el adulto mayor genera sentimientos de carga social.
- No todos los adultos mayores desarrollan depresión por los mismos factores, la pérdida funcional si influye en el inicio de los síntomas depresivos, sin embargo, no es el único ni el de mayor influencia para que éste incremente; el apoyo familiar y emocional que

obtienen en casa, iglesia o centro al que asisten ayuda manteniéndolos motivados, positivos y felices.

- Los resultados obtenidos tras la reevaluación de la terapia cognitiva de Beck, benefició en la permanencia de síntomas leves sin aumentar rápidamente a los siguientes estadios de la depresión.

4.2 Recomendaciones

Al centro “Mis años dorados” Mixco:

- Solicitar practicantes que brinden atención individual anual por parte de la Universidad de San Carlos de Guatemala para brindar apoyo psicológico a los adultos mayores que asisten al centro “Mis años dorados”.
- Elaborar un plan de atención psicológica especializado en los síntomas iniciales de la depresión para que estos se logren controlar y minimizar, con una atención primaria evitando que se conviertan en una depresión grave.
- Organizar talleres de capacitación cada trimestre del año para las personas que trabajan en el centro de atención “Mis años dorados” Mixco, fomentando un ambiente familiar que puedan transmitir constantemente a los adultos mayores.
- Incentivar a las personas encargadas de los talleres para buscar diferentes modalidades de inclusión y todos los adultos mayores logren participar sin ser excluidos por el uso de aparatos de movilidad.
- Considerar que dentro del centro se cuente con la participación de un psicólogo que forme parte del equipo multidisciplinario, para que sea el encargado directo de la continuidad de los procesos psicológicos individuales.

A los adultos mayores que asiste al centro mis años dorados.

- Buscar apoyo psicológico de profesionales para resolver temas referentes a los conflictos familiares y personales, que han surgido y permanecen en su vida.
- Crear un plan para administrar el tiempo evitando caer en rutinas y propiciando el seguimiento de la participación dentro del hogar.
- Participar dentro de talleres brindados por grupos que visitan el centro, para que los adultos mayores tengan una participación activa dentro de las actividades lúdicas y sociales.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas

- Los estudiantes que visiten el centro de atención “Mis años dorados” Mixco; sean capacitados por el supervisor en los temas relacionados con el adulto mayor para que se realice una intervención psicológica adecuada.
- Incluir en los primeros años del pensum el curso de psicología del adulto mayor, para que el practicante cuente con los conocimientos necesario que le permitan brindar un buen abordaje psicológico, evitando mayores índices de depresión y ansiedad en los adultos mayores.

4.3 Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2002) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona; III MASSON.
- Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G., (2010) *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao, España: Editorial DESCLÉE DE BROWER, S.A.
- Callenti, J. C. (2011). *Gerontología y Geriatría (Valoración e intervención)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Carbajo, M. d. (2008). *Historia de la Vejez*. Valladolid, México.
- Chile, E. (2012). *Educación Chile. Cl*. Obtenido de Educación Chile. Cl: http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/Image/portal/ODAS_TP/Materiales_para_ods_2012/3%20Cuidados%20adulto%20mayor/ODA%2016%20Actividades%20recreativas/LA%20ESCALA%20DE%20VALORACION%20DE%20AUTOVALENCIA.pdf
- Corregido Sánchez, A. I. (2010). *Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología Bases conceptuales y aplicación práctica*. En A. I. Corregido Sánchez. España: Ergon C/Arboleda.
- *Educación Chile*. (3 de 1 de 2019). Obtenido de Educación Chile: http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/Image/portal/ODAS_TP/Materiales_para_ods_2012/3%20Cuidados%20adulto%20mayor/ODA%2016%20Actividades%20recreativas/LA%20ESCALA%20DE%20VALORACION%20DE%20AUTOVALENCIA.pdf
- Estadística, I. N. (2020). *Instituto Nacional de Estadística Guatemala*. Obtenido de INE: <https://www.ine.gov.gt/ine/portal-estadistico-1-0/>
- Ferrín, M. T., González, L., & Mijide, H. (2011). *Galicla Clínica*. Obtenido de Galicla Clínica: <https://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>
- Guatemala, I. N. (Diciembre de 2015). *Instituto Nacional de Estadística de Guatemala*. Obtenido: <https://www.ine.gov.gt/sistema/uploads/2014/02/26/L5pNHMXzxy5FFWmk9NHCrK9x7E5Qqvvy.pdf>
- Guerrero, J. (2009) *Depresión, no gracias*, (I edición) Málaga, España. Morris y Maisto (2009)
- Gutiérrez, C (1980). *Depresión un estado de ánimo*, Edición I, Canadá

