

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA - CIEPs-  
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL  
CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL PARA PENSIONADOS CAMIP”**

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

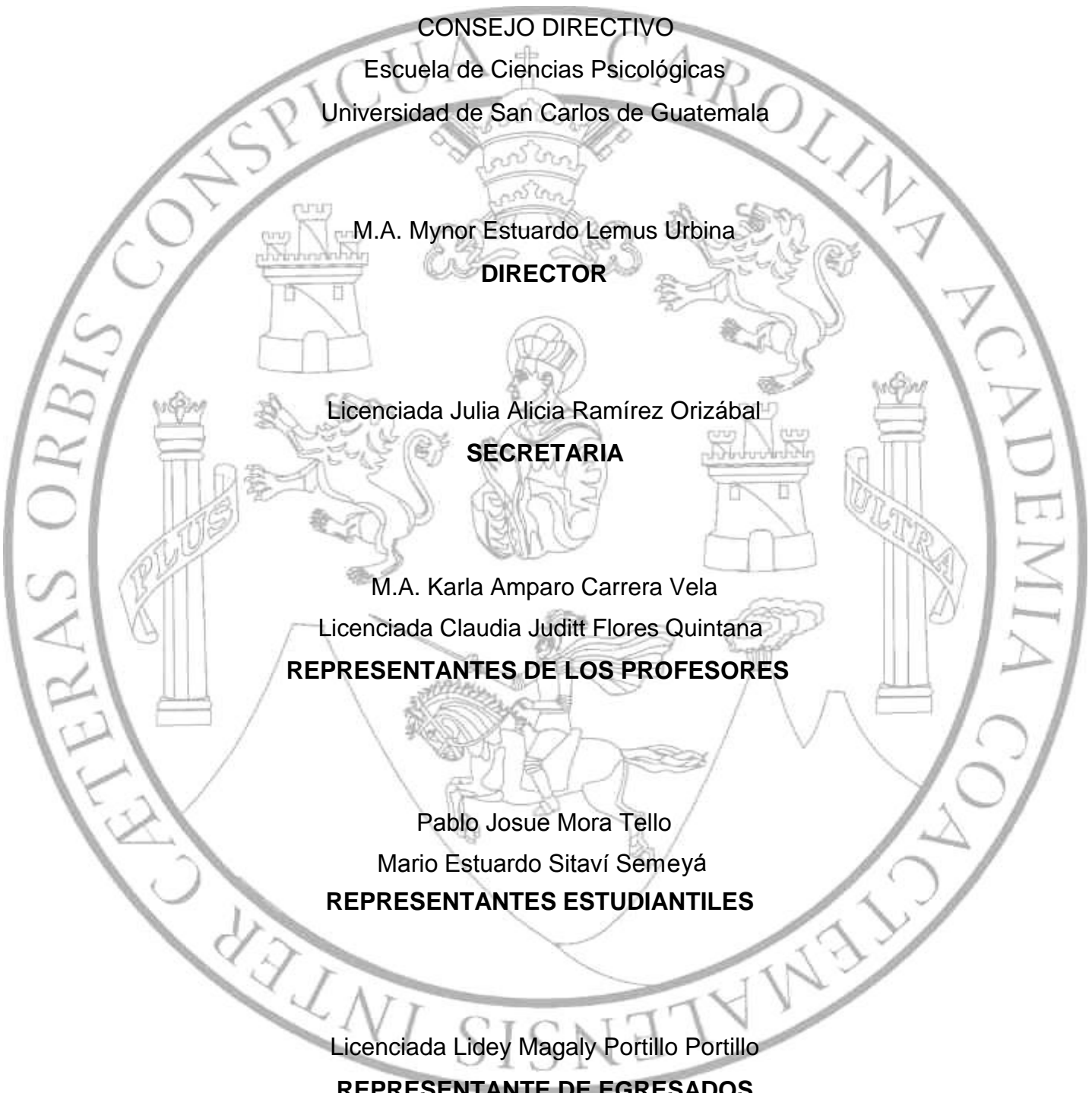
**POR**

**JORGE ANIBAL SALAZAR HIDALGO  
IRIS GISELA LÓPEZ MÉRIDA**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE  
PSICÓLOGOS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADOS**

**GUATEMALA, AGOSTO DE 2018**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem in the background. It features a central figure of a seated woman, likely the Virgin Mary, with a crown and a halo. She is flanked by two lions rampant. Above her is a crown. The seal is surrounded by a circular border with Latin text: "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COACTEMALENSIS INTER".

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**

Pablo Josue Mora Tello

Mario Estuardo Sitaví Semeyá

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

Licenciada Lidey Magaly Portillo Portillo

**REPRESENTANTE DE EGRESADOS**

c.c. Control Académico  
CIEPs.  
Reg.524-2018  
CODIPs.1435-2018

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

16 de julio de 2018

Estudiantes  
Jorge Anibal Salazar Hidalgo  
Iris Gisela López Mérida  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DÉCIMO SÉPTIMO (17º.) del Acta CINCUENTA GUIÓN DOS MIL DIECIOCHO (50-2018), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 13 de julio de 2018, que copiado literalmente dice:

**DÉCIMO SÉPTIMO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL PARA PENSIONADOS CAMIP”**, de la carrera de **Licenciatura en Psicología**, realizado por:



**Jorge Anibal Salazar Hidalgo**  
**Iris Gisela López Mérida**

**DPI No. 2300-01017-0101**  
**DPI No. 2254-05903-0101**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Tomasa Liliana Sacquic Morales y revisado por la Licenciada Ninfa Cruz Oliva. 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 Ramirez Orizabal  
SECRETARIA

/Gaby



**INFORME FINAL**

Guatemala, 29 de mayo de 2018

Señores  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que la licenciada **Ninfa Cruz Oliva** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL PARA PENSIONADOS CAMIP”.**

**ESTUDIANTES:**  
**Jorge Anibal Salazar Hidalgo**  
**Iris Gisela López Mérida**

**DPI. No.**  
**2300010170101**  
**2254059030101**

**CARRERA:** Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 28 de mayo del año en curso por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 25 de mayo de 2018, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**



**Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez**  
**Coordinador**  
**Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.**  
**“Mayra Gutiérrez”**



**Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio “A”**  
**9ª. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530**



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**



**CIEPs. 056-2018  
REG. 524-2002**

Guatemala, 29 de mayo de 2018

**Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez  
Coordinador  
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs  
Escuela de Ciencias Psicológicas**

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL PARA PENSIONADOS CAMIP”.**

**ESTUDIANTES:**

**Jorge Anibal Salazar Hidalgo  
Iris Gisela López Mérida**

**DPI. No.**

**2300010170101  
2254059030101**

**CARRERA: Licenciatura en Psicología**

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 28 de mayo de 2018, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

**Licenciada Ninfa Cruz Oliva  
DOCENTE REVISOR**



**Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio “A”  
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530**

Guatemala 10 de mayo 2018


Coordinación  
Licenciado Estuardo Espinoza  
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPS-  
“Mayra Gutiérrez”


Por este medio me permito informar que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado “Frecuencia de depresión en adultos mayores que asisten al Centro de Atención Medica Integral para Pensionados (CAMIP)” realizado por los estudiantes Jorge Aníbal Salazar Hidalgo con DPI 2300010170101 e Iris Gisela López Mérida con DPI 2254059030101

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente

  
Licenciada Tomasa Lilliana Saquic Morales  
Psicóloga General  
Colegia Activo 7506  
Asesora de Contenido





## Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Centro de Atención Médica Integral para Pensionados-CAMIP- Pamplona  
Dirección Médica

**OFICIO NO. D-721-2016**

Guatemala, 11 de agosto de 2016

Licenciada

**MIRIAM ELIZABETH PONCE PONCE**

Coordinadora

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs-

“Mayra Gutierrez”

Licenciada Ponce:

Por este medio le informo que los estudiantes Iris Gisela López Mérida, Carnet 9211395 y Jorge Aníbal Salazar Hidalgo, Carnet 8313360 realizaron en esta Unidad Médica 112 Test de Escala de Depresión Geriátrica de Yasevage y Col 1983, a pacientes que asisten a consulta, como parte del trabajo de Investigación titulado: “FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN MEDICA INTEGRAL PARA PENSIONADOS-CAMIP-”, en el periodo comprendido del 22 al 24 de junio de 2015, en horario de 8:00 a 12:00 horas.

Los estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Agradeciendo su atención a la presente, me suscribo.



**DR. CARLOS ANTONIO MARTÍNEZ LEMUS**

**Director Médico Hospitalario D**

Centro de Atención Médica Integral para Pensionados

CAML/Is

## **PADRINOS DE GRADUACION**

### **Por Jorge Anibal Salazar Hidalgo**

Gladys Marleny Pérez De León  
Licenciada en Psicología  
Colegiada 3828

### **Por Iris Gisela López Mérida**

Aldo Daniel López Mérida  
Contador Público y Auditor  
Colegiado 6365



## **ACTO QUE DEDICO A:**

**Dios:** Inteligencia Suprema que crea, propicia e inspira la sabiduría humana.

**Padres:** Jorge y Carmen, por haberme dado la vida y apoyarme a lo largo de ella.

**Familia:** Mi hermana Yoli, en especial (Q.E.P.D).

**y amigos:** Por ser parte de mi vida.

Jorge Anibal Salazar Hidalgo

## **ACTO QUE DEDICO A:**

**DIOS:** Por iluminar, guiar mis pasos y permitir alcanzar la meta propuesta.

**PADRES:** Mónico López Sical (Q.E.P.D)

Luz Delia Mérida, por su apoyo incondicional y su infinito amor.

**HIJOS:** Waleska, Pablo Andrés y Mía Daniela, con todo mi amor, por ser la razón de mi esfuerzo e inspiración.

**HERMANOS:** Por el apoyo, solidaridad y respeto mutuo.

Iris Gisela López Mérida

## **AGRADECIMIENTOS A:**

La Universidad de San Carlos de Guatemala en especial a la Escuela de Ciencias Psicológicas por los conocimientos académicos y de vida que obtuvimos. Por esos años que no volverán y que quedan como huella indeleble en nuestra vida.

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en especial, al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) por permitirnos realizar el trabajo de campo.

Todas las personas que de alguna forma u otra colaboraron con la realización de este trabajo, en especial a los Doctores Luis Alfredo Torres y Carlos Palma Carranza, por el apoyo incondicional y la motivación a través de sus experiencias.

Nuestra asesora Licenciada Liliana Morales, por compartir sus conocimientos con nosotros y guiarnos para la realización y finalización de este trabajo.

Nuestro supervisor de práctica Licenciado Juan Alvarado por enseñarnos que ser honestos nos llevará siempre por el camino del bien y del éxito.

# ÍNDICE

Pág.

