UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA

TESIS DE GRADO

PREVALENCIA DEL ESTADO DEPRESIVO Y LOS PROCESOS DE ADAPTACION SOCIAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR SAN RAMON

POR: MARIA DEL CARMEN ALGARAÑAZ AVILA

TUTOR: LIC. RENE CALDERON GEMIO

LA PAZ – BOLIVIA

Julio, 2017

RESUMEN

La tercera edad comprendida como la etapa final en la vida del Ser Humano, situada en un momento de reflexión sobre las experiencias, logros y malos momentos que definieron la vida del mismo ser, y que se experimenta ante la inminente proximidad de la muerte. Con ello se debe considerar los problemas de la Salud Mental durante el envejecimiento, la prevalencia de los estados depresivos a causa del abandono, la soledad, enfermedades físicas y mentales como factores de riesgo que implican una inclinación propia de los sujetos.

La presente investigación demuestra los factores que intervienen en la prevalencia de la depresión y que interfieren en la adaptación social de los adultos mayores institucionalizados, como resultado de la mudanza a un nuevo ambiente donde deben acatar un conjunto de nuevas reglas, lo cual implica dejar de lado actividades de su agrado, ver con menor frecuencia a sus seres queridos e insertarse en un ambiente con personas de su generación.

Por lo tanto los estados depresivos en los adultos mayores son una realidad observable que interfieren en la adaptación social por el proceso de aislamiento sistemático que ellos mismos realizan.

Dedicatoria:

A Dios por haberme permitido llegar a este punto y haberme dado Salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad.

A mi madre Pura Algarañaz Avila por haberme apoyado en todo momento por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada por su amor.

Agradecimientos:

A mis docentes por la enseñanza dada en todo este tiempo de aprendizaje.

Al Director de Carrera Lic. Marco Fernández, por su contribución en la elaboración de la presente investigación.

INDICE

RESUMEN **¡Error! Marcador no definido.**
Capítulo I 10
PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN 10
1. AREA PROBLEMÁTICA 10
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 15
3. OBJETIVOS 15
OBJETIVO GENERAL 15
OBJETIVOS ESPECIFICOS 15
4. JUSTIFICACIÓN 16
Capítulo II 18
MARCO TEÓRICO 18
1. LA DEPRESION 18
1.1. Definición de la Depresión. 18
1.2. Causas de la Depresión. 23
1.3. Manifestación de la Depresión 24
1.4. Tipos de Depresión 26
2. ADAPTACION 30
2.1. Definición 30
2.2. Adaptación Social 31
2.3.1. Relaciones sociales 33
2.3.2. Cambios biológicos. 35
2.3.3. Problemas psicológicos que presentan las personas mayores. 37
2.4. Situación actual del adulto mayor en Bolivia. 38
2.5. Situación actual de los asilos en Bolivia 39
2.6. Situación actual de los asilos en la ciudad de la paz 40
2.7. Crecimiento demográfico del adulto mayor en Bolivia 41
2.8. Situación socio - familiar de los adultos mayores en Bolivia. 42
2.9. Antecedentes de los centros y hogares de acogida de los adultos mayores en la ciudad de La Paz 42
Capítulo III 45

1. ASPECTO JURÍDICO DEL ADULTO MAYOR 45
Capítulo IV 47
1. MARCO INSTITUCIONAL 47
HISTORIA DEL HOGAR DE ANCIANOS SAN RAMÓN 47
1.1 Misión 49
1.2 Visión 49
1.3 Valores. 49
Capítulo V 52
METODOLOGÍA 52
1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 52
1.1. Enfoque de la investigación. 52
1.2. Tipo de investigación 52
1.3. Diseño de la Investigación 53
2. CATEGORIAS DE ANALISIS. 54
2.1. DEFINICION DE VARIABLES. 54
3. POBLACIÓN Y MUESTRA 56
3.1. Población 56
3.2. Muestra 56
4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN 57
4.1. Técnicas. 57
4.2. Instrumentos. 58
5. PROCEDIMIENTO 63
Capítulo VI 64
PRESENTACION DE RESULTADOS. 64
6.1. RESULTADO DEL TEST MINI EXAMEN COGNOSCITIVO 65
6.2. RESULTADO DEL TEST YESAVAGE 66
Capítulo VII 113
CONCLUSIÓN 113
RECOMENDACIONES. 118
BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA 120
ANEXOS 124

INTRODUCCION

Los problemas de la Salud Mental adquieren una importancia especial durante el envejecimiento. La depresión es uno de los tres problemas prioritarios, en esta área seguido de la demencia y el consumo en exceso de alcohol y medicamentos.

Es bien sabido que la depresión en el Adulto Mayor es con frecuencia no detectada y por lo tanto no abordada, la presencia de sintomatología depresiva tiene un impacto negativo en la calidad de vida del adulto mayor.

El ciclo de la vida el ser humano pasa por diferentes estadios con características propias que hacen de él un sujeto dependiente e independiente de un círculo social, es así que en la infancia se depende del cuidado de un adulto, en la adultez se goza de la independencia y dependiendo de la calidad de vida adquirida en la tercera edad puede llegar a depender de los cuidados de un tercero.

Factores socialmente importantes como el no volver al trabajo ya sea por jubilación, despido o motivos de salud, perder la vida social que tenía, entendiendo que debe centrarse mejor en ganar espacio en su familia para que así sienta que pertenece a algo; así mismo debe entender que los años pasan y que hay que cuidarse para ese momento tratando de obtener un mejor estado físico para adaptarse a los cambios ya que la memoria puede llegar a declinar pero esto puede ser compensado con la calidad de sus pensamientos ya que estos están cargados de una sabiduría heredada de las vivencias. (Grimaldo, 2012)

La depresión no es una entidad clínica única, es decir tiene diferentes formas de presentación. En este punto es importante referirnos a ella dentro de un marco

conceptual espectral, que iniciaría por hacer referencia a la depresión como una variante del humor caracterizado por un estado de abatimiento o tristeza, que bien puede ser reactivo o por eventos desafortunados y presentarse de manera transitoria y proporcional, sin ser un estado patológico. Así mismo puede presentarse como un síntoma aislado pero más persistente acompañado a otras patologías generalmente de naturaleza crónica. (Alvarado, 1998)

En la Constitución Política del Estado los ancianos están amparados por los mismos derechos que todo ciudadano, siendo que en la actualidad éstos se encuentran vulnerados, ya que sufren de discriminación por parte del Estado, la familia y la sociedad en su conjunto. Esto los va segregando de la sociedad en todos los aspectos de la vida, incluyendo el empleo, el acceso a una vivienda, el cuidado de la salud y los servicios sociales, etc.

Llegar a la tercera edad corresponde a una serie de cambios bio – psico - sociales donde las personas esperan y ven el futuro así como la espera de la muerte como algo inminente. Los cambios que surgen en este periodo vulnerable en la vida, al igual que la niñez se aceleran por el paso de los años y los riesgos permanente, hecho que demanda cuidados, protección, asistencia médica, legal y social

Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados “Hogar San Ramón”, es una institución presente en la ciudad de La Paz desde el 26 de octubre de 1909, en la calle Litoral (La calle Oruro), en la ciudad de La Paz. El 19 de septiembre de 1981, fue trasladado a un moderno edificio construido con más comodidades y rodeado de hermosos jardines, en

la zona sur Achumani-calle Santa Teresa Jornet #1 de la ciudad de La Paz. En la actualidad acoge un promedio de 260 Adultos Mayores.

Por lo tanto se debe considerar por medio de la observación de la realidad cuán importante es considerar la prevalencia de los estados depresivos y los procesos de adaptación social en los adultos mayores internos del hogar San Ramón que a continuación se detallara el proceso; pretendiendo realizar el proceso de investigación cualitativa de tipo descriptivo con todos los componentes que este tipo de investigación conlleva.

La presente investigación está divida por capítulos que hacen referencia a los procesos de la investigación:

En el Capítulo I. Hace referencia al planteamiento del problema, justificación y objetivos. Los cuales permiten orientar el proceso de la investigación

En el Capítulo II. Hace referencia al marco teórico necesario para la comprensión de la problemática, que incluye diversos temas que deben ser ampliamente considerados para su correcta formulación, comenzando por el Desarrollo Humano, continuando por estados de ánimo, y procesos psicosociales.

El Capítulo III. Hace referencia al Marco Legal actual que impera en el Estado Plurinacional de Bolivia, la Ley 369 promulgada el 1 de Mayo de 2013 por el Sr. Presidente Evo Morales Ayma, en la cual se respalda y protege los derechos del Adulto Mayor como su acceso al auxilio ciudadano y Servicios de Salud.

El Capítulo IV. Se refiere al marco institucional, más precisamente al Hogar San Ramón. Sobre la diversidad de los servicios prestados a los residentes y la sociedad, en pro del bienestar del residente adulto mayor.

El Capítulo V. La Metodología de la Investigación fue diseñada como un enfoque cualitativo descriptivo que no pretende generalizar de ninguna manera los resultados obtenidos, sino más bien resaltar los factores propios de la presente investigación. Como fenómeno o evento. Es así que las variables a tomar en cuenta son: Estado Depresivo y Adaptación Social en una población de 253 adultos mayores, arrojando una muestra de 20 adultos mayores entrevistados.

El Capítulo VI. Se realiza la presentación de los resultados obtenidos por la investigación, dónde la interpretación de los resultados sustenta ampliamente la contribución al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

El Capítulo VII. Hace referencia a las conclusiones, estas conclusiones son el resultado de la presente investigación, las cuales están en relación a los objetivos presentados en el estudio, así mismo se realizan recomendaciones que están dirigidas al lugar donde se han realizado la investigación, tanto para los adultos mayores como para la institución.

Capítulo I

PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1. AREA PROBLEMÁTICA

En el mundo cotidiano de cualquier persona a lo largo de su vida desempeñan cargos laborales, institucionales, políticos y sociales.

Algunas de las características de llegar a la tercera edad son:

- ✓ Perdidas físicas. (perdida o disminución en la capacidad del funcionamiento en general)
- ✓ Perdida sociales. (perdida de trabajo por jubilación, perdida de estatus, amigos, perdida del conyugue por muerte)
- ✓ Perdida psicológica (perdida o cambio en el continuo independencia-interdependencia-dependencia, perdida en el manejo decisiones o control sobre su vida).

Es cuando la familia lo interna al asilo o casas de reposo. Donde el adulto mayor siempre estuvo trabajando y sintiéndose independientes, ahora tendrán que adaptarse en un lugar nuevo y extraños con nuevas personas que estarán a su alrededor, nuevas reglas por cumplir afectara emocionalmente al adulto mayor en su calidad de vida y en su diario vivir.

Actualmente en Bolivia, las personas de la tercera edad se encuentran en un estado de vulnerabilidad y riesgo social por incumplimiento de políticas de que hagan que mejore la calidad de vida de los mismos, se puede ver en el cotidiano vivir caminando por la

calle la vulnerabilidad y abandono en el que se encuentran; las problemáticas de abandono, rechazo, maltrato son los mismos a nivel nacional. En el último estudio realizado por el INE se identifica que "….100 mil personas adultas que viven en el área rural y comunidades indígenas no goza de beneficios de la renta por falta de documentos" por ende este problema es una forma de desatención y maltrato hacia la tercera edad. (OPS, 2012)

El aumento significativo de personas mayores de 60 años y las proyecciones demográficas estimadas al respecto nos indican la importancia que este grupo va adquiriendo en nuestro país, lo que va evidenciando un desafío para la sociedad Boliviana acerca de ¿cómo asegurar una calidad de vida digna a todos los adultos mayores? Esta pregunta adquiere especial importancia cuando, lo que se observa en nuestro entorno es exclusión, segregación y discriminación social con estas personas. Esta situación de discriminación, si bien no tan sólo la viven las personas de edad, se ve acentuada en este caso, por la magnitud que va adquiriendo este grupo de población. (Pueblo, 2012)

Por otro lado, los datos de las oficinas del defensor del pueblo "…se recibió desde el año 2011 hasta la fecha, 13050 denuncias…" (Prensa, 2015), haciendo un análisis, los datos son alarmantes y trágicos".

Según Erickson en la vejez la persona pasa por la crisis final de integridad vs. Desesperación, la cual finaliza con la virtud de la sabiduría. Constituye la culminación de la resolución triunfante de las siete crisis previas. Implica la aceptación de los propios progenitores como personas que hicieron lo mejor que pudieron, haciéndose

merecedoras de amor, aún cuando no fueron perfectas. También consiste en la aceptación de la cercanía de la propia muerte como fin inevitable de la existencia de la vida. Los ancianos necesitan aceptar sus vidas y su proximidad a la muerte; si fracasan, se sentirán abrumados al comprender que el tiempo es demasiado corto para comenzar otra vida y, por tanto, serán incapaces de aceptar la muerte. Aquellos que han trabajado "toda" su vida y tienen la oportunidad, deben aceptar su retiro del campo laboral al jubilarse. (Papalia, Wendkos Olds, & Duskin Feldman, 2010)

En cuanto a la jubilación algunos lo toman con buena actitud y otros se sienten fatal. Esas diferencias se deben principalmente al dinero y la salud. Los jubilados que gozan de buena salud y no tienen preocupaciones económicas están por lo general más satisfechos con el retiro que los que no se sienten lo suficientemente bien físicamente para emplear su tiempo libre o los que pierden sus ingresos económicos. También es difícil jubilarse las personas que tienen un cierto prestigio en su trabajo o que ganaban más dinero que un trabajador promedio.

Por eso es importante para considerar que hay que prepararse durante la vida para la jubilación**.** En cambio, con las mujeres que trabajan sucede distinto, ya que para ellas el retirarse del trabajo les puede suponer la primera oportunidad para realizar el tipo de tareas domésticas y actividades ociosas que las mujeres de otros grupos que han venido realizando y de las que están cansadas.

En la edad adulta tardía se pueden presentar problemas de salud mental reversibles como los son la depresión y la hipermedicación; la depresión posiblemente se origina por las diversas pérdidas que pudo tener la persona como ser: su cónyuge, sus hijos, sus

hermanos y sus amigos, además de que toman medicinas que alteran su estado de ánimo; los signos depresivos son los siguientes: extrema tristeza, carencia de interés o disfrute de la vida, pérdida de peso, insomnio, agotamiento, sentimiento de inutilidad o inapropiada culpabilidad, y pensamientos de muerte o suicidio. En el caso de la hipermedicación se da como efecto colateral de la intoxicación por medicamentos puede darse cierta demencia esto se da debido a que muchas veces el médico no averigua los medicamentos previos que está tomando su paciente y le da otros que son contraproducentes en combinación con los anteriores. (Papalia, Wendkos Olds, & Duskin Feldman, 2010)

La nueva estructura familiar es una de las razones fundamentales por la cual se opta por trasladar a los Adultos Mayores a distintos establecimientos. Este tipo de hogares para adultos mayores si bien cumplen con la función de acoger a aquellos que por diferentes circunstancias no pueden estar con sus familias, no están exentos de problemas.

En primer lugar, se puede decir que el tipo y la calidad de la atención que reciban estarán determinados por los recursos que la familia o el mismo adulto mayor posean para pagar por este servicio.

En segundo lugar, están los efectos propios de la internación, situación estudiada en diversos trabajos sociológicos y psicológicos los cuales se preguntan cómo crear mecanismos que permitan preservar la dignidad de estas personas en su condición de institucionalizados (Zerda, 2010).

En muchos de estos centros la falta de personal capacitado, la carencia de infraestructura adecuada, el abandono de las autoridades para el apoyo y mejora de los centros.

El visualizar y reflexionar sobre la situación social del adulto mayor, es pensar que la población en su generalidad llegara a esta etapa en la que muchos cambios sociales devienen con los cambios psicológicos y físicos, sobre todo en la estructura familiar, donde el papel de la familia es preponderante, al haber cambios biopsico sociales muchas veces la misma carece de la comprensión, la aceptación de que una parte de ese ser que en algún momento formo parte del aparato productivo y el sustento de la familia este o se encuentre en reposo o relativo descanso después de tanto trabajo.

Muchas veces la familia opta por "deshacerse" o dejar la obligación a otras entidades o dejar al olvido a la persona que les dio la vida. Muchas veces los mismos son echados a la calle, despojados de todo lo que consiguieron a lo largo de su vida, y cayendo en situación de calle. Creando la vulnerabilidad y riesgo para el adulto mayor. En otras ocasiones corren la suerte de ser recogidos por entidades sociales sin fines de lucro rescatados de la calle y llevados a los hogares. Siendo acogidos pero para ser atendidos en condiciones mínimas y al alcance de las posibilidades de estas instituciones. (Zerda, 2010)

Por otro lado, al encontrarse en situación de calle, las personas de la tercera edad corren el riesgo de vejámenes, explotación laboral, violaciones y una serie de maltratos que lastimosamente se reportan día con día en las Defensorías del adulto mayor. (Defensoria, 2015).

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Los estados depresivos deterioran los procesos de adaptación del Adulto Mayor interno del Hogar San Ramón de La Ciudad de La Paz?

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Describir los estados depresivos y las dificultades de adaptación social por los que atraviesan los adultos internos del Hogar San Ramón de la ciudad de La Paz en la gestión 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Identificar la presencia de los estados depresivos en el Adulto Mayor Interno.
- ✓ Realizar un diagnostico de los niveles del estado depresivo.
- ✓ Describir los factores insidiosos de los estados depresivos.
- ✓ Analizar los procesos de adaptación social.
- ✓ Explicar los factores socios ambientales en los procesos de adaptación social.

4. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene el propósito de describir las particularidades por las que atraviesa el adulto mayor en referencia a la presencia del estado depresivo, analizando también los factores insidiosos que hacen al proceso de adaptación en aquellas personas internas o que habitan el Hogar San Ramón.

Una de las mayores preocupaciones en nuestro país es la dejadez y la vulnerabilidad en las que se encuentran las personas de la tercera edad vinculados al Hogar de ancianos San Ramón tiene características complejas puesto que una gran mayoría de los ancianos que residen en el lugar son de familias desintegradas, de bajos recursos económicos, y con una serie de problemas como la violencia intrafamiliar, el alcoholismo y otros. (Zerda, 2010)

Desde el punto de vista social deben tenerse en cuenta factores como:"…pérdidas (del cónyuge, amigos, hijos, familia); aislamiento, determinado por la soledad física o espiritual, por falta de comunicación; ausencia de confidente, lo cual es importante desde el punto de vista emocional; la inactividad física, lo cual conlleva a frustraciones, vida sedentaria y enfermedades crónicas; inadaptación a la jubilación (sin una debida preparación psicológica y social, supone el paso brusco de una situación activa a otra pasiva e improductiva, que puede llevar a que el individuo no encuentre bienestar ni estimulación en las actividades diarias), puede verse afectada la situación económica, el estado emocional y la participación social; la insatisfacción con actividades cotidianas; aparece el síndrome de la vida rutinaria en el anciano; pérdida de roles sociales, no querer o no poder ejercer las actividades sociales que antes realizaban limitando su radio

de acción; institucionalización, cuando no tienen los soportes sociales necesarios se convierten en generadores de alteraciones emocionales (ansiedad, depresión), caída, deterioro cognitivo, etc.; condiciones materiales de vida, vivienda y recursos económicos que repercuten en el bienestar y la calidad de vida; además la edad avanzada que aumenta la morbilidad y disminuye la salud"

Debido a las características anteriormente señaladas en el Hogar de ancianos San Ramón sufre muchas veces el colapso por el número de ancianos que se ingresan esto conlleva a bajar la calidad de atención, mismo que hace que las personas que integran el hogar se encuentren con diversos problemas psicosociales que hacen que baje la calidad de vida. (Flores, 2016) Provocando mayor prevalencia en los estados depresivos de los adultos mayores.

La presente investigación tiene una relevancia social por cuanto la temática elegida viene a ser un tema vulnerable en nuestra ciudad, especialmente el adulto mayor, en cuanto al proceso del desarrollo humano del adulto mayor contempla múltiples factores: psicológico, familiares, social. Que implican a la comunidad, educadores y la familia.

Capítulo II

MARCO TEÓRICO

1. LA DEPRESION

1.1. Definición de la Depresión.

La depresión es definida de distintas maneras, por cuanto hacen referencia a la disminución del estado de ánimo, en ese sentido una de las definiciones próximas la encontramos en un texto denominado "La Psicología moderna de la A a la Z" dónde el término Depresión viene a ser descrito de la siguiente manera: *"La depresión suele ser física y mental. En el plano físico, produce un descenso de la actividad, una gran fatigabilidad, insomnios y un frenado de las funciones orgánicas (estreñimiento, pérdida del apetito)."* . (La Psicología Moderna de la A a la Z, 1971)

Desde el punto de vista mental, se observa una disminución de las facultades de atención, lagunas de memorias. La menor contrariedad parece insuperable. Algunos sujetos predispuestos tienen tendencia a derramar abundantes lágrimas sin causa real. Finalmente, es en los casos de depresión grave cuando se produce con mayor frecuencia el suicidio.

Béla Szekely define la Depresión como: *"Condición emocional de actividad psicofísica disminuida y desagradable, ya sea normal o patológica. Para la manifestación normal se refiere al término abatimiento, refiriéndose a un estado de ánimo desalentado o descorazonado; el uso patológico se refiere a un estado de ánimo de pronunciada desesperanza y una abrumadora sensación de insuficiencia o desmerecimiento. Termino*

contrapuesto: manía, o sea extremas actividad emocional: las dos condiciones se alterna frecuentemente en la psicosis maniático-depresiva." (Béla Székely, 1983).

Dentro de los actuales manuales de Salud Mental manejados a nivel mundial que son utilizados por la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psiquiatric Association APA) denominado DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) que encuadra la Depresión como parte de los Trastornos del Estado de Ánimo, dónde son incluidos los trastornos depresivos (depresión unipolar). Trastorno bipolar y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducidos por sustancias. Los trastornos depresivos (p. ej. Trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distingue de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maniático, mixta o hipomaniatico. Los trastornos bipolares (p. ej. Trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodio maniático, episodio mixto o episodio hipomaniatico, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodio depresivo mayores.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej. Al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o perdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión) (DSM-IV, 1995, pág. 323)

Las personas que muestran signos clínicos de depresión presentan: retraimiento, retraso psicomotor, problemas de sueño, impotencia y, posiblemente, ideación suicida. La

depresión puede ser una reacción ante los eventos propios del paso de la vida como la pérdida del empleo, apuros económicos, impotencia, desesperación y aislamiento de amigos y familiares o simplemente la jubilación conllevando a que el sujeto que ya no es económicamente productivo ha pasado por un proceso de sustitución laboral por un elemento más joven y económico, también se antepone la anticipación de la pérdida de la vida, la de la pareja y la propia que, finalmente son inevitables.

"Un trastorno depresivo mayor con signos vegetativos e ideación suicida puede requerir un tratamiento con medicamentos antidepresivos o una terapia electroconvulsiva (TEC)". (Sadock & Sadock, 2013) Sin embargo es pasado someramente la combinación multidisciplinaria de los profesionales involucrados en el cuidados de las personas que padecen del trastorno afectivo, descuidando aspectos vitales como la conciencia de enfermedad, la auto control y auto cuidado, psicoeducación, nutrición, trabajo social y finalmente el acompañamiento terapéutico. *"Todas las personas sienten tristeza ante la perspectiva de su propia muerte y la tristeza que resulta normal no requiere ninguna intervención biológica. Pero el trastorno depresivo mayor y la ideación suicida activa pueden aliviarse y no se aceptarán como reacciones normales ante una muerte inminente.*" (Sadock & Sadock, 2013). Sino más bien como un desbalance neuroquímico a nivel cerebral.

Los distintos eventos positivos y negativos de la vida producen cambios significativos en el estado de Salud de las personas: "*La persona que padece un trastorno depresivo mayor puede ser incapaz de mantener la esperanza, la cual aumenta la dignidad y la calidad de vida e incluso aumenta la longevidad. En los estudios se ha demostrado que*

algunos pacientes terminales pueden retrasar su muerte hasta que pase un evento significativo para un ser querido, como la graduación de un nieto en el instituto." (Sadock & Sadock, 2013).

En el adulto mayor el estado depresivo es comúnmente acompañado con síntomas somáticos diversos, tales como: cefaleas, lumbalgias, sintomatología digestiva y urinaria, entre otras manifestaciones que son propias de la edad, de la historia personal y del medio ambiente. También, es frecuente la presentación de sintomatología cognoscitiva, principalmente problemas de atención y memoria que también son influenciados por el estilo de vida que llevase en antaño.

A continuación se comparan los criterios diagnósticos manejados por la Asociación Americana de Psiquiatría con su manual DSM-IV y el manual de la Organización Mundial de la Salud – OMS CIE 10. *"Del síndrome depresivo pasaríamos a las entidades nosológicas más específicas, en donde es necesario distinguir entre aquellos padecimientos en los que además del abatimiento del afecto, puede presentarse la exaltación del mismo (un estado de euforia), en cuyo caso nos encontraríamos ante un trastorno de tipo bipolar, a diferencia de los estados exclusivamente depresivos o monopolares. Que a su vez pueden tener formas distintas de presentación dadas por: su duración, severidad, síntomas característicos y evolución.*" (Sosa Ortiz & Gonzáles Alvarado, 1998) En el Cuadro se contrastan los diferentes tipos de depresión propuestos en los citados glosarios diagnósticos internacionales.

CIE-10	DSM-IV
EPISODIO DEPRESIVO -Severo -Moderado -Leve -otros/no específicos -Trastorno del humor persistente	TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR
Trastorno afectivo bipolar	Trastorno bipolares
Trastorno del humor (afectivo) orgánico	Trastorno del humor debido a condiciones medicas generales orgánicas. Trastorno del humor inducido por el usos de sustancias.
Otros trastornos del humor	Otros trastornos del humos

Tabla 1 Cuadro Comparativo CIE 10 y DSM IV

En cuanto a la prevalencia nos dice Sosa Ortiz que de la "*depresión en el anciano, su frecuencia es dependiente de la definición de "depresión" o del "caso a caso" a considerar"*. Ya que no es lo mismo hablar de sintomatología depresiva o del síndrome depresivo en general, que el referirnos de manera específica a la frecuencia de un trastorno nosológico particular, como podría ser el caso del episodio depresivo mayor, definido por criterios diagnósticos precisos en el DSM-IV Asimismo, las prevalencias son claramente dependientes de la población a la cual se haga referencia: población general, pacientes de la consulta externa, pacientes ingresados a un hospital general de agudos, población crónicamente institucionalizada. "*Modular estas reacciones y hacerlas manifiestas, favorecerán el alejamiento y la evitación de los demás, que de mantenerse permanentemente, conducirán al aislamiento"* (Sosa Ortiz & Gonzáles

Alvarado, 1998). Por lo cual queda también incluida la internación del Adulto Mayor en el Hogar San Ramón y que se lleva en conjunto con los aspectos psicosociales definidos.