- Gutiérrez, C (1980). Depresión un estado de ánimo, Edición I, Canadá
- Gutiérrez, L. M., García, M. d., & Jiménez, J. (2014). *Envejecimiento y Dependencia*. México: Conacyt.
- Gitlin LN, Szanton SL, Huang J, Roth DL. Factors mediating the effects of a depression intervention on functional disability in older African Americans. *J Am Geriatr Soc* 2014; 62 (12): 2280-7.
- Hernández, Fernández y Baptista (2014); *Metodología de la Investigación*, México, D.F. Editorial Mc Graw Hill Education.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010) *Metodología de la Investigación* (5ª Edic). México: McGrall Hill.
- Kolb, Lawrence, (1985) *Psiquiatría Clínica Moderna*, (6ta edición). México: Editorial La Prensa Médica Mexicana, S.A.
- Lázaro del Nogal M. *Evaluación del anciano que sufre caídas de repetición*. Madrid; Fundación Mapfre Medicina; 2001
- Leyton Espinoza, Z., & Ordoñez, R. (2003). Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor. En *Manual de información para profesionales* (pág. 174). Perú: MIMDES.
- Lewison D. (2003) Depresión. Consultado en red el 22 de septiembre de 2018 en <http://www.saludpublica.com>
- Lizondo y Llanque (2004)
- Molina L., Arranz B (2010), “*Comprender la depresión*” (1era edición), Editorial Amat.
- Moruno, R. (2006). Definición y Clasificación de las actividades diarias de la vida básica. En R. Moruno. Barcelona: Masson.
- Orellana, V. (1999). Gerontología Básica. Santiago de Chile: Lecturas Complementarias.
- *Organización Mundial de la Salud*. (Diciembre de 2018). Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/topics/ageing/es/>
- Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R., & Camp, C. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. México: Mc Graw Hill.

- Retamal P., (1998) *Depresión* Santiago de Chile, Editorial Universitaria S.A.
- Salanova, M. P. (2009). *Autonomía y Dependencia en la Vejez*. Madrid: Fundació Víctor Glifols iLucas.
- SCHUYLER, D. y KATZ, M. M. *The depressive illnesses: A mayor public health problem*. Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office, 1973.
- Sudupe, J. Taboada, O. Castro, C. y Vázquez, C (2006). *Manual de Psiquiatría, complejo hospitalario, Juan Camanejo*. (I Edición) Coruña, España.
- Velázquez, J. Palencia A.M. (1990) *Teorías de la personalidad*, México, Editorial McGraw-Hill
- Vallejo J., Ferrer G., (2012) *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* Barcelona, Editorial MASSON.
- Vega Olivera, T., & Villalobos, C. (s.f.). *Manual del autocuidado del adulto mayor*. Ministerio de Salud de Chile.
- Villa, Miguel y Rivadeneira, Luis (1999). *El proceso de envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica, Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad*, CEPAL, Santiago.

ANEXOS**Anexo No. 1**

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Psicología 2019

Historia de Vida Clínica

Datos Generales

Nombre del paciente: _____

Domicilio: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Escolaridad: _____ Religión: _____

Profesión u oficio: _____ Persona responsable: _____

Fecha de evaluación: _____

Análisis del contexto actual:

Influencia del ámbito familiar, social y escolar**Historia familiar:**

Historia Escolar:

Historia Personal:

Genograma:

Examen Mental

Aspecto.

Humor y sentimientos

Orientación y percepción.

Mecanismos de defensa:

Defensas Mayores

Expresión y control de impulsos.

Integración neuromuscular.

Proceso de pensamiento y verbalización

Superyó

Ideales del yo y valores

Concepto de sí mismo

Enfermedad Actual: _____

Tiempo de enfermedad: _____

Forma de inicio: _____

Signos y síntomas:

Funciones Biológicas:

Micción: _____

Apetito: _____

Sed: _____

Sueño: _____

Antecedentes personales:

Enfermedades congénitas: _____

Enfermedades de la infancia y adolescencia: _____

Enfermedades adultez y vejez: _____

Situación Actual de vivienda:

Solo: _____ Cónyuge: _____ Familia: _____

Amigos: _____ Otro: _____

Comentarios:

Anexo No. 2**Índice de Barthel**

Nombre: _____ Edad: _____

Estado civil: _____ Fecha: _____

Vive con: _____

COMIDA

10 independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.

5 necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc. Pero es capaz de comer solo.

0 dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona

ASEO

5 Independiente. Capaz de lavarse completo, entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.

0 Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.

VESTIDO

10 Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.

5 Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.

0 Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.

ARREGLO

5 Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.

0 Dependiente. Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN

10 Contiene, No presenta episodios de incontinencia.

5 Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.

0 Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.

MICCIÓN

10 Contiente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc.)

5 Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos

0 Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.

IR AL BAÑO
10 Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.
5 Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.
0 Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.

TRASLADO CAMA/SILLÓN
15 Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
10 Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
5 Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.
0 Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACIÓN
15 Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
10 Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
5 Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión
0 Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS
10 Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
5 Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
0 Dependiente. Es capaz de salvar escalones. Necesita ascensor.

TOTAL:	
Máxima puntuación: 100 puntos (90 si usa silla de ruedas)	
<u>Resultado</u>	<u>Grado de dependencia</u>
Menos de 20	TOTAL
20 – 35	GRAVE
40 – 55	MODERADO
+ o igual de 60	LEVE
100	INDEPENDIENTE

Anexo No. 3Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Nombre:..... Estado Civil.....

