

**FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LA  
SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LAS  
Y LOS USUARIOS DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE  
VIÑA DEL MAR.**

***“INFORME DE TÉRMINO DE PROYECTO DE TÍTULO”***

ALUMNAS: FERNANDA ANTONUCCI RODRIGUEZ  
YARITZA BÁEZ VERA  
ABRIL GUAJARDO GONZÁLEZ

PROFESOR GUÍA: HÉCTOR DÍAZ VIDAL

Mis agradecimientos van dirigidos primero que todo a mis padres por haberme forjado como la persona que hoy soy, y por siempre brindarme todo su apoyo económico y moral, gracias a ustedes he podido seguir el camino que elegí como profesional de Trabajo Social, muchos logros se los debo a ustedes y entre los que se incluye este.

A nuestros docentes, quienes con mucha sabiduría transmitieron sus conocimientos durante los cinco años de formación académica en la Universidad, destacando a nuestro Profesor guía por la paciencia y sus enseñanzas durante el proceso de tesis.

Agradezco también a mis amigas y compañeras de tesis por el buen equipo que formamos, por la dedicación y esfuerzo que cada una colocó para sacar adelante esta investigación. Y a Benjamín, por su apoyo incondicional durante este extenso proceso.

Yaritza Báez Vera

En esta importante etapa de mi vida, en la cual tuve altos y bajos, quisiera agradecer enormemente a mi pilar fundamental en todo, mis queridos y amados padres María Paz González Valdivia y José Guajardo Silva, los cuales durante todo mi camino han estado apoyándome, ayudándome y levantándome en cada caída vivida, junto a ellos siempre estuvieron mis hermosos hermanos Rocío y Joaquín, los cuales saben que mucho de este logro fue para ellos, que siempre creyeron en que llegaría este día, en el cual terminé un hermoso proceso, en el que aprendí muchísimo y trate de sacar adelante de la mejor manera, pensé que algún día me podría arrepentir de estudiar esta carrera, en la cual uno conoce muchas realidades, pero no fue así, en ningún momento, por el contrario cada día con cada práctica realizada y con cada cosa nueva aprendida me daba cuenta que no podía haber elegido mejor, que realmente uno puede aportar un granito de arena para ayudar a otras personas y lograr mejorar o cambiar su realidad.

Dentro de mis agradecimientos debo mencionar a mi gran compañero de vida y etapas, mi pareja, el cual estuvo conmigo en mis buenos y malos momentos, el que día a día estaba dándome una mano de aliento para seguir y nunca querer decaer, gracias Felipe mi amor por cada sonrisa, por cada ayuda en mis estudios, por siempre querer que me esforzara. Mucho de esta finalización de etapa te la debo a ti, porque me acompañaste día a día, porque aunque no tuviera a mi familia al lado tú siempre me hacías sentir que no estaba sola...te amo infinitamente

También debo mencionar que fue en esta escuelita en donde conocí a grandes personas, muchas veces diferentes en varios aspectos, pero siempre con esa buena onda que te subía el ánimo, que te daba un abrazo si te veía mal, que te daba aliento antes de entrar a una prueba o cuando te iba mal en algún ramo y muchas otras cosas más, pero por sobre todo que siempre fue sencilla.

Quisiera agradecer también a varios profesores que siempre tuvieron la disposición de ayudar, de explicarte cuando no entendías algo, que te aconsejaban y que muchas veces generaron una confianza bacan, entre ellos quisiera destacar a nuestro querido profesor Héctor Díaz, el cual nos ayudó mucho en todo este proceso, nos guió en todo momento, el que nos ponía el motor cuando empezábamos a decaer y también el que siempre tuvo esa buena onda, la cual uno sintió siempre que podía confiar y contar con él...muchas gracias profe!

Además quisiera destacar a nuestra querida profesora Marlene, la cual nos supervisó en la institución donde realizamos nuestro proyecto de tesis. Gracias profesora por siempre ayudarnos, por estar pendiente de que nos fuera bien con las entrevistas, por acogernos de tal manera que uno se sintiera cómoda en la institución y por sobre todo por enseñarnos tantas cosas que serían de gran ayuda para nuestro mañana.

Y por último pero no menos importante a mis compañeritas, con las cuales pensé en algún momento que no podríamos seguir avanzando juntas, pero no fue así, nuestro anhelo por lograr este termino de etapa fue más fuerte y aunque en muchas ocasiones discutimos o nos enojamos, finalmente lográbamos superar todo y llegar a este punto, gracias por todo, las quiero mucho y siempre serán importantes para mí.

Abril Guajardo González

No fue un camino fácil...mi círculo más cercano lo sabe muy bien. Saben muy bien que dudé en muchos momentos durante estos cinco años. Hartos factores me hacían pensar que la carrera no era para mí, pero a su vez, muchos elementos me incentivaban a seguir adelante, a terminar lo que con tanto anhelo empecé. El contacto directo con la gente es algo que me gusta mucho, y el poder aportar en mejorar el bienestar de ellos me llena de esperanzas.

Para empezar los agradecimientos a las personas que fueron parte de esta etapa en mi vida, quiero partir por agradecerme a mí misma, por no bajar los brazos en los momentos que más lo quise.

A mis profesores y profesoras de la escuelita, gracias a los que nos incentivan y nos ayudan a comenzar a amar la profesión tal cual es, con sus defectos y virtudes.

A mis compañeras de tesis, porque a pesar de que somos muy distintas en algunos aspectos, finalmente nos complementamos y pudimos finalizar este proceso con orgullo. Gracias chiquillas, por hacer de mis años de universidad, años alegres y llenos de anécdotas.

A mis amigos de toda la vida, gracias por alegrarme en mis peores momentos, gracias por darme una palabra de ánimo, por retarme cuando era necesario y por distraerme también cuando era necesario.

Finalmente, pero no menos importante, quisiera agradecerles a mi familia. A ellos gracias, infinitas gracias por aguantarme en mis momentos de estrés, por regalarme los días que llegaba cansada y sin ganas de hacer nada, gracias por sus abrazos de ánimo y apoyo. Son lo más importante en mi vida, y este logro se lo debo a ustedes.

Fernanda Antonucci Rodríguez

## **INDICE**

<b>Capítulo I:</b> .....	<b>8</b>
<b>“Contextos Institucionales”</b> .....	<b>8</b>
PRESENTACIÓN .....	9
1.1. CONTEXTO POLÍTICO .....	10
1.2. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	11
1.3. TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN.....	24
1.4. BENEFICIOS Y PENSIONES .....	25
1.5. CONTEXTO TERRITORIAL.....	27
1.6. CONTEXTO DE SUJETO DE ATENCIÓN.....	28
<b>Capítulo II:</b> .....	<b>30</b>
<b>“Marco Referencial”</b> .....	<b>30</b>
PRESENTACIÓN .....	31
2.1. MARCO CONCEPTUAL .....	32
2.2. TEORÍAS DE ENVEJECIMIENTO.....	35
2.3. TIPOS DE ENVEJECIMIENTO .....	42
2.4. ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO .....	45
➤ Esperanza de vida:.....	50
2.5. POLITICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AL ADULTO MAYOR .....	52
2.6. TEORÍAS DE LA DEPRESIÓN QUE AVALAN LA PROBLEMÁTICA a investigar .....	55
<b>Capítulo III:</b> .....	<b>61</b>
<b>“Diseño Metodológico”</b> .....	<b>61</b>
PRESENTACIÓN .....	62
3.1. FUNDAMENTACIÓN.....	63
3.2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	64
3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	65
3.4. UNIVERSO .....	65
3.5. MUESTRA .....	65
3.6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	66
3.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	66
3.8. OBJETIVO GENERAL .....	66
3.9. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	66
3.10. RECOLECCIÓN DE DATOS .....	66
3.11. SISTEMA DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN SPSS .....	67
3.12. instrumentos utilizados para la recolección de información.....	68
➤ Protocolo de Datos Básicos .....	68
➤ test de yesavage.....	69
<b>Capítulo IV:</b> .....	<b>70</b>
<b>“Análisis”</b> .....	<b>70</b>
PRESENTACIÓN .....	71

1.1.	análisis del INSTRUMENTO N°1 DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN	72
➤	Instrumento de Datos Básicos.....	72
➤	Análisis del instrumento.....	73
➤	Categorización.....	91
1.2.	análisis del INSTRUMENTO N°2 DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN	92
➤	Test de Yesavage.....	92
➤	Resultados Test de Yesavage.....	94
➤	Análisis del instrumento.....	101
<b>Capítulo V:</b>		<b>116</b>
<b>“Hallazgos y reflexiones”</b>		<b>116</b>
	PRESENTACIÓN.....	117
	Hallazgos y reflexiones en base a la investigación realizada.....	118
➤	Visualización de problemas económicos en el grupo de estudio.....	118
➤	Salud v/s vida social del grupo de estudio.....	119
➤	Autovalencia de las personas mayores pertenecientes al grupo de estudio.....	119
➤	Análisis integrado en base a los hallazgos visualizados.....	121
	Evaluaciones.....	123
	Objetivos Específicos.....	127
	Conclusiones generales.....	133
<b>Bibliografía</b>		<b>135</b>

# Capítulo I:

## “Contextos Institucionales”



## **PRESENTACIÓN**

El capítulo que se presenta a continuación define los diversos contextos en los que se enmarca la investigación de acuerdo a las necesidades de ésta, encontrando en primera instancia el contexto institucional del Instituto de Previsión Social de Viña del Mar, capítulo en donde se da a conocer los objetivos de la institución, su historia, la política de la institución y sus funciones. Dentro del contexto programático, es posible dar cuenta de los distintos programas y beneficios con los que cuenta la institución escogida para la realización de la presente investigación. Así mismo, es posible exhibir el contexto territorial y del sujeto de atención, aludiendo a la muestra investigativa del proyecto, el cual se adhiere a las y los usuarios mayores de 60 años del IPS de Viña del Mar.