1.2. Causas de la Depresión.

Desde la perspectiva cognitiva (Aarón Beck, 1967) *el paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. A este esquema se lo conoce como triada cognitiva. El paciente se ve a sí mismo incapaz e inútil quizás despreciable o defectuoso. Con relación a su entorno interpreta en términos de daños y pérdida la mayor parte de sus experiencias vitales, al tiempo que cree que el futuro viene acompañado de fracasos y frustraciones".* Dado que la persona con depresión se siente desesperada, cree que las situaciones venideras serán incontrolables; responde entonces con pasividad, resignada a o poder modificarlas. (Dhab, Rivadeneira, & Minici, 2002)

Las causas pueden ser de origen somático o de origen psicógeno, "*los factores genéticos dependen de los antecedentes del ámbito familiar próximo o la familia en primer grado dónde se hallan antecedentes de depresión, lo cual aumenta las probabilidades de depresión de un 25% a un 30%"* (Rodriguez Castro, 2016).

Los factores fisiológicos se encuentran relacionados con la disminución del neurotransmisor serotonina, en especial de las dendritas que transmiten los impulsos del axón de una a otra neurona. Otras causas fisiológicas están relacionadas con las alteraciones endócrinas a causa de la diabetes y el hipertiroidismo.

Los factores personales tienen efecto de las experiencias propias de cada persona, siendo la prevalencia mayor en mujeres que en los varones, *"en el caso de las mujeres, sobre todo durante el embarazo y el posparto (DPP) debido a las variaciones hormonales."* (Rodriguez Castro, 2016)

Los factores ambientales como estímulos externos que influyen en cada una de las personas pueden ser catalizadores o detonantes de la depresión. Como situaciones familiares, laborales estresantes. "*La escasa relación con otras personas, tanto como la dificultad de comunicarse y el aislamiento son factores clave que potencian la probabilidad de que un individuo desarrolle un cuadro de depresión."* (Rodriguez Castro, 2016)

1.3. Manifestación de la Depresión

- ✓ Puede existir una disminución de la eficacia o rendimiento en sus actividades cotidianas con dificultad para concentrarse.
- ✓ La persona con depresión no presenta alteraciones de las funciones cognoscitivas superiores, aunque lentitud en su pensamiento y la dificultad para fijar la atención pueden aparentar alteraciones de la memoria de las que muchos enfermos se quejan.
- ✓ Las personas que padecen depresión pierden su autoestima y seguridad en sus propias capacidades, sintiéndose incapaz de tomar decisiones. Sus pensamientos están dominados por el pesimismo ante el futuro o lleno de cavilaciones sobre actividades realizadas en el pasado y que el sujeto se reprocha haber realizado.

- ✓ En el caso de la existencia de los síntomas psicóticos, existe una pérdida del juicio de realidad que de forma característica lleva al enfermo a culpabilizarse sobre errores pasados hasta el punto de sentirse merecedor de un castigo.
- ✓ Se puede sentir también inútil e inferior a los demás.
- ✓ El enfermo siente una enorme pérdida de energía, experimentando un gran cansancio físico o psicológico que describen como agotamiento. Para estas personas todo supone un esfuerzo excesivo.
- ✓ Pierden el interés por el sexo o puede existir una disminución del placer experimentado durante el acto sexual.
- ✓ Otras alteraciones de las funciones vegetativas incluyen la pérdida de apetito de forma característica o el aumento de la ingesta sobre la misma en su manifestación atípica. También puede aparecer una pérdida de peso.
- ✓ Las alteraciones del sueño son muy frecuentes y casi constantes durante el episodio depresivo. Suele aparecer insomnio que puede ser de conciliación o de mantenimiento. Cuando existen síntomas melancólicos es característico el despertar precoz tras unas horas de sueño sin posibilidad para volver a dormirse. Uno de los síntomas atípicos es, por el contrario la presencia de hipersomnia o aumento de las horas de sueño. En cualquier caso el sueño resulta poco reparador para la mayoría de los depresivos.
- ✓ Pensamiento recurrente de muerte en los que el sujeto preferiría muerto antes que continuar en el estado depresivo también son frecuente. En un punto de mayor gravedad puede pensar ocasionalmente en el suicidio, por lo que la planificación

de un método suicida o su consecución eventual son circunstancias que hay que tener presentes para tomar las medidas preventivas necesarias.

- ✓ La apariencia del deprimido puede variar entre el abatimiento y llanto continuos, o bien la agitación psicomotriz. Si se asocia con ansiedad, al menos existirá una cierta inquietud psicomotriz, retorciéndose las manos o arrancándose los cabellos. En caso de melancolía, predominara la inhibición psicomotriz que puede llegar al estupor de los casos extremos.
- ✓ La tolerancia de las molestias físicas se encuentra disminuida, reduciéndose así el umbral del dolor. Por esta razón pueden expresar como insoportables ciertas molestias físicas banales. Así, en algunas depresiones los síntomas psíquicos a un segundo plano. (Mercado, 2015)

1.4. Tipos de Depresión

CIE-10

EPISODIO DEPRESIVO LEVE.
A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo
B. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes: 1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas incluido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas. 2. Perdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras. 3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.

C. Además, deben estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro.
   1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
   2. Sentimiento no razonable de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
   3. Pensamiento recurrente de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
   4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
   5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento(tanto subjetiva como objetiva)
   6. Cualquier tipo de alteración del sueño.
   7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo.

B. Presencia de al menos dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de F 32.0

C. Presencias de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos seis síntomas.

EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS

Episodio depresivo en el que varios de los síntomas descritos anteriormente y afectan al paciente: son típicas la pérdida de la autoestima y las ideas de autodesprecio o culpa. También son comunes las ideas o actos suicidas y suelen estar presente unos cuantos síntomas "somáticos"

- Depresión agitada.
- Depresión mayor.
- Depresión vital

Nota diagnostica.

Si síntomas importantes, como agitación o enlentecimiento, son notables, el paciente puede no

estar dispuesto o ser incapaz de describir con detalle muchos síntomas. A pesar de ello, una valoración global de episodio grave está justificada en tales cosas.
A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32)
B. Presencia de los tres síntomas del criterio B de F32.0
C. Presencia de los síntomas adicionales del criterio C de F32.0 hasta un total de al menos ocho.
D. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS. Un episodio de depresión tal como se describe en F32.2 por con la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, enlentecimiento psicomotriz o estupor suficientemente grave que imposibilitan las actividades sociales ordinarias. La vida del paciente puede estar en peligro por riesgo de suicidio, deshidratación o inanición. Las alucinaciones y las ideas delirantes pueden o no ser congruentes con el estado de ánimo. Episodio aislado de: - Depresión mayor con síntomas psicóticos. - Psicosis depresiva psicógena. - Depresión psicótica. - Psicosis depresiva reactiva.
A. Deben cumplirse los criterios de episodio depresivo grave sin síntoma psicótico (F32.2) a excepción del criterio D
B. No se cumplen los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) ni de trastorno esquizoafectivo (F25.1)
C. Presencia de cualquiera de los siguientes: 1. Ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la

esquizofrenia- criterio G1.1b), c) y d) de F20.0-F20.3- (es decir ideas delirantes que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiado, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo de culpa hipocondriatico.

2. Estupor depresivo.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar si los síntomas psicóticos son o no congruentes con el estado de ánimos.

DSM-IV

Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco(o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
   (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej. Se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej. llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
   (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observación de los demás)
   (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej. Un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso deseables.
   (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
   (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecidos)
   (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
   (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autoreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
   (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada

día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena) (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (v. pág. 341)
C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. hipotiroidismo). E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej. Después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

En síntesis, se debe comprender la depresión como la manifestación de la disminución del estado de ánimo del sujeto que puede tener como base factores a nivel fisiológico, endocrino, afectivo, cognitivo y social.

2. ADAPTACION

2.1. Definición

Según Piaget la adaptación es definida como el proceso de ajuste por el cual el conocimiento del individuo y la información que le llega del entorno o ambiente externo pueda adaptarse a su vez consigo mismo operados por dos procesos, la asimilación y la acomodación.

La asimilación deviene de la forma en que un organismo se enfrenta a un estímulo del entorno en términos de organización actual "*la asimilación mental consiste en la incorporación de los objetos dentro de los esquemas de comportamiento, esquemas que no son otra cosa sino que el armazón de acciones que el hombre puede reproducir activamente en la realidad* (Piaget, 1948)" como se cita en (Redager, 2016)

La acomodación es el proceso que implica la modificación de la organización actual en respuesta a las demandas del medio, es el proceso mediante el cual el sujeto se ajusta a las condiciones externas. La acomodación no solo aparece como una necesidad de sometimiento al medio, se hace necesario también para poder coordinar los diversos esquemas de coordinación.

Ambos procesos deben pasar por un punto de equilibrio como unidad de organización en el sujeto cognoscente. "*Son los denominados "ladrillos" de toda la construcción del sistema conductual, intelectual o cognitivo. Regula las interacciones del sujeto con la realidad ya que a su vez sirven como marcos asimiladores mediante los cuales la nueva información es incorporada en la nueva persona"*. (Santamaría, 2016)

2.2. Adaptación Social

La adaptación social lo define: "*Pichon-Riviere, como la capacidad de poder asumir nuevos roles, junto al abandono paulatino de los roles anteriores que sean inadecuados para la situación actual, relacionada además con la capacidad de aprender y de insight y con la capacidad de adecuar el nivel de aspiraciones a su estatus real, que es el que condiciona las condiciones de un proyecto viable"*. (Rambaut, 2013)

También, se lo define como el proceso por el cual un grupo o un individuo modifican sus patrones de comportamiento para ajustarse a las normas imperantes en el medio social. "*Al adaptarse, un sujeto abandona hábitos o prácticas que formaban parte de su comportamiento, pero que están negativamente evaluadas en el ámbito al que desea integrarse, y eventualmente adquiere otros en consonancia con las expectativas que se tienen en su nuevo rol".* (Adaptación Social, 2011)

La adaptación, en este sentido, es una forma de socialización secundaria, y a que opera tomando como base las habilidades sociales con las que el sujeto ya cuenta, casos típicos de situaciones que implican adaptación en el cambio de rol profesional o educativa como el ingreso a estudios superiores de un sujeto cuyo origen social no está en la clase profesional liberal o las migraciones o definitivas, que exigen la adopción rápida de cánones de comportamiento ajenos original del individuo.

2.3. Adulto mayor

Para muchos sujetos, el paso de la juventud a la vejez es un reflejo del paso de la persecución de la riqueza al mantenimiento de la salud. En la tercera edad, el cuerpo que envejece es cada vez más el eje central de las preocupaciones sustituye las que se centraban en la carrera profesional y las relaciones, que ocuparon la mediana edad. Esto se produce a consecuencia de la disminución normal de la funcionalidad, la alteración del aspecto físico y el aumento de la incidencia de enfermedades físicas.

A pesar de todo ello, el cuerpo de la tercera edad aún puede ser una fuente de considerable placer y puede proporcionar un sentido de competencia, en particular si se presta atención al ejercicio regular, una dieta saludable, un descanso apropiado y

asistencia médica preventiva. El estado normal de la tercera edad es el de la salud física y mental, no el de la enfermedad y el debilitamiento (Sadock & Sadock, 2013)

La tercera edad, o vejez, suele referirse a la etapa del ciclo vital que comienza a los 65 años. Los gerontólogos, los profesionales que estudian el proceso de envejecimiento, dividen a los adultos mayores en dos grupos, los ancianos jóvenes, de 65 a 74 años, y los ancianos mayores, a partir de los 75 años. Algunos usan el término de *ancianos* para referirse a los sujetos mayores de 85 años. Los ancianos también pueden describirse como *ancianos sanos* (personas sanas) y *ancianos enfermos* (personas que tienen una serie de problemas médicos que interfieren con su funcionalidad y requieren atención médica o psiquiátrica). Las necesidades de salud de los ancianos han crecido enormemente a medida que la población ha ido envejeciendo y los médicos y psiquiatras geriátricos desempeñan unos papeles importantes en el tratamiento de esta población. (Sadock & Sadock, 2013)

2.3.1. Relaciones sociales

Hablar de relaciones sociales, debemos hacer referencia que es uno de los pilares más importante para la sobrevivencia de los seres humanos, en ese sentido desde la concepción humana requiere adaptarse a situaciones en cuanto el ser, es un ser social dependiente es así, que en la historia de la humanidad hace referencia a grupos sociales.

Las personas mayores sanas mantienen normalmente un nivel de actividad social que sólo se modifica ligeramente del observado en los años anteriores. En muchos casos, la vejez es un período en el que continúa el crecimiento intelectual, emocional y psicológico. No obstante, en algunos casos, la enfermedad física o la muerte de amigos y

familiares pueden impedir el mantenimiento de la interacción social. Además, los ancianos se vuelven más vulnerables a la depresión, dado que sufren un mayor sentido de aislamiento. Cada día se dispone de más datos que indican el mantenimiento de las actividades sociales es muy valioso para el bienestar físico y emocional

El apoyo emocional ayuda a los ancianos a mantener la satisfacción con la vida ante el estrés y el trauma, como la pérdida del cónyuge o un hijo, de una enfermedad que pone en riesgo su vida o de un accidente, y los vínculos positivos suelen mejorar la salud y el bienestar. "*Sin embargo, las relaciones conflictivas pueden jugar un papel negativo aún más grande. Una encuesta longitudinal aplicada a 115 adultos mayores revelo que las relaciones difíciles o desagradables – dañadas por la crítica, el rechazo, la competencia, la violación de la privacidad o la falta de reciprocidad – pueden ser estresores crónicos".* (Papalia, Wendkos Olds, & Duskin Feldman, 2010)

Como antes en la vida, las relaciones sociales van de la mano con la salud. Las personas socialmente aisladas tienden a ser solitarias, y la soledad puede acelerar su deterioro físico y cognitivo.

A medida que la gente envejece tiende a pasar menos tiempo con otros. Con frecuencia, el trabajo es fuente conveniente de contacto social quienes han estado retirados por mucho tiempo tienen menos contacto social que los que se retiraron más reciente o los que continúan trabajando. Para algunos adultos mayores las enfermedades les dificulta salir y ver gente, en general los adultos mayores reportan en sus redes sociales apenas la mitad de personas que reportan los adultos más jóvenes. Con todo, *"las relaciones que mantienen son más importantes que nunca para su bienestar y los ayudan a mantener la*

agudeza de su mente y su memoria solo alrededor de uno de cada cinco adultos mayores estado unidenses dijo que la soledad era un problema serio y casi nueve de cada diez consideran a la familia y los amigos como la máxima prioridad para tener una vida significativa." (Papalia, Wendkos Olds, & Duskin Feldman, 2010)

2.3.2. Cambios biológicos.

Hay muchos cambios biológicos que presentan las personas Adultas Mayores, las cuales las vamos a citar en el siguiente cuadro.

A nivel celular:
- Cambios en las estructuras *de* ADN y ARN: degeneración *de* orgánulos intracelulares. - Degeneración neuronal en el sistema nervioso central, principalmente en la zona pre central temporal superior y en las circunvoluciones temporales inferiores. No hay pérdida de núcleos del tronco del encéfalo. - Alteración de lugares y sensibilidad de los receptores. - Descenso del anabolismo y el catabolismo de los transmisores celulares. - Incremento del colágeno y la elastina intercelulares.
Sistema inmunitario
- Alteración de la respuesta de los linfocitos T a los antígenos. - Incremento de la función de los órganos autoinmunitarios. - Aumento de la sensibilidad a la infección y a las neoplasias. - Sin modificación de leucocitos, reducción de linfocitos T. - Incremento de la velocidad de sedimentación globular (inespecífico)
Musculo esquelético
- Descenso de la talla por acortamiento de la columna vertebral (pérdida de unos S cm en hombres y mujeres desde la segunda a la séptima décadas). - Reducción de la masa muscular magra y de la fuerza muscular. - Estrechamiento de la caja torácica.

- Incremento de la grasa corporal. - Alargamiento de la nariz y las orejas. - Pérdida de la matriz ósea, que provoca osteoporosis. - Degeneración de las superficies articulares, que provoca artrosis, el riesgo de fractura de cadera es del 10% al 25% a los 90 años. - Cierre continuado de las suturas craneales (la sutura parietomastoidea no alcanza su cierre completo hasta los 80 años). - Los hombres aumentan de peso hasta los 60 años, después lo pierden; las mujeres aumentan de peso hasta los 70 años, después lo pierden Faneras. - La aparición de canas es consecuencia del descenso de la producción de melanina en los folículos pilosos (a los 50 años, el 50% *de* los varones y las mujeres tiene al menos el 50% del pelo gris; el vello púbico es el último en encanecer) - Arrugamiento generalizado de la piel. - Glándulas sudoríparas menos activas. - Descenso de la melanina. - Pérdida de la grasa subcutánea. - Se frena el crecimiento ungular. - Genitourinario y reproductor. - Descenso del filtrado glomerular y del flujo sanguíneo renal. - Descenso de la dureza de la erección, disminución del chorro eyaculador. - Descenso de la lubricación vaginal. - Aumento de tamaño de la próstata. - Incontinencia.
Neuropsiquiátrico.
- Se tarda más tiempo en aprender nuevos materiales, pero aún se produce el aprendizaje completo. - El cociente de inteligencia se mantiene estable hasta los 80 años. - La capacidad verbal se mantiene con la edad. - Disminuye la velocidad psicomotora.
Memoria.
- Las tareas que requieren cambios de atención se realizan con dificultad. - Disminuye la capacidad de codificación (transferencia de memoria de corto a largo plazo y viceversa). - El reconocimiento de la respuesta correcta en tests de respuestas múltiples se mantiene intacto. - Disminuye el recuerdo simple.
Neurotransmisores.

- La noradrenalina disminuye en el sistema nervioso central. - Aumentan la monoaminooxidasa la serotonina en el cerebro.
Cerebro.
- Disminuye el peso general, un 17% a los 80 año en ambos sexos. - Se ensanchan los surcos, las circunvalaciones son más pequeñas. Atrofia de circunvoluciones. - Aumento de los ventrículos. - Aumento del transporte en la barrera hematoencefálica. - Descenso del flujo sanguíneo y de la oxigenación cerebral.
Cardiovascular.
- Aumento de tamaño y peso del corazón (contiene el pigmento lipofucsina procedente de los lípidos). - Descenso de la elasticidad de las válvulas cardíacas. - Aumento del colágeno de los vasos sanguíneos. - Aumento de la susceptibilidad a las arritmias. - Alteración de la homeostasis de la tensión arterial. - El gasto cardíaco se mantiene en ausencia de cardiopatía coronaria.
Sistema gastrointestinal.
- Riesgo de gastritis atrófica, hernia de hiato, diverticulosis. - Descenso del flujo sanguíneo intestinal y hepático. - Disminución de la saliva. - Alteración de la absorción desde el aparato digestivo riesgo de síndrome de mal absorción y avitaminosis). - Estreñimiento.

Según kaplax, todos los adultos mayores pasan por todos estos cambios. (Sadock & Sadock, 2013)

2.3.3. Problemas psicológicos que presentan las personas mayores.

A pesar de la ubicuidad de las pérdidas que se sufren en la vejez, la prevalencia del trastorno depresivo mayor y los trastornos del estado del ánimo son realmente menos

frecuentes que en los grupos de edades más jóvenes. "*la rareza de la depresión de inicio tardío, la mayor mortalidad entre las personas con depresión y el descenso general de los trastornos causados por episodios emocionales traumáticos o por abuso de sustancias en las personas mayores. La depresión de las personas mayores se acompaña a menudo de síntomas físicos o cambios cognitivos que pueden simular una demencia"*. (Sadock & Sadock, 2013)

La relación entre una buena salud mental y una buena salud física es más clara en las personas mayores. Los efectos negativos que tiene la senectud en la evolución de las enfermedades crónicas se correlacionan con los problemas emocionales

2.4. Situación actual del adulto mayor en Bolivia.

En Bolivia el adulto mayor si bien hay una Ley que los respalda, pero muchos son vulnerados en sus derechos, cada vez hay más Adultos mayores abandonados en los hospitales públicos. Sufren maltratos de toda índole, tanto físico, psicológico y sexual.

"*se puede evidenciar la dramática situación de desatención de la población adulta mayor en Bolivia, tanto por parte del estado como por parte de la sociedad en su conjunto. Los sectores que dentro de la población de personas mayores, sufren mayor discriminación son las mujeres en cuanto a su ingreso económico y los campesinos, quienes debido a su origen cultural sienten la discriminación cuando migran a las ciudades. Podemos caracterizar a la población adulta mayor boliviana como femenina, indígena, campesina con tendencia a migrar hacia las ciudades*". (Zerda, 2010).

Esta da lugar a una realidad de pluriculturalidad y multilingüismo acentuados en las regiones urbanas. Este fenómeno implica tomar en cuenta el factor cultural como lineamiento básico en el desarrollo de cualquier tipo de políticas a favor de las personas mayores.

La atención de salud está basada sobre todo en la medicina casera y los métodos de curación tradicionales y el acceso de servicios hospitalarios es mínimo a pesar de la existencia de instrumentos legales que teóricamente protegen la salud de personas mayores.

"La seguridad existe solo para un porcentaje mínimo de personas mayores; la mayor parte de ellas quedan excluidas de cualquier sistema…." (Zerda, 2010).

2.5. Situación actual de los asilos en Bolivia

Si bien hay muchos asilos o casas de reposo como actualmente les llaman, no todos tienen los papeles de funcionamiento en regla. En la ciudad de La Paz solo se cuenta con dos asilos que funcionan legalmente y que también son accesible a las personas de escaso recurso económicos.

La investigación *Resultados de la encuesta a hogares con personas adultas mayores y cercanas a la edad de 60 años - EPAM 2011,* detalla la situación socioeconómica de las personas adultas mayores y de su grupo familiar. El documento da a conocer cambios demográficos relevantes en la composición de éste tipo de hogares; para el 2011 los adultos mayores de 60 y más años representaban el 31.3%, cifra mayor en 5 puntos porcentuales a la del 2003-2004. (Zerda, 2010).

La EPAM 2011 destaca que a nivel nacional el 68.1% de personas mayores de entre 60 y 64 años, forma parte de la población económicamente activa. Este porcentaje se incrementa en un 78.3% en el área rural.

Respecto al Sistema Contributivo de Pensiones, el estudio confirma el bajo nivel de cobertura. Sólo 10.7% de la población entre 60 a 64 años goza de una pensión. Esta cifra se eleva a 16% cuando se trata de personas mayores de 65 y más años. En todos los casos, la cobertura se concentra en el área urbana y beneficia más a la población de varones.

En el caso del Sistema No Contributivo de Pensiones basado en la Renta Universal de Vejez - Renta Dignidad, destinado a toda las personas mayores de 60 años, registra una cobertura mucho mayor, cerca del 91% del total de la personas mayores en Bolivia accede a este beneficio. Pese a su carácter universal, se observa que 9% aun no recibe la Renta Dignidad por diversas razones, la más significativa, es la falta de documentación.

La EPAM 2011 sostiene que el acceso de las personas mayores a un seguro médico alcanza a 56,9% en al área urbana y a 53,9% en el área rural. En el caso del Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) más del 67% de personas mayores del área rural accede a este seguro, lo que revela un incremento importante en la cobertura y acceso a la salud.

2.6. Situación actual de los asilos en la ciudad de la paz

El 80% de los abuelos que vive en los asilos María Esther Quevedo y San Ramón fue abandonado por los familiares y el restante 20% llegó por extravío, maltrato y a solicitud

de los hijos. Hilda Arteaga, madre superiora del centro, precisó que de cada diez ancianos, ocho permanecen en el hogar por abandono de sus familias y el resto (20%) se queda a pedido de sus hijos o bien llega por extravío o maltrato. “Son traídos por la Policía o por vecinos…” (Razon, 2014).

Yenny Zárate, administradora del hogar María Esther Quevedo, dependiente del Servicio Departamental de Gestión Social (Sedeges), informó que el 80% de los 38 ancianos que albergan también está en situación de abandono.

La trabajadora social del hogar Blanca Reguero indicó que en el centro viven tres matrimonios y dos familias: madre e hija y padre e hijo. Fuentes de este hogar agregaron que los abuelos abandonados aportan el 50% de su Renta Dignidad para su permanencia. Según el Censo 2012, en el país hay 878.012 adultos mayores y el departamento de La Paz posee la mayor cantidad con 274.404." (Razon, 2014)

2.7. Crecimiento demográfico del adulto mayor en Bolivia

El incremento de la población a nivel mundial es alarmante, y más aun de los adultos mayores, "*La población total del país es de 8.137 habitantes de los cuales el 6.5% son mayores de 60 años. Se trata de un país con poca población pues su densidad es al mayor a 7 habitante por Km2*" (INE, 2002).

Según proyección del INE para el año 2012, las personas de 60 años o más en Bolivia son 512,898 (6.5% de la población total del país). Esta cifra aumentara en un 146% para el 2025 suben a 1.202.703 personas mayores que serán el 10% de la población total, para el año 2050 será el 16% de la población total. Lo que caracteriza a la población mayor de 60 años. Es su extracción mayoritariamente campesina (58%) y de sexo femenino

(53.5 %) según el último censo. La mayoría de los hombres son casados (75%) mientras las mujeres viven solas (INE, 2002).