Resumen

Prólogo

## CAPÍTULO I

1. Planteamiento del problema y marco teórico .....	04
1.1 Planteamiento del problema .....	04
1.2 Objetivos .....	07
1.3 Marco teórico.....	08
1.3.1 Adulto mayor .....	10
1.3.2 Características generales del adulto mayor .....	11
1.3.3 Problemas de mayor relevancia en el adulto mayor.....	14
1.3.4 Depresión .....	16
1.3.5 Pronóstico de la depresión en el adulto mayor.....	21
1.3.6 Calidad de vida en adultos mayores.....	22

## CAPÍTULO II

2. Técnicas e instrumentos.....	25
2.1 Enfoque y modelo de investigación .....	25
2.2 Técnicas .....	25
2.2.1 Técnicas de muestro .....	25
2.2.2 Técnicas de recolección de datos .....	25
2.2.3 Técnica de análisis de datos .....	26
2.3 Instrumentos.....	27
2.4 Operacionalización de objetivos.....	28

## CAPÍTULO III

3. Presentación, análisis e interpretación de los resultados.....	30
3.1 Características del lugar y de la muestra .....	30
3.1.1 Características del lugar .....	30
3.1.2 Características de la muestra .....	31
3.2 Presentación, análisis e interpretación de los resultados.....	33
3.2.1 Presentación de resultados .....	33

3.2.2 Triangulación de técnicas .....	41
3.3 Análisis general .....	41
CAPÍTULO IV	
4. Conclusiones y recomendaciones .....	45
4.1 Conclusiones .....	45
4.2 Recomendaciones .....	46
Bibliografía .....	47
Anexos	

## RESUMEN

### **“Frecuencia de depresión en adultos mayores que asisten al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP)”**

Autores: Jorge Anibal Salazar Hidalgo  
Iris Gisela López Mérida

La etapa de la vejez es llegar a una época avanzada donde el deterioro físico es inevitable y la apariencia se vuelve una manifestación tangible de la edad. Hablar de este tema en Guatemala y sobre todo en áreas urbanas donde los lazos familiares ya se han vuelto distantes y con la mínima comunicación, es hablar de las pocas posibilidades de terminar esta etapa con éxito. En el presente estudio se determinó la frecuencia de depresión en adultos mayores que asisten a la Consulta Externa del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

La población la constituyó todo paciente que asistió al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados del IGSS, en las fechas del 22 al 24 de junio del año 2015; tomando el 40 por ciento (112 casos) de 280 pacientes que demandaron el servicio en ese período de tiempo.

Los instrumentos que se utilizaron para efectos técnico-operacionales y para la consecución de los objetivos fueron: la observación directa, entrevista y el Test o Escala de Depresión Geriátrica–DGS- de Yesavage y Col.

Los objetivos fueron: Determinar la frecuencia de depresión en adultos mayores que asisten al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, identificar el impacto de la depresión en la calidad de vida de los adultos mayores y determinar de qué forma les ha cambiado la vida el hecho de llegar a la tercera edad. Las siguientes preguntas de investigación orientaron el estudio: ¿cuál es la prevalencia de depresión en los adultos mayores que asisten a la Consulta Externa del CAMIP?, ¿cuál es el impacto de la depresión en la calidad de vida de los adultos mayores?, y ¿de qué formas ha cambiado la vida en el adulto mayor que asiste al CAMIP el hecho de llegar a la tercera edad?

En el estudio se llegó a la conclusión que los adultos mayores que asisten a consulta al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) presentan cuadros clínicos de depresión y que es de importancia generar estrategias o aplicar programas mediante un enfoque de atención multidisciplinario que refuerce el apoyo y el acompañamiento.

## PRÓLOGO

La tercera edad suele describirse como una época de descanso, reflexión y oportunidades para hacer cosas que quedaron postergadas en años anteriores. Lamentablemente el proceso de envejecimiento no es tan idílico ya que los que llegan a esta edad se ven afectados por varios acontecimientos desde lo médico hasta lo psicológico. También la pérdida de amigos y seres queridos, y la incapacidad para participar en actividades que antes se podían disfrutar pueden resultar una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo.

Se mencionó que el adulto mayor se ve afectado por problemas físicos, de salud y también psicológicos, en el que la depresión es un problema frecuente en adultos mayores debido a los sentimientos de soledad y a la insatisfacción de vida, por lo tanto, el presente informe refleja una descripción de la frecuencia de depresión en adultos mayores que asisten al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP); esto fue posible con la Escala de Depresión Geriátrica –DGS- de Yesavage.

Es importante que se reconozca que la vejez es una condición de vida inevitable, pero que la depresión no debe formar parte de ella. Por ello la investigación, el diagnóstico y el tratamiento temprano pueden contrarrestar y prevenir las consecuencias emocionales y físicas de la depresión, en ese sentido la presente investigación es importante para la Dirección Médica del CAMIP a fin de que se puedan desarrollar tácticas positivas para lidiar con esta problemática y otras afines.

Se agradece al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP), y al grupo multidisciplinario que participa en la atención a los pacientes por permitir efectuar el trabajo de campo y especialmente a los adultos mayores quienes compartieron sus experiencias de vida y de alguna manera revelaron

sentimientos y la intimidad de su vida, y con ello contribuir a la formación profesional, asimismo, a la Universidad de San Carlos de Guatemala por la formación académica y todos los conocimientos adquiridos en cada una de las aulas.

Se desea incentivar al lector a trabajar con el adulto mayor debido a las necesidades emocionales que la misma edad perfila, ya que los sentimientos de desesperanza y aislamiento pueden ser altamente devastadores en quienes los experimentan.



## CAPÍTULO I

### 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

#### 1.1 Planteamiento del problema

La depresión es una problemática de salud que no respeta edad, ni género y se puede presentar en cualquier momento de algún desajuste emocional y biológico de la persona. Según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2016 describe que la depresión “*es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas*”. (...) *la depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares*” (Párr. 5).

Además de esto, en ese mismo estudio se afirma que “*cada año se suicidan cerca de 800,000 personas y la carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento, en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales.*” (OMS, 2016 p.15), eso significa que la depresión es un problema latente en el ser humano a nivel mundial y que las altas estadísticas preocupan a las instituciones destinadas a la promoción de la salud para que se aborde la problemática desde cada país para evitar se siga reproduciendo. La depresión se caracteriza por un trastorno del estado de ánimo y por sentimientos de abatimiento, infelicidad y muchas veces hasta de culpabilidad, esto puede provocar en quien la sufre una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas de la vida en sí. Puede generar irritabilidad, decaimiento, frustración a la vida con altas implicaciones en el área laboral, familiar y social. El origen de la depresión puede deberse a múltiples factores:

biológicos, genéticos y psicosociales. Algunos autores concluyen en que esto se debe a un puente entre los enfoques estrictamente biológicos y psicológicos en los que el ambiente es fundamental.

Una característica de la depresión en la etapa adulta es que a veces no se presenta sola, sino que también se encuentra en el contenido de cuadros ansiosos y cuando se presenta constituye un problema que desvincula y debilita las relaciones humanas en general. La ausencia de algo o alguien puede desencadenar características típicas del cuadro clínico en la persona que sufre esa ausencia, también la vivencia de un accidente, un asesinato o una tragedia. Desde este enfoque, la depresión va desde la frustración por la separación de un objeto perdido, por fracasos, etc. La depresión puede deberse a una pérdida general de vitalidad, expresando el enfermo falta de interés y de energías, donde la persona se muestra cansada y triste, y en la adultez es característico este tipo de situaciones. La depresión es un problema común entre las personas mayores, pero no es una etapa normal del envejecimiento. Algunas veces puede pasarse por alto porque en algunas personas mayores que padecen depresión la tristeza no es el síntoma principal. Ellos pueden vivir otros síntomas y muchas veces no hablan de esos síntomas o sentimientos y a veces es más complicado su diagnóstico.

Existen varios tipos de depresión entre estos la depresión grave la cual puede inhabilitar por completo a la persona, así como los trastornos distímicos, por ello es importante diagnosticar o atender las depresiones menos severas y con ello evitar que se agrave el problema. La poca comunicación de parte de los adultos mayores puede contribuir a que se identifique un problema de depresión sobre todo cuando este está expuesto a condiciones de aislamiento social y familiar.

Ya se dijo antes que existen causas múltiples de la depresión pero es importante tomar en cuenta que los niveles de estrés a los que están expuestas las personas también producen este problema clínico, en los adultos mayores se puede presentar el estrés según las condiciones de vida que experimenten, esas condiciones pueden desencadenar situaciones de inseguridad emocional por lo vivido y con ello instaurarse sentimientos de incapacidad no sólo por las pocas oportunidades sino también por las capacidades limitadas que se acentúan cada vez más por estar en la etapa de la vejez. Sin embargo, muy pocos guatemaltecos son los que asisten al CAMIP y se benefician de una atención médica y ocupacional que les permite paliar su situación de la propia edad. Pero no existe un mecanismo de diagnóstico y seguimiento a esta problemática dentro del Centro.

La ausencia de información existente con relación a la frecuencia y prevalencia de la depresión en el Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) puede generar varios problemas, uno de ellos se encuentra a nivel interno en la Dirección del centro, ya que al no contar con información necesaria acerca de la magnitud y alcances del fenómeno de la depresión no se pueden tomar decisiones en función de los paradigmas de la atención disponible para los pacientes y que esta sea integral. En ese sentido se da respuesta a las siguientes interrogantes: ¿cuál es la frecuencia de depresión en los adultos mayores que asisten a la Consulta Externa del CAMIP?, ¿cuál es el impacto de la depresión en la calidad de vida de los adultos mayores?, y por último se deseó conocer de qué formas ha cambiado la vida en el adulto mayor que asiste al CAMIP por el hecho de llegar a la tercera edad.

## **1.2. Objetivos**

### **Objetivo general**

Determinar la frecuencia de depresión en adultos mayores que asisten a la Consulta Externa del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

### **Objetivos específicos**

Identificar el impacto de la depresión en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten a la Consulta Externa del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados, (CAMIP).

Determinar de qué forma les ha cambiado la vida el hecho de llegar a la tercera edad a los adultos mayores que asisten a la Consulta Externa del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados. (CAMIP).

### 1.3 Marco teórico

Para efectos del presente estudio, el adulto mayor es la persona jubilada de 65 años o más, de género masculino o femenino que esté inscrito en el Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP).

En Guatemala existen 24 asociaciones dedicadas a la atención del adulto mayor. En el año 1939 el Estado inauguró el Hogar Fray Rodrigo de la Cruz como el primer centro público dedicado exclusivamente a la atención de ancianos. Este hospital funcionó en la ciudad capital durante 22 años, trasladándose posteriormente a la Antigua Guatemala, donde permanece y continúa en la actualidad con la misma misión: albergar al anciano carente de recursos económicos en total abandono. A mediados del siglo XX, se fundó el Hogar San Vicente de Paúl, auspiciado por un grupo de ciudadanas deseosas de brindar protección al anciano y anciana.

En el documento titulado “Experiencias en atención del Adulto Mayor, CAMIP” (1988), realizado en la ciudad de Viena, Austria, por la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento y la Asociación Gerontológica -en representación de Guatemala- en el año 1982, *“se estableció el compromiso adquirido en beneficio del adulto mayor y se fundó el Comité Nacional de Protección a la Vejez, por Acuerdo Gubernativo 68-85 del 16 de agosto de 1985. Como actividades relevantes de este comité pueden mencionarse: La difusión de información para la promoción de un envejecimiento saludable; la elaboración de la ley de la ancianidad que posteriormente fue aprobada, una gran cantidad de actividades educativas y recreativas, cursos y seminarios relativos al tema, y finalmente en octubre de 1996 se realizó un seminario en la Antigua Guatemala en el cual se sentaron las bases para la elaboración de un plan nacional de atención al anciano”* (p.34).

Otro hecho colateral y relevante en la historia de la atención de adultos mayores es la creación de los programas de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, los cuales tienen básicamente, la finalidad de *“brindar apoyo económico al jubilado a manera de prestación, propiciando más adelante la creación del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados CAMIP-IGSS que actualmente presta los servicios de atención médica, visita domiciliaria y centro de día.”* (CAMIP. 1988 p.65); sin lugar a duda estos centros asistenciales han surgido de la necesidad que se ha observado en los adultos mayores a nivel nacional.

Por mandato expresado en el Artículo No. 115 de la Constitución Política de la República de Guatemala Sección, IX, (1985), *“se establece la cobertura gratuita del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS, a los jubilados del Estado. El Concejo Técnico del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el mes de febrero de 1984, propuso la ampliación de la cobertura de los servicios de atención médica a los pensionados cubiertos por los programas de protección relativa a Invalidez, Vejez y Sobrevivencia del Instituto. La Gerencia de la Institución ordenó la formación de un grupo técnico multidisciplinario con el propósito de analizar y complementar la cobertura indicada.”* (p.87)

La Junta Directiva del IGSS, emitió el Acuerdo No. 738 para dar cumplimiento a la extensión de los servicios para las personas que reciben jubilación del Estado de acuerdo a la Ley de Clases Pasivas Civiles del Estado y a las personas de instituciones estatales descentralizadas, autónomas o semiautónomas.