En última instancia, destacaremos que el primer capítulo “Contextos Institucionales” tiene como finalidad dar a conocer la estructura y organización general en la cual se desenvuelve el Instituto de Previsión Social ubicado en Viña del Mar, donde se prestan una serie de servicios a la comunidad, en especial al sujeto de atención de esta investigación: las personas mayores.

## 1.1. CONTEXTO POLÍTICO

El Estado de Chile ha potenciado la protección de las personas mayores por medio de diferentes instituciones que velan por la seguridad social de este grupo etario, con la finalidad de mejorar la calidad de vida y el estado de bienestar del adulto mayor. El Estado de Chile ha creado instituciones que se especializan en el cuidado de las personas mayores de 60 años, así como también existen otras instituciones que se especializan en tratar diferentes aspectos de la vida de las personas, labor que cumple el Instituto de Previsión Social.

La investigación que se presentará en los siguientes capítulos de este informe, se encuentra enmarcada dentro de la institución denominada Instituto de Previsión Social, que es un mecanismo autónomo que se crea como un servicio público a partir del artículo 53 de la Ley 20.255<sup>1</sup> de reforma al sistema previsional, con personalidad jurídica y patrimonio propio. Dicha institución, constituye un servicio público regido por el sistema de Alta Dirección Pública, establecido en la ley N°19.882, y se desarrolla funcionalmente bajo la supervisión del Ministerio del Trabajo, por intermedio de la subsecretaría de Previsión Social.

### ❖ **Política de calidad:**

“El Instituto de Previsión Social se compromete a mantener y mejorar de manera continua la eficacia de su sistema, gestión de calidad y procesos que lo integran, promoviendo el trabajo en equipo y la capacitación de las personas, con el fin de satisfacer los requerimientos de los clientes, ciudadanos, a través del aseguramiento de sus derechos y obligaciones previsionales”

### ❖ **Política nacional-regional del IPS respecto de las personas mayores:**

El IPS desarrolla su trabajo con personas mayores sobre la base de los fundamentos valóricos y principios de la política social de las personas mayores, teniendo como principal objetivo *“promover la integración social de este grupo etario”*.

---

<sup>1</sup> Ley N°20.255. Extraído de la página web <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=269892>, revisada el 10 de mayo, 2016.

Para hacer efectiva su acción se determinó constituir una unidad especializada para dirigir y controlar la actividad que se realiza con personas mayores en todo el país. Dicha unidad, es la división de *Programas y Beneficios Sociales*.

La división de Programas y Beneficios Sociales ha sido creada por el Instituto de Previsión Social con el propósito de entregar beneficios e integración a las personas mayores, pensionados y/o usuarios de la institución.

*Su principal misión es:*

“Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores, a través de los programas y talleres dirigidos a promover la igualdad de oportunidades, su participación e integración social”.

Para ello, el Instituto de Previsión Social cuenta con un equipo de profesionales que están encargados de crear programas y talleres que permiten la integración de personas mayores a las casas de encuentro que la institución tiene habilitadas a lo largo del país.

## 1.2. CONTEXTO INSTITUCIONAL

A continuación se presenta información de relevancia y lineamientos generales de la institución donde se inserta esta investigación.

### ❖ Identificación de la Institución

<b>Nombre</b>	<b>Instituto de Previsión Social IPS</b>
<b>Rut</b>	61.979.440-0
<b>Ubicación Geográfica Nacional</b>	Alameda Libertador Bernardo O'Higgins N°1353, Santiago
<b>Ubicación Geográfica Regional</b>	Avenida Brasil 1265, Valparaíso
<b>Call Center</b>	600 440 004
<b>Horario de Atención</b>	Lunes a Jueves: 08:10 – 17:10 hrs.
<b>Director Regional</b>	Juan Carlos Tapia Espinoza
<b>Página web</b>	<a href="http://www.ips.gob.cl/">http://www.ips.gob.cl/</a>
<b>Tipo de institución</b>	El Instituto de Previsión Social (IPS) es un mecanismo autónomo que se crea

	como un servicio público a partir del artículo 53 de la Ley 20.255, de reforma al Sistema Previsional, descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio.
<b>Cobertura</b>	En el último anuario oficial realizado por el IPS, arroja que el total de atenciones por año corresponde aproximadamente a 6.444.499 usuarios y usuarias a lo largo del país, dividiéndose estas por canal de atención, atenciones presenciales (plataforma sucursal) y atenciones no presenciales (web IPS, call center IPS)
<b>Radio de acción</b>	El IPS tiene un radio de acción a nivel nacional, contando con 15 direcciones regionales, 142 centros de atención previsional, 1.500 puntos de pago móviles y con 213 sucursales de pago. En Valparaíso, existen 16 Centros de Atención Previsional (CAP), 39 puntos de pago móvil, 21 sucursales de pago.
<b>Infraestructura</b>	Para la atención a lo largo de todo el país, el IPS cuenta con:  15 Direcciones Regionales  141 Centros de atención  1.430 Puntos de pago rural  70 Centros de atención esporádicos  100 Plazas de pago.

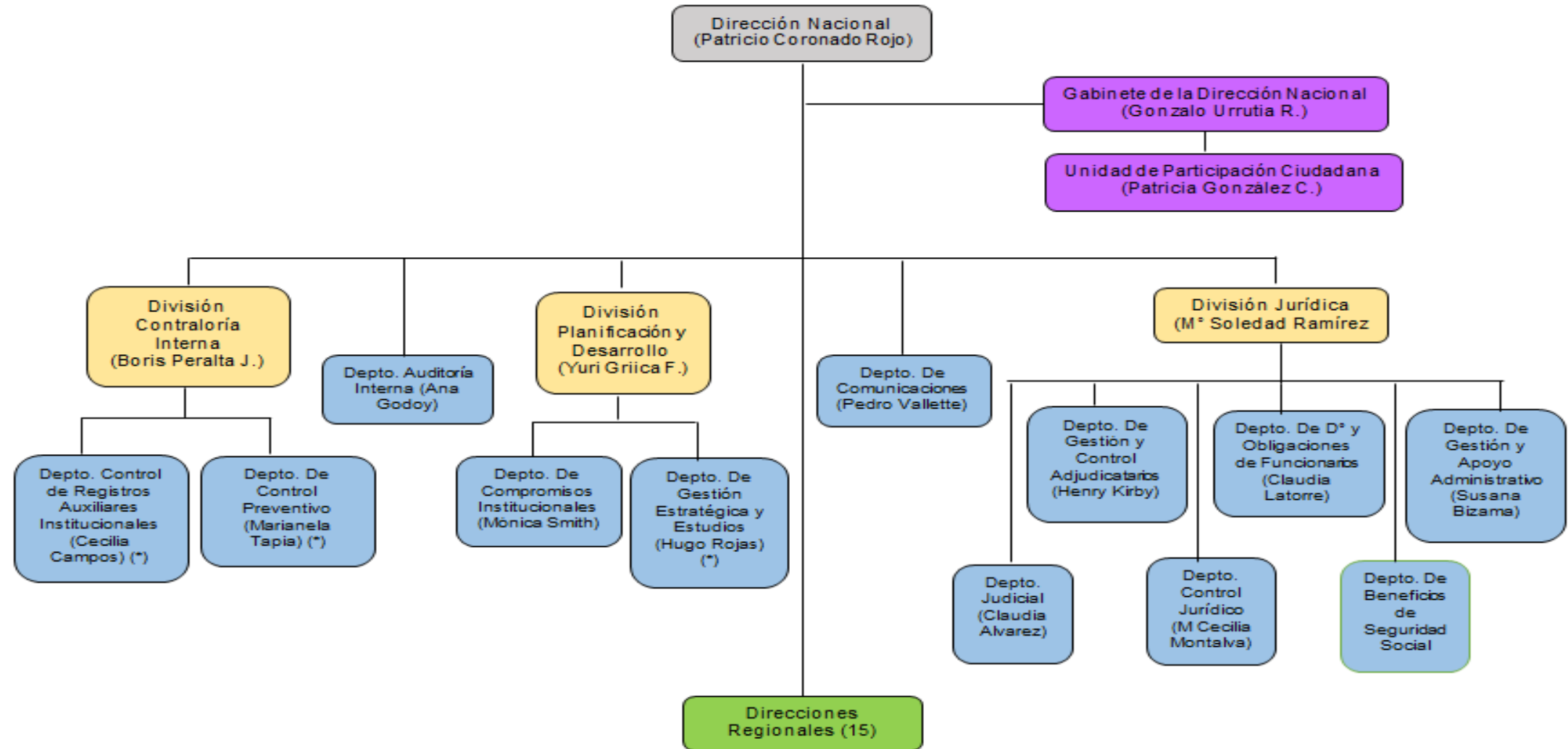
❖ **Tipo de institución:**

El Instituto de Previsión Social (IPS) es un mecanismo con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se desarrolla funcionalmente bajo la supervisión de la Presidenta de la República, a través del Ministerio del Trabajo y por intermedio de la subsecretaría de Previsión Social.