2.8. Situación socio - familiar de los adultos mayores en Bolivia.

La persona mayor paulatinamente va limitando sus relaciones sociales hacia su círculo familiar conformado ya no por la propia familia sino por las familias de los hijos. En este ámbito social limitado la situación conyugal se constituye en un elemento de fundamental importancia; al aumentar la posibilidad de perder la pareja aumenta el sentimiento de desamparo afectivo y soledad, lo que conlleva a problemas de orden psicológico y social

"En la actualidad la mayoría de las familias bolivianas en el medio urbano y rural, atraviesan por una difícil situación socioeconómica lo que contribuye a la desprotección, el despojo de sus bienes y marginación de los ancianos por parte de sus familiares". (Zerda, 2010)

2.9. Antecedentes de los centros y hogares de acogida de los adultos mayores en la ciudad de La Paz

La mayoría de los abuelos que viven en los centros para adultos mayores "María Esther Quevedo", "Rosaura Campos" y el asilo "San Ramón" fueron abandonados y otros restantes llegaron por extravío o maltrato. (El abandono de los adutos mayores, 2015)

"*La mayor problemática que (los ancianos) atraviesan es el abandono y tiene que ver con la migración",* afirmó la jefa de la Unidad de Asistencia Social del Servicio

Departamental de Gestión Social (Sedeges), Marisol Manríquez. (El abandono de los adutos mayores, 2015)

"Explicó que la migración de adultos a la Argentina y España provocó que los ancianos se queden solos o a cargo de los nietos, y una vez que los migrantes retornaron, se llevaron a sus hijos pero los olvidaron a ellos". (El abandono de los adutos mayores, 2015)

Es así donde los Adultos Mayores se quedaban en la casa con los nietos para hacer de papá y mamá al mismo tiempo.

"*Cada vez que la Brigada de Protección a la Familia encuentra a los ancianos en situaciones de riesgo, los remite hasta el hogar transitorio Rosaura Campos. Se supone que allí deben permanecer durante tres meses, hasta que se defina su situación legal, pero como muchos no recuerdan ni el lugar ni su fecha de nacimiento, hacen que el proceso demore, explicó la trabajadora social del hogar*, Marisabel Mendoza". (El abandono de los adutos mayores, 2015)

El refugio alberga a 20 ancianos actualmente, pero tiene capacidad para 25.

Una vez declarado el abandono total del anciano, éste es derivado hasta el asilo San Ramón o al hogar María Esther Quevedo.

"*La Unidad del Adulto Mayor es la única instancia que puede coordinar la incorporación e internación a cualquiera de estos servicios, tanto en La Paz como en El Alto*", aclaró Manríquez. (El abandono de los adutos mayores, 2015)

El procedimiento es similar en los tres refugios, los ancianos acceden a un dormitorio con una cama, varias frazadas y algún casillero o espacio dónde guardar sus pertenencias.

Sobre los tres refugios en la ciudad de La Paz solamente existen tres centros de atención para el adulto mayor. El hogar "María Esther Quevedo" y el "Rosaura Campos" son competencia del Sedeges de La Paz, mientras que el asilo "San Ramón" es de las religiosas, pero recibe ayuda de la Gobernación y el municipio, explicó la directora de la Unidad del Adulto Mayor de La Paz, Clara Arias. (El abandono de los adutos mayores, 2015)

Aparte, existen otros asilos que son privados y que desenvuelven sus actividades cobrando por la atención a los ancianos.

"Otros establecimientos de este tipo se encuentran en la ciudad de El Alto, como el Geppeto o el de la Fundación Cuerpo de Cristo". (El abandono de los adutos mayores, 2015)

Capítulo III

1. ASPECTO JURÍDICO DEL ADULTO MAYOR

Para la protección del adulto mayor hacemos referencia al Marco Legal actual que impera en el Estado Plurinacional de Bolivia, la Ley 369 promulgada el 1 de Mayo de 2013 por el Sr. Presidente Evo Morales Ayma, en la cual se respalda y protege los derechos del Adulto Mayor como su acceso al auxilio ciudadano y Servicios de Salud. En ese sentido considero tomar en cuenta los aspectos jurídicos del adulto mayor.

"*La Ley 369 no es la única que ampara al Adulto Mayor, ésta funciona en conjunto con otras como la Ley 3791 de la Renta Universal de Vejez, promulgada el 28 de noviembre de 2007, tiene el objetivo de establecer la Renta Universal de Vejez (Renta Dignidad) dentro del régimen de Seguridad Social No Contributivo*" (Bolivia, 2013) en la que se establece que todo adulto mayor se beneficia de la renta aún hay adultos mayores que no reciben su renta por motivos de distancia, salud o simplemente desconocimiento. La norma otorga el beneficio a todos los adultos mayores que no perciban una renta del Sistema de Seguridad Social de Largo Plazo o una remuneración comprendida en el Presupuesto General de la Nación.

"La Ley 1886, del 14 de agosto de 1998, crea un régimen de descuentos y privilegios en beneficio de los ciudadanos bolivianos de 60 o más años. Cuyo artículo 6 de la norma estipula que para servicios de transporte de pasajeros, aéreos, ferroviarios y fluviales nacionales, transporte público terrestre interdepartamental e interprovincial las empresas propietarias de los servicios proporcionarán un descuento del 20 por ciento por cada viaje". (Bolivia, 2013) Sin embargo es un beneficio reflejado solamente en

algunos sistemas de transporte como el aeronáutico con descuentos del 50%, en contraste el servicio de transporte público brilla por su incumplimiento a la norma ignorando la mayoría de las veces al Adulto Mayor o cobrándole el 100% del pasaje normal.

"*La Ley 3323, del 16 de enero de 2006, a través de la que se crea el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) en todo el territorio nacional, de carácter integral y gratuito, otorga las prestaciones de salud en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud a los ciudadanos de la tercera edad con radicatoria permanente en el territorio nacional y que no cuenten con ningún tipo de seguro de salud."* (Bolivia, 2013) que es una ley que funciona al menos con un vademécum básico que no contempla en toda la magnitud las necesidades medicamentosas de los adultos mayores.

"*Las otras dos leyes, la 1674 contra la violencia en la Familia o Doméstica y la 348 Integral Para Garantizar a las Mujeres Una Vida Libre de Violencia, establecen que las sanciones establecidas en ellas se agravan en dos tercios cuando la víctima sea una persona adulta mayor."* (Bolivia, 2013) puesto que en la entrevista realizada a la Lic. Zerdas de COSLAM menciona que la cantidad de denuncias de Adultos Mayores por casos de maltrato y abandono por la misma familia ha sufrido un incremento significativo en los últimos tiempos. (Prensa, 2015)

Todas estas leyes instituyen que las personas mayores de 60 años gocen de tres derechos fundamentales: una vejez digna, un trato preferente en el acceso a los servicios, y seguridad social

Capítulo IV

1. MARCO INSTITUCIONAL

HISTORIA DEL HOGAR DE ANCIANOS SAN RAMÓN

La Organización.

El Hogar San Ramón fue fundado el día 26 de octubre de 1909, en la calle Litoral (La calle Oruro), en la ciudad de La Paz. El 19 de septiembre de 1981, fue trasladado a un moderno edificio construido con más comodidades y rodeado de hermosos jardines, en la zona sur Achumani-calle Santa Teresa Jornet #1 de la ciudad de La Paz; en la que continuamente se están llevando a cabo adaptaciones a las nuevas necesidades de los ancianos de hoy.

Actualmente en el hogar San Ramón son acogidos 253 ancianos y ancianas de los cuales: ancianos con el alto grado de discapacidad y los que requieren de cuidados especiales-actualmente 8 ancianos están permanentemente en camas: 2 varones y 6 mujeres; 49 ancianos padecen de Demencia Senil (Alzheimer); y el resto de ancianos representan a los validos (Algunos de ellos, a pesar de tener alguna dependencia son autónomos en sus actividades). Los adultos mayores son acogidos en 6 pabellones:

Debemos recalcar que las habitaciones simples son exclusivamente para adultos mayores con graves problemas mentales y no pueden compartir con otros. Además todos los dormitorios cuentan con un comedor, baños y duchas comunes para los casos cuando los adultos mayores requieren de asistencia para la higiene personal.

Organigrama y personal.

Para construir al desarrollo de las actividades de Hogar, mediante un adecuado apoyo a la promoción, prevención y asistencia de la salud física, psicológica y social dirigido a todos los ancianos y ancianas acogidos en el hogar San Ramón, en el año 2011 se ha aprobado el manual de organización y funciones del hogar San Ramón, el cual establece los siguientes áreas de funcionamiento:

- ✓ Área de servicios y atención en general.
- ✓ Área social que comprende trabajo social y jurídico
- ✓ Área de salud, está integrada por sub-áreas: medicina general, enfermería, laboratorio, odontología, Fisioterapia y psiquiatría.
- ✓ Área de educación está integrada por sub-categorías: Espiritualidad y catequesis, terapia ocupacional, manualidades, musicoterapia, educación alternativa.
- ✓ Área de nutrición.

Para proporcionar una atención integral con calidad y calidez de servicios, que los ancianos puedan vivir sus últimos días con dignidad, contamos con el siguiente personal:

- ✓ Congregación de las hermanitas de los ancianos desamparados. La comunidad del hogar de ansíanos San Ramón la forman 14 religiosas.
- ✓ Aspirantes a la vida religiosa 26 jóvenes. Desde el inicio del año 1955, se inicia la capacitación a jóvenes mujeres que muestres vocación para el servicio a los adultos mayores.

- ✓ Personal auxiliar del hogar 12 personas. Hombres y mujeres que son colaboradores con sus servicios de cocina, limpieza, lavandería, jardinería, carpas solares y la mini granja.
- ✓ Personal voluntario del hogar-profesionales, estudiantes universitarios y voluntariados de la comunidad en general. Para la atención integral a los ancianos, el hogar ha desarrollado un área de voluntariado para colaborar en las diferentes áreas. Para esto se han invitados y firmado convenios con diferentes instituciones, universidades y con profesionales individuales sobre todo en la áreas de medicina, enfermería, laboratorio, odontología, psicología, terapia y fisioterapia.

1.1 Misión

La Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, tiene como principal misión el ejercicio constante de la virtud de la caridad cristiana, asistencia corporal, y espiritual de los ancianos pobres y desvalidos de ambos sexos que sean puestos al cuidado de la institución.

1.2 Visión

No hay a nivel institucional.

1.3 Valores.

Los valores de la Institución corresponden al Carisma de la Orden de las hermanitas de los ancianos desamparados “Hogar San Ramón”

“Como consecuencia de su identidad confesional católica, los principios fundamentales que orientan y caracterizan la asistencia en nuestras obras”, son:

- ✓ El centro de interés de cuantos vivimos y trabajamos en el Hogar San Ramón o en otra obra asistencial, es la persona asistida El adulto mayor.
- ✓ Promovemos y defendemos los derechos del Adulto mayor, teniendo en cuenta su dignidad personal.
- ✓ Nuestra Espiritualidad es la que alimenta y sostiene el carisma, se expresa y realiza encuentros de las Hermanitas con el Cristo en el Adulto mayor animados y sostenidos en la liturgia, personal y contemplativa. Llegando el ocaso de su vida necesitan: Amor, Compresión y cuidados Especiales.
- ✓ Nos comprometemos decididamente en la defensa y promoción de la vida humana.
- ✓ Reconocemos el derecho de las personas asistidas a ser convenientemente informadas de su estado de salud.
- ✓ Defendemos el derecho a morir con dignidad y a que se respeten y atiendan los justos deseos y las necesidades espirituales de quienes están en trance de muerte, sabiendo que la vida humana tiene un término temporal y que está llamada a la plenitud en Cristo.

Valoramos y promovemos las cualidades y la profesionalidad de nuestros colaboradores, les estimulamos a participar activamente en la misión de la Orden y les hacemos partícipes del proceso de decisión en nuestras obras apostólicas, en función de sus capacidades y áreas de responsabilidad

Capítulo V

METODOLOGÍA

1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enfoque de la investigación.

El enfoque cualitativo presenta diferentes modalidades de investigación y tiene como principal característica referirse a sucesos complejos que tratan de ser descritos en su totalidad y en su medio natural. Al respecto Hernández afirma: "a menudo se llama holístico porque se precia de considerar al todo, sin reducirlo al estudio de sus partes". (HERNANDEZ, 2010)

Los estudios cualitativos no pretenden generalizar de manera intrínseca resultados poblaciones más amplias, ni necesariamente obtener muestras representativas (bajo la ley de probabilidad); incluso, no buscan que sus estudios lleguen a replicarse. Asimismo, se fundamentan más en un proceso inductivo (exploran y describen, y luego generan perspectivas teóricas). Van de lo particular a lo general. (HERNANDEZ, 2010, pág. 3)

Un estudio cualitativo busca comprender su fenómeno de estudio en su ambiente usual (cómo vive, se comporta y actúa la gente; qué piensa; cuáles son sus actitudes). (HERNANDEZ, 2010, pág. 11)

1.2.Tipo de investigación

El tipo de investigación es descriptiva ya que consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de

las actividades, objetos, procesos y personas. En este caso identificar el problema central que interfiere en la calidad de vida del adulto mayor. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, para este cometido será la teoría la que sustente nuestro sistema de investigación, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.

El alcance de la investigación"… es Descriptivo ya que permite como su nombre lo indica describir las situaciones, los fenómenos o los eventos que nos interesan midiéndolos y evidenciando sus características.

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis. (HERNANDEZ, 2010)

1.3.Diseño de la Investigación

La presente investigación tiene un diseño no experimental de tipo transeccional recolectando datos en un solo momento y en un tiempo único, tiene como propósito describir las variables analizando su incidencia e interrelación en un momento dado. Por lo tanto las diferencias observadas en las personas tienen menos posibilidades de ser el resultado de las diferencias culturales entre las generaciones y mostrar por tanto a diferencias cualitativas o cuantitativas realmente significativas. Los estudios

transeccionales permiten distinguir fenómenos de corto, mediano y largo plazo, su distribución y su continuidad específica, por ejemplo permite saber cómo afecta a un grupo social la depresión.

2. CATEGORIAS DE ANALISIS.

- ✓ Estados Depresivo
- ✓ Adaptación Social

2.1. DEFINICION DE VARIABLES.

- ✓ **Estado Depresivo**

  La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (OMS, 2016)

- ✓ **Adaptación Social**

  Pichon-Riviere lo define como la capacidad de poder asumir nuevos roles, junto al abandono paulatino de los roles anteriores que sean inadecuados para la situación actual, relacionada además con la capacidad de aprender y de insight y con la capacidad de adecuar el nivel de aspiraciones a su estatus real, que es el que condiciona las condiciones de un proyecto viable. (Rambaut, 2013)

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	MEDIDA	TECNICA	INSTRUMENTO
Estado depresivo	Desorden mental	- Estado de Humor. - Baja autoestima - Dificultades a nivel Cognitivo - Dificultades de Adaptación - Tristeza - Humor Bajo. - Trastornos Gastro Intestinales - Trastornos del Sueño	- Sin Depresión - Depresión Moderada - Depresión grave	- Observación - Ejecución de la prueba - Entrevistas	- Escala de Depresión Geriátrica Yesavager
Adaptación Social	Convivencia de Bienestar Social	- Compromiso - Respeto - Tranquilidad - Seguridad	- Adaptación con Dificultad. - Adaptación ponderada psicológicamente - Adaptación Plena	- Observación - Entrevistas	- Cuestionario de Adaptación Social (tipo LIKER)

3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.1.Población

"Una población es un conjunto de todos los elementos que estamos estudiando, acerca de los cuales intentamos sacar conclusiones". Levin & Rubin (1996).

La población corresponde a personas que presentan al hogar de anciano San Ramón.

Según Hernández (2010) “la muestra es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población”

Actualmente en el hogar San Ramón son acogidos 253 ancianos y ancianas de los cuales: ancianos con el alto grado de discapacidad y los que requieren de cuidados especiales-actualmente 8 ancianos están permanentemente en camas: 2 varones y 6 mujeres; 49 ancianos padecen de Demencia Senil (Alzheimer); y el resto de ancianos representan a los validos (Algunos de ellos, a pesar de tener alguna dependencia son autónomos en sus actividades). Los adultos mayores son acogidos en 6 pabellones

3.2.Muestra

No Probabilístico de tipo Intencional: En las muestras no probabilísticas la elección de sujetos depende del criterio del investigador, pueden ser sujetos voluntarios, muestra de expertos (se seleccionan personas expertas en algo), muestra de sujetos tipo o estudios de caso (se estudia a una determinada persona o situación) y muestra por cuotas en las que se cumplen ciertos porcentajes de cada subgrupo de la población, por ejemplo 25% mujeres, 25% hombres con cierta características : edad, zona donde radican, ocupación. (HERNANDEZ, 2010, pág. 76)

Para el enfoque cualitativo la muestra es una unidad de análisis, un grupo de personas, contextos, eventos, sucesos, comunidades, etc. Aquí no es necesario que sea representativo.

Este método no es un tipo de muestreo riguroso y científico, dado que no todos los elementos de la población pueden formar parte de la muestra, se trata de seleccionar a los sujetos siguiendo determinados criterios procurando que la muestra sea representativa.

3.3. Criterios de Selección.

- ✓ Adultos Mayores Internos.
- ✓ Adultos Mayores que no presenten Demencia.
- ✓ Adultos Mayores que no presenten ningún tipo Psicopatología.
- ✓ Predisposición a la Investigación.

La investigación se realizo con una muestra de 20 adultos mayores de distintas áreas del centro.

4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

4.1. Técnicas.

Las técnicas utilizadas en la realización de la presente investigación son descritas a continuación:

- ✓ **La Observación**

La observación es la técnica de investigación básica, sobre las que se sustentan todas las demás, ya que establece la relación básica entre el sujeto que observa y el objeto que es observado, que es el inicio de toda comprensión de la realidad.

- ✓ **Entrevistas:**

Es la comunicación establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto.

4.2. Instrumentos.

Test mini Mental.

Confiabilidad del test Mini Examen cognoscitivo

K:	El número de ítems	13
Σ Si^2 :	Sumatoria de las Varianzas de los Ítems	6,78
S_T^2 :	La Varianza de la suma de los Ítems	45,35
α :	Coeficiente de Alfa de Cronbach	0,92

$$\alpha = \frac{K}{K-1}\left[1-\frac{\sum S_i^{\,2}}{S_T^{\,2}}\right]$$

El test aplicado de Mini Examen Cognoscitivo ES CONFIABLE CON UN 92%

Lo que significa que existe una estabilidad o conciencia de los resultados obtenidos del 92%

La **Mini prueba del estado mental** (también llamado **Mini Examen del Estado Mental**, en Inglés **Mini-mental state examination** (por sus siglas **MMSE**)), es un método muy utilizado para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en

pacientes con alteraciones neurológicas, especialmente en ancianos. Su práctica toma únicamente entre 5 y 10 minutos, por lo que es ideal para aplicarse en forma repetida y rutinaria.

Fue desarrollado por Marshal F. Folstein, Susan Folstein, and Paul R. McHugh en 1975 como un método para establecer el estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium.

Es una herramienta de tamizaje, es decir, de evaluación rápida que permite sospechar déficit cognitivo pero que, sin embargo, no permite detallar el dominio alterado ni conocer la causa del padecimiento, por lo que nunca debe utilizarse para reemplazar a una evaluación clínica completa del estado mental.

Validez

Creada en 1975 por Folstein y sus colaboradores el uso del MMSE ha adquirido gran popularidad en el ámbito clínico, pues permite identificar rápidamente a pacientes con déficits cognitivos importantes. Sin embargo la prueba también tiene sus limitaciones, especialmente debido a que depende en respuestas verbales y escritas, lo que puede ser una limitación importante para pacientes ciegos, sordos, intubados o analfabetas.

Interpretación

La puntuación determina la normalidad o el grado de deterioro que puede sufrir una persona. Al calificarse se puntúa cada respuesta de acuerdo al protocolo y se suma el puntaje obtenido por todas las respuestas. Si el paciente no puede responder una pregunta por una causa no atribuible a enfermedad relacionada con el estado mental (el

paciente no sabe leer y se le pide que lo haga) debe eliminarse y se obtendrá la relación proporcional al resultado máximo posible.[3]

Los resultados dependen de la puntuación alcanzada una vez terminada la prueba.[3]

Entre 30 y 27: Sin Deterioro. Entre 26 y 25: Dudoso o Posible Deterioro. Entre 24 y 10: Demencia Leve a Moderada. Entre 9 y 6: Demencia Moderada a Severa. Menos de 6: Demencia Severa.

Como se ha comentado, esta prueba no puede definir un diagnóstico y debe estar acompañada por la entrevista clínica, exploración física y pruebas complementarias. (Mini-mental state examination, 2016)

Escala de depresión geriátrica YESAVAGE

Resultado Test YESAVAGE

K:	El número de ítems	30
Σ Si^2 :	Sumatoria de las Varianzas de los Ítems	3,76
S_T^2 :	La Varianza de la suma de los Ítems	10,49
α :	Coeficiente de Alfa de Cronbach	0,66

$$\alpha = \frac{K}{K-1}\left[1-\frac{\sum S_i^{\,2}}{S_T^{\,2}}\right]$$

El test aplicado de ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE ES CONFIABLE CON UN 66 %

Lo que significa que existe una estabilidad o conciencia de los resultados obtenidos con un 66%

Fundamento: existen escasos cuestionarios de cribado de depresión adecuadamente validados al castellano.

Objetivo: adaptar y validar al castellano la versión abreviada de la Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS) para su uso en el cribado de depresiones en mayores de 65 años.

Diseño, material y método: el trabajo se ha realizado en consultas de un centro de salud de Atención Primaria mediante un estudio de validación de cuestionarios. Se ha

realizado en tres etapas: en la primera se ha traducido y adaptado el cuestionario al castellano (GDS-VE). En una segunda fa se el médico/enfermera de cada sujeto aplicó el cuestionario de forma individual. Por último, otro investigador, de forma ciega, realizó al sujeto una entrevista semiestructurada para determinar síntomas de depresión según los criterios establecidos en la CIE-10. Igualmente se realizó una evaluación del estado cognitivo y se cumplimentaron los cuestionarios de Montgomery - Asberg, Pfeiffer- VE ,MEC, IQCODE-VE y la parte de valoración de actividades de la vida diaria del OARS-MFAQ. El resultado final de esta exploración fue considerado como el patrón oro de diagnóstico de depresión , siendo la referencia para el cálculo de la sensibilidad, especificidad y razones de máxima verosimilitud para un resultado positivo y negativo del test**.**

Resultados: se ha realizado la adaptación del GDS obteniendo la versión a validar (GDS-VE). Finalizaron el estudio 249 personas mayores de 65 años, con media de edad de 74,3 años, el 67,5% mujeres y un 65% analfabetos o sin estudios. La fiabilidad intraobservador ha sido del 0,95 y la interobservador del 0,65, con una consistencia interna de 0,99. Se ha obtenido un área bajo la curva de 0,835. La sensibilidad alcanzada ha sido del 81,1% y la especificidad del 76,7% para un punto de corte de 5 o más puntos. Conclusiones: los parámetros de fiabilidad y validez para la versión adaptada han resultado aceptables y similares a los del cuestionario original. Se recomienda utilizar un punto de corte de 5 o más para considerar la posible existencia de depresión. (Martinez De La Iglesia & Onís Vilches, 2002)

- ✓ **Cuestionario de "ADAPTACIÓN SOCIAL" LIKER**

El cuestionario de adaptación social es un instrumento que será utilizado para la investigación, es un género escrito que pretende acumular información por medio de una serie de preguntas sobre un tema determinado para, finalmente, dar puntuaciones globales sobre éste. De tal manera que, podemos afirmar que es un instrumento de investigación que se utilizo para recabar, cualificar, universalizar y finalmente, comparar la información recolectada.

5. PROCEDIMIENTO

- ✓ Fase I, Desensibilización. Implica el primer contacto con el Adulto Mayor.
- ✓ Fase II, Empatía con la población.
- ✓ Fase III, Acercamiento con Dinámicas de Grupo
- ✓ Fase IV, Aplicación del Instrumento.

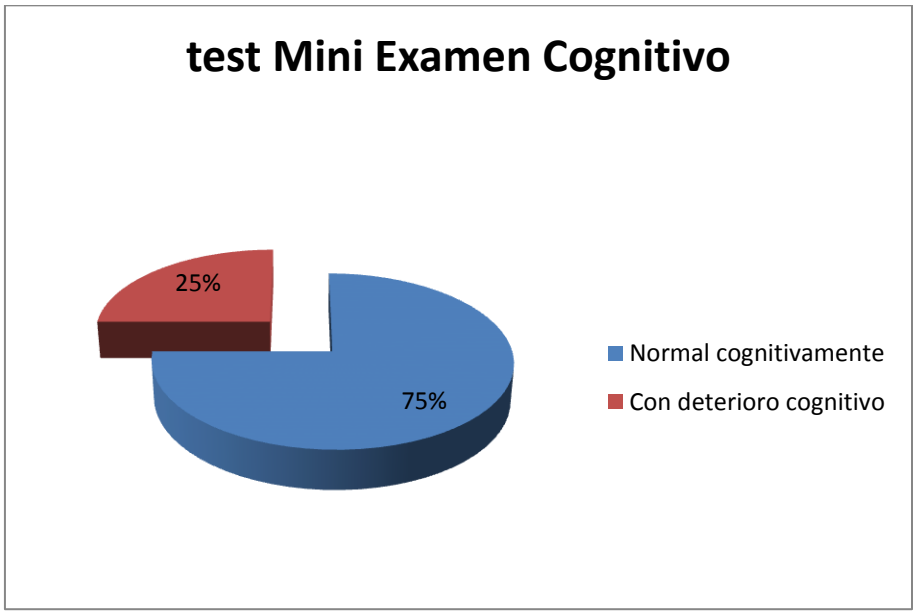
Capítulo VI

PRESENTACION DE RESULTADOS.

Gráfico circular, de sectores o pastel.

El gráfico típico de circular, se usa, para representar distribuciones de frecuencias relativas (%) de una variable cualitativa o cuantitativa discreta. En este gráfico se hace corresponder la medida del ángulo de cada sector con la frecuencia correspondiente a la clase en cuestión. Si los 360º del círculo representan el 100 % de los datos clasificados, a cada 1% le corresponderán 3,6º. Luego, para obtener el tamaño del ángulo para un sector dado bastaría con multiplicar el por ciento correspondiente por 3,6º (Jimenez, 2007) .