*“Posteriormente la Junta Directiva del Instituto por medio del Acuerdo No. 739 creó el Centro de Atención Médica Integral para Pensionados, el cual tiene a su cargo la Coordinación General de la Asistencia Médica Integral a personas que tengan derecho a los servicios de conformidad con la Reglamentación del IGSS.*

*Inició sus actividades el 21 de octubre de 1986*". (Programa Creciendo Bien, 2,007 p.45)

### **1.3.1 Adulto mayor**

Según Saiz, Jerónimo (1997) *"Se le llama adulto mayor a la persona que tiene más de sesenta años de edad; a esta etapa también se le conoce como Tercera Edad"*. (p.54) y María Álvarez (1999) *"Los procesos biológicos que se iniciaron desde el principio de la vida y sus manifestaciones generales aparecen a la edad que se ha llamado la senilidad, comprendida como estado de debilitamiento fisiológico y mental que se alcanza con el paso de los años."* (p. 104)

A medida que el ser humano envejece aumenta también el riesgo de desarrollar enfermedades y adquirir diversos grados de discapacidad. La mayoría de la población no acepta la tercera edad como parte del proceso de la vida sino como una etapa de decadencia física y mental; lo que hace que muchas veces el adulto mayor adopte actitudes negativas como la apatía, la poca autoestima y el abandono de sí mismo. Cualquiera que sea la teoría que se trabaje, se deduce que el proceso de la ancianidad no comienza en la época avanzada de la vida, sino que sus manifestaciones iniciales datan del nacimiento.

Las perspectivas teóricas de las ciencias sociales y humanas sobre el envejecimiento han ido evolucionando desde los años cincuenta: "Gognalons-Nicolet (1994) reconoce tres generaciones o períodos:

1ª. Generación: *"Las teorías adaptativas relacionadas con la capacidad de interacción del individuo con su medio social (teoría de la desvinculación de la actividad y de una subcultura específica).*

2ª. Generación: *Corresponden a este grupo las teorías estructurales cuyo campo de análisis son los componentes estructurales (impacto de la organización social sobre el envejecimiento) y su influencia en las personas que envejecen. Destaca, entre otras, la teoría de la modernización en donde el Estado ha insistido en la exclusión social de este grupo de edad por sus políticas de retiro y jubilación, consideradas como necesarias para la renovación de las generaciones en el ámbito laboral y que insisten sobre los valores y normas de la sociedad productiva.*

3ª. Generación: *En donde se reconcilian los puntos de vista más individuales a los estructurales y fundan lo que se ha llamado la “economía moral”, (...) aquí se asocian a la vez los aportes de las teorías del desarrollo y ciclo de vida, así como las relacionadas con el rol del Estado y las políticas de la vejez”* (En Ortiz, 2000 p.304) Indudablemente el Estado juega un rol importante desde sus políticas de atención al adulto mayor. Las decisiones que se tomen desde su atención hasta su retiro de labores impactarán los procesos psicológicos del adulto mayor. Las políticas de exclusión social por el Estado debido a la edad generan severos problemas no solo psicológicos en los adultos mayores sino también económicos.

### **1.3.2 Características generales del adulto mayor**

La Organización Mundial de la Salud, en el informe titulado Problemas del Envejecimiento y de la Vejez (2000) explica: como el hombre al igual que todos los seres vivos llegada una época avanzada de la vida envejece y muere.

Lomraz, Jacob (1988): Define las características del adulto mayor de la manera siguiente:

Físicas: *“El envejecimiento acarrea cierto deterioro físico inevitable. A partir de la madurez y durante la vejez, cambian la apariencia y el funcionamiento de todos los órganos”. “(...) las manifestaciones más tangibles del adulto mayor*



*son: lentitud de todas las actividades orgánicas: del pulso, del ritmo respiratorio, digestión y asimilación” (Lomraz,1988 p.78). En el adulto mayor también se presenta lo relativo a la pereza por los movimientos, el menor afán reproductor, el ahorro de esfuerzo por la lucha de la vida son las características fisiológicas más comunes.*

En la piel su evidencia principal por la vejez es la arruga y resequedad, tornándose quebradiza y pálida, perdiendo su frescura y brillo natural, los cabellos se emblanquecen y con facilidad los dientes se aflojan y se caen, los músculos y las articulaciones pierden su flexibilidad volviéndose más rígidos y por consiguiente se limita la extensión de los movimientos, el cuerpo se inclina, los sentidos se embotan y todo el vigor disminuye.

*“La circulación se hace más lenta, la presión sanguínea aumenta y debido a que los pulmones contienen menos oxígeno, el adulto mayor tiene menos energía. Las dificultades para conciliar el sueño y permanecer dormido se vuelven más comunes y el tiempo de reacción se hace más lento. La visión, la audición y el sentido del olfato pierden agudeza” (Lomraz,1988 p.78). La mayoría de la gente al principio no se percata de esos cambios porque ocurren gradualmente, pero el deterioro a la larga se vuelve innegable.*

Mentales: *“La edad avanzada implica una problemática en el plano psicológico. Se han estudiado y logrado solucionar muchos de los problemas biológicos propios de la vejez.” (Lomraz, 1988 p.78).*

Psicológicas: *“Las características psicológicas en el anciano son muy frecuentes; los problemas psicológicos que enfrentan estas personas son muy fuertes para ellos, las actividades físicas que realizaban anteriormente cuando eran jóvenes actualmente ya no las pueden realizar o si las realizan se les dificulta bastante, esto hace que el adulto mayor se vea afectado grandemente en el aspecto psicológico, aunque la Organización Mundial de la Salud no comente*

*sobre esta característica del adulto mayor” (Lomraz, 1988 p.79). Incluso el hecho de que estas personas vean el camino recorrido en su vida y posiblemente sientan que haya algo que debieron de haber hecho y ahora estando institucionalizados ya no lo pueden realizar, por ejemplo, haber compartido más tiempo con sus familiares o desarrollarse en alguna actividad o grado académico, saber que ya no tienen la posibilidad de poder realizarlo es algo que los frustra a nivel psicológico.*

Huenchuan, Sandra (2010) refiere que *“la desconfianza es una característica frecuente en personas de avanzada edad, ya que, por su experiencia, piensan que ninguno los quiere, que están desprotegidos y es esto precisamente lo que perjudica en el plano psicológico.”* Además, comenta que *“existe una importante brecha de género en la expectativa de vida. La mujer promedio disfruta en la actualidad de un ciclo de vida que es siete años mayor al hombre promedio. Las razones para esta brecha de género todavía no son claras pero los factores probables incluyen diferencias hormonales, en la exposición al estrés, en conductas relacionadas con la salud y en la estructura genética.”* (p.65)

Según Huenchuan *“la gente saludable que permanece intelectualmente activa mantiene un elevado nivel de funcionamiento mental en la vejez. Lejos del mito común de que las células encefálicas de los ancianos mueren con rapidez, el encéfalo de la persona promedio disminuye su tamaño solo en alrededor de un 10 por ciento entre los 20 y los 70 años”.* Esto significa que, para un número considerable de adultos mayores las habilidades cognoscitivas permanecen en gran medida intactas.

Es cierto que la mente que envejece trabaja un poco más lentamente y que ciertos tipos de recuerdos son un poco más difíciles de almacenar y recuperar, pero esos cambios no son tan serios como para interferir en la habilidad de disfrutar una vida activa e independiente.

Más aún, los adultos mayores que tienen actividad mental sobre todo a través de una actividad relacionada con el trabajo, por lo general experimentan un deterioro cognoscitivo significativamente menor que los que no lo hacen. El entrenamiento y la práctica en tareas cognoscitivas también ayudan a reducir el deterioro en el desempeño cognoscitivo en la vejez. Como actividades cognoscitivas se puede mencionar: juego de ajedrez, juegos de memoria, etc.

La persona de edad avanzada y sus hijos no siempre logran establecer las mejores relaciones para ambos, la relación con los nietos es siempre mejor. La causa principal por la que los adultos mayores se comunican más con sus nietos es porque ambos se preocupan por cosas trascendentales de verdad, no por los hechos reales. *“Contrariamente a lo que dice la sabiduría popular, el adulto mayor no teme a la muerte, lo que sí le preocupa es la enfermedad, las molestias que puede causar a los jóvenes, el sufrimiento. El adulto mayor repasa y medita en su vida íntegra, acepta y justifica lo inevitable. Al igual que el niño, se ocupa del significado de la vida, busca sus raíces, explora su identidad.”* (Morris. 2009 p.36).

Hay procesos en el pensamiento del adulto mayor que coinciden con los del niño, es por ello que ambos se entienden y su relación es satisfactoria. Otra de las razones por las cuales el adulto mayor y sus nietos tienen una mejor relación, es porque el adulto mayor con sus hijos jugaba un rol diferente; a ellos tenía que educarlos, corregirlos y guiarlos; con los nietos en cambio, también tiene que guiarlos, pero ya no recae sobre él toda la responsabilidad, sino en los padres de los niños, ya no en el adulto mayor (abuelo); es por esta razón que éste último, en cierta forma, disfruta más de la relación con sus nietos.

### **1.3.3 Problemas de mayor relevancia en el adulto mayor**

El adulto mayor pasa por muchos problemas debido a la etapa de vida por la que está pasando, los problemas más relevantes a los cuales tiene que enfrentarse son:

Económico: *“El factor económico es un aspecto que repercute profundamente en la vida familiar, en la que sus integrantes están desprovistos de los elementos necesarios para satisfacer sus necesidades. (Álvarez, 2000. p. 308).*

Social: *“Entre los problemas más visibles en la sociedad se encuentra la mendicidad; con frecuencia los adultos mayores recurren a pedir ayuda a sus hijos, lejos de ser débiles e independientes la mayoría de los hombres y mujeres mayores de 65 años llevan una vida autónoma, aparte de sus hijos, fuera de asilos y en su mayoría se sienten muy satisfechos con sus estilos de vida.” (Álvarez, 2000. p. 308).* Además, los adultos mayores que se mantienen activos física y mentalmente, que viajan, hacen ejercicio y asisten a reuniones tienen mayor probabilidad de sentirse más felices y satisfechos con sus vidas que aquellos que permanecen en casa. Sin embargo, esto no es posible si los problemas económicos afloran en la vida del adulto mayor.

De todos modos, en la vejez ocurren cambios sociales graduales. *“En general, la gente mayor interactúa con menos personas y desempeña menos roles sociales. La conducta recibe menos influencia de las reglas sociales y expectativas que antes.” (Álvarez, María, 2000.)* y, por último, la mayoría de los adultos mayores retroceden, evalúan la vida y se dan cuenta de que hay un límite a la capacidad de participación social, pero aprenden a vivir cómodamente con esas restricciones. *“Este proceso no necesariamente conlleva una separación psicológica del mundo social; más bien la gente mayor simplemente hace elecciones sensatas que se adaptan a sus marcos temporales y sus capacidades físicas más limitadas.” (Pp.18),* esa toma de conciencia es importante en la etapa de la adultez, sin embargo, cuando no se piensa de esa forma el adulto mayor puede entrar en crisis y entonces pueden aparecer cuadros de depresión, de frustración y de sentimientos de incapacidad que pueden limitar su calidad de vida. Otro cambio importante que la mayoría de las personas experimentan en la vejez es la jubilación del empleo remunerado.

Las reacciones de la gente a la jubilación difieren de manera considerable en parte porque la sociedad no tiene idea clara de lo que se supone que deben hacer los jubilados. La pregunta es ¿deberían sentarse en una mecedora y mirar cómo pasa la vida o deberían volverse abuelos adoptivos? Esa postura puede generar cierto desajuste o sentimiento de inutilidad.