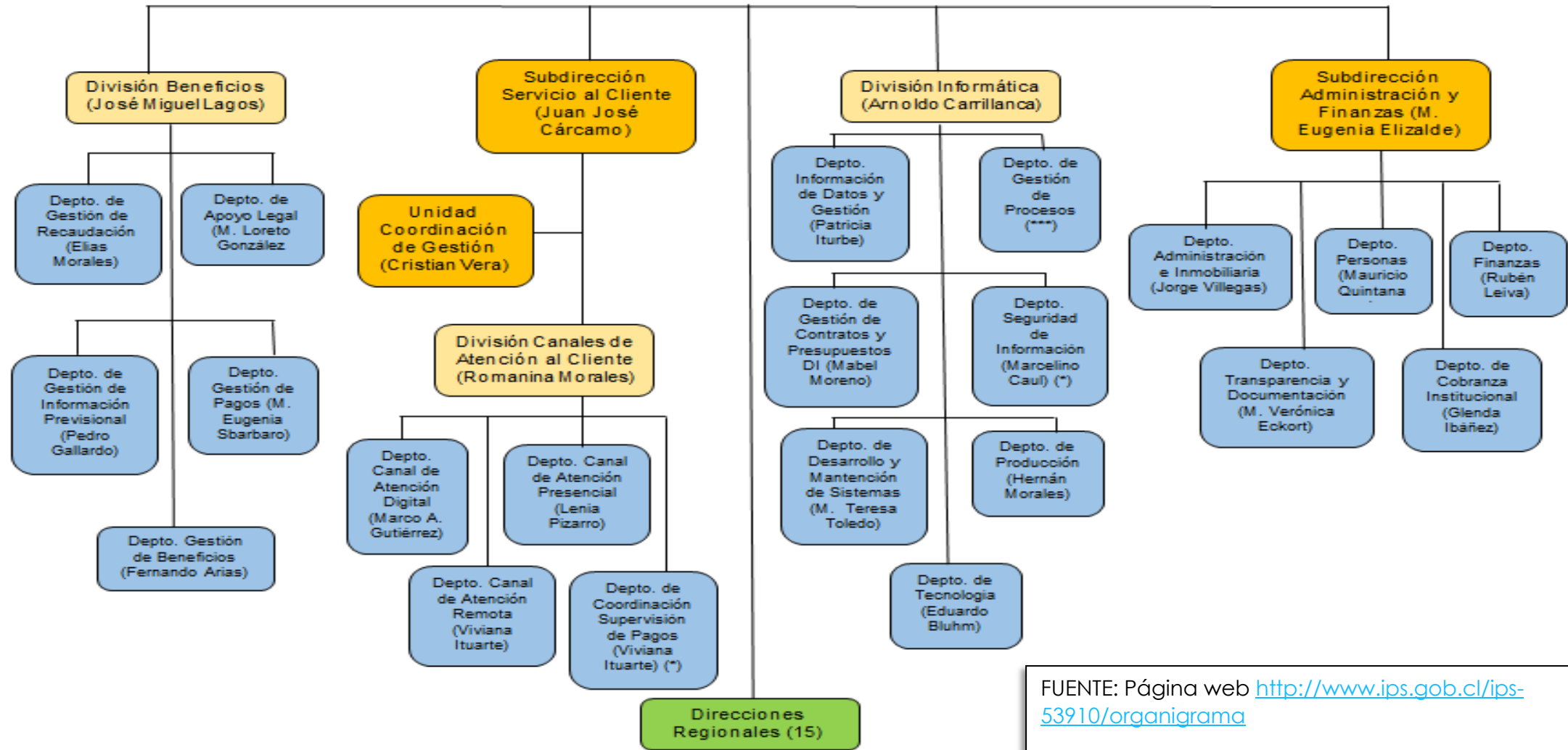
El objetivo de este nuevo servicio es administrar el sistema de pensiones solidarias y de los regímenes previsionales que anteriormente

eran administrados por el Instituto de Normalización Previsional (INP), y constituye a un servicio público regido por el sistema de Alta Dirección Pública, establecido en la ley N°19.882.

❖ Organigrama Institucional:



FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LA SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LAS Y LOS USUARIOS DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE VIÑA DEL MAR



### ❖ **Antecedentes Históricos:**

El Instituto de Previsión Social, el cual se suele llamar por su acrónimo IPS, es un servicio público creado bajo la tutela de la ley 20.255 del año 2008, que ya se ha nombrado anteriormente. Esta ley se le conoce por el nombre de “Ley de Reforma Previsional” y tiene por objeto mejorar el sistema de previsión social existente, esto a través de la administración del Sistema de Pensiones Solidarias y la Administración del Antiguo Sistema de Pensiones, administrado por el ex Instituto de Normalización Previsional (INP) constituido por las ex cajas previsionales.

Para contextualizar la creación de este servicio público, es necesario relatar parte de su historia. En el año 1982, el Servicio de Seguro Social y la Caja de Previsión de Empleados Particulares, se integran a la administración del Instituto de Normalización Previsional (INP) conservando, sin embargo, cada uno de sus estatutos; su personalidad jurídica y patrimonio propio. Con posterioridad, y en forma paulatina, se unieron las cajas del sector público, hasta que en el año 1988, la ley N°18.689 dispuso la fusión en el INP de 15 entidades previsionales y ordenó asimismo la anexión por decreto de todas las otras cajas previsionales aun subsistentes y que a futuro requerirían de aportes del Estado para cubrir sus déficit en el financiamiento de los beneficios.

De esta manera, todas las Cajas de Previsión fueron fusionadas e integradas a la Administración del INP, lo que hizo que administrara los beneficios de diecinueve ex cajas previsionales.

Así, desde marzo de 1990, el INP fue el encargado de las pensiones y beneficios sociales de los trabajadores y jubilados que no están afiliados o que no cotizan en las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y las obligaciones previsionales asumidas por el Estado. Este sistema de imposición en el INP está basado en un sistema de reparto, a diferencia de las AFP que son de sistema de capitalización individual y de ahorro por cuenta personal.

Finalmente, en el año 2008, con la Ley de Reforma Previsional, el INP cambió adquiriendo el actual nombre de Instituto de Previsión Social (IPS). Esta institución se define como un servicio público regido por el Sistema de Alta Dirección Pública, descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio. El actual director nacional del IPS es el Sr. Patricio

Coronado Rojo<sup>2</sup>, quien asumió el 17 de marzo del año 2014, bajo el gobierno de la presidenta Michelle Bachelet.

El IPS tiene como misión atender a las y los ciudadanos proactivamente y con altos estándares de calidad a través de una red de multiservicios del Estado; asimismo, recauda obligaciones previsionales y sociales, concede y paga los derechos previsionales y sociales a la población, con especial preocupación por los segmentos vulnerables, asegurando el acceso universal. Su política de calidad es comprometerse a mantener y mejorar de manera continua la eficacia de su sistema, gestión de calidad y procesos que lo integran, promoviendo el trabajo en equipo y la capacitación de las personas, con el fin de satisfacer los requerimientos de los clientes / ciudadanos, a través del aseguramiento de sus derechos y obligaciones previsionales<sup>3</sup>.

❖ *Modernización del Instituto de Normalización Previsional (INP)*

En marzo de 1990 comienza una nueva administración del INP, orientada a satisfacer las necesidades del usuario y a mejorar su calidad de vida. El usuario se constituyó en el centro de la acción institucional, implementándose un modelo de gestión que regulan a un servicio público, orientado a la obtención de resultados positivos en las tareas que le son propias, dada su condición de entidad encargada de la ejecución de importantes políticas de seguridad social del Estado. Desde entonces, ha incorporado herramientas de gestión como la planificación estratégica, el empleo de indicadores de gestión y nuevas tecnologías de comunicación y de manejo de información, prestando especial atención al desarrollo de su personal.

Además, a contar del año 1995, el Instituto de Normalización Previsional, como organismo del Estado encargado de la administración de la Ley 16.744 de Acción del Trabajo y Enfermedades Profesionales, crea un departamento dedicado exclusivamente a proporcionar atención, servicios e información a un universo conformado por una cifra cercana a los cuatrocientos mil empleadores relacionados con más de ochocientos mil trabajadores<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Patricio Coronado Rojo. Actual director nacional del Instituto de Previsión Social. Administrador público y Master en Gerencia y Políticas Públicas.

<sup>3</sup> Sepúlveda, V. y Pozo, E. Informe Proyecto de Título "Análisis y comprensión de los significados atribuidos por el adulto mayor a su participación en las actividades de capacitación, a su imagen social y aspiraciones", Diciembre, 2015.

<sup>4</sup> Instituto de Normalización Previsional. Extraído de la página web <http://www.cisconsultores.cl/casos-emblematicos/inp>, revisado el 12 de mayo de 2016.

❖ *Llegada de la Reforma Previsional*

La reforma al sistema previsional fue promulgada a través de la ley 20.255, la cual plantea una profunda modificación al sistema de capitalización privado de pensiones, implantado en el país desde los años 80.

La reforma previsional, como parte relevante del sistema de protección social chileno, tiene tres pilares básicos: el Pilar Solidario, el Pilar Contributivo y el Pilar Voluntario.