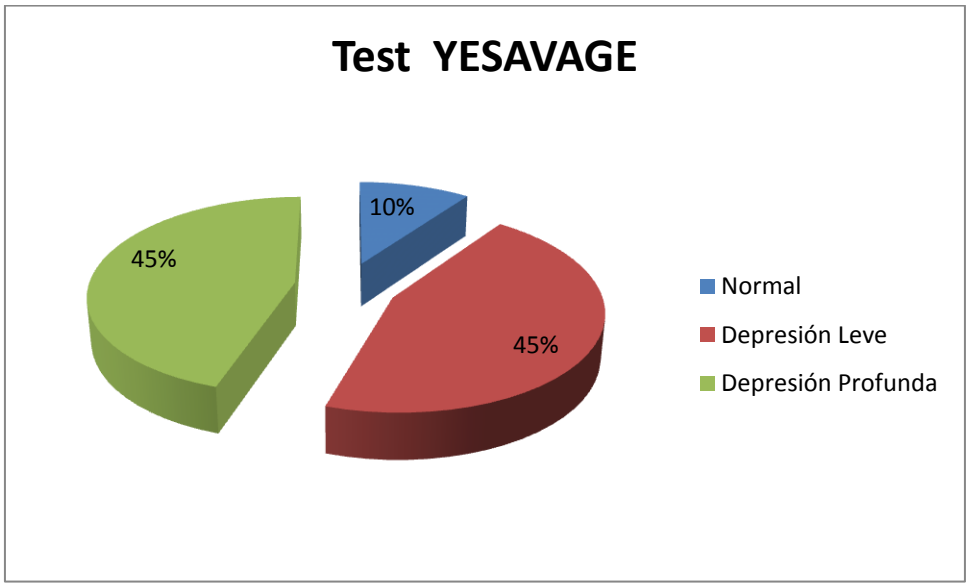
6.1.RESULTADO DEL TEST MINI EXAMEN COGNOSCITIVO



El 75% de los Adultos mayores se encuentran “normal” cognitivamente, la gran mayoría logro completar todas las preguntas con facilidad, en el tiempo adecuado. Se los podía observar que estaban tranquilos y relajados, para alguno las preguntas eran como que se les hacían la burla, ya que se sentían muy despiertos y sin dificultad de llenarlas.

El otro 25% de los Adultos Mayores muestran que tiene un problema cognitivo, ya que no lograron completar el cuestionario y sobresalía del tiempo determinado. Se los observaba un poco inquietos al no poder responder las preguntas simples, se olvidaban la dirección del Hogar o en el lugar donde se encontraban ene se momento.

6.2.RESULTADO DEL TEST YESAVAGE

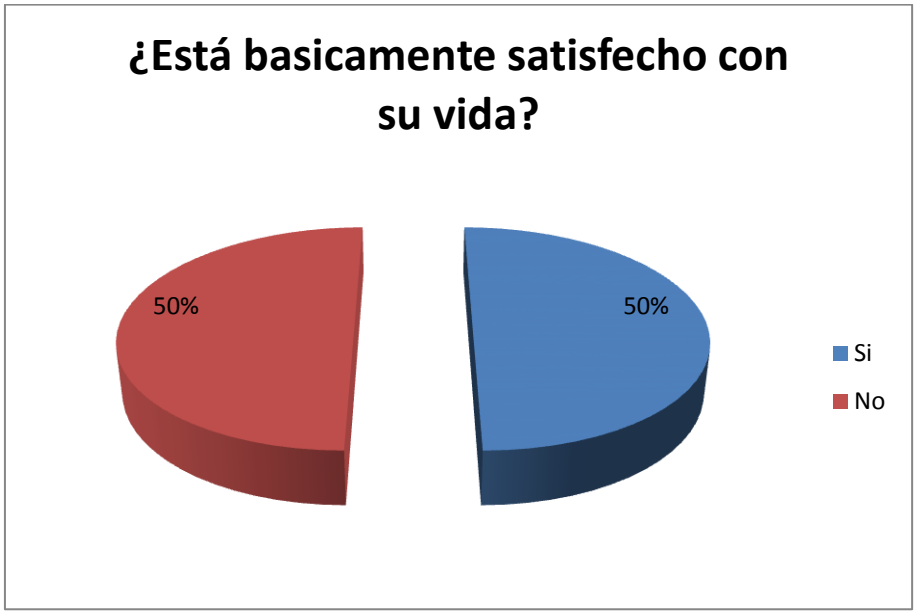


El 10% de los Adultos Mayores no tienen ningún cuadro depresivo, ellos se encuentran dentro de lo "normal"

El 45% de los adultos mayores se encuentran con un cuadro Depresivo Leve

El otro 45% de los Adultos Mayores se encuentran en un importante cuadro de Depresión Profunda.

¿Está básicamente satisfecho con su vida?



La grafica muestra que del 100% de Adultos Mayores que constituyen la población de muestra, el 50% se siente satisfecho con su vida, considerando sus logros en diferentes áreas tanto academicos, ocupacionles, familiares y sociales, incluso de los logros de sus descendientes.

El otro 50% de la poblacion no se siente satisfecho con su vida, que se debe a la soledad en la que actualmente se encuentran, respecto a la presencia y visita de los familiares e hijos, su internación en el Hogar, lo que genera un sentimiento de culpabilidad. Quedando como la última espera el momento de la propia muerte.

¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?

La gráfica muestra que el 70% de los Adultos Mayores a renunciado en la actualidad a muchas de sus actividades e intereses debido a las responsabilidades que en su vida cotidiana les toco vivir como el cuidado de los Padres en su debido momento, de los hijos hasta que dejarán la casa e incluso más tiempo, la consolidación de un núcleo familiar.

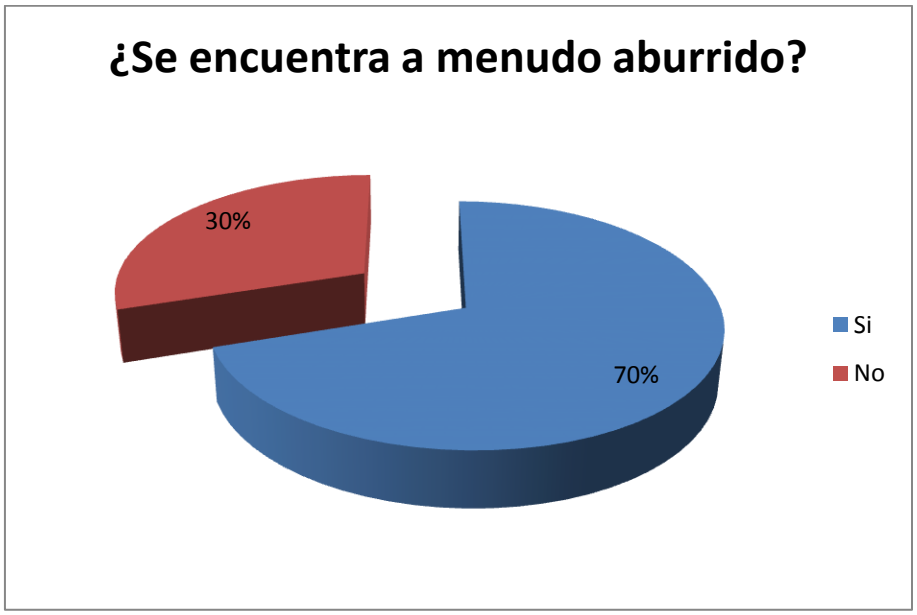
En contraste de solo un 30% de Adulto Mayores que ha manifestado haber realizado plenamente sus actividades e intereses aún cuando les tocase cumplir con sus responsabilidades cotidianas.

¿Siente que su vida esta vacia?

El 60% de los Adultos Mayores manifiesta sentir su vida vacía, ya que el sentimiento de inutilidad con el cuál se encuentran los afecta en su propia autoestima a lo cual se debe también entender la falta de actividades que son para ellos gratificantes, la ausencia de vistantes familiares o no, y la misma capacidad productiva.

En Contraste el 40% de Adultos Mayores no comparte dicho sentimiento, como parte de su proceso de adaptación social, han encontrado el ritmo de vida con el cuál se sienten mejor.

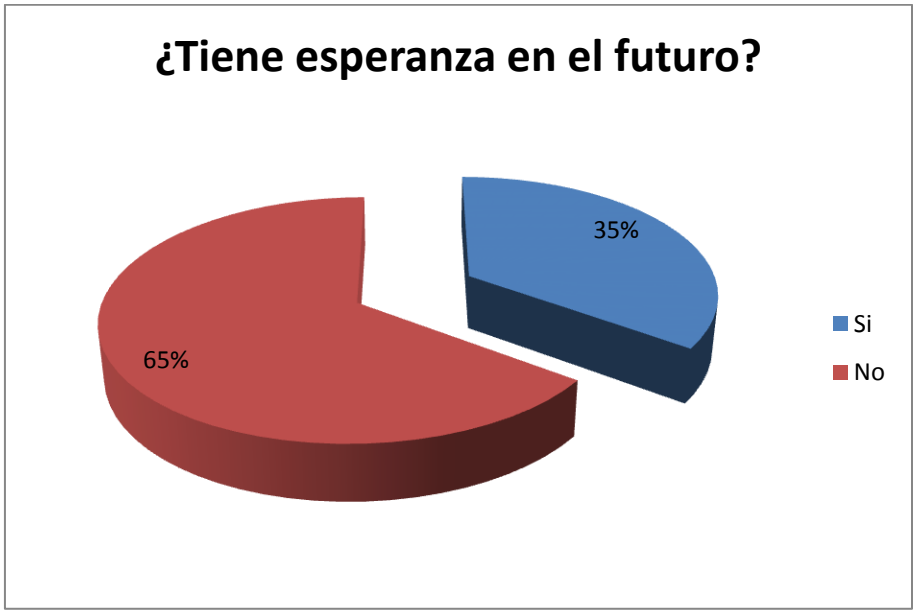
¿Se encuentra a menudo aburrido?



El 70% de los Adultos Mayores expresa un sentimiento de aburrimiento debido a la falta de actividades que para ellos sean de común interés no quedando más que la rutinaria espera de los horarios de alimentos.

El 30% de los Adultos Mayores encuentra en los espacios físicos de esparcimientos un lugar en el cual pueden emprender amenas conversaciones con sus pares, personal del hogar e incluso de vez en cuando universitarios que se encuentran en formación profesional, y la visita de estudiantes de colegio.

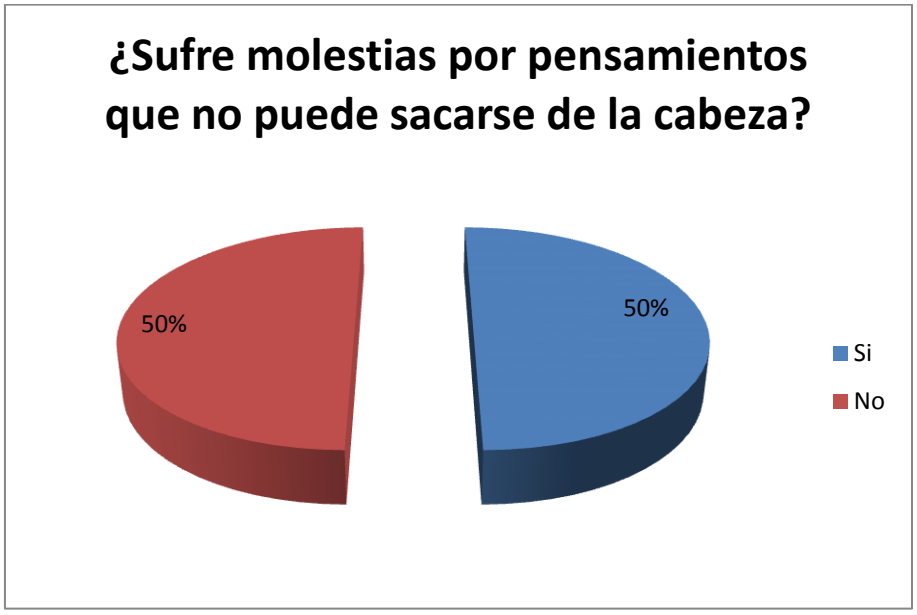
¿Tiene esperanza en el futuro?



El 35% de los Adultos Mayores refieren que tienen esperanza en el futuro, que a pesar del abandono de sus familiares ellos aman y se aferran a la vida y al servicio de los demás. Ya que entre ellos se colaboran y se animan para seguir luchando en la vida.

El otro 65% de los Adultos Mayores refieren que ya no tienen fututo, que ya llegaron a la fase final del ser humano, después de haber pasado por todas las etapas de la vida, tener su familia, trabajar para que sus hijos estén bien para que tengan una buena profesión laboral. Luego vinieron los nietos donde ellos ya no cabían en el mismo lugar, es por eso que los trajeron al hogar y ahora solo esperan la voluntad de Dios para recogerlos.

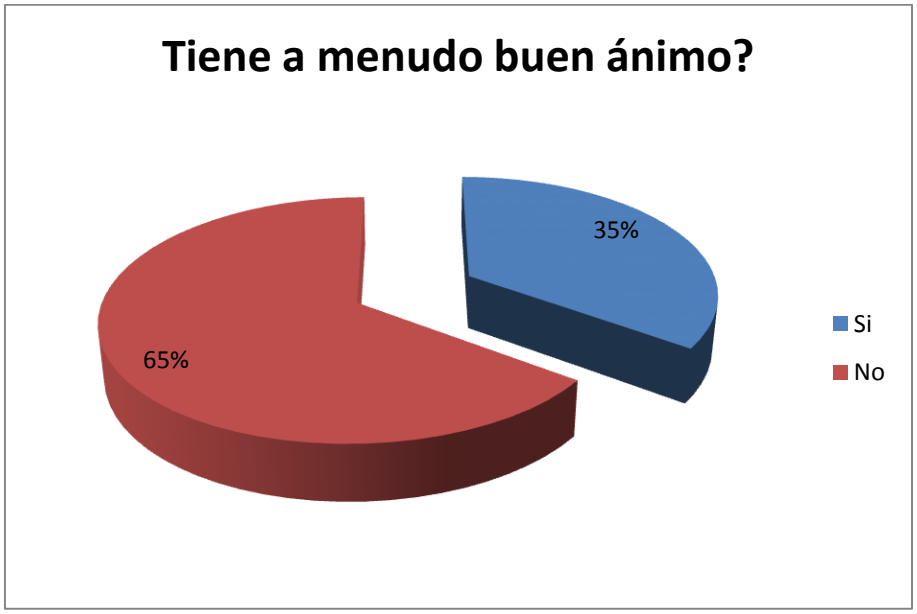
¿Sufre molestias por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?



El 50% de los Adultos Mayores expresa su malestar por ideas recurrentes de soledad y desesperanza (piensan en sus hijos y sus nietos que ya no vienen a verlos), piensan con la espera de la pronta partida hacia su última morada, ideas que no dejan de etar presentes en su cotidianidad.

En cambio el otro 50% de los Adultos Mayores refieren no pensar en sus hijos, prefiren pensar que estan muy ocupados y por eso no han podido venir a verlos. Cada dia tienen la esperanza de volver a ver a sus hijos y nietos. Ellos solo espera el momento desicivo haciendo lo posible por no pensar en su situación, familiares ni otros eventos.

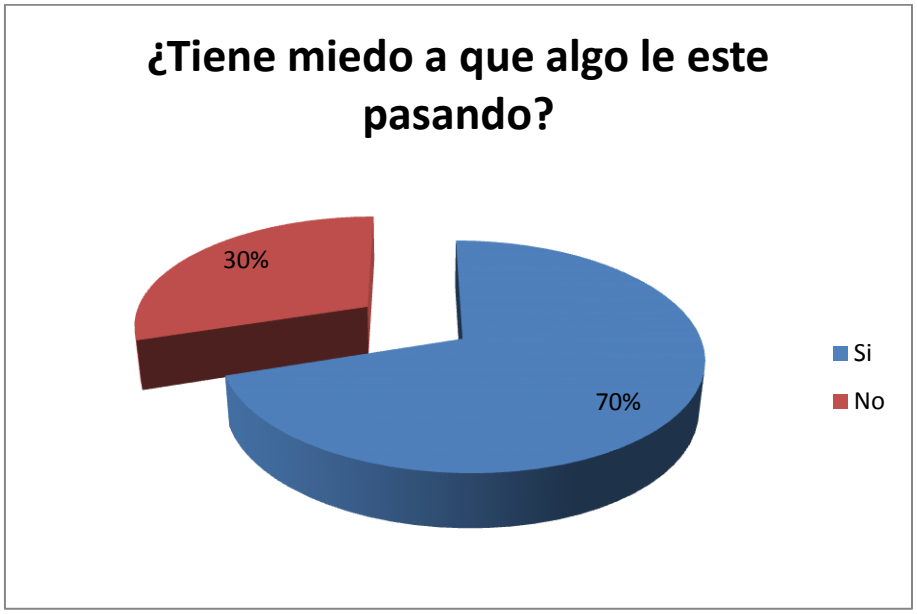
¿Tiene a menudo buen ánimo?



El 35% de los Adultos Mayores se siente a menudo con buen estado de ánimo, ya que colaboran dentro del hogar (sacando a tomar sol a los otros Adultos Mayores, charlando con ellos.) han hecho nuevas amistades. También esperan a los voluntarios que vienen a verlos y les traen galletas y charlan con ellos.

El otro 65% de Adultos Mayores que menciona no tener a menudo buen estado de ánimo, proveniente de las dificultades nocturnas para la conciliación del sueño, condiciones de vida, el sentimiento de abandono por parte de su familia y la pérdida de amigos. Hay días que se sienten más desanimados que otros y esto tiene mucho que ver con sus amigos del Hogar que van falleciendo. También sienten mucho que sus hijos y nietos no vengan a verlos.

¿Tiene miedo a que algo le esté pasando?



El 70% de los Adultos Mayores expresa su temor a que algo les este sucediendo en su salud, ya que cada día tienen nuevas dolencias, cada día pierden mas la vista y sus paso son más cortos y lento por esta razón ellos muchas veces se caen fracturándose alguna parte del cuerpo donde van perdiendo su propia autonomía corporal y cognitivo. También dicen que no saben de sus propios cuidados, como la medicación, la proveniencia de los atuendos que utilizan y la certeza de la tenencia de las propiedades personales.

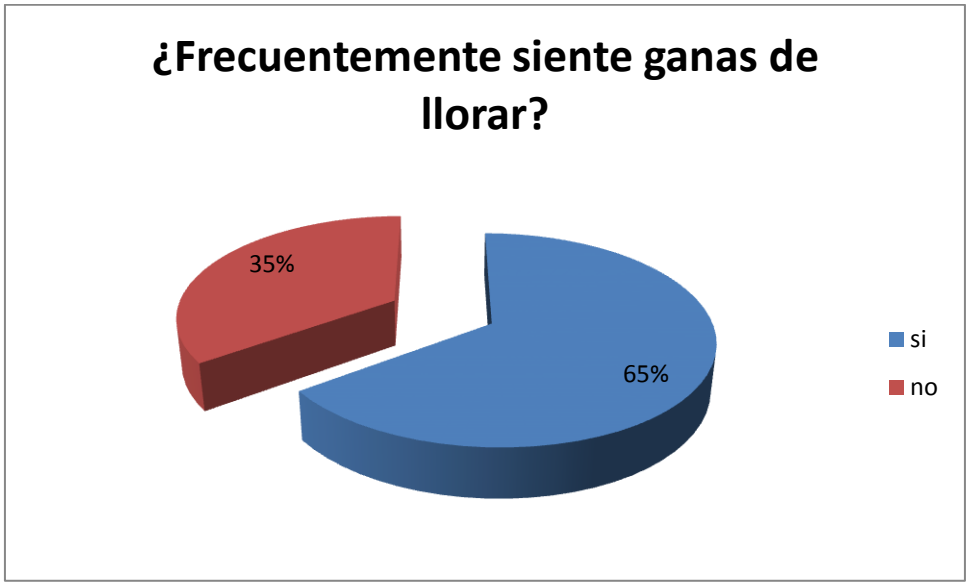
En comparación al 30% de Adultos Mayores que no comparte ese temor, sino más bien les inspira un sentimiento de protección brindado por el personal del Hogar, dan gracias por tener una cama caliente y las tres comidas, tienen nuevas amistades y cuidados de profesionales(Medicina General, trabajadora social, enfermería geriátrica y psicología)

¿Se siente feliz muchas veces?

El 50% de los Adultos Mayores expresa que en algunos momentos tiene una sensación de felicidad, debido a las conversaciones entre los pares, algunas visitas de estudiantes universitarios que van a prestar sus servicios de voluntarios, y estudiantes de colegios que van de vez en cuando a llevarles galletas y otros dulces, es ahí donde los adultos Mayores charlan de sus penas y alegría, se sienten escuchados y queridos a la vez.

El otro 50% de los adultos Mayores dice no sentirse feliz, dicen en encontrar sentido a la vida estando ahí, abandonados por sus familiares y la misma sociedad. Lo que sugiere un aletargo emocional o un estado constante de tristeza.

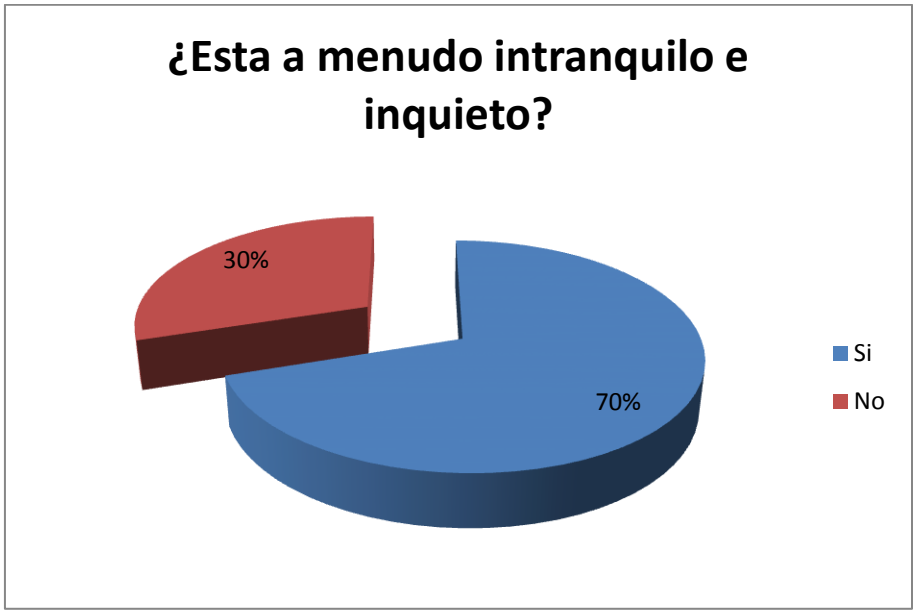
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?



El 65% de los Adultos Mayores expresa que a menudo se siente abandonado, puesto que no hay la frecuencia esperada de visita de familiares, amigos o muestras de interés incluso de los mismos pares y menos aún la calidad de tiempo entregado a ellos, en otros casos el abandono total por parte de ellos, ya sea por estar lejos de nuestro territorio o simplemente haberlos dejado. Lo que conlleva a que este sentimiento esté bastante acentuado.

El restante 35% de los Adultos Mayores no expresa este sentimiento en frecuencia, aún gozando del relativo interés por parte de la familia, amigos, círculo social o pares.

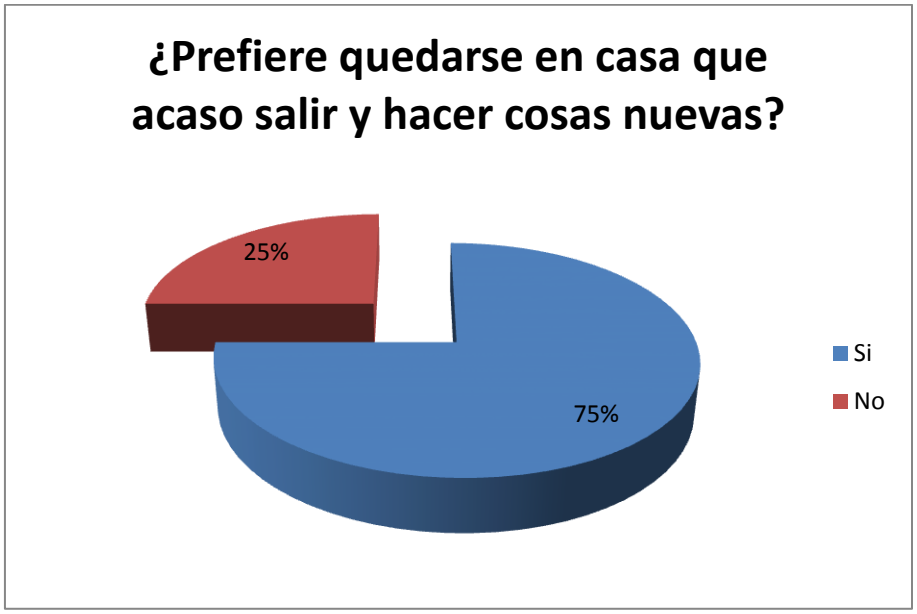
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?



El 70% de los Adultos Mayores expresa sentirse intranquilo e inquieto, debido a un estado de aburrimiento con las actividades propuestas que no llaman su atención e interés, además de la idea de dejar los asuntos resueltos para poder dejar esta existencia física y poder retirarse en paz. Sentimientos de querer hacer las paces con los seres queridos.

El 30% de los Adultos Mayores no expresa esta sensación de intranquilidad, ya que de alguna forma a asimilado su soledad o simplemente ha logrado superar esta situación. Han llenado el vacio que dejaron sus familiares con sus nuevas amistades y las visitas constantes de los estudiantes universitarios, escolares y grupos de señoras de la caridad, cada día los esperan en el pabellón de estar ya que les traen galletas y dulces, y para charlar con alguien más joven que les den alegrías

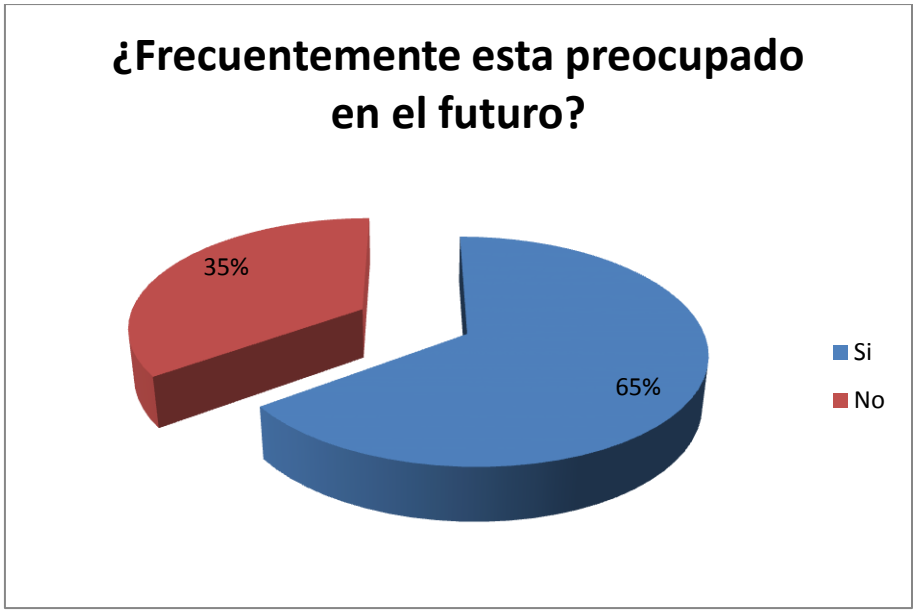
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?