Edad:..... Sexo.....Ocupación.....

Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- No me siento triste.
- Me siento triste gran parte del tiempo
- Me siento triste todo el tiempo.
- Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- No espero que las cosas funcionen para mí.
- Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- No me siento como un fracasado.
- He fracasado más de lo que hubiera debido.
- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- No me siento particularmente culpable.
- Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- No siento que esté siendo castigado
- Siento que tal vez pueda ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- He perdido la confianza en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo mismo.
- No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- No me critico ni me culpo más de lo habitual
- Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- No tengo ningún pensamiento de matarme.
- He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

- Querría matarme
- Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- No lloro más de lo que solía hacerlo.
- Lloro más de lo que solía hacerlo
- Lloro por cualquier pequeñez.
- Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- No siento que yo no sea valioso
- No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- Tengo tanta energía como siempre.
- Tengo menos energía que la que solía tener.
- No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- Duermo un poco más que lo habitual.
 - Duermo un poco menos que lo habitual.
- Duermo mucho más que lo habitual.
 - Duermo mucho menos que lo habitual
- Duermo la mayor parte del día
 - Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- No estoy tan irritable que lo habitual.
- Estoy más irritable que lo habitual.
- Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
 - Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- Mi apetito es mucho menor que antes.
 - Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- No tengo apetito en absoluto.
 - Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

- Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
hacer.
- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo No. 4**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Nos gustaría invitarle a participar en un estudio perteneciente a *“Niveles de Depresión y Funcionalidad del Adulto Mayor de 65 a 75 años del Centro Mis Años Dorados, Mixco 2020”* del grupo de trabajo de la Escuela de Ciencias Psicológicas y avalado por la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Las personas a cargo de la investigación son: Joseline Daniela Noj García y Lilian María Asunción de León Hernández, estudiantes de la Licenciatura en Psicología. La elección del tema se realizó pensando en la población de los adultos mayores de 65 a 75 años de edad, realizando una investigación sobre los síntomas depresivos y su relación con los niveles de funcionalidad; para poder identificar si estas variables se relacionan entre sí y por ende poder identificar la importancia del abordaje psicológico en el ámbito de los adultos mayores.

Para la sociedad guatemalteca el abordaje psicológico sigue siendo un tema que pasa a segundo plano, sin embargo con esta investigación se pretende hacer énfasis sobre la atención psicológica en los adultos mayores y la importancia de poder abordar síntomas y signos depresivos de forma inmediata, logrando así una atención integral que permita prevenir y mantener la salud mental de los adultos mayores; que identifique si el deterioro funcional se encuentra ligado a los síntomas depresivos para poder hacer énfasis en un tratamiento integral.

Para esta investigación se están tomando en cuenta varios aspectos importantes, los cuales de detallan a continuación:

1. Como objetivo general se busca aportar conocimientos sobre la depresión y los niveles de funcionalidad en el adulto mayor de la ciudad de Guatemala.
2. La investigación tendrá un enfoque mixto para poder combinar datos cuantitativos obtenidos por medio de la escala de depresión de Beck y del índice de Barthel, los cuales son encargados de medir los niveles de depresión y funcionalidad. Con apoyo en datos cualitativos que se obtendrán de las historias de vida verbales y textuales para conocer a profundidad otros temas que no se logran identificar dentro de las pruebas

estandarizadas. El diseño será de triangulación concurrente, ya que es necesario identificar los resultados de la aplicación del índice de Barthel y realizar un análisis con los resultados del inventario de depresión de Beck y posteriormente identificar si existe una relación significativa entre los niveles de depresión y funcionalidad de los adultos mayores.

3. Es importante que los participantes de la investigación lo hagan de forma voluntaria, es decir que a cada persona se le explicará sobre la investigación, el procedimiento y posteriormente hacerles una invitación para que participen, siempre resguardando la información brindada sobre su historia de vida.
4. Los beneficios de la participación en el estudio; los adultos mayores recibirán atención psicológica enfocado a sus necesidades individuales y una intervención grupal enfocada a las dificultades sociales y afectivas que puedan presentarse dentro del grupo.
5. Posibles riesgos de participación, en este apartado hace referencia a que si hay un posible riesgo dentro de la intervención se les hará saber inmediatamente para que estén enterados de lo que sucede con su información.
6. Confidencialidad y publicidad final de los resultados, durante todo el trabajo de campo se guardará el anonimato de la persona entrevistada, se publicarán los resultados globales al finalizar el proyecto, pero en ningún momento se hará mención de los datos personales de la persona.

Yo _____

- He leído la hoja de información al paciente en relación al estudio arriba citado
- He tenido la oportunidad de comentar los detalles del mismo con las investigadoras: Joseline Daniela Noj García y Lilian María Asunción de León Hernández
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- He entendido por completo el propósito del estudio
- Estoy de acuerdo en tomar parte de la investigación tal y como se me ha explicado y entiendo que puedo retirarme del mismo:

- En el momento en que lo desee
- Sin tener que dar explicaciones

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Confirmando que he explicado la naturaleza de este estudio al participante arriba citado

Firma del profesional: _____

Fecha: _____