- **Pilar Solidario:** es el pilar fundamental que crea un sistema de pensiones solidarias, en el que el Estado atiende a quienes no tienen ahorros previsionales o que cotizaron muy poco. Entrega un ingreso mínimo a las personas con discapacidad y a las personas mayores que están fuera o que participaron escasamente en el sistema de pensiones.
- **Pilar Contributivo:** Es el pilar de pensiones basado en cuentas de capitalización individual (de AFP) en las que cada trabajador aporta su cotización para su futura pensión. Incluye a las antiguas cajas de previsión, que integraban el sistema de reparto.
- **Pilar Voluntario:** Está conformado por los planes de Ahorro Previsional Voluntario (APV) y Cuentas de Ahorro Voluntario (cuenta dos). La reforma previsional introdujo los planes de APV Colectivo, modificó el tratamiento tributario del APV para hacerlo atractivo a la clase media y creó la figura del Afiliado Voluntario.

❖ *Rol de la reforma en el Sistema de Protección Social*

El principal objetivo del gobierno de Chile es la constitución de un sistema de protección social cuya meta no solo es superar la pobreza, sino también las desigualdades y la discriminación. Las problemáticas más recurrentes de las familias y las personas, son la pérdida de empleo, el trabajo precario, los bajos ingresos, la enfermedad y la falta de educación, los que afectan principalmente a niños, mujeres, personas mayores y personas con discapacidad, porque son quienes son considerados como grupos desprotegidos y no tienen las condiciones para resolver los efectos que conllevan estas problemáticas.

El sistema de Protección Social está concebido para generar condiciones de seguridad a las y los ciudadanos durante toda su vida,

garantizándoles derechos y entregándoles deberes para que estos les permitan, finalmente, aplacar los riesgos en empleo, salud, educación y previsión, generando condiciones de mayor igualdad y oportunidades de progreso.

La presión social es un elemento relevante en el sistema de protección social, debido a que se entiende que es un tema muy complejo que tiene por objetivo dar seguridad a las personas durante la vejez. De esta forma, el Estado asume un rol protector de quienes más lo necesitan y genera condiciones de menos incertidumbre al término de su vida laboral activa.

Mediante el artículo 53 de la ley 20.255, se propuso la creación del Instituto de Previsión Social (IPS), responsable de la administración del sistema de pensiones solidarias y de los centros de atención previsional integral, que forman parte del IPS y que están encargados de atender y transmitir la información relevante para las decisiones que debe tomar el o la afiliada y que garantizan la entrega de información para los usuarios de manera imparcial y sin conflictos de interés de por medio. Además, informan de situaciones previsionales, reciben solicitudes de pensiones y de selección de modalidad de pensión.

También mediante el acceso al sistema de información de datos previsionales, verifican el cumplimiento de los requisitos que permiten acceder a los beneficios y el pago de estos. Además se realizan tramites vinculados al otorgamiento, modificación y cese de beneficios que otorga el IPS en su calidad de continuador legal del INP.

En cuanto a las funciones referidas en la ley N°16.744<sup>5</sup>, que contempla un seguro social obligatorio a cargo del empleador, el cual protege a los trabajadores contra los riesgos de accidentes sufridos a causa del trabajo o dirigiéndose a este, así como también las enfermedades causadas de manera directa por el ejercicio de la profesión o la labor que realice. Serán continuadas legamente por un nuevo organismo llamado Instituto de Seguridad Laboral (ISL), el cual se enfoca en disminuir el número de chilenos y chilenas que no reciben los beneficios de esta ley, como ocurre con los trabajadores independientes, trabajadores por cuenta propia e informales. Conjuntamente con esta labor, el ISL profundiza en los servicios preventivos de aquellos sectores que el INP atendía, obteniendo así una baja en las tasas de accidentabilidad.

---

<sup>5</sup> Ley N°16.744. Normas sobre Accidentes del trabajo y Enfermedades profesionales. Extraído de la página web <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=28650>, revisada el 12 de mayo de 2016.

A estos servicios pueden acceder no tan solo los pensionados de las cajas antiguas, sino que también los pensionados de INP y AFP, ayudando a centralizar la información en un solo lugar.

❖ **Política de la Institución:**

Por su parte, la política institucional del IPS señala lo siguiente:

“El Instituto de Previsión Social se compromete a mantener y mejorar de manera continua la eficacia de su sistema, gestión de calidad y procesos que lo integran, promoviendo el trabajo en equipo y la capacitación de las personas, con el fin de satisfacer los requerimientos de los clientes/ciudadanos, a través del aseguramiento de sus derechos y obligaciones previsionales”.<sup>6</sup>

La política de calidad expresada anteriormente es fundamentada y promovida por los siguientes valores institucionales:

- *Excelencia y Mérito:* Mostrar altos estándares de desempeño en la labor exigida, actuando de manera responsable y comprometida, favoreciendo la profesionalización de la gestión pública, a través de los procesos de ingreso y promoción interna en base al mérito, y excelencia en la gestión.
- *Transparencia:* Actuar de manera recta en el ejercicio de las labores, entregando información oportuna y de calidad a los usuarios y usuarias, internos y externos, fortaleciendo el ejercicio de la probidad, eficacia y cercanía con nuestros clientes, ciudadanos y con las personas que conforman el IPS.
- *Equidad y no discriminación:* Brindar un trato justo e igualitario, previsible y transparente, sustentado en el respeto y dignidad hacia todas las personas, sobre la base del mérito o hechos objetivos, indistintamente de variables como la situación socioeconómica, género, pertenencia a un grupo étnico, orientación sexual y/o capacidades diferentes.
- *Colaboración y Respeto:* Contribuir de manera colectiva y co-constructiva al logro de los objetivos estratégicos del IPS, a través del respeto, apoyo recíproco y participación, la divergencia de ideas y el

---

<sup>6</sup> Extraído de la página web oficial del Instituto de Previsión Social <http://www.ips.gob.cl>, revisada el 12 de mayo, 2016.

aporte del pluralismo y diversidad de los integrantes de un equipo, articulando las actividades de los equipos para alcanzar metas mayores.

- *Vocación de Servicio:* Mantener un trato cercano y empático hacia los clientes externos e internos, enfocándose en comprender sus necesidades y en resolverlas de manera oportuna y eficaz, brindando un servicio de excelencia.
- *Flexibilidad:* Mostrar apertura y disposición a adaptarse a las exigencias del entorno, modificando los comportamientos y actitudes para enfrentar nuevas experiencias y responder a los nuevos desafíos institucionales.

#### ❖ **Objetivos y Misión Institucionales**

##### ***Objetivos estratégicos organizacionales:***

- 1- Entregar un servicio de calidad a los clientes ciudadanos, a través de una red de atención multiservicios de prestaciones previsionales, sociales y de otros trámites, bajo un modelo de atención multicanal, con altos estándares de calidad y apoyado por un back office que centra su accionar en el cliente.
- 2- Optimizar los procesos de gestión de beneficios, mejorando la oportunidad y calidad en la concesión, pago, mantención, suspensión y extinción de prestaciones a cargo de este Instituto.
- 3- Recaudar y distribuir en tiempo y forma las cotizaciones previsionales electrónicas encomendadas al Instituto, mediante un adecuado registro operativo, coherente con la contabilidad y con los registros financieros.
- 4- Recuperar las deudas previsionales, a través de procesos de calidad, agotando las gestiones que tengan por objeto aclarar la existencia de cotizaciones de seguridad social impaga.

***Misión Institucional:***

El IPS contribuye a la protección social del Estado, administrando el sistema de pensiones solidarias, regímenes previsionales de reparto, leyes reparatorias y otras leyes especiales, como asimismo, pagando prestaciones sociales ordenadas por ley y/o acordadas por convenios de colaboración con este instituto. También promueve la excelencia en su gestión, atendiendo a la ciudadanía con cercanía y facilitando el acceso universal, a fin de garantizar el ejercicio de derechos y obligaciones previsionales y sociales, considerando para su logro a nuestras funcionarias y funcionarios como el principal capital que posee la institución.

**❖ Funciones Institucionales**

El IPS tiene por objetivo la administración del sistema de pensiones solidarias y de los regímenes previsionales administrados anteriormente por el INP, y constituye un servicio público cuyas funciones son:

- Administrar el sistema de pensiones solidarias.
- Administrar el beneficio de Bonificación por hijo para las Mujeres, establecido en el párrafo primero del título III de la ley N°20.255
- Administrar el Subsidio Previsional para los trabajadores jóvenes, establecido en el párrafo tercero del título III de la ley N°20.255.
- Otorgar y pagar las asignaciones familiares a los trabajadores independientes, de acuerdo a lo contemplado en el Decreto Ley N°3.500, de 1980.
- Realizar diagnósticos y estudios actuariales y aquellos relativos a temas propios de sus funciones.
- Administrar los regímenes previsionales de las Cajas de Previsión.
- Celebrar convenios con entidades o personas jurídicas, de derecho público o privado, tengan o no fines de lucro, que administren prestaciones de seguridad social, con el objeto de que los Centros de Atención Previsional Integral puedan prestar servicios a éstas en los términos señalados en el artículo 62 de la ley N°20.255. Los precios y modalidades de pago de los servicios que se presten serán fijados por decreto supremo conjunto, emanado de los ministerios del Trabajo y Previsión Social y de Hacienda.
- Efectuar publicaciones informativas dentro del ámbito de su competencia.

- Celebrar convenios con organismos públicos y privados para realizar tareas de apoyo en la tramitación e información respecto de los beneficios del Sistema Solidario.
- Contratar servicios que apoyen las labores propias del IPS, tales como: Servicio de Recaudación de Cotizaciones, Servicio de Pago masivo de Beneficios, Servicio de suministro de infraestructura tecnológica y cualquier otro necesario para el cumplimiento de los fines.