El 75% de los Adultos Mayores expresa su falta de interés para salir del hogar o hacer cosas nuevas, en muchos casos es el temor a salir a un ambiente ajetreado y peligroso por la velocidad en que se mueve el día, el temor a los males de salud (tienen miedo a caerse y romperse algún hueso), también el temor a perderse o no saber llegar al hogar y quedarse solos en la calle. No les llaman la atención porque no son actividades de su interés.

El 25% de los Adultos Mayores si quiere salir del hogar y hacer cosas nuevas, encontrarse con sus antiguas amistades y charlar con ellos o buscar un trabajo adecuados para ellos para que así tengan una distracción para las jornadas monótonas que les queda a diario.

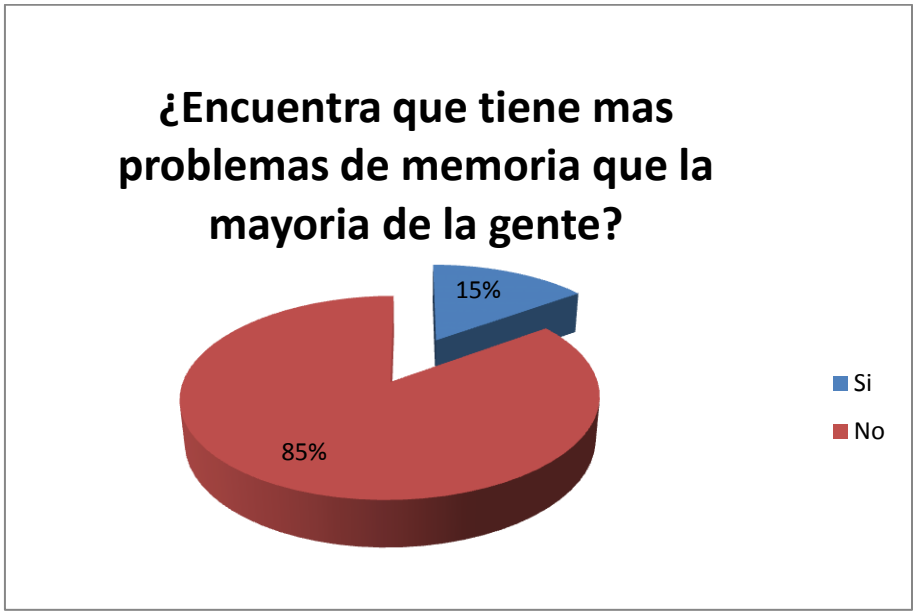
¿Frecuentemente está preocupado en el futuro?



El 65% de los Adultos Mayores expresa encontrarse frecuentemente preocupado por el futuro en razón de sentir próxima su partida, el dejar sus asuntos pendientes resueltos y prever sobre la disposición de existencia física, incluso la preocupación sobre el futuro de sus seres queridos los visiten o no, ya que el sentimiento de padre o madre no se ve disminuida en absoluto al pasar de los años.

El 35% de los Adultos dice no sentirse preocupado por su futuro, ya que ellos mismos piensan que ya no hay mas futuro que puedan arreglar.

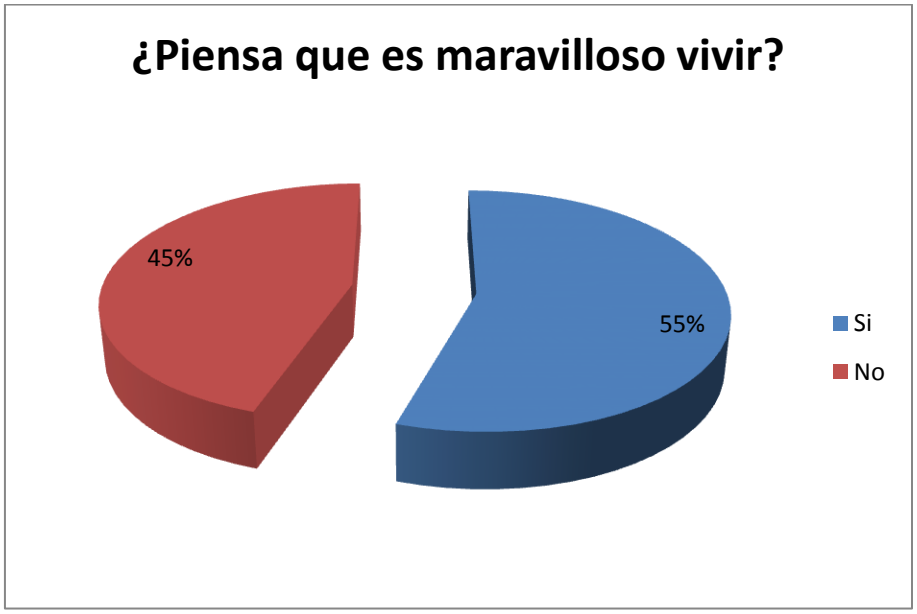
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?



El 15% de los Adultos Mayores afirma tener problemas de memoria, al menos en comparación con sus pares, debido a los efectos de la edad, enfermedad, la actividad laboral que desempeñaron antes e incluso los hábitos de ocio.

En comparación al 85% de los Adultos Mayores que manifiesta no tener ningún problema de memoria, ya que se ubican en tiempo (fecha, día, mes y año,) y espacio(lugar donde se encuentran, la ciudad, la provincia y la nación).

¿Piensa que es maravilloso vivir?



El 55% de los Adultos Mayores expresa que vivir es maravilloso, ya fuese por el acumulado de recuerdos y experiencias positivas, momentos de alegría familiares y sociales que hacen del proceso de rememoración

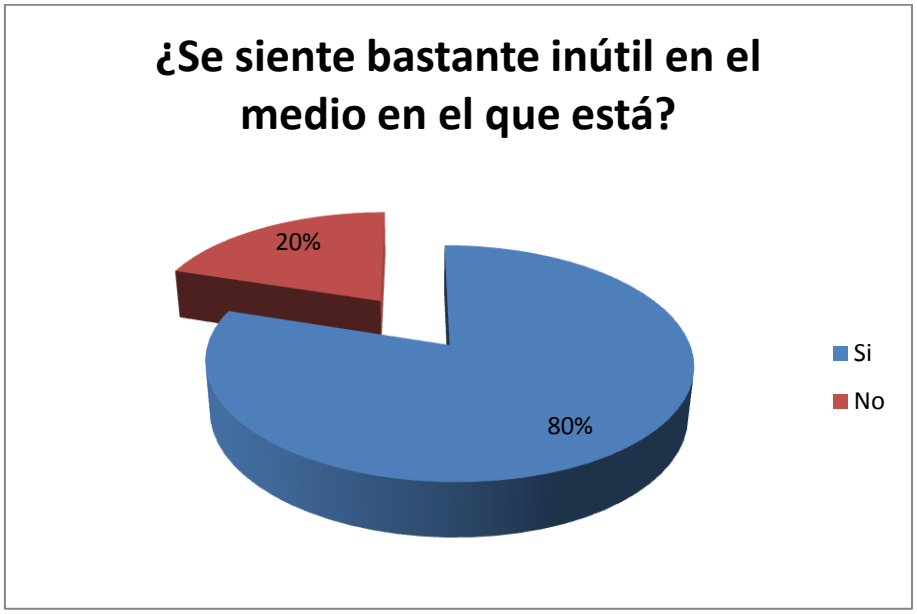
EL otro 45% de los Adultos Mayores piensa que no es maravilloso vivir, por su experiencia de vida, no se sienten aceptados por su familia y también por la sociedad, se sienten aislados y abandonados.

¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?

El 50% de los Adultos Mayores dice que se siente a menudo desanimado y melancólico, hacen referencia a sentirse así por la poca actividad que hacen en el hogar, ya que la única actividad es caminar por los jardines y charlar con otro Adulto Mayor, hacen referencia que la única visita que reciben son lo algunos estudiantes universitarios o escolares, se siente abandonados tanto por sus familiares como de las autoridades.

El otro 50% de los Adultos Mayores dice no sentirse desanimado ni melancólicos, ya que se retroalimentan con las charlas de otros Adultos Mayores, se sienten acompañados y protegidos por los cuidados que les brindan las hermanas dentro del Hogar San Ramón.

¿Se siente bastante inútil en el medio en el que está?



El 80% de los Adultos Mayores se sienten inútil en el Hogar y hacen referencia que quisieran ayudar al Hogar, pero que por sus condiciones ya no pueden, sienten que son una carga para las hermanas y para la sociedad, dicen que por ser inútil sus hijos los echaron de la casa y los trajeron al Hogar.

El otro 20% de los Adultos Mayores refieren no se sienten inútiles, ya que de alguna u otra manera ellos colaboran dentro del Hogar, buscan hacer alguna tarea domestica como agradecimiento a las hermanas del Hogar.

¿Está muy preocupado por el pasado?

El 45% de los Adultos Mayores, refiere que está preocupado en el pasado, están preocupados por lo que no hicieron para mejorar su vida y la de sus hijos. Se echan la culpa por los que ellos están viviendo dicen tener la culpa por el abandono que hicieron sus hijos con ellos.

El otro 55% de los Adultos Mayores, refieren que no están preocupados por el pasado, ya que todo lo hicieron pensando en su familia, que dieron todo lo que pudieron para que sus hijos llegasen a ser profesionales y personas de bien social.

¿Encuentra la vida muy estimulante?

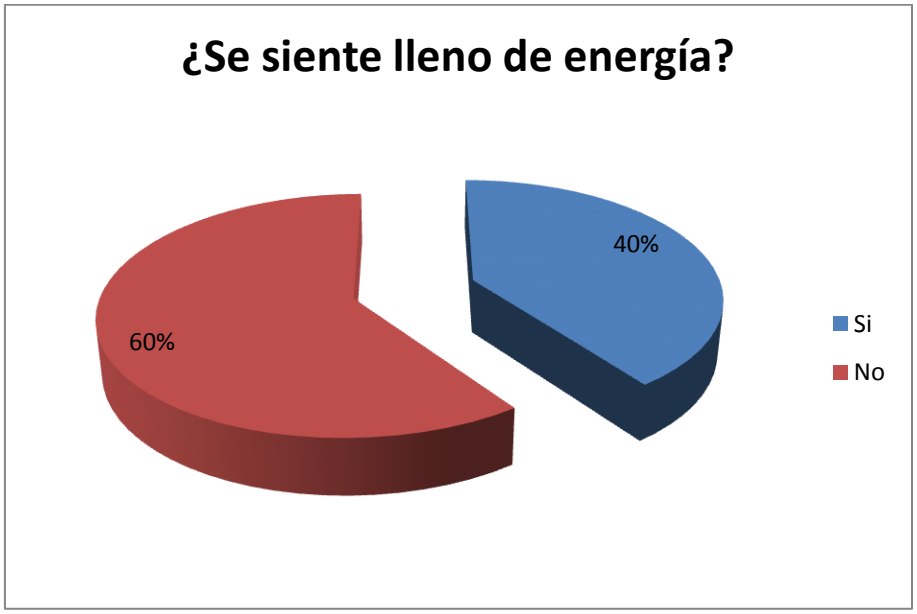
El 55% de los Adultos Mayores, refieren que encuentran estimulante la vida, con todos los pros y contras que les pone la vida, ellos sienten ganas de seguir dando más a su familia y a la sociedad estando dentro del hogar.

El otro 45% de los Adultos Mayores, dice que no encuentra estimulante su vida, que se sienten abandonados por sus familiares que los dejaran en el Hogar y solo fueron un par de veces y que ahora no van a verlos.

¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?

El 30% de los Adultos Mayores refiere que no es difícil poner en marcha nuevos proyectos, ya que para ellos sienten que pueden ayudar en el hogar, ayudan con los otros Adultos Mayores que han perdido su autonomía motriz, los que aun están "sanos" llevan en sus sillas de ruedas o burritos al comedor o a los parques a que tomen sol y luego a sus habitaciones. El otro 70% de los Adultos Mayores, dice que les es difícil poner en marcha nuevos proyectos, refieren que se sienten cansados y sin ánimos, que ya trabajaron mucho mientras podían, sacaron a sus hijos profesionales, ahora solo quieren descansar y disfrutar de su vejez con la compañía de su familia, aunque ellos saben que sus familiares lo dejaron en el hogar porque ya no podían tenerlos en sus casas por diferentes motivos(económicos, falta de tiempo para la atención adecuado que un adulto mayor necesita). Para ellos les es difícil poner en marcha nuevos proyectos por su avanzada edad y por sus condiciones de vida actual.

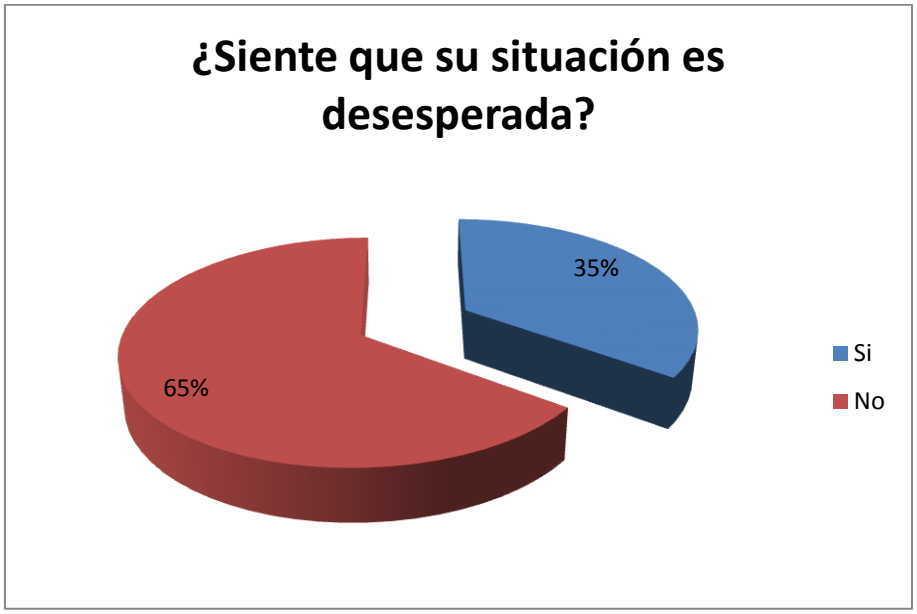
¿Se siente lleno de energía?



El 40% de los Adultos Mayores refiere que sí se siente con energía, para seguir ayudando en el hogar con los otros Adultos Mayores que han perdido su autonomía motriz, los llevan en la silla de ruedas hasta el comedor o a los jardines a tomar sol. Ellos todavía tienen una esperanza de vida con ellos y con sus pares.

El otro 60% de los Adultos Mayores, refiere que no siente energía para hacer las cosas que hacía antes que están cansados de haber trabajado mucho en su vida y que ahora están en un hogar, se sienten solos aunque tienen amigo en el hogar pero no tienen a alguien que los motiven a seguir luchando que ya sus hijos crecieron y están muy ocupados con sus cosas que no tienen ni tiempo de venir a verlos.

¿Siente que su situación es desesperada?



El 35% de los Adultos Mayores sienten que su situación de vida es desesperante, ya que no pensaron que sus familias los iban a abandonar. Es desesperante ya han dejado de hacer las cosas que hacían antes, su trabajo, su familia y amistades, ahora se sienten dependientes.

El otro 65% de los Adultos Mayores refiere que no siente que su situación de vida sea desesperante, dicen que todos los que están en el hogar están en la misma situación y que es regla de la vida llegar a ser Adulto Mayor.

¿Cree que mucha gente está mejor que usted?

El 40% de los Adultos Mayores refiere que si cree que mucha gente esté mejor que ellos, porque se sienten aislados y abandonados por su propia familia, refieren que sus familiares están mejor sin ellos, que ellos ya estorbaban para los interés de sus hijos, unos Adultos Mayores dicen que sus hijos lo hicieron firmar para poder vender la casa donde ellos vivían para luego dejarlos en el hogar. También se sienten abandonados por la misma sociedad, dicen que los políticos van cuando están en elecciones pero luego se olvidan de ellos, pareciera que ya no existen para la sociedad.

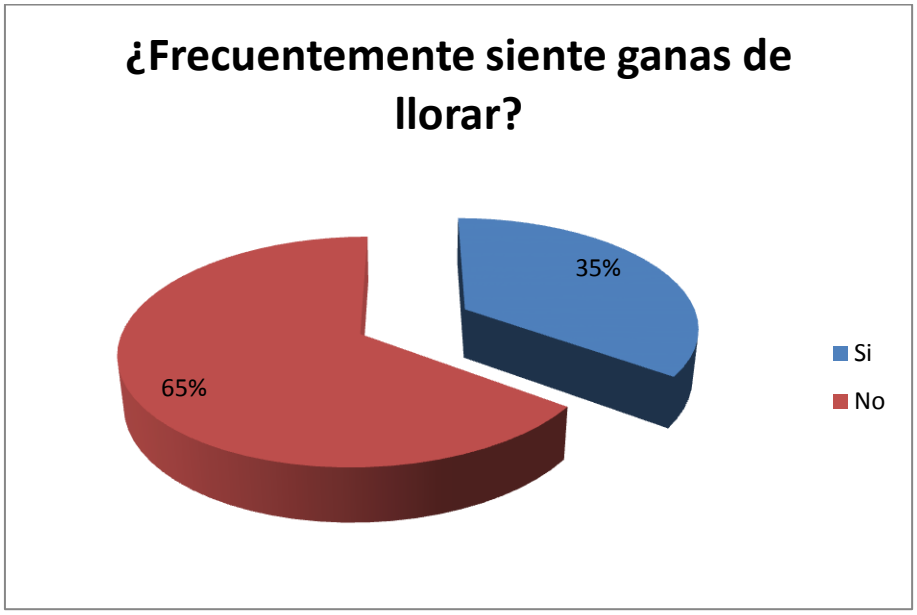
El otro 60% de los Adultos Mayores cree que no, hay Adultos Mayores que esté mejor que ellos, ya que tienen un hogar que los cuida y protege, que dentro de hogar tienen amigos con los que charlan cada día.

¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?

El 35% de los Adultos Mayores refiere que se preocupa frecuentemente por pequeñas cosas, mayormente se preocupan por su familia, sus nietos que no los vienen a ver, se preocupan por su propia salud y por la de sus amigos o compañeros de habitación. Cuentan como sus amigos van dejando el mundo (mueren) es cuando ellos empiezan a pensar que la vida es tan linda y cruel a la vez, que trabajaron mucho toda su vida y terminar abandonados por su propia familia en el Hogar.

El otro 65% de los Adultos Mayores, dicen que no se sienten preocupados, que ahora solo viven el momento tratan de no pensar en su familia que extrañan mucho pero que al mismo tiempo ellos los abandonaron en el Hogar. Pero que han encontrado una mejor familia del cual comparte alegrías y tristezas, y se sienten aceptados y comprendidos por el Hogar.

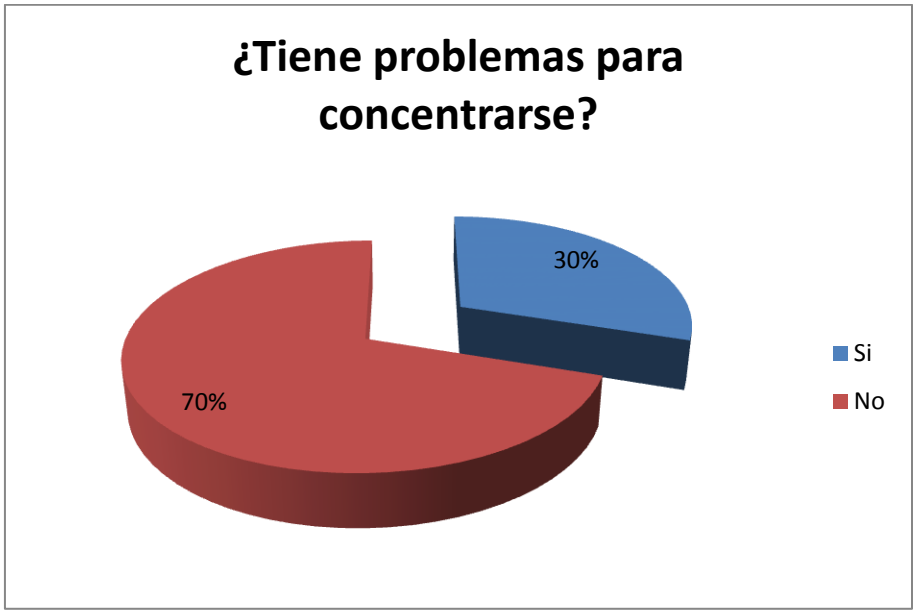
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?



El 35% de los Adultos Mayores sienten ganas de llorar, por el sentido de soledad, de abandono por parte de sus familiares. Refieren que todos los días esperan a algún familiar y ver que termina el día y que nadie vino a verlos le causa mucha tristeza y lloran. También hacen referencia que les preocupa mucho su salud, que cada día están con algún problema, cada vez ven menos, o escuchan menos, se sienten más lentos al caminar y sienten miedo a caerse y romperse hueso y quedar dependientes.

El otro 65% de los Adultos Mayores hace referencia que no sienten ganas de llorar frecuentemente, que les da tristeza no estar con su familia pero también han encontrado nuevas amistades dentro del hogar y eso les distraen ahora ellos sienten que tienen nueva familia y nuevos amigos.

¿Tiene problemas para concentrarse?



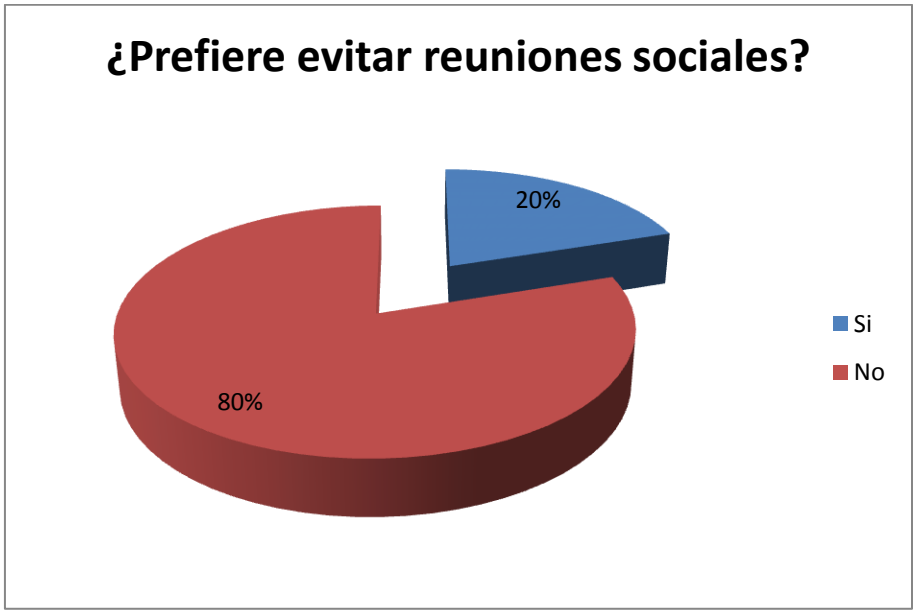
El 30% de los Adultos Mayores dice que siente que le cuesta más concentrarse, tiene más problemas de concentración y memoria, algunos días no saben ni el día en que están, otros piensan que siguen en su casa y empiezan a llamar a sus hijos.

El otro 70% de los Adultos Mayores, refiere que no tienen problema de concentración, que se ejercitan leyendo o haciendo crucigramas. También dicen que el charlar con otras personas les ayuda con su concentración.

¿Se siente mejor por las mañanas al levantarse?

El 50% de los Adultos Mayores, dicen que se sienten mejor por la mañana al levantarse, que se levantan con ganas de ayudar a las Hermana con los otros Adultos Mayores que tienen algún problema motriz. O salen a caminar por el Hogar, toman sol en uno de los parques, y charlan con sus amigos que tienen en el hogar, y cuando hay visitas de estudiantes o grupos de personas les gusta participar en las actividades que realizan las visitas. El otro 50% de los adultos Mayores, dice que le da igual por la mañana o por la tarde, que ya no esperan nada mas la voluntad de Dios. No se sienten con la misma energía que hacen años, ellos cuentan que antes se levantaban temprano para ir a trabajar y no se sentían cansados, que podían trabajar de sol a sol para poder llevar a sus casas el pan de cada día. Ahora se sienten cansados y sin ánimo. También dicen que ya no esperan a nadie, que sus hijos y nietos les han olvidado de ellos, es por eso que dicen sentirse igual de mañana que de tarde.