J.C. Rocabrano, (2001) dice sobre ello que *“Un hecho interesante es que las mujeres y los hombres a menudo acometen esto de manera diferente. Los hombres por lo general ven la jubilación como una época para aminorar la marcha y hacer menos, mientras que las mujeres a menudo la ven como una época para aprender cosas nuevas y explorar nuevas posibilidades y desde el enfoque cultural, los adultos mayores regularmente no han tenido ningún tipo de estudio en su niñez; (...) en Guatemala existen programas de alfabetización a adultos mayores ya que existe mucho analfabetismo entre ellos.”* (p. 340), eso significa que la etapa de la adultez hombres y mujeres la enfrentan de diferente forma. Dependiendo de las capacidades que el adulto tenga para enfrentar su situación de vida aflorarán condiciones psicológicas como la depresión leve, moderada o severa debido entre otras causas al sentimiento de tristeza, soledad e inutilidad que puedan experimentar.

A continuación, se amplía información de la depresión y sus características.

#### **1.3.4 Depresión**

La depresión en la vejez se vincula generalmente con cuestiones de salud física, la persona debe aprender a cuidar su salud, controlar su dieta, preocuparse por su apariencia externa. No debe extremar su actividad y cambios sucesivos, tampoco se debe retraer la actividad que prive a la persona de la sensación de estar viviendo y de ser proactivo. *“En la depresión existe una pérdida general de vitalidad, expresando el enfermo falta de interés y de energías. La persona se muestra cansada y triste”.* (Saiz, 1997. p. 205)

Morris, Charles (2009) dice de la persona que sufre de depresión que *“Usualmente, rehúye a las actividades sociales y su rendimiento va disminuyendo. Una tonalidad de pesimismo y desesperanza invade sus ideas y ansiedad. Todos estos síntomas varían según la mayor o menor profundidad de la depresión. Todos los síntomas experimentan una variación diurna, de manera que son más intensos en el momento del despertar, para mostrar una ligera mejoría durante el transcurso del día.”* (p. 607)

También apunta que *“La ralentización del pensamiento es habitual, reflejándose en el lenguaje y en la psicomotricidad. Los sentimientos de culpa son constantes, acompañándose de intensos reproches e ideas de indignidad. En ocasiones se desarrollan ideas delirantes llamadas “secundarias”, consecutivas a la fuerte depresión del estado de ánimo.”* (Morris, 2009. p.222), mientras que Goldman, Howard (1,999) describe que *“La depresión adopta diversas formas en función de características sociales y culturales, no se trata simplemente de la presencia de tristeza, sino que implica desinterés, desaliento y una abrumadora desesperanza vital. La depresión es uno de los trastornos más frecuentes de la afectividad.”* (p. 117). Por lo tanto *“La intensidad de la depresión puede oscilar desde una ligera tristeza a la más profunda melancolía y desesperación. La depresión la distinguimos como trastorno de la afectividad, aflicción, como reacción adecuada a la pérdida de una persona, situación o cosa amada. Cuando la reacción emocional es inadecuada en una experiencia de duelo, con sentimientos de culpa, por un lado, y hostilidad hacia el objeto perdido, por el otro, se acompaña de una intensidad tal que no puede ser elaborada por el individuo”* (Mérida, 2000 p. 607).

*“Se le llama depresión reactiva cuando el factor desencadenante es una pérdida concreta y conscientemente conocida por el enfermo y depresión endógena o depresión funcional cuando no puede detectarse con precisión la pérdida sufrida y hemos de suponer que se trata de un proceso que se ha puesto*

*en marcha con relativa independencia de las circunstancias del consciente, por parte de este, de que es lo que ha perdido”* (Vázquez, 2000.Pp. 160). Las reacciones depresivas que aparecen en los adultos mayores son más similares al cuadro de duelo.

Los intentos de suicidio, tan frecuentes en esta clase de reacciones, pueden tener el significado de peticiones de ayuda, o de coacción, entendida esta como una fuerza o violencia que se hace a una persona para que ejecute una cosa contra su voluntad. Empleo de fuerza legítima que acompaña al derecho para hacer exigibles sus obligaciones y eficaces sus preceptos hacia los demás.

Es muy frecuente que la depresión aparezca por primera vez después de los sesenta años. En la población anciana, la depresión con frecuencia se diagnostica mal, o no se reconoce, o queda enmascarada por síntomas somáticos o por deterioro cognoscitivo.

*“La depresión no tratada puede tener consecuencias como enfermedades físicas, deterioro psicosocial o el suicidio. Existen evidencias de que la prevalencia de depresión es mucho mayor entre los ancianos institucionalizados.”* (Zavala, et al., 2006 Pp. 187), por ello es importante se atienda al adulto mayor y se le entienda desde sus necesidades propias, que no se le aisle y que no se le vea como persona inútil.

La depresión se asocia con frecuencia a las enfermedades médicas en los ancianos. *“Los síntomas de la depresión en los ancianos pueden ser diferentes de los que aparecen en adultos más jóvenes, lo que acarrea dificultades para el diagnóstico”* (Rocabruno 2001 p. 35). La depresión en el anciano a veces es considerada erróneamente como una consecuencia natural del proceso de envejecimiento o de otras enfermedades.

Los pacientes ancianos que padecen de depresión se quejan con menor frecuencia de baja autoestima y sentimientos de culpa, mientras que las quejas somáticas, el deterioro cognoscitivo (ejemplo: memoria, capacidad de concentración) y la fatigabilidad son más comunes.

Los síntomas más comunes de la depresión, según CIE-10, (2004) son:

- *Quejas detalladas y elaboradas de deterioro cognitivo*
- *Poco esfuerzo en responder*
- *Síntomas afectivos presentes*
- *Incongruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo*
- *Impulsos a la autodestrucción; tal vez ésta sea la característica más constante de la depresión, sea cual sea su forma y origen, sean o no estos impulsos expresados espontáneamente por el enfermo, una cuidadosa exploración permite siempre detectar su presencia. Aun cuando, en muchos casos la manifestación de deseos de muerte representa únicamente una petición de ayuda o bien una presión ejercida sobre los demás, también es cierto que muy frecuentemente las amenazas llegan a cumplirse; y, por tanto, nunca deben desdeñarse las comunicaciones del enfermo en este sentido.*

Para el caso del adulto mayor, Álvarez, (2,000) dice que “*A medida que los sujetos crecen en edad, aumentan las posibilidades de que la depresión conduzca al suicidio, y ello por dos hechos: por un lado, la disminución del número de personas potencialmente dispuestas a ayudar al enfermo a medida que éste va envejeciendo; por otro, la real declinación de oportunidades que la vida ofrece al individuo con el transcurso de los años.*” (p. 24).

“*En ocasiones la depresión en el anciano adopta formas clínicas relativamente poco frecuentes como la denominada depresión psicótica, depresión*



*enmascarada y depresión regresiva. Entre las características de cómo se presenta la depresión en el anciano podemos mencionar.*

- *Un inicio bien definido*
- *Evolución rápida*
- *Antecedentes de depresión*
- *Acontecimientos adversos en la vida del anciano.” (Huenchuan, 2010 p. 206)*

Existen varios tests para valorar la depresión, como la Escala de Depresión de Hamilton, la Escala de Zulliger, la Escala de Depresión del Inventario Multifásico de la Depresión de Minnesota, el Inventario de Depresión de Beck. El inventario de Depresión de Beck se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la existencia o severidad de síntomas de depresión. En esta investigación se utilizará el test de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Col 1983, su diagnóstico permitirá evidenciar la necesidad de atención en el CAMIP y con ello contribuir a un mejor tratamiento en la institución.

La depresión es un trastorno que si se detecta a tiempo es posible tratarlo para evitar mayores sufrimientos sobre todo en el anciano que actualmente es muy frecuente encontrarlo en ellos mayormente en los ancianos institucionalizados en hospitales y asilos. La amplia gama de síntomas clínicos que se da en la depresión de comienzo precoz también ocurre en los adultos mayores. Las referencias históricas sobre presentaciones específicas de las depresiones en el adulto mayor (depresiones hipocondríacas o depresiones neurovegetativas) no se tienen muy en cuenta hoy en día. De todos modos, el reconocimiento de la depresión en los ancianos puede requerir experiencia en el campo y habilidades diagnósticas y terapéuticas.

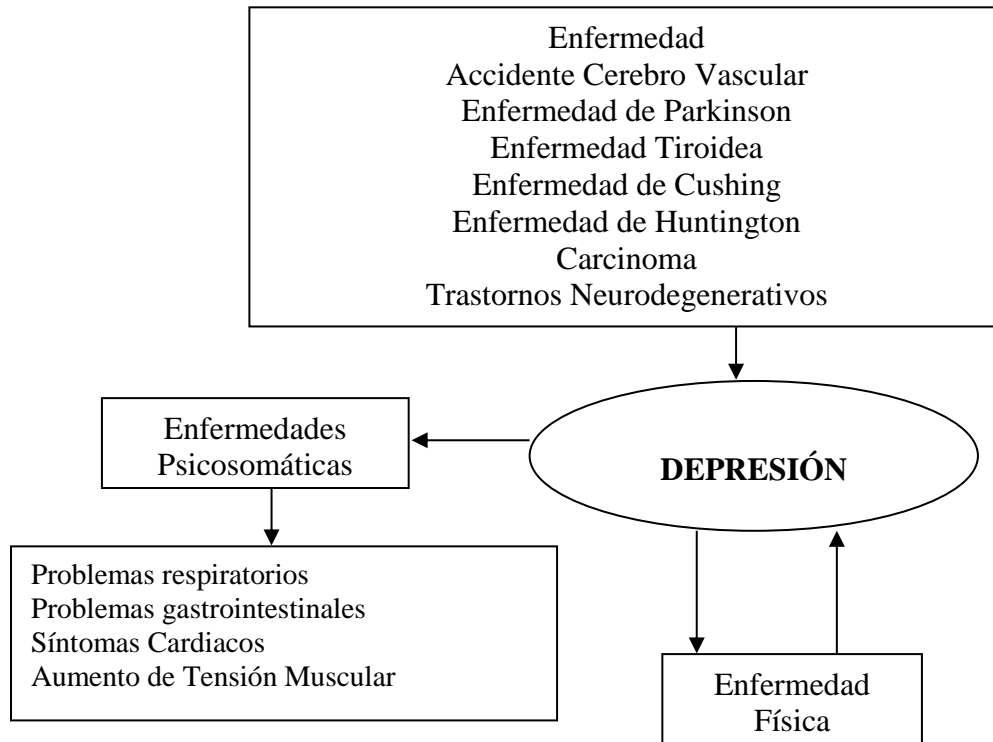
### **1.3.5 Pronóstico de la depresión en el adulto mayor**

La simple detección de la depresión en los adultos mayores es de valor, solamente si acarrea la instauración del tratamiento adecuado y a su vez, sólo vale la pena si este tratamiento resulta eventualmente ser efectivo. Posiblemente una razón por la que tantos pacientes con depresión no llegan a recibir un tratamiento correcto, es por el punto de vista ampliamente aceptado de que el pronóstico de tratamiento de la depresión de dichos ancianos es particularmente pobre.

*“Sin embargo otros estudios han ofrecido alguna luz y mayor optimismo en el pronóstico de la tercera edad, con una serie de estudios que mostraban una recuperación en el 60% de los casos” (Zavala, et al., 2006 Pp. 124), esto no significa necesariamente una situación prometedora, sin embargo, puede que implique nuevos enfoques de solución hacia procesos de atención, para que no se sigan percibiendo altos números de desatención, desestabilidad y que el optimismo del que se habla se vuelva una realidad en esta etapa de vida que experimenta el adulto mayor.*

A continuación, se presenta un diagrama del cuerpo –mente y mente – cuerpo para entender las necesidades y la forma en que se constituyen en el entorno del individuo.

## Diagrama de relación cuerpo-mente / mente-cuerpo



\*Enciclopedia de la Psicología, Editorial Océano, Barcelona España. 1999.