❖ **Productos Estratégicos:**

- Atención de Público en materias previsionales, sociales y otros trámites:

Actividades de interacción con la ciudadanía, por medio de los canales de atención presenciales y no presenciales, y la operación de una ventanilla única presencial y virtual de atención de público.

- Servicio de pago masivo a terceros de Seguridad Social y bonos específicamente asignados por el gobierno o generados por convenios:

Este servicio consiste fundamentalmente en el procedimiento de pago de los beneficios de seguridad social, bonos específicamente asignados por el gobierno o generados por convenios encomendados al IPS, a partir de la información proporcionada y transmitida electrónicamente por el Instituto a través de medios computacionales o de comunicación de datos instruyendo el pago a las respectivas instituciones pagadoras. Con ello, la Institución pagadora procede en forma periódica y oportuna a efectuar los pagos bajo la modalidad que se determina en el contrato.

- Concesión, pago y mantención de Beneficios Previsionales, Complementarios y Regímenes Especiales:

Concesión, pago, mantención, suspensión y extinción por reglas operativas de los beneficios del sistema solidario y de las otras prestaciones establecidas en la Ley N°20.255. Asimismo, forma parte de dicha concesión, pago, mantención, suspensión y extinción los beneficios complementarios al sistema de pensiones solidarias, las pensiones del régimen de reparto, los complementos al sistema de reparto, el bono de reconocimiento, los regímenes especiales y complementos a los regímenes especiales.

- Recaudación, Distribución, Compensación y Registro de las Cotizaciones Previsionales y Cobranza de Deudas Previsionales:

Actividades de recaudación, distribución, compensación y registro de cotizaciones previsionales encomendadas al Instituto, las que incluyen, entre otras: Cotizaciones del Fondo Nacional de Salud (FONASA), Cotizaciones del Instituto de Seguridad Laboral (ISL) y del Régimen de Reparto, de acuerdo a la política de recaudación y cobranza, generando un adecuado registro operativo, coherente con la contabilidad y con los registros financieros.<sup>7</sup>

### 1.3. TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN

La profesión de Trabajo Social dentro del Instituto de Previsión Social se desarrolla principalmente en el área de Servicios Sociales, a través de:

- **Atención de público:** Emiten poderes en sus respectivas oficinas, orientan a los usuarios para solicitar beneficios previsionales, realizan entrevistas para elaborar informes sociales por deudas de seguridad social y beneficios provisionales, se encargan de la gestión y tramitación de saldos insolutos y finalmente, atienden a los beneficiarios de Leyes Exonerados, Ley Valech y Ley Retting.
- **Ministros de fe:** Realizan declaraciones juradas por fotocopias, facturas, asignaciones familiares retroactivas, trámites de sobrevivencia, seguro de vida, orfandad u otros.
- **Trabajo en terreno:** Emiten poderes en domicilio, y una vez por semana en hospitales y en cárceles. Participan activamente en Programas de acercamiento a la comunidad.
- **Trabajo administrativo:** Revisan diariamente la correspondencia recibida; firman la correspondencia enviada a otras unidades; confeccionan informes sociales; se reúnen mensualmente con el equipo de área, principalmente para evaluar el trabajo realizado.

El **objetivo principal** que pretende alcanzar el trabajo social en el desarrollo de sus respectivos roles y funciones consiste en:

*“Brindar una atención integral y de calidad en materias de seguridad social y en el ámbito de los programas y beneficios sociales a los usuarios, a través de la participación activa con instancias internas y/o externas, con el*

---

<sup>7</sup> Extraído de la página web

<http://www.ips.gob.cl/servlet/internet/inicio/conozcanos/que-hacemos>, revisada el 12 de mayo de 2016.

*propósito de mejorar su calidad de vida y propender a una activa participación en el uso de sus derechos”.*

El **rol del asistente social** en el IPS se enmarca dentro de las “prestaciones de tipo legal que bajo la perspectiva del derecho público suscriben la intervención profesional sólo a materias de ley”.

Actualmente, dentro de la variada gama de programas sociales emanados tanto desde el nivel central del UPS, como otros producto de diagnósticos regionales, destaca el rol del asistente social como “gestor, ejecutor, coordinador y evaluador en el área social de la institución”.

Considerando el actual fenómeno poblacional que sufren los países en vías de desarrollo en relación a las altas tasas de envejecimiento del país, además del aumento en las expectativas de vida tanto de los hombres como de las mujeres, se visualiza cada vez más los problemas cotidianos de las personas mayores en Chile. A su vez, dentro de la institución, se aumenta la demanda de mejores proyectos que les permita a este grupo etario, desarrollarse como ciudadanos con derechos y deberes.

#### **1.4. BENEFICIOS Y PENSIONES<sup>8</sup>**

##### **1- Subsidios:**

- Subsidio Único Familiar
- Subsidio para las personas con discapacidad mental (menores de 18 años)
- Subsidio a la Asistencia Maternal
- Subsidio a la Contratación de Trabajadores Jóvenes
- Subsidio a la Cotización de Trabajadores Jóvenes

##### **2- Bonos:**

- Bono de Invierno
- Bono por Hijo
- Bono Bodas de oro
- Aporte familiar permanente

##### **3- Pensiones (Ex cajas de Previsión Social):**

- Ex Caja de Previsión de Empleados Particulares (EMPART)

---

<sup>8</sup> Beneficios y Pensiones. Extraído de la página web <http://www.ips.gob.cl/beneficios-y-pensiones>, revisada el 12 de mayo de 2016.

- Ex Caja Bancaria de Pensiones
- Ex Caja de Previsión y Estímulo de los Empleados del Banco del Estado de Chile
- Ex Caja de Previsión de la Marina Mercante Nacional (sección de tripulantes de naves y operarios marítimos)
- Ex Caja de Previsión de la Hípica Nacional
- Ex Servicio Seguro Social
- Ex Caja de Empleados y Obreros de la Empresa Metropolitana de Obras Sanitarias (departamento de empleados)
- Ex Caja de Empleados y Obreros de la Empresa Metropolitana de Obras Sanitarias (departamento de obreros)
- Ex Caja de Retiro y Previsión Social Empresa de Ferrocarriles del Estado
- Ex Caja Nacional de Empleados públicos y periodistas (sector público)
- Ex Caja Nacional de Empleados públicos y periodistas (sector periodistas)
- Ex caja de PRevisión de los Empleados Municipales de Santiago
- Ex caja de Previsión de los Empleados Municipales de Valparaíso
- Ex caja de Previsión de los Empleados Municipales de la República
- Ex caja de Previsión Social de los Obreros Municipales de la República
- Ex Cajas CCU – EMOS – GASCO – GILDEMEISTER – HOSCHILD – SALITRE – CAROZZINOS (asociadas a Ex cajas de Empleados particulares EMPART)

#### **4- Pilar Solidario:**

- Pensión Básica Solidaria de Vejez (PBSV)
- Pensión Básica Solidaria de Invalidez (PBSI)
- Aporte Previsional Solidario de Vejez (APSV)
- Aporte Previsional Solidario de Invalidez (APSI)

#### **5- Asignaciones:**

- Asignación Familiar
- Asignación Maternal

#### **6- Leyes de reparación:**

- Exonerados Políticos
- Ley Rettig – Ley de reparaciones para víctimas de violencia política, Ley 19.123
- Ley Valech – Pensión de reparación, ley 19.992

- Aporte único reparatorio – Ley Valech

**7- Otros beneficios del Estado:**

- Exención del 5% de cotización en salud para pensionados
- Pensión (indemnización) del Carbón – Ley 19.129
- Asignación por muerte
- Ingreso Ético Familiar
- Chile solidario

**1.5. CONTEXTO TERRITORIAL**

Dentro de la región de Valparaíso, el Instituto de Previsión Social cuenta con 19 Puntos de Atención en los Chile Atiende de la región, en las ciudades de Valparaíso, Viña del Mar, Quilpué, Quillota, San Felipe, San Antonio, Casablanca, Isla de Pascua, Villa Alemana, Quintero, Los Andes, La Calera, La Ligua, Limache, Cabildo, Con con, Llay-Llay, El Quisco y Puchuncaví. La Dirección Regional del IPS se encuentra en pleno centro de Valparaíso, ubicado en Avenida Brasil 1265.

Cabe destacar que el trabajo investigativo se realizara en la Oficina de Chile Atiende de Viña del Mar, ubicada en la calle Arlegui 966 con calle Quillota, a pasos de la municipalidad de Viña del Mar. La investigación se realizará en dicha oficina puesto que en este lugar específico fue requerido el proyecto de título.

Como se mencionó anteriormente, la muestra investigativa se sacará de la ciudad de Viña del Mar, específicamente de los usuarios y usuarias que frecuenten el IPS ubicado en calle Arlegui 966. Según la accesibilidad que tiene ésta oficina, se puede decir que está ubicado en pleno centro de la ciudad, por lo que hay locomoción fuera de la institución. Esto quiere decir, que se promueve el fácil acceso a la institución, ya que se presume que los usuarios y usuarias adultos mayores del IPS pueden poseer dificultades para trasladarse de un lugar a otro. Por su ubicación céntrica, la oficina se encuentra cercana al hospital Gustavo Fricke, además de encontrarse rodeada de supermercados, farmacias y locales comerciales de distinto tipo; como restaurantes, librerías, zapaterías, confiterías, entre otros.