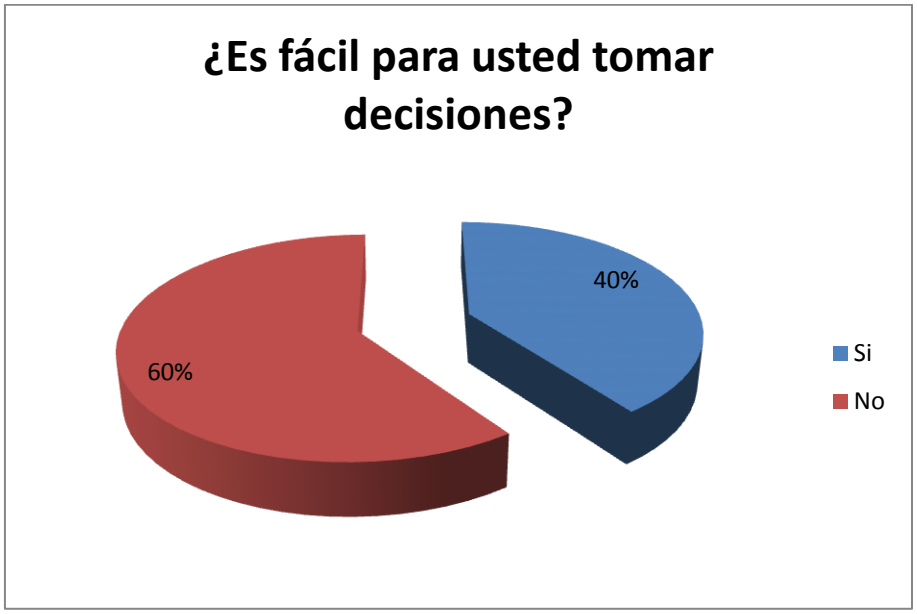
¿Prefiere evitar reuniones sociales?



El 20% de los Adultos Mayores refieren que prefieren evitar las reuniones sociales, dicen que ya no están en edad participar una reunión, que ya no tienen paciencia para ir y sentarse a escuchar. Prefieren quedarse en sus habitaciones leyendo o hacer otras cosas, como ir a la lavandería y ayudar con el lavado de la ropa o ir a doblar la ropa de los otros Adultos Mayores que están en pabellones como enfermería y especial.

En cambio el otro 80% de los Adultos Mayores dicen que les gusta participar en reuniones, ya que se sienten acompañados, pueden expresar sus sentimientos y otros los escucha, que les gusta participar porque comparten experiencias y otras cosas, como ser (un café, masitas o galletas). Estando rodeados de personas más joven se llenan cariños y por un momento se olvidan del sentimiento de abandono que sienten frecuentemente.

¿Es fácil para usted tomar decisiones?



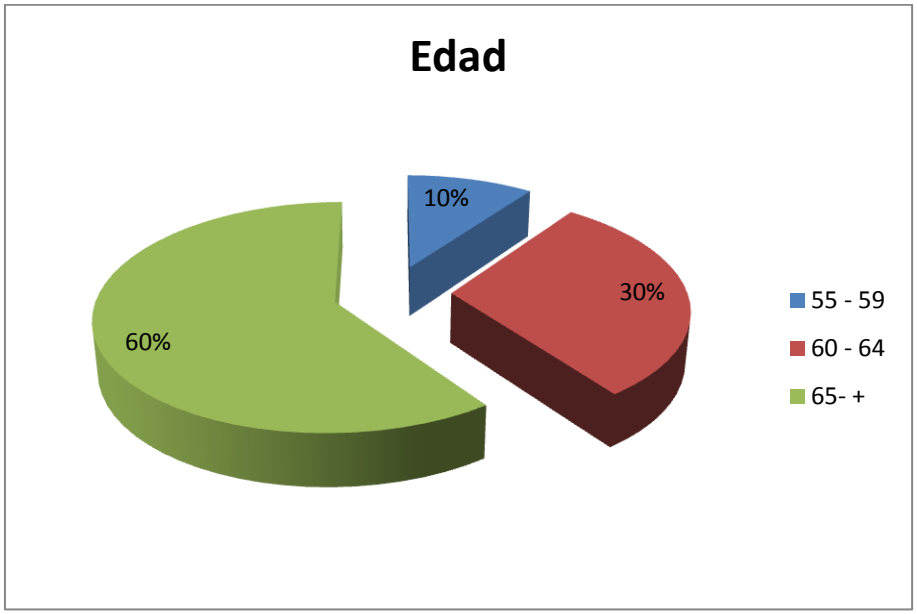
El 40% de los Adultos Mayores, refieren que les es fácil tomar decisiones, que se sienten capaz de seguir trabajando para ellos mismos, que siempre han trabajado para sacar adelante a su familia, para que sus hijos estudien y sean personas de bien, y que ahora no sería la excepción. El otro 60% de los Adultos Mayores dicen que no les es fácil tomar decisiones, ya que ahora no se sienten con las mismas ganas de hacer las cosas que años atrás, que ahora hasta para salir del Hogar tienen que pedir permiso a la Madre Superiora. Que ya no pueden caminar como antes o subir a un minibús rápido, se sienten cada día más lentos y cansados. No pueden tomar decisiones, por sus diversas enfermedades geriátricas, tienen que estar al pendiente de sus medicamentos y de las citas que tienen con el médico, y con el fisioterapeuta para ejercitar sus huesos. No pueden tomar decisiones porque ahora son parte del Hogar, las hermanas son las que deciden si está bien o no.

¿Su mente esta tan clara como lo acostumbraba a estar?

El 55% de los Adultos Mayores dicen que su mente es tan clara como lo acostumbraba estar, que se ubican en tiempo (responden con claridad el día, el mes, el año actual). A nivel cognitivo ellos saben en espacio (Saben donde están, la planta en la que están, la ciudad, la provincia y el país) la mayoría de los encuestados respondieron correctamente el test del mini mental.

El otro 45% de los Adultos Mayores, dicen lo contrario, ellos creen que a medida que pasa el tiempo se sienten que van perdiendo la claridad de su mente, se sienten con problemas para concentrarse o retener nueva información, cada vez les cuesta mas recordar nombres nuevos.

6.3.Cuestionario ADAPTACION SOCIAL

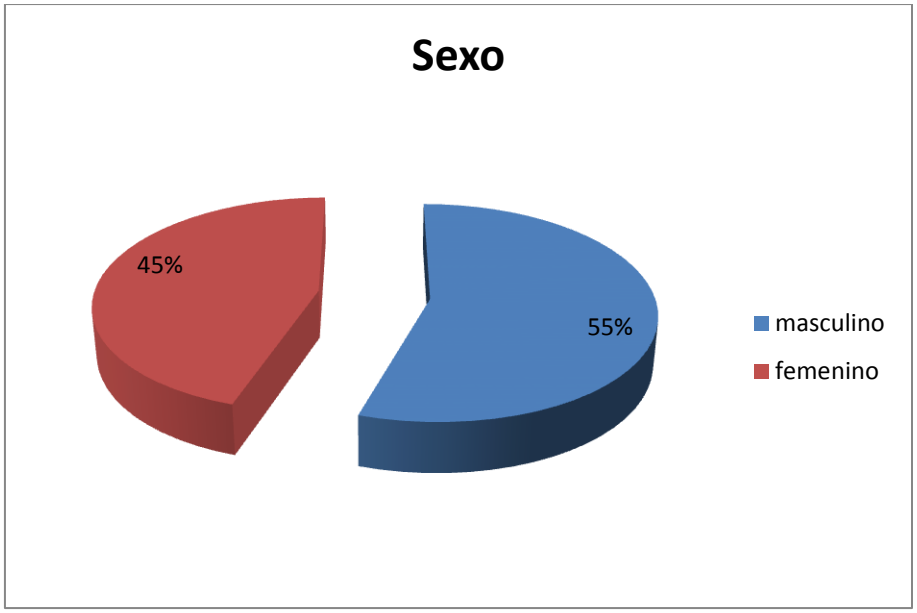


El 10% de los Adultos Mayores entrevistados tienen una de edad de 55 a 60 años. Como se ven en el grafico, son pocos los adultos mayores que entran a esta edad ya que la gran mayoría sigue trabajando y haciendo una vida social pena. Los que entran a esta edad son los adultos mayores que tienen algún problema de salud, mental o físico, como una gran mayoría por abandono familiar.

El otro 30% de los Adultos Mayores entrevistados tiene una edad de 60 a 64 años, como se ve en el cuadro que ya va incrementando el porcentaje de los adultos mayores institucionalizados.

Y el 60% de los Adultos Mayores tienen edad de 65 a más. La mayoría por abandonos.

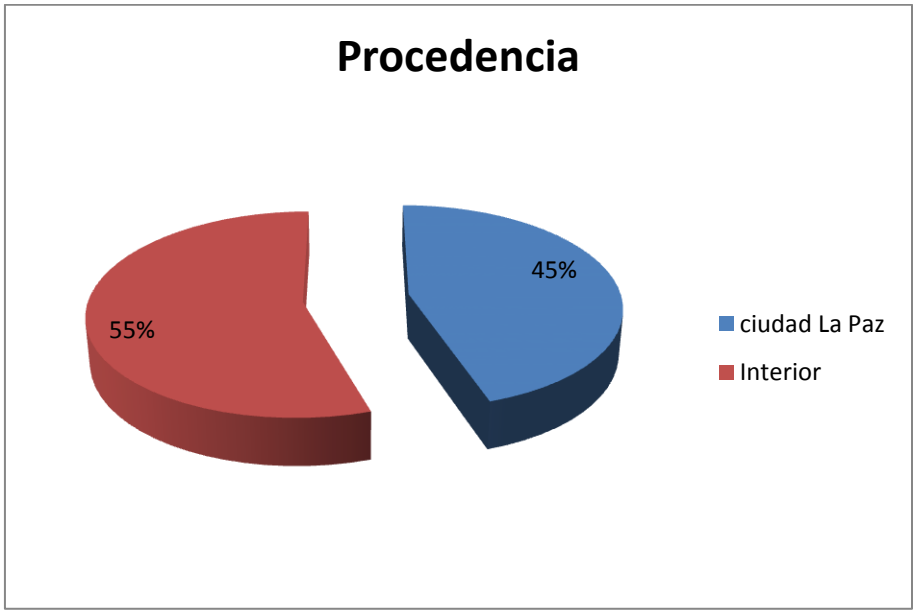
Pregunta 2



El 55% de los Adultos Mayores que hacen mi población, son de sexo masculinos. Este resultado se dio al azar, ya que la gran población institucionalizada dentro del hogar de adultos mayores son mujeres, los varones por alguna razón mueren antes que sus esposas, o también quedan viudos. Los adultos mayores varones están más predispuestos a participar en las actividades realizadas en el hogar San Ramón.

El otro 45% de los adultos mayores son de sexo femenino, ellas están siempre predispuesta a participar en las actividades que se realizan en el hogar, la mayoría de las mujeres institucionalizadas son viudas, y les toca seguir en la vida sola.

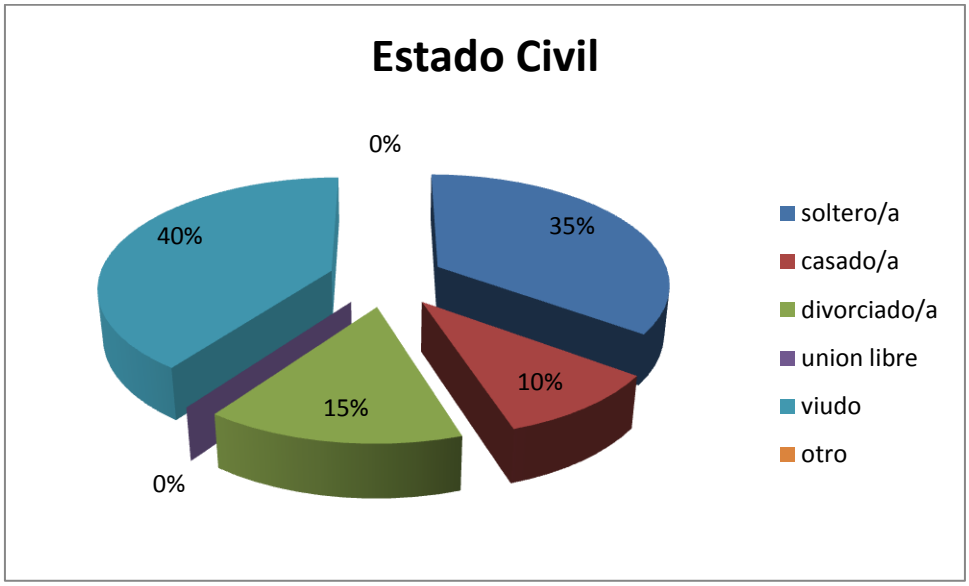
Pregunta 3



El 45% De los Adultos Mayores son de la ciudad de La Paz, la gran mayoría de ellos cuenta con una renta de trabajo más el bono dignidad, ellos cuentan que trabajaron en empresas o han sido profesores de escuelas de la ciudad de La Paz. Una parte dice que sus hijos migro a España o Argentina, al principio los dejaron con sus nietos, luego volvieron y se llevaron a los nietos y los dejaron solo.

El otro 55% de los Adultos Mayores son del interior del país. La mayoría vienen de provincias del departamento de La Paz, son adultos que sus hijos han migrado a otro lugar del país dejándolos solos a sus padres.

Pregunta 4



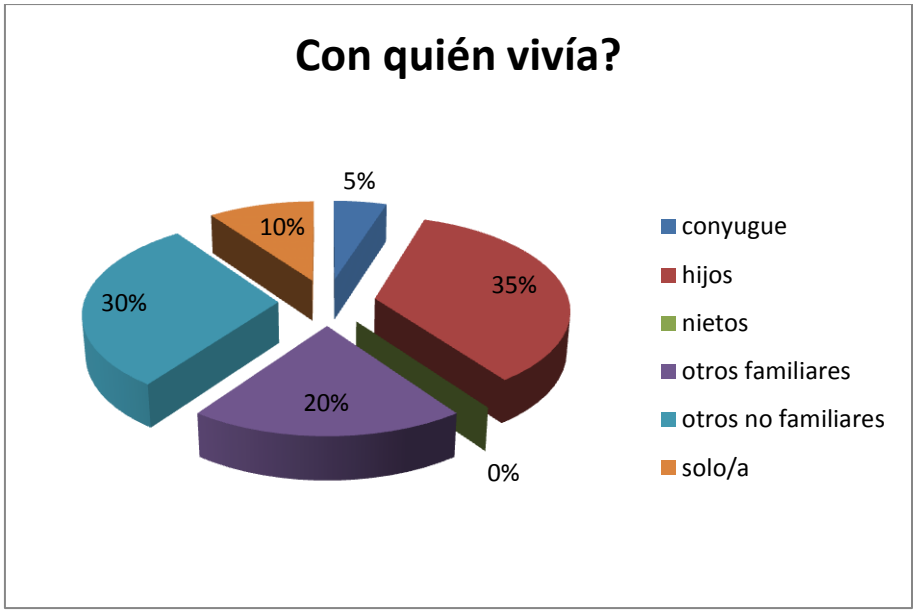
El 35% de los Adultos Mayores son solteros, refieren que no se casaron por motivos personales y por elección de vida, pero si han tenido hijos.

El 10% de los Adultos Mayores son casados, algunos viven con su pareja en el hogar, ya que hay habitaciones para parejas establecidas.

El otro 15% de los Adultos Mayores dicen que son divorciados, por motivos personales son divorciados.

El 40% de los Adultos Mayores refieren que son viudos/as, vivieron muchos años con sus esposos/as pero que Dios y el destino los separo, algunos enviudaron en el hogar.

Pregunta 5



El 5% de los Adultos Mayores refiere que antes de estar en el Hogar vivía con el conyugue, después que el falleciera y no tener a nadie fue que decidió ir a vivir al Hogar.

El otro 35% de los Adultos Mayores dicen que vivían con algún hijo, pero que este hijo se caso y ahora el tiene su propia familia que ya no tiene tiempo ni espacio para tenerlo en su casa, es por esta razón que son llevados al Hogar.

El 20% de los Adultos Mayores refieren que vivían con otros familiares, la mayoría dice que son su sobrina o hermana.

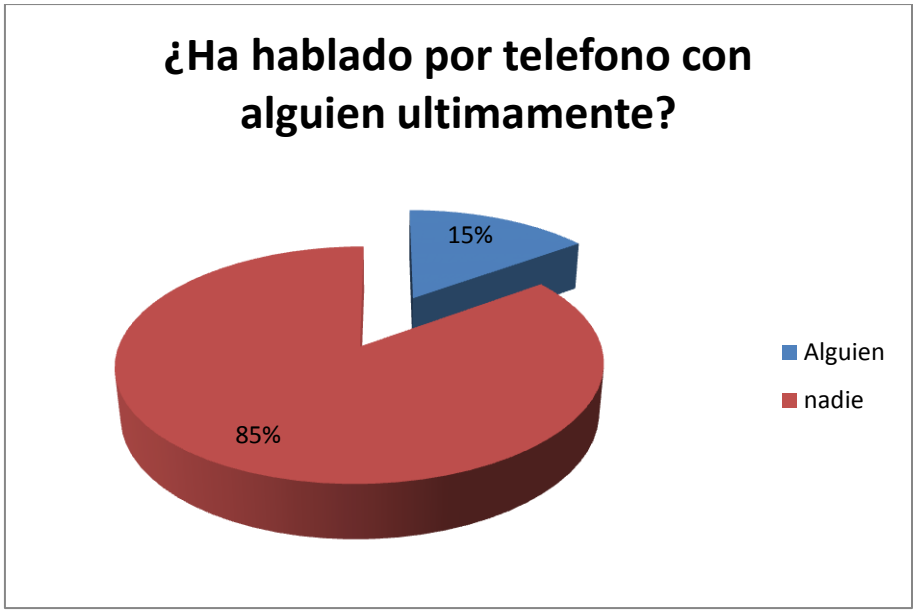
El otro 30% de los Adultos Mayores dicen que vivían con otras personas que no son sus familiares si no sus amigos o personas que le tomaron cariño y los alojaron en sus casa, pero tuvieron problemas y por esa razón tuvieron que llegar a vivir en el hogar.

Pregunta 6

El 25% de los Adultos Mayores refieren que si lo visitan, estas visitas son de algún hijo, nietos o amigos de donde vivían. Al hacerles esta pregunta ellos mostraron gran tristeza en su rostro porque cada año vienen menos a verlos, dicen que antes venían para cada fecha importante, para sus cumpleaños o fiestas de fin de años (Navidad o año nuevo), pero que ahora son menos las visitas, solo vienen alguna vez, y terminan diciendo que no tienen tiempo.

El otro 75% refieren que nadie de sus familiares los visita, que ya se olvidaron o que tal vez piensen que ya no están vivos. Solo cuentan con la visita que hacen los voluntarios, estudiantes o personas de la caridad.

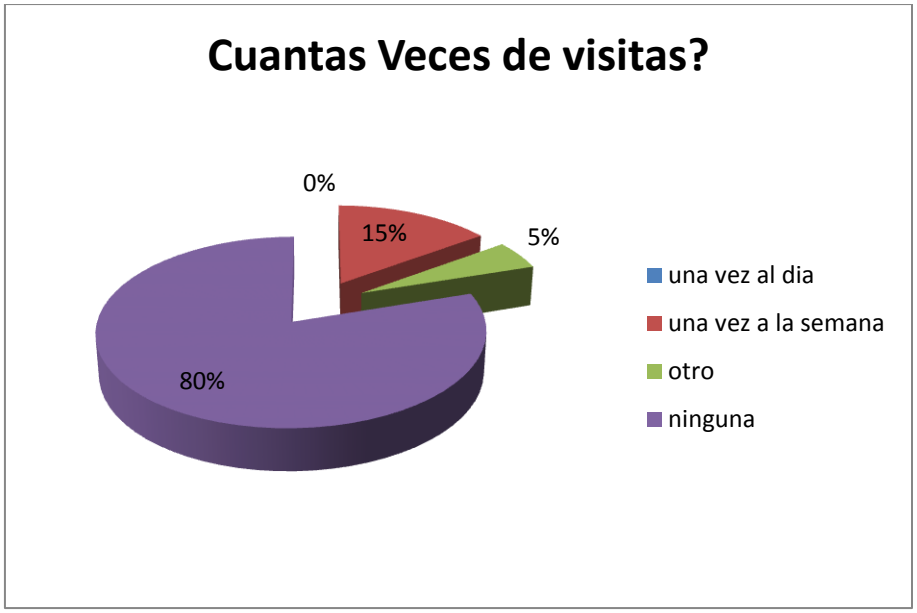
Pregunta 7



El 15% de los adultos mayores refieren que hablan por lo menos una vez a la semana con alguno de sus familiares. Que también tienen sus celulares y ahí les es más fácil para llamarlos aunque ahora están perdiendo la vista y no logran escuchar como antes. Hay días que los llaman pero como no escuchan el celular no logran responder las llamadas.

El otro 85% de los adultos mayores dicen que nadie les llama, no tienen celulares y también que están sorditos, no logran escuchar. También dicen que prefieren que vengan a verlos a que lo llamen, que quieren ver cómo están los hijos y los nietos.

Pregunta 8

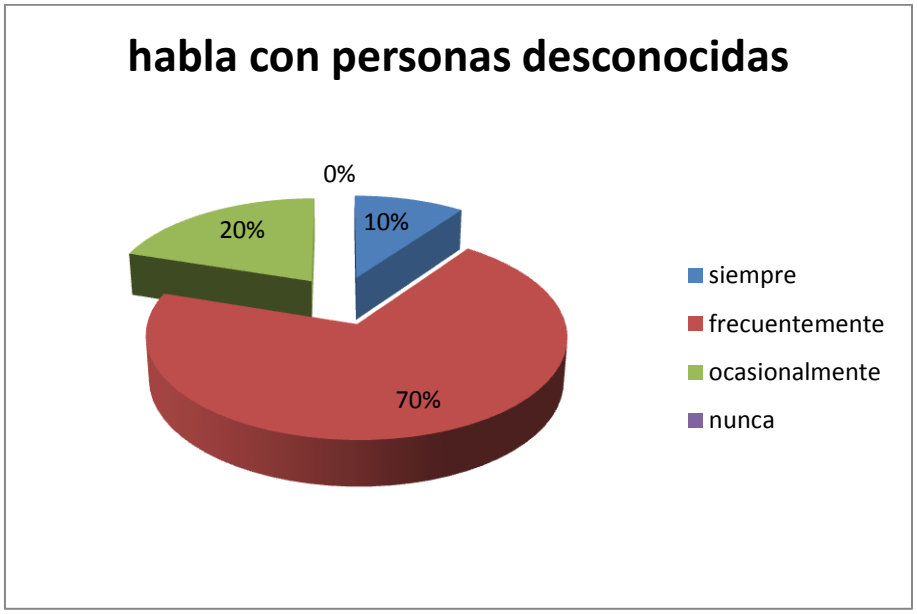


El 15% refieren que lo visitan una vez a la semana, dicen que mayormente los visitan los fines de semanas o cuando ellos se sienten un poco mal de salud, las Hermanas los llaman a sus familiares para que vengan a ver a su Adulto Mayor.

El otro 5% de los Adultos Mayores, dicen que vienen a verlos cualquier rato, hay días que vienen una vez a la semana otra al mes, no tienen una fecha.

El 80% de los Adultos Mayores, refieren que ningún día desde que los dejaron en el hogar no volvieron más. Otros dicen que vinieron los primeros mese, pero que ahora ya nadie va a visitarlos, que las hermanas los llaman a los número telefónicos que dejaron de referencias y que ya nadie responde o que ya no existen esos numero.

Pregunta 9



El 10% de los Adultos Mayores refiere que habla siempre con todas las personas que entran en el hogar es más, les gusta charlar con personas desconocidas y así aprenden de cosas nuevas.

El otro 70 % de los Adultos Mayores dicen que hablan con las personas que entran al hogar ya sean de voluntarios o visitas frecuentemente, ya que le traen duces y galletas. También hay visitas que les traen libros e historietas para leer y así distraerse. O se ponen en unos de los jardines a tomar sol y de paso a charlar con las personas que están cerca a ellos.

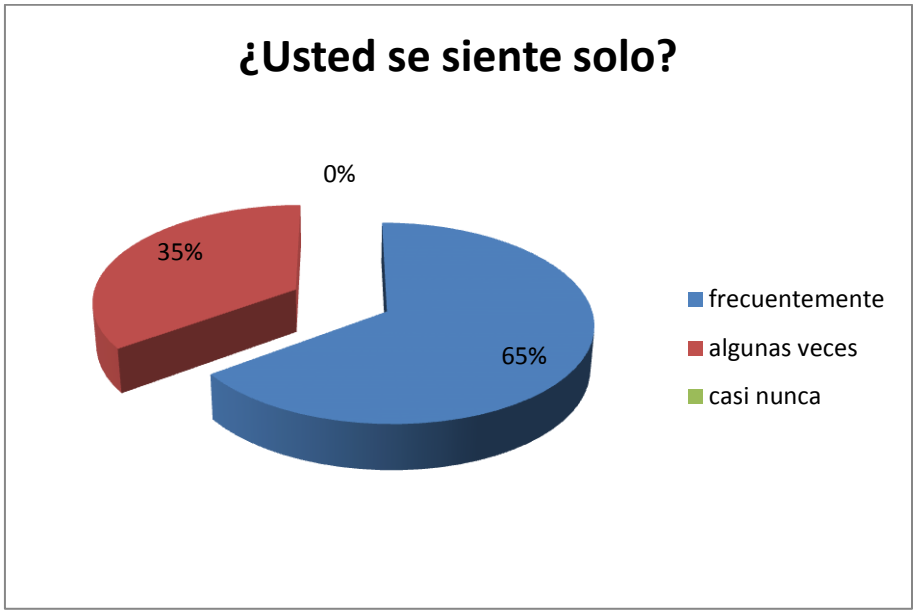
El 20% de los Adultos Mayores dicen que hablan con personas desconocidas ocasionalmente, ya que les dan desconfianza, tienen miedo a que le saquen información y luego se los digan a las Hermanas.

Pregunta 10

El 5% de los Adultos Mayores refieren que tienen una amiga o familiar en quien confiar, ellos dicen que siempre hay alguien en quien confiar, y uno tiene que tener a alguien a quien contar sus cosas.

El otro 95% de los Adultos Mayores dicen que no tienen a nadie en quien confiar, ya que en su momento confiaron y les fue muy mal, ahora aprendieron de eso y ya no quiero saber de nadie. También dicen que a la única persona que confían es a las Madres y a Dios, ellas no los traicionaran y se sienten seguros con las Madres.