### 1.3.6 Calidad de vida en adultos mayores

El significado de calidad de vida según Vera, (2006) “es una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad del individuo, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia está intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores.” (p. 284). Es importante entender que la satisfacción y calidad de vida, tienen que ver con el sentido de bienestar en la salud física y mental, de esto existe un estrecho vínculo en estas necesidades básicas que no son cubiertas debido las implicaciones socioeconómicas y socioculturales, no se diga de la de los adultos mayores donde se evidencia que desafortunadamente carecen de un nivel gratificante en esta etapa de vida.

La ODHAG (2005) dice que *“la debilidad y situación de la institucionalidad y acción pública, es un hecho que marca de manera considerable las posibilidades de que los adultos mayores cuenten con los servicios básicos de acuerdo con sus necesidades”* (p.16), esta misma debilidad, plantea igualmente una limitante estratégica en la intención de abordar la situación de las personas mayores como sujetos de derechos desde una perspectiva de desarrollo humano integral, un estado en las condiciones, capacidades y situación financiera del guatemalteco.

Por otra parte, Eamon O’Shea (2003), citado por Vera, (2006), dice que *“la vida del adulto mayor debe ser una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida”* (p.285). Decir de un adulto mayor que no precisa de una finalización sino del inicio de otra etapa, después de tener hijos, nietos y hasta bisnietos, la buena vida tiene que ver con las relaciones sociales, con los diversos factores que la componen y es necesario que se cubran de manera que se tenga una vida digna, pero eso va a depender del proceso de vida que esta persona haya llevado.

En Guatemala este fenómeno se produce en un contexto de mayor precariedad, Richter (2014), indica que *“la población de 60 años y más es cada vez mayor, y la mayoría vive en situación de pobreza y de pobreza extrema, enfrentan poco o nulo acceso a servicios básicos, a protección de los sistemas de seguridad social, sufre la marginación familiar y/o social y en algunos casos maltrato físico, psicológico e institucional.”* (p.19), condiciones que limitan y que pueden desencadenar sentimientos de estrés y depresión por las necesidades no satisfechas y peor aún en condiciones de adultez cuando las oportunidades laborales y de desarrollo económico no se ven a corto plazo porque las mismas características de la edad no lo permiten.

Por ello todos los esfuerzos en beneficio de las personas mayores deben partir de un compromiso por definir las políticas públicas en beneficio de este sector de la población y el mejoramiento de la legislación respectiva. Estas políticas y leyes deben buscar el bienestar integral, entendiéndose éste como la ampliación de oportunidades, el mejoramiento de la calidad de vida, “(...) *el acceso a servicios diferenciados de calidad y el desarrollo de alternativas de base comunitaria, tomando en cuenta la realidad multicultural, multiétnica y plurilingüe del país*”. (Richter, 2014 p.23).

Afortunadamente en el 2002 se creó el Consejo Asesor del Comité Nacional de Protección a la Vejez el cual se integra por “*los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte, Agricultura, Gobernación, Colegio de Médicos y Cirujanos, Asociación Gerontológico, Asociación de Jubilados y medios de comunicación, este consejo tiene como principal objetivo el diseño de una Política Nacional de Atención al Adulto Mayor con enfoque multisectorial que define prioridades y permite sentar las bases de una mejor atención al adulto mayor*”. (Richter, 2014. Pp.22). Sin embargo, es mucho lo que falta por hacer en favor del adulto mayor y su atención.

Además, la Dirección de Salud, menciona que “*la creatividad en la vejez está condicionada a una buena salud y capacidad física, pero la apreciación y reconocimiento por parte de las personas de su entorno, es vital para que el adulto mayor pueda continuar conservando su talento y seguir haciendo contribuciones importantes, tanto para la familia como para la vida social*” (p.1).

Por ello el trabajo en conjunto que contribuya al bienestar emocional y físico del adulto mayor es importante porque se prevé que éste se vea afectado por cuadros clínicos como la depresión que perjudiquen su calidad de vida y que a pesar del sentimiento de inutilidad que ya viven por los diversos señalamientos sociales y políticos, sus condiciones de vida mejoren.

## CAPÍTULO II

### 2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

#### 2.1. Enfoque y modelo de investigación

El estudio se realizó desde un enfoque mixto de investigación, es decir que se consideraron datos cuantitativos y cualitativos de la muestra, de manera que permitió medir la frecuencia de depresión en adultos mayores que asisten a la Consulta Externa del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP). Se trabajó mediante un proceso deductivo. De esta manera se logró que se indagaran de manera independiente las categorías a las que se refiere el estudio, logrando integrar las mediciones para decir cómo es y cómo se manifestó el fenómeno de interés. Así también desde lo cualitativo se analizó la calidad de vida en los adultos mayores que formaron parte del estudio.

#### 2.2 Técnicas

**2.2.1 Técnica de muestreo:** El proceso de selección de la muestra fue por conveniencia (basado en los sujetos disponibles) con pacientes del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) del IGSS, que asistieron en las fechas del 22 al 24 de junio de 2015. Se determinaron 112 casos de un universo de 280 pacientes, con las características siguientes: adultos mayores de 65 años, hombres y mujeres, de los cuales intencionalmente se seleccionaron 10 casos, tomando en consideración que desde el inicio se mostraron anuentes y dispuestos a participar en el estudio.

#### 2.2.2. Técnicas de recolección de datos

**a) Observación directa:** En la presente investigación se utilizó una observación de tipo directa. Esta fue dirigida a los adultos mayores del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP), durante todo el proceso de

la investigación; esto permitió registrar y detectar la dinámica relacional de los adultos, estado de ánimo y afectividad. La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo, de manera que se obtuvieron datos específicos durante el estudio. Con esta técnica se detectaron conductas que se relacionan con la depresión. Se registraron los datos observados en un protocolo de observación.

**b) Entrevista:** Para efectos de la presente investigación se utilizó la combinación de preguntas abiertas; ésta técnica se realizó con 10 personas mayores que asisten al CAMIP. Lo que se buscaba con esta técnica era identificar de qué forma ha cambiado la vida para ellos, al llegar a la tercera edad. Fue realizada en el Centro de Atención Médica Integral para Pensionados con un tiempo de aplicación de 45 minutos.

### **2.2.3. Técnicas de análisis de datos**

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de la conducta de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Se midieron características y la frecuencia de depresión ordenadas en gráficas de pie. También se seleccionaron series de categorías originadas de las frecuencias de datos por las 30 preguntas de la Escala Yesavage y Col. Por último, se realizó un mapa mental, tablas de codificación y de categorización aplicándose un sistema de codificación donde la letra E representó la entrevista junto con un número que se le asignó al número de la pregunta. Luego se asignó una letra P con un número para designar al número de personas y de entrevistas analizadas. Asimismo, se elabora una triangulación de datos que permitieron integrar y validar los resultados.

## 2.3. INSTRUMENTOS

**a) Protocolo de observación:** Por medio de este instrumento elaborado previamente con el procesador de Microsoft Word por los investigadores y de la mano con la escala de depresión geriátrica, se identificaron algunas características del impacto de la depresión en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten a la Consulta Externa del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP). El protocolo fue diseñado con diez ítems a observarse en una escala de opción múltiple: nunca, a veces, siempre, calificándose cada conducta dentro del protocolo. Al momento de contar con el instrumento se registraron las inferencias relacionadas con cada una de las diez conductas.

**b) Test o Escala de Depresión Geriátrica –DGS- de Yesavage y Col:** Con este instrumento se identificó el tipo de depresión en los adultos mayores que asisten a la Consulta Externa del Centro de Atención Médica Integral para pensionados (CAMIP). Para lograr énfasis en la recolección de información se utilizó el Test o Escala de Depresión Geriátrica –DGS- de Yesavage y Col; solicitándole a la persona que contestara las preguntas que se les presentaba con un SI o un NO (preguntas dicotómicas), según lo consideraran. Así, el sujeto obtuvo una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones.

Los autores del Test: Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Rose (1982), utilizan su escala que evalúa de la siguiente manera: La puntuación máxima es de 30 y se calcula sumando las respuestas asociadas a la presencia de depresión. De esos 30 ítems, 20 indican la presencia de depresión al ser respondidos afirmativamente, mientras que los 10 restantes (1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30) señalan depresión cuando son contestados de forma negativa. Para la versión de 30 ítems los puntos de corte propuestos en la versión original de la escala son los siguientes:



No depresión= 0-9 puntos; Depresión moderada =10-19 puntos; Depresión severa = 20-30 puntos.”

### **Ficha técnica**

Nombre: Escala de Depresión Geriátrica

Autores: Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey, M, Rose T.

Año: 1983

Tipo de instrumento: Cuestionario.

Población: Personas ancianas (mayores de 65 años).

Número de ítems: 30.”

**c) Protocolo de entrevista abierta:** Este instrumento se usó con el objetivo de determinar el impacto en la calidad de vida el hecho de llegar a la tercera edad a los adultos mayores que asisten a la consulta externa del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP). El instrumento consta de seis preguntas distribuidas de la siguiente manera en los siguientes ejes temáticos: percepción de la tercera edad en los adultos mayores, los cambios en el estilo de vida y cómo los afrontan; y las expectativas de vida. Fue validada por la asesora de contenido de la presente investigación y los directivos de la institución.

## **2.4. Operacionalización de objetivos**

**Depresión:** se presenta como *“un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva”* (Vázquez, 2000, p. 417)

**Adulto Mayor:** Se ha definido a la persona adulta mayor según Zavala, (2006) como *“aquella persona por arriba de los 60-65 años, este umbral es sin duda arbitrario y no puede contemplar la multidimensionalidad de un estado que depende de muchos factores, en los que la edad por sí sola nada significaría. El envejecimiento concebido como un proceso que experimentan los individuos puede ser visto desde dos enfoques, uno biológico y otro social.”* (p.81)

<b>Objetivos</b>	<b>Categoría</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Instrumentos</b>
Determinar la frecuencia de depresión en adultos mayores que asisten a la consulta externa del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.	Frecuencia de depresión Adulto mayor		Escala de Depresión Geriátrica –DGS- de Yesavage y Col
Identificar el impacto de la depresión en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten a la consulta externa del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP)	Depresión Calidad de vida	Entrevista. Observación directa	Protocolo de observación Guía de entrevista
Determinar de qué forma les ha cambiado la vida el hecho de llegar a la tercera edad a los adultos mayores que asisten a la consulta externa del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados. (CAMIP).	Calidad de vida Adulto mayor	Entrevista. Observación directa	Protocolo de observación Guía de entrevista

## CAPÍTULO III

### 3. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 3.1. Características del lugar y de la muestra

##### 3.1.1. Características del lugar

El Consejo Técnico del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el mes de febrero de 1984, propuso la ampliación de la cobertura de los servicios de atención médica a los pensionados cubiertos por los programas sobre protección relativa a invalidez, vejez y sobrevivencia del Instituto. *“Por mandato constitucional, expresado en el Artículo No. 115 de la Constitución Política de la República de Guatemala, se establece la cobertura gratuita del Instituto a Jubilados del Estado. La Junta Directiva del IGSS, emitió el Acuerdo No. 738 para dar cumplimiento a la extensión de los servicios para las personas que reciben Jubilación del Estado de acuerdo con la Ley de Clases Pasivas Civiles del Estado y a las personas de instituciones estatales descentralizadas; autónomas o semiautónomas. Posteriormente la Junta Directiva del Instituto por medio del Acuerdo No. 739 crea el Centro de Atención Médica para Pensionados, el cual tiene a su cargo la coordinación general de la Asistencia Médica Integral a personas que tengan derecho a los servicios de conformidad con la Reglamentación del IGSS. Inició sus actividades el 21 de octubre de 1986. En horarios de 8:00 a 12:00 horas y de 12:00 a 16:00 horas. (IGSS, 2004. p.55)*

La Consulta Externa ofrece los servicios en horarios de 8:00 a 12:00 horas y de 12:00 a 16:00 horas con atención en las siguientes especialidades: cardiología, neurología, cirugía, dermatología, fisioterapia, ginecología, medicina general, geriatría, neurología, odontología, psicología, reumatología, traumatología, urología.