## 1.6. CONTEXTO DE SUJETO DE ATENCIÓN

Las personas mayores son de los grupos etarios más importantes de la población chilena. Esto se debe a que en los últimos 30 años la población del país ha experimentado un proceso de envejecimiento demográfico acelerado y sin precedentes históricos; por lo que se hace necesario estudiar y analizar la depresión gerontológica como uno de los procesos afectivos que se dañan con el incremento de la edad, combinándose con múltiples factores.

Refiriéndose a la temática en cuestión, para el proceso de investigación a realizar es importante señalar que existe gran interés y necesidad por visualizar y reconocer las razones que contribuyen a que las personas mayores se sientan insatisfechas en sus vidas cotidianas, puesto que existen diversos factores de riesgo para el adulto mayor que impiden que éste grupo se desarrolle y desenvuelva de la mejor manera en su última etapa de vida.

Los trastornos del ánimo tienen una prevalencia de vida de 16,3% en Chile, y entre estos, los cuadros depresivos son los más relevantes, con una prevalencia de vida de 11,3%<sup>9</sup>. Al considerar la depresión en las personas mayores, se debe tener algunas consideraciones especiales:

- Psicosociales: Se une la disminución de actividad física y psíquica con la muerte de amigo y familiares, además de la declinación socio-económica.
- Somáticas: Con frecuencia coexisten múltiples patologías orgánicas que implican a su vez diversos tratamientos; esto implicará considerar variables farmacológicas y económicas adicionales al decidir el tratamiento de la depresión.
- Depresión v/s demencia: Sus síntomas frecuentemente se confunden, coexisten o se agravan mutuamente.
- Terapéuticas: Se debe tener especial cuidado con los potenciales efectos colaterales de los psicofármacos, así como con las posibles interacciones derivadas de la polifarmacia usual en este grupo etario.

El aumento en el número de personas mayores determina una indiscutible relevancia de enfermedades que son características de la llamada tercera edad. En este proceso o etapa involutiva el terreno propicio para que sean más frecuentes los trastornos psiquiátricos y que se

---

<sup>9</sup> Extraído de la página web <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/Depresion.pdf>, revisada el 12 de mayo de 2016.

caracterice esta etapa como de mayor riesgo por el incremento de la invalidez y el deterioro progresivo, que asociados a circunstancias sociales o familiares adversas desencadenen enfermedades como la depresión.

## Capítulo II:

# “Marco Referencial”



## **PRESENTACIÓN**

La exploración conceptual que se presentará a continuación tiene por objetivo fundamentar teóricamente la investigación que se realizará durante el noveno semestre de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, dentro de la asignatura Proyecto de Título I.

En el siguiente capítulo se exhibirán los referentes conceptuales y teóricos que sustentarán la investigación a realizar. De esta manera al analizar la población escogida para la realización del proyecto de título, se definirá y delimitará lo que significa el concepto de personas mayores, envejecimiento, teorías psicosociales relacionadas, entre otros puntos fundamentales para esta investigación. Además se describirá la situación actual en Chile y como se aborda el envejecimiento bajo parámetros que establecen las políticas públicas y los diferentes organismos estatales.

Se necesita poner en claro las teorías y los conceptos que respaldan la investigación como ejes centrales en el contexto que enmarca el estudio, para poder fundamentar teóricamente la razón de existencia de la investigación que se evidenciará en los siguientes capítulos.

## 2.1. MARCO CONCEPTUAL

### ❖ Envejecimiento

- Según la OMS<sup>10</sup>, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 años son llamados ancianos, y a los que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llama persona de la tercera edad.
- La ONU<sup>11</sup>, considera “anciano” a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados, y mayores de 60 años para los países en vías de desarrollo.
- Según la OMS, el envejecimiento es el proceso psicológico que ocasiona cambios positivos, negativos o neutros, característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida<sup>12</sup>.
- El envejecimiento es un proceso normal del organismo caracterizado por una disminución progresiva en la capacidad de llevar a cabo las funciones de cada órgano y sistema. Este se inicia desde el momento mismo del nacimiento, y si bien no es una enfermedad, genera el terreno propicio para el desarrollo de diversas condiciones que afectan el ideal de la persona mayor.

### ❖ Vejez

- Una primera definición de vejez hace referencia a una condición temporal y, concretamente, a una forma de tener en cuenta el tiempo y la consecuencia del tiempo en el individuo, es decir, a la edad. En esta consideración, la vejez está en función del tiempo que transcurre para un determinado sujeto, frecuentemente medido según la edad cronológica. (Ballesteros, 2000)
- Es también posible definir la vejez desde una edad social, la cual se define en función de los roles, actitudes y conductas adecuadas, la percepción subjetiva del propio sujeto y la edad socialmente atribuida.

---

<sup>10</sup> Organización Mundial de la Salud. Organismo parte de la Organización de las Naciones Unidas especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

<sup>11</sup> Organización de las Naciones Unidas. Es la mayor organización internacional existente. Se define como una asociación de gobierno global que facilita la cooperación en asuntos como el Derecho Internacional, la paz y seguridad internacional, el desarrollo económico y social, los asuntos humanitarios y los derechos humanos.

<sup>12</sup> Concepto de envejecimiento. Extraído de la página web <http://www.mayoresaludables.org/noticias/definicion-de-envejecimiento>, revisada el 29 de mayo, 2016.

❖ **Personas Mayores**

- “Persona mayor” es un término reciente que se da a las personas que tienen más de 60 años de edad, pero también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien, ya sea desde el punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida)<sup>13</sup>

❖ **Gerontología**

- El diccionario de la Real Academia de la Lengua la define como “*Ciencia que trata de la vejez y los fenómenos que la caracterizan*”. Tiene por objetivo contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Michel Elie Metchnikoff <sup>14</sup> introdujo este término en 1903 y cuyo significado sería: *Estudio científico de la vejez y de todos los fenómenos del envejecimiento en general*. Etimológicamente deriva del griego “*geron*” que significa anciano y de “*logia*” que significa “tratado de...”
- La gerontología es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento de los seres vivos y del ser humano desde todos sus aspectos: biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales. Por esta razón, la gerontología es de interés para muchas disciplinas y es el estudio conjunto de todas ellas lo que intenta dar solución a la variedad de problemas que se derivan del proceso de envejecimiento.
- La gerontología se puede dividir en dos grandes áreas:
  - La gerontología biológica: que estudia las alteraciones y los cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y funcionales que acontecen con el envejecimiento.
  - La gerontología social: que estudia a la persona como un ser integral, teniendo en cuenta el medio ambiente, la situación socioeconómica y familiar, donde vive, etc.

---

<sup>13</sup> Concepto de Adulto Mayor. Extraído de la página web <http://definicion.de/adulto-mayor/>, revisada el 2 de junio, 2016.

<sup>14</sup> Michel Elie Metchnikoff (1845 – 1916). Sociólogo y biólogo ruso, Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908, propuso la Gerontología como ciencia para el estudio del envejecimiento, ya que según él, “traería grandes modificaciones para el curso de este último período de la vida”.

#### ❖ Geriatría

- La geriatría es la rama de la medicina que se preocupa de los problemas y enfermedades de las personas mayores, como prevenirlas y manejarlas, y del proceso de envejecer.<sup>15</sup>
- Las enfermedades más comunes que afectan a las personas mayores son la demencia, caídas, incontinencia urinaria, osteoporosis y depresión
- La geriatría es una especialidad médica dedicada al estudio de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades en las personas de la tercera edad
- Resuelve problemas de salud de las personas mayores en el área hospitalaria y en la comunidad; a diferencia de la Gerontología, que estudia los aspectos psicológicos, educativos, sociales, económicos y demográficos de la tercera edad.

#### ❖ Depresión

- Según la OMS, 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.
- La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.
- Es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria<sup>16</sup>.

#### ❖ Depresión en las personas mayores

- La depresión es un trastorno de primer orden en cuanto a frecuencia y trascendencia dentro de las enfermedades que aquejan preponderantemente a la tercera edad. Produce alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad (directa e indirectamente) en la

---

<sup>15</sup> Concepto de Geriatría. Extraído de la página web <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Especialidades/Departamento-de-Medicina-Interna/Unidad-de-Geriatría/%C2%BFQue-es-la-Geriatría->, revisada el 2 de junio de 2016.

<sup>16</sup> Concepto de Depresión. Extraído de la página web <http://www.who.int/topics/depression/es/>, revisada el 2 de junio de 2016.

población geriátrica. Además, altera la calidad de vida del que la padece, aparte de ser un problema social y de salud pública.

- En los adultos mayores, los cambios en la vida pueden incrementar el riesgo de depresión o llevar a que la depresión existente empeore. La mudanza del hogar (como por ejemplo a un centro de la tercera edad), dolor o padecimiento crónico, síndrome del nido vacío, cónyuge y amigos cercanos que fallecen y la pérdida de la independencia (como por ejemplo, problemas para cuidarse sin ayuda o problemas para movilizarse) pueden ser algunas causas que posiblemente lleven al adulto mayor a una depresión.
- Por otro lado, la depresión en las personas mayores puede estar relacionada con un padecimiento físico, como los trastornos tiroideos, el mal de Parkinson, enfermedades del corazón, cáncer, accidentes cerebrovasculares, demencia senil, Alzheimer y el excesivo consumo de alcohol o de determinados medicamentos (como los somníferos)<sup>17</sup>.