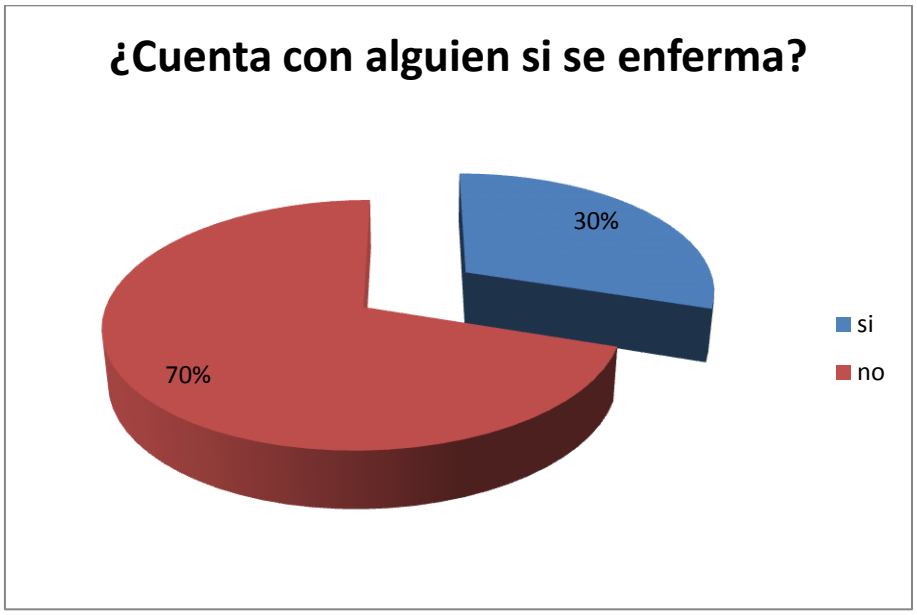
Pregunta 11



El 65% de los Adultos Mayores, refieren sentirse solos, se sienten solos por diversos motivos, alguno de ellos son solo siguientes. Por el abandono que les hacen sus hijos, porque ya no tienen a su pareja con la cual se sentían apoyados, se sienten solos cuando se enferman y nadie de sus familiares los viene a ver o llevar a alguna clínica; se sienten solos porque han cambiado de ambiente sociocultural, y por la sociedad en general. Dicen que nadie los ve y escucha, se sienten como muertos en vida, que los políticos de turno solo van a sacarse fotos con ellos y no vuelven más, que los utilizan para que ellos voten por algún partido y luego desaparecen.

El otro 35% de los Adultos Mayores dicen que se sienten solo algunas veces, cuando ven a algún familiar de otro que vino de visita y no vienen sus familiares.

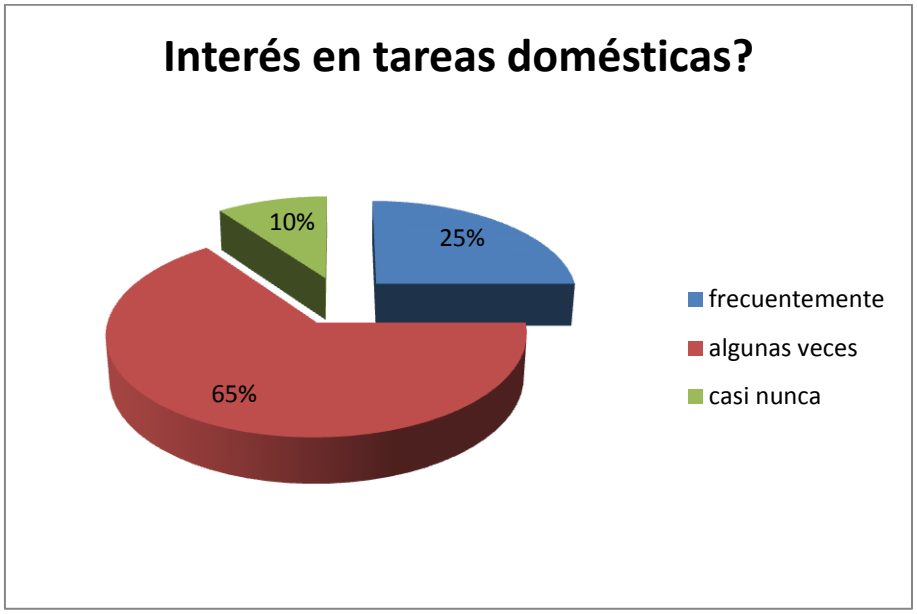
Pregunta 12



El 30% de los adultos mayores refiere que sí, que cuentan con algún familiar (hijo, sobrino, nieto o hermana) que les ayuda cada vez que están enfermos y además cuentan con la ayuda de las Hermanas.

El otro 70% de los Adultos Mayores dicen que no cuentan con nadie si se llegan a enfermar, que están solos, las Hermanas les ayudan y hacen lo que pueden con ellos y están agradecidos por todo lo que les dan, más que eso no tienen.

Pregunta 13



El 25% de los Adultos Mayores refieren que sienten interés por las tareas domesticas, que colaboran en el hogar, limpiando sus habitaciones o algunas aéreas comunes, que les hacen sentir útiles y que todavía sirven para ayudar.

El otro 65% de los Adultos Mayores dicen que sienten interés por las tareas domesticas pero no es siempre, algunas veces ayudan a limpiar algunas aéreas y otras veces lo hacen para solo por cumplir, no porque quieren hacerlo.

El 10% de los Adultos Mayores dicen que prefieren descansar y no hacer nada, que nos les llama la atención los quehaceres domésticos.

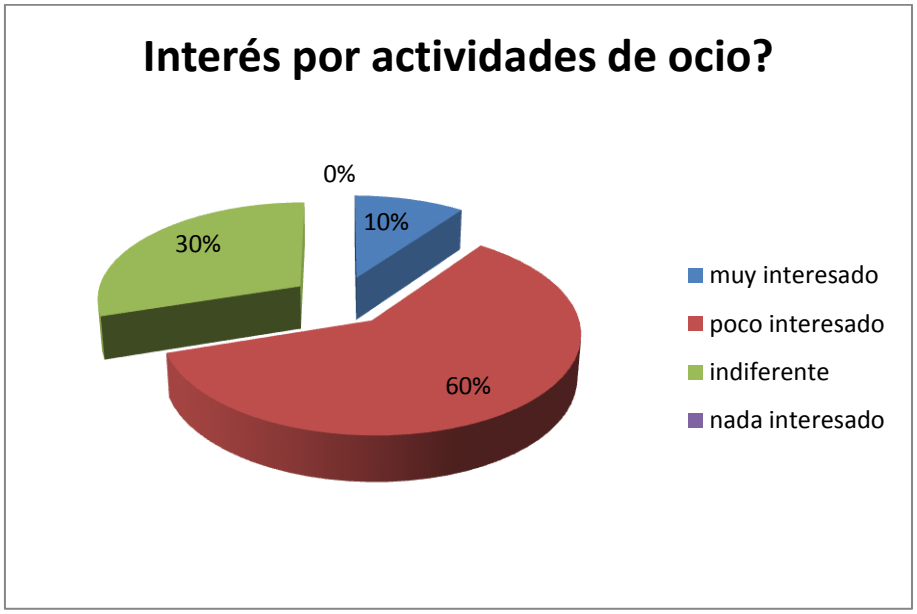
Pregunta 14

El 10 % de los Adultos Mayores refiere que está muy satisfecho con las actividades realizadas por el hogar, ya que tienen las visitas de jóvenes que les traen alegrías y dulces, lo que les gusta a ellos.

El otro 85% de los Adultos Mayores refiere que esta poco satisfecho con las actividades que realiza el Hogar, ya que solo cuentan con la visita de personas ajenas al hogar que les alegran la mañana o la tarde luego se va y vuelven a sus rutinas diarias.

El 5% de los Adultos Mayores refieren que están nada satisfechos, porque no hay ninguna actividad del hogar, todas son de personas ajenas del hogar, son de estudiantes y voluntarios.

Pregunta 15

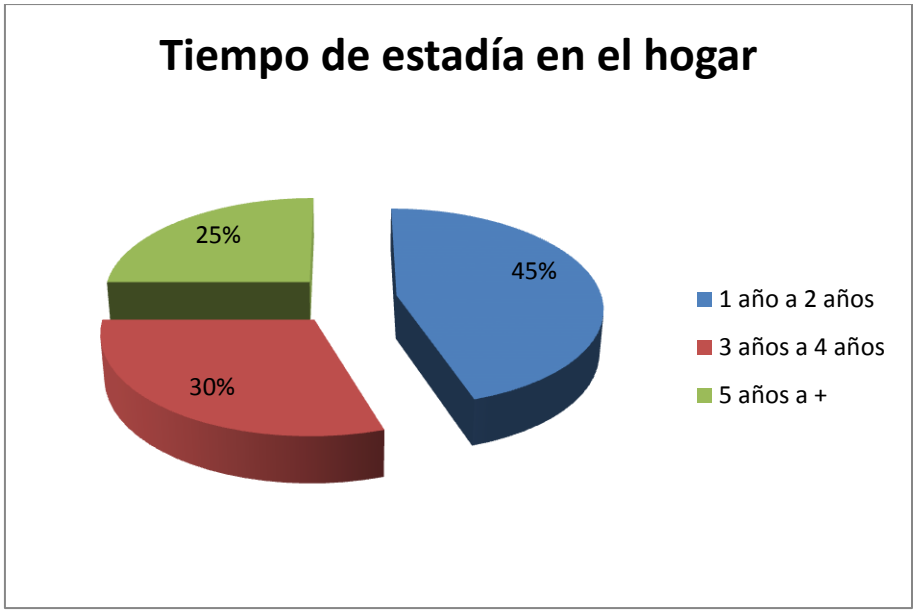


El 10% de los Adultos Mayores refieren que sienten interés por las actividades de ocios, les gusta mucho pintar los dibujos que traen un padre que les da catequesis, también les gusta participar en las actividades que dan los voluntarios.

El otro 60% de los Adultos Mayores, refieren que están poco interesados, ya que no hay mucho que hacer en el hogar, más que ir al comedor y esperar la hora de alimentación y al final de la tarde les hacen acostar temprano.

El 30% de los Adultos Mayores dicen que les es indiferente, que pueden participar como no, que ya les da lo mismo.

Pregunta 16



El 45% de los Adultos Mayores dicen que están en el hogar entre 1 año a 2 años, refieren que se sienten muy incómodos, ya que no están en su casa y ahora tienen que acatar nuevas reglas que les pone el Hogar.

El otro 30% de los Adultos Mayores dicen que están de 3 a 4 años en el hogar, ellos dicen que ya están más habituados a su nuevo estilo de vida, pero que todavía no pueden aceptar es que sus nuevos amigos vayan falleciendo de a poco.

El otro 25% de los Adultos mayores refieren que están más de 5 años, ellos están más habituados al hogar pero aun así están tristes. Se sienten incomprendidos y poco aceptados por la sociedad, se sienten una carga social.

Capítulo VII

CONCLUSIÓN

Actualmente en el Estado Plurinacional de Bolivia, la población de Adultos Mayores se encuentra sumido en un estado de vulnerabilidad, por las permanentes denuncias de abandono, maltrato físico, sexual y psicológico en las diferentes instancias descritas con anterioridad, por falta de políticas coherentes de parte de las instituciones gubernamentales en todos sus niveles, que no preveen infraestructura, recursos económicos y servicios de salud suficientes, llegando a relucir un permanente estado de discriminación social sin consideración a las historias propias de sus vidas, logros en beneficio de la sociedad, luchas que determinaron los destinos de los cuales hoy tenemos a bien disfrutar

Solo recompensados con un retiro del campo laboral, disfrute de un insuficiente "bono dignidad" de carácter mensual y jubilación restringida que por tres años consecutivos no tiene el incremento salarial respectivo por considerarse un "sector no productivo" a lo cual tampoco se beneficia del segundo aguinaldo, en un ya maltrecho estado de salud. Todo ello como un reflejo mismo del estado de la sociedad en la cual el incumplimiento a los descuentos por ley en sistemas de transporte en general y no solamente los contemplados en una visión empresarial, además del acceso a la recreación y espacios urbanos adecuados para los adultos mayores tanto de tránsito como de espacio, junto con el acceso a un sistema de salud específico a las necesidades médicas, psicológicas y sociales con herramientas diagnosticas adecuadas para el tipo y necesidades de pacientes adultos mayores.

La presente investigación realizada en el Hogar San Ramón ubicado en el Barrio de Achumani zona sur de la ciudad de La Paz utilizando la prueba Test Mini Examen Cognoscitivo como criterio de pre-selección de la muestra, arrojo importantes datos acerca de la población estudiada con respecto a los objetivos planteados. De tal forma que el objetivo general planteado por la investigadora: Describir los estados depresivos y las dificultades de adaptación social por los que atraviesan los adultos internos del Hogar San Ramón de la ciudad de La Paz en la gestión 2016.

De acuerdo a los resultados obtenidos a través de las pruebas Mini Examen Cognoscitivo, YESAVAGE y Cuestionario de Adaptación Social tipo LIKER se concluye:

Se encuentran tres estados depresivos: Normal, Leve y Profundo. En una Observación más objetiva en el Estado Depresivo Profundo demuestra dificultades a nivel de adaptación social en diferentes factores importantes de la vida como el haber renunciado a muchas de sus actividades e intereses produciendo altos niveles de aburrimiento con ideas recurrentes pensamientos que no pueden sacarse de la cabeza y problemas de memoria, sentimientos de ser excluidos de la sociedad y de sus propias familias, problemas de concentración, lo cual refleja un sentimiento de vida vacía y desolada, sin esperanza ni menos estimulante

Dónde se ha observado por medio de la aplicación del Instrumento Test Yesavage que el 45% de la muestra tiene Depresión Leve debido a que el proceso de adaptación social muestra que factores como el estado de humor con referencia a los pares y la posibilidad de hacer nuevas amistades, se encuentra que se identifican con mejores condiciones de memoria con respecto a los demás, con una postura neutra hacia la vida.

El diagnóstico de los niveles de los estados depresivos da información respecto a los porcentajes afectados de la población – muestra en torno al estado depresivo profundo en un 45%, similar al leve y con un porcentaje residual del 10% para un nivel "normal". Por lo tanto considerar estos como datos que deben llamar la atención a la institución, profesionales de la salud y a la sociedad en general, empoderar a la población en cuestión a fin de involucrar a las autoridades civiles en construir políticas de protección y lucha contra la depresión en el Adulto Mayor.

De tal forma que los factores insidiosos relacionados a los estados depresivos son descritos como: Factores Genéticos, Factores Fisiológicos y Factores Ambientales. En los factores genéticos se debe tomar en cuenta si algún familiar presente o haya presentado antecedentes de depresión, lo cual aumenta las posibilidades de predisposición a presentar el cuadro en el Adulto Mayor con diferentes grados de depresión. Los Factores Fisiológicos propios de esta edad de la vida, el no contar ya con la misma vitalidad y el interés por las actividades cotidianas que se ven severamente disminuidas por los constantes problemas de salud como dolores óseos, musculares y otros cuadros de índole somática, además de la predisposición a desarrollar

psicopatologías propias de la edad como: Alzheimer, Demencia Senil. Factores Ambientales como en la familia, ellos sienten inútiles que ya no pueden seguir aportando a su familia como lo hacían antes, ya no pueden cocinar o cuidar a los nietos, tienen sentimientos inferiores. También, se refiere a la falta de comunicación, tienen dificultad para comunicarse con los otros Adultos Mayores, les cuesta más entablar una charla con sus compañeros de pabellón o de habitación, se van aislando lentamente esto también se debe a que ellos llegan y tienen uno o dos amigos que luego llegan a morir y ellos sienten mucho la perdida y es por eso que ellos se van cerrando no dejando entrar más personas en sus vidas. También se debe que han trabajado mucho y ahora ya no tienen trabajo, al estar desempleados les da sentimientos de tristezas y de inferioridad.

Por lo tanto los factores insidiosos se presentan lentamente de forma que el profesional a cargo del adulto mayor pase por inadvertidos los signos y síntomas propios de la depresión encaminando al Adulto Mayor hacia un cuadro Depresivo. Estos factores pueden ser tomados por inadvertidos o al menos menospreciados por no tomar en cuenta que las capacidades de adaptación social y resiliencia son bastante diferentes en el caso a caso, generaciones y edades.

El Adulto Mayor al momento de su institucionalización comienza un proceso de adaptación social, donde se debe producir un acatamiento de nuevas normas generales que se ajustan a la nueva realidad y que por lo general no se realizaban en su anterior hogar, sin embargo en un primer punto estas normas no involucran el cambio de sus opiniones privadas. Sin embargo un segundo punto de adaptación como es la identificación dónde incorpora las nuevas normas del grupo, acepta y asimila las

costumbres hacia las cuales debe alinearse. Finalmente la internalización proporciona al Adulto Mayor la adaptación hacia su nueva sociedad absorbiendo por completo los principios, juicios y evaluaciones codificadas que son parte de su grupo social.

Por lo tanto factores socio ambientales que interfieren en el proceso de adaptación social son la ausencia sistemática de visitas por parte de la familia, que como sub producto deriva la ausencia de referencias en caso de alguna emergencia tal como de índole de salud, la disminución en la cantidad de actividades de interés para los Adultos Mayores Institucionalizados en referencia proporcional con el tiempo de estadía que van acumulando. Otro factor interesante es el paulatino encapsulamiento por el cual atraviesan los adultos mayores a raíz del abandono familiar y el rechazo hacia los nuevos integrantes al sentir su espacio personal súbitamente invadido.

Si bien en la actualidad se han promulgado leyes en beneficio de la población de Adultos Mayores con la finalidad de respaldar sus derechos y deberes, beneficios económicos y la posibilidad de aportar económicamente a la familia, el acceso a la formación profesional por medio de la universidad municipal del adulto mayor que permite la realización personal de cada uno, aquel punto que se encuentra en la cima de la pirámide de Maslow, la realización personal por medio de la formación profesional.

RECOMENDACIONES.

Es importante por parte de las autoridades gubernamentales en todos sus niveles de gobierno un estudio sistemático de las falencias, necesidades estructurales, de salud, psicológicas, normas y leyes readecuadas junto con la introducción de mecanismos de control, fiscalización y socialización de éstas en beneficio del Adulto Mayor. Incorporando a ello políticas de formación hacia los servidores públicos de todas las instituciones públicas y privadas con herramientas de comunicación, empatía, solidaridad y pro actividad a fin de desempeñar un amable, paciente y correcto papel al momento de atender a un adulto mayor en sus necesidades o cualquier tipo de trámite.

Se recomienda a la institución diseñar e implementar programas psicológicos que permitan aminorar los estados depresivos de los adultos mayores institucionalizados, es necesario también elaborar y ejecutar programas específicos para facilitar la inserción y adaptación de los nuevos adultos mayores que ingresan por vez primera a la institución. La institución debe incorporar un equipo de trabajo multidisciplinario - trabajo social, psicología, medicina geriátrica, nutrición, fisioterapia, enfermería - especializado en el manejo de la conducta y comportamiento en la tercera edad, incorporando personal en diferentes áreas. Es necesario crear, implementar y ejecutar programas de recreamiento o esparcimiento diseñados específicamente para los adultos mayores institucionalizados.

A las familias, se les debe recomendar el seguimiento de sus familiares, darles el apoyo que ellos necesitan en los ámbitos físico, moral, económico, y por sobre todo sentimental, visitarlos constantemente para que no se sientan abandonados. Llevarlos a

casa de visitas y dejar que los nietos se acerquen a ellos re incorporarlos en la vida familiar con sus acontecimientos sociales, el adulto mayor es por excelencia la palabra misma de la experiencia de la vida, cada una de las marcas en el rostro son letras de sus éxitos, amores, desdichas, fracasos, desilusiones y alegrías, ellos son por excelencia la fuente inagotable de consejos para todo el núcleo familiar, todo ello servirá para que ellos mismos logren empoderarse y fortalecer la confianza consigo mismos. Esto se logrará por medio de la ejecución de programas de psicoeducación en los que participen tanto los adultos mayores como los familiares.

Se recomienda a los Adultos Mayores, participar de los programas propuestos por la institución, prestar la debida atención a las reuniones de psicoeducación proponer a los diferentes profesionales con quienes comparten el día a día los requerimientos que tienen, actividades que deseen realizar, utilizar los espacios creados para ellos como la Universidad Municipal del Adulto Mayor en conjunto con los centros de día y espacios feriales, que se reúnen una vez por semana, promoviendo un ambiente que facilita la capacitación referente a las leyes que los ampara y manualidades para que ellos realicen como pasatiempo y conservación de sus capacidades psicomotrices, festejando las fechas importantes, feriados y sus cumpleaños. Estos centros de día funcionan para que los Adultos Mayores se distraigan y al mismo tiempo realicen actividades de su agrado disfrutando de la etapa de la vida donde la mayor riqueza se puede transmitir a los seres queridos con el amor que solo ellos pueden dar.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

Adaptación Social. (23 de Octubre de 2011). Recuperado el 27 de Marzo de 2017, de https://www.clubensayos.com/Psicolog%C3%ADa/ADAPTACION-SOCIAL/90978.html

Alvarado, S. O. (1998). Depresión en el Anciano. *Tópicos de Gerontología. Academia 2* , 140-151.

Béla Székely, L. (1983). *DICCIONARIO DE PSICOLOGÍA GENERAL Y APLICADA.* San José, Argentina: EDITORIAL CLARIDAD.

Bolivia, N. d. (26 de Agosto de 2013). *Bolivia Informna*. Recuperado el 12 de Mayo de 2017, de http://noticiasdesdebolivia.blogspot.com/2013/08/al-menos-seis-leyes-favorecen-personas.html

Defensoria. (2015).

Dhab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (Julio de 2002). La Depresión dede la perspectiva Cognitivo Conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual* , 1-5.

DSM-IV. (1995). *DSM-IV.* (P. Pichot, Ed.) Washington D.C., Washington, Estados Unidos de Norte América: MASSON S.A.

El abandono de los adutos mayores. (5 de Febrero de 2015). *Página Siete* , pág. 3.

Flores, M. H. (20 de Junio de 2016). Entrevista de Pasantía. (M. d. Avila, Entrevistador)

Grimaldo, D. C. (14 de Octubre de 2012). *Una Mirada hacia el Adulto Mayor*. Recuperado el 15 de Octubre de 2016, de http://vejezandmuerte.blogspot.com/2012/10/desarrollo-humano-papalia.html

HERNANDEZ, S. Y. (2010). *Metodología de la Investigación.* México: McGraw Hill.

INE. (2002). La Prevalencia de la Vejez en Bolivia hacia el 2012. En INE.

Infoleyes. (1 de Mayo de 2013). Recuperado el 20 de Junio de 2016, de https://bolivia.infoleyes.com/norma/4424/ley-general-de-las-personas-adultas-mayores-369

Jimenez, k. (2007). *Monografias.com*. Recuperado el 28 de Marzo de 2017, de http://www.monografias.com/trabajos97/elaboracion-analisis-e-interpretacion-datos-y-redaccion-informes-investigacion/elaboracion-analisis-e-interpretacion-datos-y-redaccion-informes-investigacion2.shtml

La Psicología Moderna de la A a la Z. (1971). Bilbao, España: Ediciones Mensajero Bilbao.

Martinez De La Iglesia, J., & Onís Vilches, M. C. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado. *MEDIFAM , 12* (10), 620-630.

Mercado, H. E. (Mayo de 2015). EVOLUCION Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESION EN PACIENTES DEL CENTRO DE REHABILITACION Y SALUD MENTAL SAN JUAN DE DIOS . La Paz, La Paz, Bolivia.

Mini-mental state examination. (21 de Septiembre de 2016). Recuperado el 28 de Marzo de 2017, de https://es.wikipedia.org/wiki/Mini-mental_state_examination

OMS. (2016). *Organizacion Mundial de la Salud*. Recuperado el 10 de 06 de 2016, de http://www.who.int/topics/depression/es/

OPS. (2012). Salud en las Américas. 15.

Papalia, D. E., Wendkos Olds, S., & Duskin Feldman, R. (2010). *Desarrollo Humano* (Undécima Edición ed.). (M. Hil, Ed.) Papalia.

Prensa, L. (15 de JUNIO de 2015). Adutlos Mayores en riesgo social. *LA PRENSA* , pág. 13.

Pueblo, D. d. (2012). *Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores.* La Paz, Bolivia.

Rambaut, L. (2013). *Diccionario Crítico de Psicología Social: según la teoría del doctor Enrique Pichon-Riviere.* Buenos Aires, Argentina: ION.

Razon, L. (27 de agosto de 2014). El 80% de abuelos en asilos está abandonado.

Redager, B. (2016). *Psicología y Mente*. Recuperado el 29 de Marzo de 2017, de https://psicologiaymente.net/desarrollo/teoria-del-aprendizaje-piaget

Rodriguez Castro, M. (2016). *Psicología y Mente*. Recuperado el 29 de Marzo de 2017, de https://psicologiaymente.net/clinica/causas-depresion#!

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2013). *Sinopsis de Psiquiatría.* Wolters Kluwer España.

Santamaría, S. (27 de Octubre de 2016). Teorias del Aprendizaje.

Sosa Ortiz, A. L., & Gonzáles Alvarado, H. (1998). Depresión en el Anciano. (M. AF, Ed.) *Tópicos de Gerontología* , 140-51.

Zerda, C. y. (2010). *Plan consulta sobre las personas de edad en Bolivia.* La Paz, Bolivia.

ANEXOS

LEY DEL ADULTO MAYOR

LEY GENERAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

LEY 369

1 de Mayo, 2013

CAPÍTULO PRIMERO

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. (OBJETO). La presente Ley tiene por objeto regular los derechos, garantías y deberes de las personas adultas mayores, así como la institucionalidad para su protección.

Artículo 2. (TITULARES DE DERECHOS). Son titulares de los derechos las personas adultas mayores de sesenta (60) o más años de edad, en el territorio boliviano.

Artículo 3. (PRINCIPIOS).

La presente Ley se rige por los siguientes principios:

1. No Discriminación. Busca prevenir y erradicar toda forma de distinción, exclusión, restricción o preferencia que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos fundamentales y libertades de las personas adultas mayores.

2. No Violencia. Busca prevenir y erradicar toda conducta que cause lesión interna o externa, o cualquier otro tipo de maltrato que afecte la integridad física, psicológica, sexual y moral de las personas adultas mayores.

3. Descolonización. Busca desmontar estructuras de desigualdad, discriminación, sistemas de dominación, jerarquías sociales y de clase.

4. Solidaridad Intergeneracional. Busca la interdependencia, colaboración y ayuda mutua Intergeneracional que genere comportamientos y prácticas culturales favorables a la vejez y el envejecimiento.