## **Objetivos de la Unidad Médica**

*“Brindar un Sistema de Atención Médica Integral enfocado como la protección y promoción de la salud en sus diferentes niveles y dirigido hacia la totalidad de los componentes biológicos, psíquicos y sociales de la persona a través de Consulta Externa, Visita Domiciliaria y Centro de Día”.*

**Visión:** *“Que el Centro de Atención Médica Integral para Pensionados, responsable del servicio a la población de Jubilados, Pensionados y Beneficiarios sea el ente que les brinde a todos sus asistentes un grado de bienestar integral, que les permita desenvolverse cotidianamente con independencia ejecutando actividades integrales de intercambio, revitalización, dándole énfasis a la educación en Salud Preventiva” (IGSS. p.55)*

**Misión:** *“La Unidad del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es responsable de brindar atención Médica Integral a Jubilados, Pensionados y Beneficiarios adscritos al Régimen, a través de un equipo de profesionales Médicos y disciplinas afines capacitados y calificados en el campo Geronto-Geriátrico, promoviendo una mejor calidad y expectativa de vida” (Plan Operativo Anual de CAMIP, 2004 p.62)*

### **3.1.2 Características de la muestra**

Los sujetos que formaron parte del presente estudio fueron adultos mayores que oscilan entre las edades de 65 a 90 años, de género masculino y femenino. Asisten al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- La totalidad pertenece al grupo de jubilados del sector privado o público. En las características personales físicas se pudo observar delgadez, sueño, alteraciones nerviosas, desarreglo personal, poca afinidad con otros. En el área emocional se caracterizaron por expresión mínima de alegría y pasividad. Se pudo encontrar

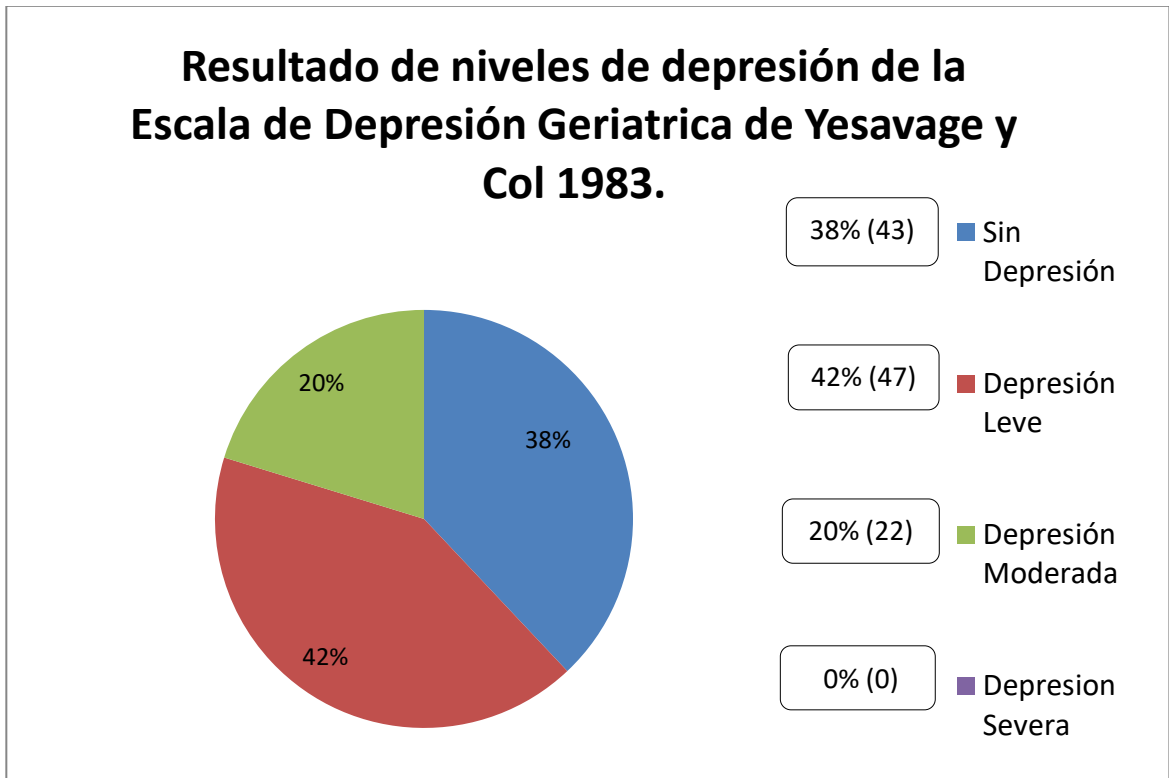
que la mayoría son de origen capitalino, una mínima parte venía del interior de la República, así mismo se encontró que en su mayoría indicaron ser jubilados del Estado. El estado civil se encontró variado en su condición.

En cuanto a las características académicas se encontró que en su mayoría tienen un nivel de estudio que va del nivel primario al diversificado y por ende un nivel socioeconómico medio bajo.

### 3.2 Presentación y análisis de resultados

#### 3.2.1 Presentación de resultados

Gráfica No.1



\*Fuente: Test de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Col 1983, aplicado a los adultos mayores que asisten al CAMIP, 2015.

**Descripción:** La gráfica número uno refleja que del total de los adultos mayores que formaron parte del presente estudio sufren depresión leve un 42 por ciento; la depresión moderada se manifiesta en 20 por ciento de los adultos y un 38 por ciento refleja un estado anímico normal o sin depresión.

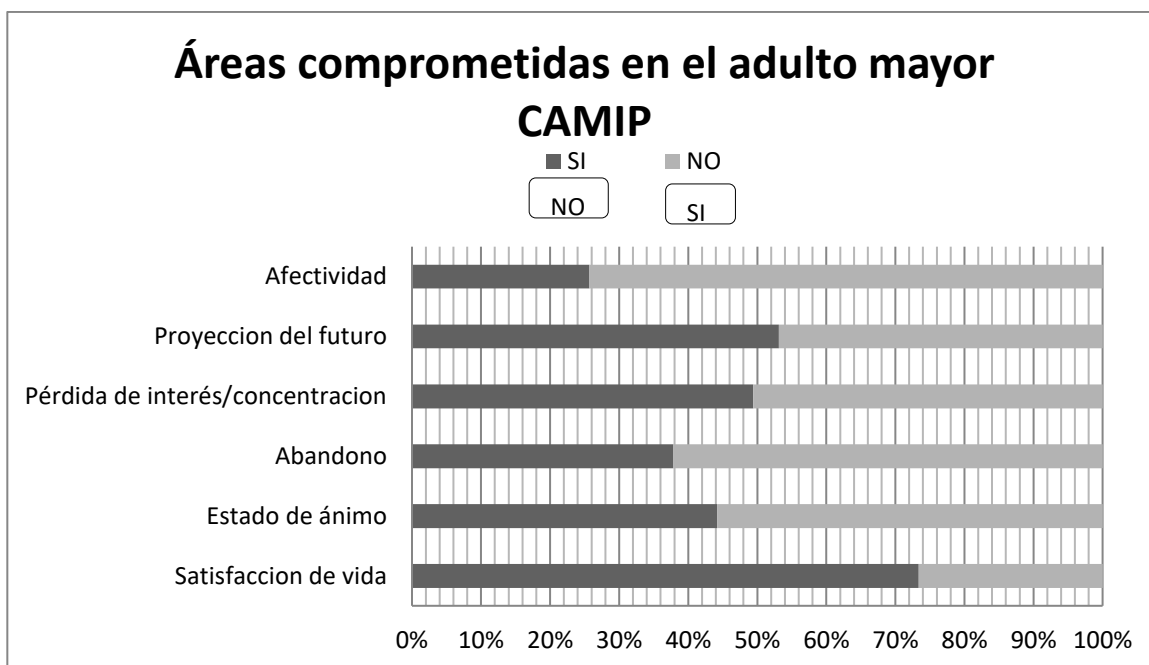
Gráfica 2



\*Fuente: Test de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Col 1983, aplicado a los adultos mayores que asisten al CAMIP.

**Descripción:** La escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Col que fue utilizada durante el estudio permitió evidenciar que: un 73 por ciento de la población de adultos mayores evaluados no están satisfechos con su vida y un 27 por ciento de ellos sí están satisfechos. Es importante recordar que los índices de satisfacción de vida dependen del estilo y la calidad de vida que se haya tenido y esto tiene incidencia en la satisfacción de la misma.

Gráfica No. 3



\*Fuente: Test de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Col 1983, aplicado a los adultos mayores que asisten al CAMIP.

**Descripción:** La gráfica que antecede evidencia claramente algunas características de las condiciones de vida de los adultos mayores que asisten al CAMIP. Se refleja poca afectividad en un 25 por ciento, abandono en un 38 por ciento, implicaciones en el estado de ánimo en un 45 por ciento de los adultos mayores y un alto porcentaje del 73 por ciento en el área de satisfacción de vida. En ese sentido la proyección del futuro y la pérdida de interés/ concentración se ven comprometidos en un 53 y 49 por ciento respectivamente.



## Sociograma No. 1

### Observación de la muestra durante su atención en CAMIP.



**Descripción:** La representación gráfica que antecede evidencia que la muestra presenta distintas afectaciones desde lo físico, mental y lo relacional con síntomas implicados con la depresión y característicos de la edad adulta. El deterioro de habilidades y capacidades inciden desfavorablemente en la proyección a futuro y la pérdida de interés por la vida reflejadas en las gráficas anteriores.

## Resultados de la entrevista a adultos mayores

Pregunta	Transcripción literal de la entrevista	Categoría 1er. Orden	Categoría 2do. Orden
<b>PERCEPCIÓN DE LA TERCERA EDAD</b>	<p><i>E1.P1. "La tercera edad es una bendición de Dios, es una etapa que hay que vivir intensamente, teniendo en cuenta que no se trata de una despedida, sino que se está caminando, pero muchas veces solo "</i></p> <p><i>E2.P1 "Eso es natural, porque todos tenemos que envejecer" "todo tiene un inicio y un final, gracias a Dios llegue a esta etapa"</i></p> <p><i>E3.P1. "Envejecer es algo triste y largo" "yo no pensé que fuera a terminar así, que ya casi no puedo hacer nada..."</i></p> <p><i>E4.P1"Es ya tener una edad avanzada"</i></p> <p><i>E5.P1. "Que me estoy acabando" "ya no valgo nada"</i></p> <p><i>E6.P1. "Es cuando uno ya no puede actuar en alguna actividad"</i></p> <p><i>E7.P1"Es estar en soledad a veces..."</i></p> <p><i>E8.P1"Es una forma de vida y a una forma de ser, que tenés que trabajar y todo eso. La gente empieza a discriminar. Te empieza a decir viejo. Y yo pienso que a los 60 años no es así"</i></p> <p><i>E9.P1 "Es estar cerca de la muerte, siento que es el fin."</i></p>	<p>Esperanza</p> <p>Aceptación</p> <p>Tristeza</p> <p>Pérdida de habilidades Sentimiento de pérdida</p> <p>Soledad</p> <p>Discriminación</p> <p>Percepción de muerte</p>	<p><b>Condiciones de la tercera edad</b></p> <p><b>Vivencias de la tercera edad</b></p>
<b>APOYO SOCIAL</b>	<p><i>E1.P2 "me quitan todo y me dejan sin un centavo, fijese que no me dejan ni cien quetzales" "...ellos están conmigo porque son mi familia, pero yo siento que soy carga para ellos..."</i></p> <p><i>E5.P1 "A mi no me gusta molestarlos, porque yo ya estoy viejo y ellos que sigan su vida" "...pero siento que ellos no tienen tiempo para mi" "... ya no valgo nada" "ellos se van y a veces me dejan solo"</i></p> <p><i>E10.P2 "Está claro que para mí ya no es lo mismo" "mi familia me abandona a veces y eso me pone triste... yo trabaje para mis hijos y me dejan ahora"</i></p> <p><i>E9.P1 "La pasábamos bastante bien, a Dios gracias. Y después, cuando uno se jubila cambia todo, porque fijese que uno ya no ayuda, y ellos me ayudan, pero no es lo mismo yo siento que soy una carga" (Lloró) "Yo no encuentro nada, siento que ninguna persona puede ofrecerme algo, mi vida no tiene sentido"</i></p> <p><i>E7. P2 "Bueno, a mí no me dan mucho, siempre uno es una molestia, y con mis hijos no me queda mucho que esperar" "...además fijese que mis hijos tienen que vivir su vida" "... yo estorbo..."</i></p>	<p>Ausencia de apoyo</p> <p>Culpa</p> <p>Tristeza, Abandono</p> <p>Cambio</p> <p>Pérdida del sentido vital</p> <p>Abandono</p>	<p><b>Ausencia de apoyo social</b></p> <p><b>Ausencia de afectividad familiar</b></p>