## 2.2. TEORÍAS DE ENVEJECIMIENTO

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

Bertrand Strehler propuso considerar al envejecimiento como un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que acontece con el tiempo en todo ser vivo, como expresión de la interacción entre el programa genético del individuo y su medio ambiente. Es un proceso deletéreo, porque ocurren pérdidas en la función fisiológica; es progresivo, porque las pérdidas son graduales; es intrínseco, porque las pérdidas son propias y es universal, porque las pérdidas se producen en todos los miembros de una especie, cuando llega la ocasión. (Pulido, 2003)

La gerontología se ha desarrollado en tres áreas: el biológico, el psicológico y el social. En todos estos planos es como se debe explicar el envejecimiento, ya que es un proceso que resulta de la interacción de todos estos aspectos. Siguiendo esa arista, se exhibirán las teorías físicas o biológicas del envejecimiento, teorías psicológicas y las sociológicas. Además, existe una tendencia a categorizar a las mismas en: **a) teorías estocásticas** que afirman que el proceso de envejecimiento es el resultado

---

<sup>17</sup> Depresión en el adulto mayor. Extraído de la página web <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm>, revisada el 2 de junio, 2016.

de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo (incluye la teoría de los radicales libres de oxígeno) y **b) las teorías no estocásticas**, que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado. (Pedemonte, 2004)

❖ **Teorías Biológicas del envejecimiento:**

Las teorías biológicas del envejecimiento tratan acerca del por qué los seres vivos envejecemos. Explica los procesos fisiológicos que se producen con independencia de influencias externas o patológicas, de forma gradual y que son automáticas y universales.

➤ *Teorías Estocásticas:* Consideran el envejecimiento como consecuencia de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo.

**a) Error – Catástrofe:** Ésta teoría fue propuesta por Orgel en 1963 y modificada por el mismo en 1970. Afirma que el envejecimiento es debido a la acumulación de errores en la síntesis de las proteínas, que a su vez causan la producción de proteínas anormales.

**b) Entrecruzamiento o del entrecruzamiento:** Explica que el entrecruzamiento de las proteínas y de otras macromoléculas celulares provoca el envejecimiento, aparición de trastornos y enfermedades relacionadas con la edad. Ocurre por ejemplo en el colágeno, que es una proteína que da soporte a muchos tejidos, como la piel. El aumento del número de enlaces puede ocasionar pérdida en la elasticidad y a la vez disminuir la permeabilidad del tejido que rodea a las células.

**c) Del uso y del desgaste:** Afirma que los organismos son como una máquina, el uso continuo de sus partes las desgasta, y se produce deterioro y envejecimiento. El vivir envejece porque para la actividad de los seres vivos se necesita energía.

**d) De los radicales libres:** Son moléculas inestables que se forman en el proceso de obtención de energía que ocurre en todas las células. Al reaccionar con otras moléculas de cualquier parte de la célula, alteran sus elementos químicos, causando daños genéticos hasta convertirlos en células cancerígenas.

- **Teorías no Estocásticas:** Consideran que el envejecimiento está predeterminado. Proponen que el envejecimiento sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación, y correspondería a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma.
- a) Teoría del marcapaso:** (Burnet, 1970) Los sistemas inmune y neuroendocrino serían “marcadores” intrínsecos del envejecimiento.
- b) Teorías genéticas:** Existen genes especiales llamados “gerontogenes”, que cuando expresan su información dan lugar a los cambios propios del envejecimiento. La capacidad de vivir muchos años es algo que se hereda y se encuentra determinada por los genes.
- c) Teoría del envejecimiento celular:** Con el paso de los años, las células del cuerpo envejecen, tienen menos capacidad para alimentarse, menos capacidad para reparar lesiones que se producen en sus cromosomas. Sigue siendo un enigma el factor que interrumpe el “reloj vital”.
- d) Teoría inmunológica:** Con la edad disminuye la capacidad del sistema inmunológico para producir anticuerpos, produciéndose un aumento de enfermedades autoinmunitarias.
- e) Teoría del estrés:** El organismo tiene una cantidad determinada de energía que utiliza y se pierde con el tiempo. El cuerpo pierde su capacidad para resistir el estrés y se muere.
- f) Teoría viral:** Asume que en el organismo existe un virus común que puede formar parte del proceso de envejecimiento. Proponen que el virus está presente en el cuerpo al nacer y crece al envejecer.
- g) Teoría de la acumulación de productos de desecho:** Sheldrake en 1974, propuso que el envejecimiento celular se puede explicar en términos de la acumulación de la ruptura de productos citoplasmáticos, los cuales pueden ser perjudiciales para la célula. La única manera que las células podrían evitar su mortalidad sería creciendo, dividiéndose y diluyendo la ruptura acumulada de productos.
- h) Teoría del suicidio celular o apoptosis:** Existen oncogenes (son los responsables de la transformación de una célula normal en una maligna que desarrollará un determinado tipo de cáncer) estimulación del crecimiento de la célula que a no es útil, se separa de sus vecinas y fabrica unas enzimas que destruyen sus propias proteínas.

### ❖ Teorías Ambientales

Dicen que el ambiente influye sobre la vida de las personas mayores, priorizando actividades para satisfacer sus necesidades en su entorno.

- a) **Teoría Ambiental:** Contribuye en la persona mayor a ser alguien integro, autónomo responsable, dueño de sus propias acciones y segura, para quienes la edad no es impedimento para interactuar y adaptarse a las diferentes situaciones cotidianas que revierten su bienestar.
- b) **Teoría de la ecología gerontológica:** Sustenta que el individuo intenta, en cada etapa de la vida, un equilibrio entre su competencia y las presiones del medio. También se conoce como nivel de adaptación.
- c) **Teoría de la congruencia:** Afirma que lo más importante son los proyectos y las necesidades personales de intimidad, vida privada, las posibilidades y limitaciones que el ambiente ofrece para expresarlas.

### ❖ Teoría antropológica

Es el estudio de la humanidad de los pueblos antiguos y modernos y de sus estilos de vida. También estudia al humano de una forma integral, considerándolo como un ser con mente, cuerpo y espíritu. Analiza la vejez desde las diferentes culturas y sociedades.

### ❖ Teoría selectiva socio – emocional

Explica qué cambios en la composición de la red social relacionados con la edad no constituyen una pérdida, sino que son el resultado de un cambio motivacional en las metas sociales. Hay cambios en los motivos para los contactos sociales; no más búsqueda de conocimientos y auto – afirmación, sino de confort emocional y de identificación. Esta teoría contesta teorías tradicionales sobre relaciones sociales en la vejez:

- a) **Teoría del desarraigo:** Proceso normal por consenso entre las personas mayores y la sociedad, en preparación para la muerte.
- b) **Teoría de la actividad:** Las pérdidas físicas y sociales determinan patologías, insatisfacción y resentimiento, que pueden ser disminuidos por la actividad.
- c) **Teoría de los intercambios sociales:** Las pérdidas biológicas y sociales en la vejez amenazan la reciprocidad de las relaciones.

### ❖ Teorías sociales y vejez

Según Confort, 75% de los cambios relacionados con la edad pueden ser atribuidos al envejecimiento social y son producto de nuestras creencias, prejuicios y conceptos erróneos sobre la vejez. Evita considerar a la vejez como un fenómeno formado a encajar en un proceso medicalizado. Permite integrar los envejecimientos desiguales y diferenciados según el género, estrato social, aspectos culturales y desarrollo económico.

- a) **Teoría de la desvinculación:** El envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o “desvinculación” recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen, provocada ya sea por el mismo interesado o por los otros miembros. Se considera la muerte como la desvinculación total.
- b) **Teoría de la actividad:** Lo más importante es estar socialmente involucrado, independiente del tipo de rol que se desempeñe. La importancia radica en las actividades sociales que tienen sentido para él y no cantidad de interacciones que mantenga.
- c) **Teoría de la subcultura:** En 1965, Pose (BUSCAR CITA) propuso que el agrupamiento por edades típicas de las sociedades avanzadas conduce inevitablemente hacia la formación de una subcultura, que es lo que define y dirige la conducta de sus miembros.
- d) **Teoría del entorno social:** Se centra en la demanda procedente del entorno que mejor se adapte al nivel de funcionamiento que caracterice a la persona mayor. Interrelaciona a la persona con el medio. El entorno tiene un impacto mucho más grande a medida que disminuye la funcionalidad de una persona.

### ❖ Teorías psicológicas

Gran parte de las teorías psicológicas que explican el envejecimiento en los seres humanos mantienen que deben darse varias estrategias adaptativas para que una persona envejezca con éxito. Los desencadenantes pueden ser los cambios físicos evidentes del envejecimiento, los problemas asociados a la jubilación, sobrellevar la muerte del cónyuge o de amigos, entre otros factores. En general, son cambios conductuales que se relacionan con influencias ambientales y que se reflejan positiva o negativamente en las personas mayores.

A continuación se explicaran brevemente las tres teorías psicológicas que más trascendencia han tenido en el estudio conductual de las personas mayores.