5. Protección. Busca prevenir y erradicar la marginalidad socioeconómica y geográfica, la intolerancia intercultural, y la violencia institucional y familiar, para garantizar el desarrollo e incorporación de las personas adultas mayores a la sociedad con dignidad e integridad.

6. Interculturalidad. Es el respeto a la expresión, diálogo y convivencia de la diversidad cultural, institucional, normativa y lingüística de las personas adultas mayores, para Vivir Bien, promoviendo la relación intra e intergeneracional en el Estado Plurinacional.

7. Participación. Es la relación por la que las personas adultas mayores ejercen una efectiva y legítima participación a través de sus formas de representación y organización, para asegurar su integración en los ámbitos social, económica, política y cultural.

8. Accesibilidad. Por el que los servicios que goza la sociedad puedan también acomodarse para ser accedidos por las personas adultas mayores.

9. Autonomía y Auto-realización. Todas las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultas mayores, están orientadas a fortalecer su independencia, su capacidad de decisión y su desarrollo personal y comunitario.

CAPÍTULO SEGUNDO

DERECHOS Y GARANTÍAS

Artículo 4. (CARÁCTER DE LOS DERECHOS). Los derechos de las personas adultas mayores son inviolables, interdependientes, intransferibles, indivisibles y progresivos.

Artículo 5. (DERECHO A UNA VEJEZ DIGNA). El derecho a una vejez digna es garantizado a través de:

a) . La Renta Universal de Vejez en el marco del Régimen No Contributivo del Sistema Integral de Pensiones - SIP.

b) Un desarrollo integral, sin discriminación y sin violencia.
c) La promoción de la libertad personal en todas sus formas.
d) El acceso a vivienda de interés social.
e) La provisión de alimentación suficiente que garantice condiciones de salud, priorizando a las personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad.
f) La práctica de actividades recreativas y de ocupación social, otorgando para ello la infraestructura, equipamiento y los recursos necesarios para su sostenibilidad.
g) El desarrollo de condiciones de accesibilidad que les permitan utilizar la infraestructura y los servicios de las instituciones públicas, privadas, espacios públicos, medios y sistemas de comunicación, tecnología y transporte.
h) La incorporación al desarrollo económico productivo, de acuerdo a sus capacidades y posibilidades.
i) El reconocimiento de la autoridad, saberes, conocimientos, experiencias y experticia, adquiridos en su proceso de vida.
j) La implementación de programas especiales de información sobre los derechos de las personas adultas mayores.
k) Promoción de la formación técnica, alternativa y superior.

Artículo 6. (BENEMÉRITOS DE LA PATRIA). Además de lo establecido en la Constitución Política del Estado, las instituciones públicas, privadas y la población en general, deberán promover el reconocimiento, dar gratitud y respeto a los Beneméritos de la Patria y familiares.

Artículo 7. (TRATO PREFERENTE EN EL ACCESO A SERVICIOS).

I. Las instituciones públicas y privadas brindarán trato preferente a las personas adultas mayores de acuerdo a los siguientes criterios:

1. Uso eficiente de los tiempos de atención.

2. Capacidad de respuesta institucional.

3. Capacitación y sensibilización del personal.

4. Atención personalizada y especializada.

5. Trato con calidad y calidez.

7. Erradicación de toda forma de maltrato. Uso del idioma materno.

II. Todo trámite administrativo se resolverá de manera oportuna, promoviendo un carácter flexible en su solución, de acuerdo a Ley.

Artículo 8. (SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL).

El sistema de seguridad social integral garantizará a las personas adultas mayores:

a) El acceso oportuno a las prestaciones del Sistema Integral de Pensiones, conforme a Ley.
b) El acceso a la salud con calidad y calidez.
c) La formación sobre el tratamiento, intervención médica o internación, con el fin de promover y respetar su consentimiento.

Artículo 9. (EDUCACIÓN).

I. El Sistema Educativo Plurinacional garantizará:

1. Incluir en los planes y programas del Sistema Educativo Plurinacional, contenidos temáticos de fortalecimiento, valoración y respeto a las personas adultas mayores.

2. El acceso a la educación de la persona adulta mayor mediante los procesos formativos de los subsistemas de Educación Alternativa y Especial, y Educación Superior de formación profesional.

3. Implementación de políticas educativas que permitan el ingreso de la persona adulta mayor a programas que fortalezcan su formación socio-comunitaria productiva y cultural.

II. Los planes y programas del Sistema Educativo Plurinacional, deberán incluir entre sus actividades y otras:

1. Actividades culturales y artísticas.

2. Cuidados de salud para el envejecimiento sano.

3. Práctica de la lectura.

4. Información acerca de los beneficios que ofrece el Estado.

5. Relaciones al interior de la familia.

Artículo 10. (ASISTENCIA JURÍDICA).

El Ministerio de Justicia brindará asistencia jurídica preferencial a las personas adultas mayores, garantizando los siguientes beneficios:

1. Información y orientación legal.

2. Representación y patrocinio judicial.

3. Mediación para la resolución de conflictos.

4. Promoción de los derechos y garantías constitucionales establecidos a favor de la persona dulta mayor.

Artículo 11. (PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL).

Se garantizará la participación y control social de las Personas Adultas Mayores en el marco de lo establecido en la Ley N° 341 de 5 de febrero de 2013 "Ley de Participación y Control Social", y demás normativa legal vigente.

CAPÍTULO TERCERO

DEBERES DE LAS FAMILIAS, DE LA SOCIEDAD

Y DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Artículo 12. (DEBERES DE LAS FAMILIAS Y LA SOCIEDAD). Las personas adultas mayores, las familias y la sociedad tienen los siguientes deberes:

a) Toda persona, familia, autoridad, dirigente de comunidades, institución u organización que tengan conocimiento de algún acto de maltrato o violencia, tiene la obligación de denunciarlo ante la autoridad de su jurisdicción, o en su caso ante la más cercana.
b) Las familias deberán promover entornos afectivos que contribuyan a erradicar la violencia, promover la integración intergeneracional y fortalecer las redes de solidaridad y apoyo social.
c) La sociedad deberá promover la incorporación laboral tomando en cuenta las capacidades y posibilidades de las personas adultas mayores.

Artículo 13. (DEBERES DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES).

Además de los deberes generales establecidos en la Constitución Política del Estado, y las leyes, las personas adultas mayores tienen los siguientes deberes:

a) Fomentar la solidaridad, el diálogo, el respeto intergeneracional de género e intercultural en las familias y en la sociedad.
b) Formarse en el Sistema Educativo Plurinacional y capacitarse de manera consciente, responsable y progresiva en función a sus capacidades y posibilidades.
c) Participar activamente en las políticas y planes implementados por el Estado a favor de las personas adultas mayores, de acuerdo a sus capacidades y posibilidades.

d) Asumir su autocuidado y las acciones de prevención que correspondan.
e) Constituirse en facilitadores de contenidos orientados a desmantelar las estructuras de dominación y consolidar el proceso de descolonización, a partir del diálogo de saberes e intercambio de experiencias.
f) No valerse de su condición para vulnerar los derechos de otras personas.
g) Hablar, difundir y transmitir intergeneracionalmente su idioma materno.

CAPÍTULO CUARTO

COORDINACIÓN SECTORIAL

Artículo 14. (CONSEJO DE COORDINACIÓN SECTORIAL).

El Consejo de Coordinación Sectorial es la instancia consultiva, de proposición y concertación entre el nivel central del Estado y las Entidades Territoriales Autónomas. Estará presidido por el Ministerio de Justicia, quien será el responsable de su convocatoria y la efectiva coordinación sectorial.

Artículo 15. (RESPONSABILIDADES DEL CONSEJO DE COORDINACIÓN SECTORIAL).

El Consejo de Coordinación Sectorial tendrá las siguientes responsabilidades:

1. Podrá elaborar e implementar de manera coordinada, entre todos los niveles de gobierno, planes, programas y proyectos en beneficio de las personas adultas mayores.

2. Promoverá el desarrollo y fortalecimiento de la institucionalidad necesaria para la defensa de los derechos de las personas adultas mayores.

3. Promoverá la realización de investigaciones multidisciplinarias en todos los ámbitos que permita el conocimiento de las condiciones de vida de este grupo etario.

4. Promoverá la apertura y funcionamiento de centros de acogida, transitorios y permanentes, para adultos mayores en situación de vulnerabilidad.

5. Establecerá mecanismos de protección de los derechos de las personas adultas mayores.

6. Otras a ser determinadas por el Consejo de Coordinación Sectorial.

Artículo 16. (ACUERDOS O CONVENIOS INTERGUBERNATIVOS).

Los diferentes niveles de gobierno podrán suscribir acuerdos o convenios intergubernativos, para la implementación conjunta de programas y proyectos en favor de las personas adultas mayores, en el marco de la norma legal vigente.

Artículo 17. (INFORMACIÓN).

I. El nivel central del Estado y las Entidades Territoriales Autónomas, deberán al menos una vez

al año, publicar la información referida a la situación de las personas adultas mayores.

3. El nivel central del Estado y las Entidades Territoriales Autónomas, podrán solicitar entre sí, la información sobre la situación de las personas adultas mayores que consideren necesarias.

CAPÍTULO QUINTO

MODIFICACIONES AL CÓDIGO PENAL

Artículo 18. (MODIFICACIONES AL CÓDIGO PENAL).

Se modifican los Artículos 270, 271, 273 y 274 del Código Penal, con la inclusión de la persona adulta mayor en caso de agravantes, quedando redactados los referidos Artículos de la siguiente forma:

“Artículo 270. (LESIONES GRAVÍSIMAS).

Se sancionará con privación de libertad de cinco (5) a doce (12) años, a quien de cualquier modo ocasione a otra persona, una lesión de la cual resulte alguna de las siguientes consecuencias:

1. Enfermedad o discapacidad psíquica, intelectual, física sensorial o múltiple.

2. Daño psicológico o psiquiátrico permanente.

3. Debilitación permanente de la salud o la pérdida total o parcial de un sentido, de un miembro, de un órgano o de una función.

4. Incapacidad permanente para el trabajo o que sobrepase de noventa (90) días.

5. Marca indeleble o de formación permanente en cualquier parte del cuerpo.

6. Peligro inminente de perder la vida.

Cuando la víctima sea niña, niño, adolescente o persona adulta mayor la pena será agravada en dos tercios tanto en el mínimo como en el máximo."

"Artículo 271. (LESIONES GRAVES Y LEVES).

Se sancionará con privación de libertad de tres (3) a seis (6) años, a quien de cualquier modo ocasione a otra persona un daño físico o psicológico, no comprendido en los casos del Artículo anterior, del cual derive incapacidad para el trabajo de quince (15) hasta noventa (90) días.

Si la incapacidad fuere hasta de catorce (14) días, se impondrá al autor sanción de trabajos comunitarios de uno (1) a tres (3) años y cumplimiento de instrucciones que la jueza o el juez determine.

Cuando la víctima sea una niña, niño, adolescente o persona adulta mayor la pena será agravada en dos tercios tanto en el mínimo como en el máximo."

"Artículo 273. (LESIÓN SEGUIDA DE MUERTE).

El que con el fin de causar un daño en el cuerpo o en la salud produjere la muerte de alguna persona, sin que ésta hubiera sido querida por el autor, pero que pudo haber sido prevista, será sancionado con privación de libertad de tres (3) a ocho (8) años.

Si se tratare de los casos previstos en el Artículo 254, párrafo primero, la sanción será disminuida en un tercio.

La sanción privativa de libertad será agravada en dos tercios, si la víctima del delito resultare ser niña, niño, adolescente o persona adulta mayor."

“Artículo 274. (LESIONES CULPOSAS). El que culposamente causare a otro alguna de las lesiones previstas en este capítulo, será sancionado con multa hasta de doscientos cuarenta (240) días o prestación de trabajo hasta un (1) año.

Si la víctima del delito resultare ser niña, niño, adolescente o persona adulta mayor se aplicará una pena privativa de libertad de dos (2) a cuatro (4) años.”

Artículo 19. (INCOPORACIÓN AL CÓDIGO PENAL).

Se incorpora el Artículo 346 Ter en el Código Penal, quedando redactado de la siguiente forma:

“Artículo 346 Ter. (AGRAVACIÓN EN CASO DE VÍCTIMAS ADULTAS MAYORES).

Los delitos tipificados en los Artículos 336, 351 y 353 de este Código cuando se realicen en perjuicio de personas adultas mayores, serán sancionados con reclusión de tres (3) a diez (10) años y con multa de cien (100) a quinientos (500) días.”

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA. El Órgano Ejecutivo en un plazo no mayor a ciento veinte (120) días a partir de la promulgación de la presente Ley, aprobará el Decreto Supremo reglamentario.

SEGUNDA. Las instituciones públicas que prestan servicios a las personas adultas mayores, a partir de la publicación de la presente Ley, desarrollarán en un plazo no mayor a noventa (90) días, la normativa específica y reglamentaria sobre el trato preferente.

TERCERA. Se dispone transitoriamente la vigencia de la Ley Nº 1886 de 14 de agosto de 1998, u otra norma que haya establecido beneficios para las personas adultas mayores, en tanto los gobiernos autónomos departamentales y los gobiernos autónomos municipales, en el ámbito de su competencia, legislen.

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA. Los Ministerios de Comunicación y de Justicia deberán difundir la presente Ley.

SEGUNDA. Se declara el 26 de agosto como el Día de la Dignidad de las Personas Adultas Mayores, en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.

TERCERA. El Ministerio de Justicia queda encargado de velar por el cumplimiento de la presente Ley.

CUARTA. En ningún caso se podrán desconocer o disminuir los beneficios ya adquiridos en norma legal vigente a favor de las personas adultas mayores.

DISPOSICIÓN ABROGATORIA

ÚNICA. Quedan abrogadas las disposiciones contrarias a la presente Ley.

Remítase al Órgano Ejecutivo para fines constitucionales.

Es dada en la Sala de Sesiones de la Asamblea Legislativa Plurinacional, a los veintiséis días del mes de abril del año dos mil trece.

Fdo. Nélida Sifuentes Cueto, Lucio Marca Mamani, Andrés Agustín Villca Daza, Marcelina Chavez Salazar, Marcelo Elío Chávez, Angel David Cortéz Villegas.

Por tanto, la promulgo para que se tenga y cumpla como Ley del Estado Plurinacional de Bolivia.

Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, al primer día del mes de mayo del año dos mil trece.

FDO. EVO MORALES AYMA, Juan Ramón Quintana Taborga, Luis Alberto Arce Catacora, Cecilia Luisa Ayllon Quinteros, Juan Carlos Calvimontes Camargo, Roberto Iván Aguilar Gómez, Claudia Stacy Peña Claros, Amanda Dávila Torres. DECRETO SUPREMO N° 1807

DECRETO SUPREMO N° 1807

EVO MORALES AYMA

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

C O N S I D E R A N D O:

Que el numeral 4 del Artículo 9 de la Constitución Política del Estado, determina como uno de los fines y funciones esenciales del Estado, garantizar el cumplimiento de los principios, valores, derechos y deberes reconocidos y consagrados en la Constitución.

Que el Parágrafo I del Artículo 67 del Texto Constitucional, establece que además de los derechos reconocidos en la Constitución, todas las personas adultas mayores tienen derecho a una vejez digna, con calidad y calidez humana.

Que los Parágrafos I y II del Artículo 68 de la Constitución Política del Estado, disponen que el Estado adoptará políticas públicas para la protección, atención, recreación, descanso y ocupación social de las personas adultas mayores, de acuerdo con sus capacidades y posibilidades; y prohíbe y sanciona toda forma de maltrato, abandono, violencia y discriminación a las personas adultas mayores.

Que el Artículo 1 de la Ley Nº 369, de 1 de mayo de 2013, Ley General de las Personas Adultas Mayores, tiene por objeto regular los derechos, garantías y deberes de las personas adultas mayores, así como la institucionalidad para su protección.

Que la Disposición Transitoria Primera de la Ley Nº 369, establece que el Órgano Ejecutivo en un plazo no mayor a ciento veinte (120) días a partir de su promulgación, aprobará el Decreto Supremo reglamentario.

Que es necesario emitir un Decreto Supremo que reglamente la Ley Nº 369, con la finalidad de establecer mecanismos y procedimientos para su implementación, en favor de las personas adultas mayores.

EN CONSEJO DE MINISTROS

D E C R E T A:

CAPÍTULO I

CONSIDERACIONES GENERALES

Artículo 1.- (OBJETO). El presente Decreto Supremo tiene por objeto reglamentar la Ley Nº 369, de 1 de mayo de 2013, Ley General de las Personas Adultas Mayores, estableciendo mecanismos y procedimientos para su implementación.

Artículo 2.- (ÁMBITO DE APLICACIÓN). El presente Decreto Supremo tiene como ámbito de aplicación todo el territorio nacional y será de cumplimiento obligatorio en todas las instituciones públicas y privadas del Estado Plurinacional de Bolivia.

Artículo 3.- (DEFINICIONES). Para efectos de interpretación y aplicación del presente Decreto Supremo, se adoptan las siguientes definiciones:

a) **Trato Preferente**. Es el conjunto de caracteres que buscan un trato prioritario, digno en la atención prestada a las personas adultas mayores en las instituciones públicas o privadas;

b) **Centros de Acogida**. Son instituciones públicas o privadas que brindan servicios integrales Bio-Psico-Social a las personas adultas mayores;

c) **Patrocinio Judicial**. Es el servicio legal que se otorga a las personas adultas mayores, que permite contar con un abogado en procesos judiciales

CAPÍTULO II

DERECHOS Y GARANTÍAS

Artículo 4.- (VEJEZ DIGNA).I. El Órgano Ejecutivo a través de sus Ministerios de Estado, gradualmente suprimirán todas las barreras arquitectónicas existentes y aquellas

por diseñar o construir de todas las instituciones públicas para el acceso a espacios de atención y otros para las personas adultas mayores.

II. El Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, a través de las instancias competentes es responsable de:

- **a)** Implementar la Renta Universal de Vejez en el marco del Régimen No Contributivo, como parte del Sistema Integral de Pensiones;
- **b)** Elaborar mecanismos de control y fiscalización, para la detección de cobros indebidos con el objetivo de reducir las sanciones interpuestas a las personas adultas mayores.

III. El Ministerio de Gobierno a través del Servicio General de Identificación Personal – SEGIP, es responsable de la cedulación en sus oficinas permanentes, semipermanentes y brigadas móviles de acuerdo a programación, a partir de la contrastación de la base de datos del Servicio de Registro Cívico – SERECI y el certificado de nacimiento, otorgando trato preferente.

IV. El Ministerio de Obras Públicas, Servicios y Vivienda a través de la Agencia Estatal de Vivienda AEVIVIENDA, diseñará mecanismos de acceso a vivienda de interés social a personas adultas mayores en condición de vulnerabilidad.

V. El Ministerio de Desarrollo Productivo y Economía Plural, a través de las instancias competentes:

- **a)** Fomentará emprendimientos productivos compuestos por personas adultas mayores de acuerdo a sus posibilidades y capacidades;
- **b)** Diseñará mecanismos para la implementación de la responsabilidad social empresarial en favor de las personas adultas mayores.

VI. El Ministerio de Comunicación, diseñará e implementará una estrategia comunicacional intercultural e intergeneracional en todo el territorio boliviano, con el fin de informar, sensibilizar y concientizar sobre los derechos de las personas adultas mayores.

VII. El Órgano Electoral a través del SERECI, implementará de manera progresiva campañas o brigadas móviles con el fin de expedir certificados de nacimiento, matrimonio, rectificar, cambiar o complementar los datos asentados en el Registro Civil, mediante trámite administrativo gratuito, para las personas adultas mayores otorgando trato preferente.

Artículo 5.- (BENEMÉRITOS DE LA PATRIA).

El reconocimiento de gratitud y respeto que se otorgue a los beneméritos de la patria se realizará de forma pública en especial el día de conmemoración del cese de hostilidades con la República del Paraguay.

Artículo 6.- (TRATO PREFERENTE).I. Las Instituciones públicas y privadas deberán aprobar, difundir e implementar sus reglamentos internos específicos sobre trato preferente, que contemplen todos los criterios establecidos en el Artículo 7 de la Ley Nº 369.

II. El Ministerio de Justicia a través del Vice ministerio de Igualdad de Oportunidades diseñará e implementará un sistema de registro y seguimiento de las instituciones públicas y privadas que brinden trato preferente a las personas adultas mayores de acuerdo a los criterios establecidos en el Artículo 7 de la Ley Nº 369, con la finalidad de velar su cumplimiento.

III. Se constituirán como parte del trato preferente, la habilitación de ventanillas especiales y prioridad en las filas, para la atención de las personas adultas mayores.

Artículo 7.- (SALUD).

El Ministerio de Salud y Deportes establecerá los lineamientos relacionados a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, para garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las personas adultas mayores en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.

Artículo 8.- (EDUCACIÓN). El Ministerio de Educación deberá:

a) Incorporar los derechos de las personas adultas mayores en el Diseño Curricular Base del Sistema de Educación Plurinacional;

b) Diseñar y supervisar la implementación de contenidos temáticos de respeto, prevención de maltrato, violencia contra las personas adultas mayores en los Subsistemas de Educación Regular, Educación Alternativa y Especial, y Educación Superior de Formación Profesional

c) Fortalecer en los procesos de formación inicial, continua y de posgrado de maestras y maestros, contenidos y acciones que fomenten la valoración de las personas adultas mayores y el respeto de sus derechos.

d) Consolidar espacios de formación profesional especializada, a nivel Técnico Medio, Técnico Superior, Licenciatura y/o Posgrados, para la atención de las personas adultas mayores.

e) Implementar programas para personas adultas mayores en universidades privadas, con el objeto de revalorizar y rescatar su conocimiento, saberes, cultura y respeto de su experticia.

f) Promover la formación, capacitación e inclusión de las personas adultas mayores mediante programas y proyectos enmarcados en el Modelo Educativo Socioeconómico Productivo orientados al auto-empleo, a la ocupación social y al desarrollo económico productivo, de acuerdo a sus capacidades y posibilidades.

g) Desarrollar acciones educativas para las personas adultas mayores, que promuevan la eliminación del analfabetismo residual y funcional.

Artículo 9.- (SERVICIOS INTEGRADOS DE JUSTICIA PLURINACIONAL).

El Ministerio de Justicia, implementará progresivamente los Servicios Integrados de Justicia Plurinacionales en todo el país a fin de brindar asistencia jurídica preferencial y gratuita, en su idioma materno a las personas adultas mayores.

Artículo 10.- (ASISTENCIA JURÍDICA). I. Los Servicios Integrados de Justicia Plurinacional otorgarán representación y patrocinio legal:

a) En materias Civil, Familiar, Laboral y Agraria, conforme a Resolución expresa emitida por el Ministerio de Justicia;

b) En materia Penal, en los delitos contra la vida y la integridad corporal, contra el honor, contra la libertad, contra la libertad sexual y contra la propiedad.

II. Los Servicios Integrados de Justicia Plurinacional brindarán orientación jurídica necesaria a las personas adultas mayores sobre trámites administrativos y procesos judiciales.

III. La resolución de conflictos se realizará a través de la conciliación, entendida como un medio alternativo de resolver conflictos sin necesidad de instaurar un proceso judicial.

Artículo 11.- (PROMOCIÓN DE DERECHOS Y GARANTÍAS).

El Ministerio de Justicia a través del Vice ministerio de Igualdad de Oportunidades, promocionará los derechos y garantías constitucionales establecidas a favor de las personas adultas mayores.

CAPÍTULO III

COORDINACIÓN SECTORIAL

Artículo 12.- (CONSEJO DE COORDINACIÓN SECTORIAL POR UNA VEJEZ DIGNA).

El Consejo de Coordinación Sectorial por una Vejez Digna, es la instancia consultiva de coordinación, concertación, proposición, cooperación, comunicación e información, constituido por el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, presidido por la Ministra o el Ministro de Justicia quien es responsable de su convocatoria.

Artículo 13.- (CONFORMACIÓN DEL CONSEJO DE COORDINACIÓN SECTORIAL POR UNA VEJEZ DIGNA).

El Consejo de Coordinación Sectorial por una Vejez Digna, estará conformado por la Ministra o Ministro de Justicia y la autoridad competente del sector de los gobiernos autónomos.

Artículo 14.- (SESIONES ORDINARIAS).

El Consejo de Coordinación Sectorial por una Vejez Digna, se reunirá de manera obligatoria, mínimamente dos (2) veces al año en sesión ordinaria.

Artículo 15.- (REGLAMENTO).

El Consejo de Coordinación Sectorial por una Vejez Digna, en su primera sesión elaborará su Reglamento Interno que norme su funcionamiento y establecerá mecanismos para su aprobación.

Artículo 16.- (SECRETARÍA TÉCNICA).

El Ministerio de Justicia a través del Vice ministerio de Igualdad de Oportunidades, ejercerá la Secretaría Técnica del Consejo de Coordinación Sectorial por una

Vejez Digna, que cumplirá las siguientes funciones:

- **a)** Prestar asesoramiento técnico operativo, administrativo y logístico necesario al Consejo;
- **b)** Coordinar e Implementar los acuerdos consensuados entre el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas al interior del Consejo;
- **c)** Coordinar con los Órganos del Estado Plurinacional de Bolivia, Policía Boliviana, Fuerzas Armadas, Ministerio Público, Defensor del Pueblo y otras instituciones públicas y privadas;
- **d)** Elaborar la memoria anual del Consejo;
- **e)** Otras establecidas de acuerdo al reglamento aprobado por el Consejo.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

DISPOSICIÓN TRANSITORIA ÚNICA.- Para el cumplimiento del Parágrafo I del Artículo 6 del presente Decreto Supremo, las entidades públicas y privadas contarán con un plazo de noventa (90) días calendario, computable a partir de su publicación.

DISPOSICIONES ABROGATORIAS Y DEROGATORIAS

Se abrogan y derogan todas las disposiciones contrarias al presente Decreto Supremo.

DISPOSICIONES FINALES

DISPOSICIÓN FINAL ÚNICA.-

Cada 26 de agosto, las instituciones públicas y privadas que trabajen con la población adulta mayor, realizarán actividades de reconocimiento, sensibilización y promoción de sus derechos.

Los señores Ministros de Estado en sus respectivos Despachos, quedan encargados de la ejecución y cumplimiento del presente Decreto Supremo.

Es dado en la ciudad de El Alto, a los veintisiete días del mes de noviembre del año dos mil trece. (Infoleyes, 2013)