<p><b>SENTIMIENTOS PERSONALES DE LA TERCERA EDAD</b></p>	<p>E.3P.3 <i>“pues yo me siento bien acabado, que no valgo y que no hice nada, casi no duermo, llega la mañana y no me dormido”</i> <i>“a veces no tengo dinero y si hubiera hecho más cosas hace algunos años yo no estaría en estas condiciones”</i> <i>“es que yo tomaba mucho y eso no es bueno”</i></p> <p>E10.P3 <i>“para mí ha sido una experiencia de vida, un dolor, un éxito, un fracaso, pero que esté solo me da tristeza. Mire yo podía hacer de todo y ahora ya no, pero lo me da tristeza es que mi familia me abandone, y fíjese que solo me vienen a dejar y a veces se tardan en venir a traerme, yo vengo acá por el beneficio del CAMIP”</i></p> <p>E7.P1 <i>“Es estar en soledad a veces...”</i> <i>“como yo me aseguré cuando estaba joven solo espero la muerte”</i> <i>“yo ya no tengo por que quien hacer algo...”</i></p> <p>E.7P3. <i>“Uno no se puede quedar quieto, pero como que ya no se haya que hacer, yo ya me acostumbré a estar solo, desde que mi esposa se murió”</i> <i>“yo mejor me encierro para no molestar... a veces es mejor morirse rápido”</i></p> <p>E9.P3 <i>“yo no me siento bien físicamente, a veces camino despacio, porque me duelen las rodillas y me dicen que es por la vejez, no crea eso lo pone triste a uno porque ya no eres el mismo”</i></p> <p>E6.P3 <i>“Yo sé que ya no soy el mismo y esta vida es parte de la vejez,”</i> <i>“Uno llega a viejo y pues solo te queda esperar”</i> <i>“pero uno espera estar con la familia y a veces no es así”</i></p>	<p>Sentimiento de minusvalía</p> <p>Tristeza, dolor</p> <p>Soledad</p> <p>Aceptación</p> <p>Frustración</p> <p>Desesperanza</p>	<p><b>Condición personal de la vejez</b></p> <p><b>Depresión Leve</b></p>
<p><b>NECESIDADES INSATISFECHAS EN EL ADULTO MAYOR</b></p>	<p>E.2.P4 <i>“estando en actividad tenés una vida activa, yo quisiera trabajar, estoy diferente como en la del jubilado”</i> <i>“... a mí me andan llevando y trayendo y eso ya no me gusta, me enoja si no se apuran y me dejan esperando”</i> <i>Fíjese que cuando uno es joven es uno útil, ya cuando, cuando.... pues cuando llega uno a viejo hay dios ya no sirve uno”</i></p> <p>E8.P4 <i>“Si necesitás ir al IGSS, tenés que ir a las seis de la mañana para conseguir número. Un viejo a esa hora se agarra una gripe, y después que no te explican nada...”</i> <i>“a veces no lo atienden a uno y no poder pagar las atenciones es difícil para las medicinas”</i></p> <p><i>“... un montón seño, yo quisiera trabajar, correr, salir a pasear, pero ya no soy el mismo...”</i> <i>“Yo siento que muchos de los viejos amigos han desaparecido y se hace difícil encontrar nuevos, yo soy de los últimos”</i> <i>“...sólo que ya no trabajo me siento mal... yo ya no puedo hacer lo mismo”</i></p> <p>E7. P2 <i>“es que uno no quiere que se les dé ánimos y se siente que no haya alguien que lo comprendan a uno y a veces la familia no lo apoya a uno, fíjese joven que yo hasta me quede solo, y mi familia a veces ya no me toma en cuenta... me dejan solo, como ya no les doy dinero y esa mi nuera no me quiere...”</i></p> <p>E1.P5 <i>“Puede ser por falta de medios económicos o porque a uno no le gusta molestar en otro lado”</i> <i>“... cuando me dijeron que ya no trabajaba porque soy grande y me jubilo ya no conseguí trabajo, ya no le dan a uno y eso lo deprime a uno como si uno ya no vale nada lo echan a uno viera”</i></p>	<p>Necesidad de trabajo</p> <p>Necesidad de independencia</p> <p>Ausencia de salud. Necesidad de relación social</p> <p>Ausencia de Afecto</p>	<p><b>Necesidad insatisfecha de empleo</b></p> <p><b>Atención en salud mental y física</b></p>

	<p><i>"a mí, particularmente, no me gusta ir donde hay gente que es mucho más vieja que yo. Es que la gente joven te incentiva a seguir viviendo y si no me deprimó".</i></p>	<p>Problemas económicos</p> <p>Necesidad de pertenencia</p>	<p><b>Necesidad de pertenencia</b></p>
<p><b>TIEMPO LIBRE vs OCUPACIÓN</b></p>	<p>E7.P5 <i>"mire yo tengo todo el tiempo libre pero estoy solo, y eso me pone triste."</i></p> <p>E.6.P5 <i>"pensé que me ayudarían mis hijos, y compartí mi tiempo con ellos,... pero ellos tienen que trabajar y yo me quedo en la casa y me quedo solo y hasta en la noche llegan. Yo no me siento bien solo encerrado estoy, pero ahora estoy peor"</i></p> <p>E2.P5 <i>"De un día para el otro no hacés nada. Yo viví seis o siete meses fuera de foco, porque uno se acostumbra a una vida y tengo mucho tiempo libre, pero estoy tratando de venir acá para ocuparme y que no esté solo"</i></p> <p>E5.P5 <i>"ya uno no hace nada, y si ya no le dan trabajo a uno tiene mucho tiempo y ya no salgo sólo cuando vengo acá (IGSS)"</i></p> <p>E8.P5 <i>"me pasa que siento que no me dejan hacer mis cosas, aquí nos ponen hacer cosas de manuales pero eso no me gusta hacer eso si yo trabajaba en una empresa y eso no es para mí"</i></p> <p>E4:P5 <i>"Y qué puedo hacer si ya hasta agacharme me cuesta" "cuando y llegas a la vejez estas con mucho tiempo y ganas de hacer cosas que ya no aprovechaste a hacerlas... como que miras para atrás y querés cosas que ya no puedes"</i></p>	<p>tristeza</p> <p>Ausencia de acompañamiento familiar</p> <p>Cambio en estilo de vida</p> <p>Perdida de utilidad</p> <p>Sentido de vocación</p> <p>Frustración</p>	<p><b>Ausencias de ocupaciones del adulto mayor</b></p> <p><b>Oportunidad y emprendimiento</b></p> <p><b>Vocación laboral</b></p>
<p><b>CAMBIOS EN LA TERCERA EDAD</b></p>	<p>E6.P6 <i>"Yo no hago nada, como que hay un vacío en mi vida, esperar que nos da la vida, seguro que nos viene la muerte" después de que me quedé sin trabajo sólo estaba en mi casa pero yo quería hacer algo después pero para todo se necesita dinero y como que no se logra lo que un quiere"</i></p> <p>E2.P6 <i>"En el trabajo tenía un montón de amigos pero cuando me jubilé ya no fue así, como que perdí mis amigos y esas relaciones"</i></p> <p><i>"Es una transición que puede estar acompañada de inestabilidad y que incluye cambios con las demás personas dentro de la familia y es que ya me alejo de ellos mucha bulla y gritan y no, no me gusta las bullas"</i></p> <p>E7.P6 <i>"Ahora ya no trabajo, la jubilación ha llegado, y trato la manera de buscar otras actividades pero ya no tengo las mismas fuerzas y la vida está muy difícil fijese..."</i></p>	<p>Vacío existencial</p> <p>Búsqueda de otras actividades</p> <p>Pérdida de relación social</p>	<p><b>Cambios en el sentido de vida</b></p> <p><b>Cambios en la relación social</b></p> <p><b>Pérdidas de capacidades y habilidades y oportunidades</b></p>

	<p><i>“Los cambios vienen, ahora ya no se gana como antes, cuando era joven, y uno ya trata de ver que hace”</i></p>	<p>Pérdida de capacidades y habilidades</p> <p>Problemas laborales</p>	
--	--	--	--

**Descripción:** Durante la entrevista con los adultos mayores realizada específicamente a los 10 casos seleccionados, se pudo identificar que perciben la tercera edad con sentimientos asociados a la tristeza, la soledad, el miedo y en esta etapa de la vida son víctimas de discriminación y se sienten incapaces respecto a las habilidades y capacidades que en años atrás tenían. Respecto a las necesidades insatisfechas hacen énfasis en la falta del espacio laboral, independencia y relaciones sociales perdidas. Las relaciones familiares se ven afectadas principalmente por problemas económicos. Se refleja que la mayor parte del tiempo están desocupados y con necesidades de ocuparse en alguna actividad.

### 3.2.2 Triangulación de técnicas

Información / Categoría	Informantes		Intersección
	Entrevista	Observación	Elementos coincidentes
Estados de ánimo	Tristeza Culpa Soledad Ansiedad Depresión	Problemas de sueño Tristeza Desinterés en actividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emociones negativas</li> <li>• Cambios en estado de ánimo</li> </ul>
Calidad de vida	Problemas económicos Pérdida de habilidades y capacidades Problemas en relaciones interpersonales Aislamiento Insatisfacción personal	Desesperanza Inactividad Aislamiento Incomunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desesperanza social</li> <li>• Abandono</li> <li>• Aislamiento</li> <li>• Insatisfacción personal</li> <li>• Inactividad</li> </ul>

**Descripción:** La etapa de la vejez en los adultos mayores se ve afectada por condiciones emocionales como la tristeza, la culpa, la soledad, la ansiedad y la depresión, esto puede tener incidencia de la capacidad de conciliar el sueño. También se refleja desinterés por distintas actividades que puedan reforzar los cambios en el estado de ánimo de estas personas. Indudablemente estas condiciones llegan a influir negativamente en la calidad de vida de quienes las padecen por lo que los adultos mayores reflejan una desesperanza de vida, esto podría estar vinculado con la depresión que manifestaron al realizar el análisis de la prueba que se les aplicó, esto los lleva a un aislamiento social y podría generar cierta frustración por la pérdida de habilidades y capacidades que años atrás tenían.

### 3.3 Análisis general

Detectar la depresión en el adulto mayor puede ser tarea difícil si no se utiliza una herramienta específica; ya que la presencia de síntomas como tristeza,

aislamiento, desinterés comúnmente se atribuye al propio envejecimiento y los estilos de vida en el adulto mayor, sin considerar que es una problemática que acompaña a los principales problemas de la etapa como enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratorias, de diabetes o el propio cáncer, por ello su diagnóstico temprano es importante. En algunos estudios se menciona que *“la depresión en ancianos no se diagnostica en fases tempranas, y por lo tanto, esto favorece una mayor discapacidad”* (Mejía, 2007 p.57).

En la presente investigación según los resultados durante la aplicación de la Escala de Depresión de Yesavage y Col, se puede indicar que los adultos mayores que asisten al CAMIP sufren un 42 por ciento de depresión leve, la depresión moderada se manifiesta en un 20 por ciento de los adultos y un 38 por ciento refleja un estado anímico normal o sin depresión, pero con cambios en el estado de ánimo. Eso significa que psicológicamente los adultos mayores evaluados están afectados y que es importante su atención para mejorar esa condición, debido a las implicaciones que esta conlleva en las relaciones sociales que deba establecer, porque ante este tipo de diagnósticos se presentan conductas de irritabilidad y aislamiento social. El tratamiento de depresiones leves tiene mejores pronósticos que el de las moderadas y las severas. Es importante tomar en cuenta que la depresión leve puede convertirse en depresión moderada y severa si no se atiende. Es decir, se instaura con mayor cronicidad.

*“Los trastornos mentales inciden de manera importante en el bienestar de los adultos mayores ya que modifican sus relaciones interpersonales, la capacidad de autocuidado y una vida plena con la familia y la sociedad. Otras investigaciones han demostrado que personas con mayor deterioro cognitivo y una dependencia física significativa (sobre todo mujeres) presentan niveles más altos de depresión”* (Mejía, 2007 p.57), entonces pueden aparecer sentimientos de aislamiento y en el

peor de los casos, de muerte; existen otros en los que el suicidio es la única salida para personas depresivas.

El criterio de insatisfacción de vida también se evidencia como uno de los resultados encontrados en conjunto con la depresión de acuerdo con la escala aplicada. Esto no necesariamente puede estar asociado a condiciones físicas del adulto mayor (aunque no se correlacionaron dichas variables) sino a condiciones de vida que experimente. Existe un sentimiento ante la pérdida de las actividades, de las capacidades y de las habilidades que invaden la emocionalidad de los adultos debido al impacto en la independencia que años atrás poseían.

La pérdida de sentimientos de capacidad puede generar frustración e insatisfacción de vida conllevando a la tristeza. En cuanto a las necesidades de satisfacción la entrevista reflejó que existe necesidad de un desempeño laboral, por mínimo que sea, esto podría entenderse desde la necesidad de sentirse útiles y el beneficio en la economía personal, así como de independencia. Afortunadamente al adulto mayor dentro del CAMIP, se le ofrece actividades ocupacionales que le permiten sentirse útil, satisfaciendo sus necesidades de ocupación, de capacidad, con implicaciones en el ejercicio de habilidades proactivas que fomentan la salud mental, pero no se satisface la necesidad económica; es tarea del Estado velar porque las pensiones sean dignas de cumplir con lo que al adulto mayor le es fundamental para mejorar su condición de vida.

Según los adultos mayores la familia les proporciona apoyo, según García (2000) *“Los adultos mayores que diversifican sus relaciones entre familiares y amigos mantienen un mejor nivel de bienestar que aquellas personas que únicamente tienen un vínculo afectivo”* (p.76); es importante entonces que exista apoyo desde lo familiar ya que desde la familia puede sentirse mayor motivación en la realización de actividades, mejoras en la actitud ante la vida, refuerzo en la individualidad y por supuesto sentido de pertenencia.



De acuerdo con el estudio se pudo determinar que la calidad de vida del adulto mayor que asiste al CAMIP se ve afectada por características depresivas, ya que para que este estado, más que físico, subjetivo no se presente, el adulto mayor debe estar en condiciones de salud física y psicológica mínimamente satisfactorias, y evidentemente el nivel de depresión que se encontró, incide desfavorablemente, por ello la experiencia de vida por sí sola, no es en esos momentos característica de una calidad de vida en ellos.

## **CAPÍTULO IV**

### **4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1 Conclusiones**

El estudio realizado en adultos mayores que asisten a la Consulta Externa del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, evidenciaron cuadros de depresión leve con un 42 por ciento, un 20 por ciento reflejaron depresión moderada y un 38 por ciento no manifestó niveles de depresión.

La depresión como parte del estado anímico del adulto mayor impacta la calidad de vida en los adultos mayores que asisten al CAMIP debido a que mantienen sentimientos de tristeza y se aíslan socialmente.

Se evidenció que los cambios de vida en adultos mayores que asisten al CAMIP, tiene una tendencia negativa ya que no existen proyectos de desarrollo o estrategias de oportunidad que estén relacionados directamente en atención a la población geriátrica, por lo que el apoyo social juega un papel importante que puede ser originadora de oportunidad de manera que se incida en la calidad de vida.

La etapa de la adultez puede estar acompañada por la depresión si las condiciones de vida no le permiten a la persona encontrar un apoyo social y actividades donde se sientan capaces y útiles.

## **4.2 Recomendaciones**

Al establecerse que en adultos mayores que asisten a la Consulta Externa del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) sí existen cuadros de depresión, es necesario que se evalúe el estado anímico de los adultos mayores atendidos de forma aleatoria e individual con cierta periodicidad (trimestral-semesteral), con miras a rediseñar o reforzar los procesos de atención de la misma institución.

Generar estrategias o programas mediante un enfoque o mecanismos de atención multidimensional que refuercen el apoyo de la familia, de manera que se logre mayor seguridad y atención al adulto mayor.

Impulsar el desarrollo económico en pacientes jubilados de 65 años o más.

Mejorar la tendencia negativa de calidad de vida de los adultos mayores que asisten al CAMIP desde un enfoque integral, sobre todo en la atención psicológica de manera que se mejore la experiencia de vida, la atención y readaptación a la sociedad.

## BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, María Elvira. (2000). La Tercera edad: ancianidad. México. Editorial América S.A.

American Psychiatric Association, Novartis. (2000). Autoevaluación y Actualización en Psiquiatría, Barcelona, Volumen I, tomo II.

Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey, M, Rose T.(1982). Tests para la detección de la depresión geriátrica. Gerontología Clínica, 1: 37-43.

Constitución Política de la República de Guatemala, (1985) Sección IX. Guatemala.

Dirección de Salud y Bienestar Municipal, (2012). El adulto mayor un recurso indispensable en la sociedad de Guatemala Adulto mayor productivo. [http://munisalud.muniguate.com/2012/10nov/estilos\\_saludables03.php](http://munisalud.muniguate.com/2012/10nov/estilos_saludables03.php)

Gognalons-Nicolet, M. (1994) *“Desarrollo, Envejecimiento y realización Personal”*. Madrid, España. Edición Buendía.

Goldman, Howard H., (2007). Psiquiatría General, Editorial Manuel Moderno, S.A. de C.V.

Huenchuan, Sandra. (2010). *“Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección.”* Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. (2004). Plan Operativo Anual de CAMIP.

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. (2004). Reseña Histórica, IGSS, Biblioteca Oficinas Centrales IGSS

Lomraz, Jacob. (1988) Artículo “La Vejez Exitosa es uno de los Secretos de la Larga Vida”. Revista de la Universidad de Tel Aviv.

Monreal, José Luis. (2,001). Diccionario Enciclopédico Ilustrado. Océano Uno.

Morris, Charles. (2009). Desarrollo del Ciclo Vital. México, DF. Editorial Pearson. ISBN 0-13-189147-2.

Organización Mundial de la Salud, Madrid (2004). Pautas Diagnósticas y de actuación ante los trastornos mentales en Atención Primaria, Madrid, España.

Organización Mundial de la Salud. (2016). Depresión, datos y cifras. Artículo Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Profesionales Unidos, CAMIP. (1988) Experiencias en atención del Adulto Mayor. Guatemala.

Psicología de la Salud. (1964). Anormalidad – Normalidad. Buenos Aires, volumen I, tomo I, Editorial Piados. Pp.465

Richter, Marcelo. La situación del adulto mayor en Guatemala. (2014). <http://www.movimientosicg.org/es/documentos/articulos/item/307-la-situacion-del-adulto-mayor-en-guatemala>

Rocabruno, J.C. (2006). Teorías sobre el envejecimiento, Temas de Gerontología. Habana Cuba. Edición V, Editorial Científico Técnica.

Saiz, Jerónimo. (1997) *La depresión en el Anciano*, España. Edición Revisada, volumen II.

Vázquez, Fernando. (2000), Psicología Conductual. Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX, Santiago de Compostela.

Zavala G, Mercedes et al., (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. <http://www.scielo.cl/scielo.php>

# **ANEXOS**

Universidad de San Carlos de Guatemala  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Investigadores: Jorge Salazar  
Iris López



**Proyecto de investigación: “FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL PARA PENSIONADOS (CAMIP**

ENTREVISTA ABIERTA A PACIENTES

<u>Fecha</u>			<u>20</u>
--------------	--	--	-----------

**Instrucciones:** A continuación, le haré unas preguntas, conteste un Sí o un No y luego explique su respuesta.

- 1 ¿Qué significa para usted el término tercera edad o cualquier otro termino que usted utilice para nombrar esta etapa?
2. ¿Qué cree que le ofrecen las personas con quienes comparte?
3. ¿Como ha evolucionado la relación consigo mismo en la etapa de la vejez?
4. ¿Cuáles son las necesidades que siente que ya no se satisfacen como antes?
5. ¿Qué relación cree que tiene su calidad de vida con su tiempo libre?
- 6 ¿Cómo son los cambios en la etapa de vejez y cómo afronta las distintas situaciones?

**Universidad de San Carlos de Guatemala**  
**Escuela de Ciencias Psicológicas**  
**Investigadores: Jorge Salazar**  
**Iris López**



**Proyecto de investigación: “FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE ATENCIÓN MEDICA INTEGRAL PARA PENSIONADOS (CAMIP)”**

**Test o Escala de Depresión Geriátrica –DGS- de Yesavage y Col.**

**Instrucciones**

A continuación, se le presenta una serie de preguntas a las cuales deberá responder con un SI o un NO, de acuerdo a su criterio.

1	¿Está usted satisfecho con su vida?	SI	NO
2	¿Ha abandonado usted muchos de sus intereses y actividades?	SI	NO
3	¿Siente usted que su vida está vacía?	SI	NO
4	¿Se aburre usted con frecuencia?	SI	NO
5	¿Tiene usted esperanzas en el futuro?	SI	NO
6	¿Está usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	SI	NO
7	¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8	¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a suceder?	SI	NO
9	¿Se siente usted contento la mayor parte del tiempo?	SI	NO
10	¿Se siente usted frecuentemente desamparado?	SI	NO
11	¿Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia?	SI	NO
12	¿Prefiere usted quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
13	¿Se preocupa usted frecuentemente por el futuro?	SI	NO



14	¿Cree usted que tiene más problemas con su memoria que los demás?	SI	NO
15	¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?	SI	NO
16	¿Se siente usted demasiado triste con frecuencia?	SI	NO
17	¿Siente usted que nadie lo aprecia?	SI	NO
18	¿Se preocupa usted que nadie lo aprecia?	SI	NO
19	¿Cree usted que la vida es muy emocionante?	SI	NO
20	¿Le es difícil a usted comenzar con nuevos proyectos?	SI	NO
21	¿Se siente usted lleno de alegría?	SI	NO
22	¿Siente usted que su situación es desesperante?	SI	NO
23	¿Cree usted que los demás están en mejores condiciones que usted?	SI	NO
24	¿Se molesta usted con frecuencia por cosas sin importancia?	SI	NO
25	¿Tiene usted ganas de llorar con frecuencia?	SI	NO
26	¿Tiene usted problemas para concentrarse?	SI	NO
27	¿Disfruta usted el levantarse por las mañanas?	SI	NO
28	¿Prefiere usted evitar las reuniones sociales?	SI	NO
29	¿Es fácil para usted el tomar decisiones?	SI	NO
30	¿Esta su mente tan clara como solía estar antes?	SI	NO