➤ *Teoría psicosocial de Erickson*

Según Erickson<sup>18</sup>, cuando los adultos entran en una etapa final de la vida, su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que se hizo lo mejor posible dentro de sus propias circunstancias. Si consiguen éxito en esta labor, habrán desarrollado la integridad del ego, que sólo puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación. Cuando el sentimiento que predomina es la desesperación, la persona mayor le teme a la muerte, y aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla. Cuando impera la integridad, la persona mayor posee la fuerza propia de su edad, que es la sabiduría. De acuerdo con Erickson “las personas que han tenido éxito en esta tarea integradora final, ganan un sentido más amplio del orden y del significado de sus vidas dentro de un ordenamiento social más grande, pasado, presente y futuro”.

➤ *Teoría individualista de Jung:*

Jung<sup>19</sup> visualiza que las personas mayores se esfuerzan para desarrollarse a sí mismos, dado que cree que extrañamente se alcanzaba una personalidad integrada. Dentro de cada persona mayor ve fuerzas y tendencias en conflicto que necesitaban ser reconocidas y reconciliadas. Parte de este reconocimiento se refleja en la tendencia de cada género a expresar rasgos generalmente asociados con el otro sexo. Jung propone que esta tendencia aparece por primera vez en la mitad de la vida, y observa que la expresión del potencial de género que está oculto aumenta en la tercera edad<sup>20</sup>.

Durante la tercera edad, la expresión de los hombres de su feminidad y la de las mujeres de su masculinidad supone otro intento de reconciliar las tendencias en conflicto. Se piensa que dentro de cada persona existe una orientación hacia el mundo exterior que denomina extroversión, y una orientación hacia el interior, el mundo subjetivo, que llama introversión. En

---

<sup>18</sup> Erik Erikson (1902-1994). Psicoanalista estadounidense de origen alemán destacado por sus contribuciones en la psicología del desarrollo. Conocido principalmente por plantear la Teoría psicosocial del desarrollo humano.

<sup>19</sup> Carl Gustav Jung (1875-1961). Médico psiquiatra, psicólogo y ensayista suizo, figura clave en la etapa inicial del psicoanálisis; posteriormente fundador de la escuela de la Psicología Analítica.

<sup>20</sup> Cervilla JA. V Jornada de Actualización en Psicogeriatría. Rev. Sesenta y Más 2000; 6:31-4.

esta etapa la persona mayor buscará respuestas a muchos de los enigmas de la vida o intentará encontrar la esencia del “verdadero yo”. Según esta teoría, las personas mayores pueden dedicar mucho tiempo a la contemplación y a la introspección.

#### ❖ Teoría que respalda el proceso de investigación

Diversas teorías y clasificaciones han sido propuestas y descritas para explicar el proceso de envejecimiento humano. Por naturaleza multicausal del envejecimiento, resulta improbable que una teoría única pueda explicar todos sus mecanismos, por lo que hay que tener presente que el envejecimiento ocurre a todos los niveles: al nivel molecular, nivel celular y nivel de órgano.

En conformidad a las teorías propuestas anteriormente, es posible considerar la teoría de los **Radicales libres** como sustento de apoyo al proceso de desarrollo de la presente investigación, ya que esta teoría es la de mayor aceptación en los últimos años y revela que estas reacciones pueden estar implicadas en la producción de los cambios del envejecimiento, asociados con el medio ambiente, enfermedad y con su proceso intrínseco.

La teoría de los Radicales Libres fue propuesta por *Denham Harman* en 1956, la cual postula que el envejecimiento resulta de los efectos perjudiciales fortuitos causados a tejidos por reacciones de radicales libres.

Los radicales libres reactivos formados dentro de las células pueden oxidar biomoléculas y conducir a muerte celular y daño tisular. Las reacciones perjudiciales de los radicales libres se producen sobre todo en los lípidos, los cuales son los más susceptibles. *Harman*, en 1956, pretendía explicar varios aspectos:

1. El origen de la vida y su evolución.
2. El aumento de longevidad en especies animales sometidas a manipulaciones dietéticas y ambientales.
3. El proceso de envejecimiento.
4. El gran número de enfermedades en cuya patogenia están implicados los radicales libres del oxígeno

Las reacciones de los radicales libres contribuyen considerablemente al desarrollo de desórdenes estocásticos observados durante el envejecimiento. Los radicales libres, además, están implicados en

enfermedades degenerativas como arteriosclerosis, amiloidosis, demencia senil tipo Alzheimer, enfermedades autoinmunes.

### **2.3. TIPOS DE ENVEJECIMIENTO**

#### **❖ Envejecimiento Patológico**

Se refiere a los cambios que se producen como consecuencia de enfermedades, malos hábitos, etc, y que no forman parte del envejecimiento normal (por ejemplo: cataratas, alzheimer) y que en algunos casos pueden prevenirse o son reversibles.

Este envejecimiento se caracterizaría por venir marcado por patologías médicas y disntintos síndromes de enfermedades físicas y mentales, los cuales pueden llegar a impedir a la persona llevar las actividades fundamentales y/o básicas de la vida diaria. Cuando en una persona se combinan varios trastornos físicos y mentales, se habla de comorbilidad. Algunas enfermedades relacionadas son: alzheimer, parkinson, artritis, artrósis, osteoporósis, entre otras.

#### **❖ Envejecimiento exitoso**

Un estudio realizado por la MacArthur Foundation Research Network on Successful Aging (Rowe Kahn, 1998), se identificó los componentes principales del envejecimiento exitoso:

- Evitar la enfermedad o la discapacidad relacionadas con alguna enfermedad.
- El mantenimiento de un alto funcionamiento físico y cognitivo.
- El involucramiento activo y sostenido en las actividades sociales y productivas (actividades con pago o sin ella, que poseen un valor social)." (Papalia, 2009)

Normalmente las personas que envejecen exitosamente son aquellas que cuentan con apoyo económico, familiar y social, ya que no desarrollan ningún tipo de estrés hacia la sobrevivencia del día a día. Como lo menciona Papalia, las personas viven más años cuando tienen control sobre su rol, sea padre, esposo, proveedor, etc., ya que tienen un sentido de poder, sea económico o simplemente social.

### ❖ **Envejecimiento activo**

La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo como el proceso en el cual se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico y social. Se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo. Implica entender esta etapa de la vida como un ciclo más de crecimiento personal.

La proporción de personas mayores crece en todo el mundo más rápidamente que cualquier otro grupo etario, produciéndose un envejecimiento acelerado de la población y un aumento de la esperanza de vida.

Para este tipo de envejecimiento es necesario apoyarse en el desarrollo de hábitos de vida saludable, física y mentales, la formación a través del reconocimiento de capacidades y competencias, la promoción de la igualdad de oportunidades, el fomento de autoestima y la participación de las personas mayores en la sociedad, desde su experiencia, formación, valores, incidiendo en el papel de la familia y la comunidad. El envejecimiento activo se sustenta sobre perspectivas de género y de intergeneracionalidad, favoreciendo la igualdad de oportunidades y la autonomía personal.

### ❖ **Envejecimiento normal**

Es el que experimentan la mayoría de las personas sin enfermedad o sin limitaciones. Supone una pérdida progresiva de la funcionalidad del organismo, pero estas limitaciones no impiden llevar una vida autónoma, ni interfieren con la mayor parte de los roles sociales. Cada sociedad tiene un envejecimiento normal según su grado de desarrollo sanitario, económico y social. La alimentación equilibrada, el saneamiento del medio y la asistencia sanitaria universal a toda la población constituyen los factores más importantes para reducir las diferencias en la calidad del envejecimiento. Actualmente, las diferencias entre países y clases sociales son aún importantes, pues no existe la igualdad de oportunidades en los ámbitos mencionados.

### ❖ **Envejecimiento óptimo**

Es el objetivo de los ciudadanos que desean vivir con la máxima calidad de vida en esta etapa vital y también de los esfuerzos de los profesionales para proporcionar vida a estos años. El envejecimiento óptimo supera al normal, ya que, combate las limitaciones antes de que aparezcan, potencia la funcionalidad de la persona, tanto en lo físico, como en lo psíquico y en lo social. Se trata de otorgar a ésta el mismo estatus que al adulto, olvidando la edad como factor limitador de sus roles sociales. El envejecimiento óptimo evita al máximo la aparición de enfermedades y limitaciones, y trata de mantener la mejor calidad de vida global hasta la muerte. Actualmente, solo una minoría de personas mantiene un envejecimiento óptimo, pero constituye un objetivo de los profesionales el hacerlo accesible a la mayoría de la población (Moragas, 1991).

### ❖ **Tipo de envejecimiento que respalda el proceso de investigación**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el envejecimiento activo como el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen.

Este enfoque se basa en el reconocimiento de los Derechos Humanos de las personas mayores y en el principal de las Naciones Unidas, de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos.

En base a lo anterior, para sustentar el desarrollo de la investigación en curso, se considera el envejecimiento activo como el tipo de envejecimiento más óptimo y apropiado para disfrutar durante la tercera edad, dado a que busca que los mayores se desarrollen personalmente en la última etapa del ciclo vital, que tengan la mayor calidad de vida posible, teniendo una vida saludable, participativa y segura, potenciando así más protagonismo y participación dentro de la sociedad.

En este sentido, y relacionado con la temática de investigación respecto a los factores que inciden en la sintomatología de la depresión geriátrica, es posible inferir que justamente los tres principales componentes que sustentan un envejecimiento activo (salud, participación y seguridad) que sustentan un envejecimiento activo son los que no están presentes o están en deterioro en las personas mayores que presentan cuadros depresivos. Esto se debe a que en esta etapa de la vida hay cambios identitarios, en los

cuales se experimentan crisis y existe el riesgo de soledad, ya que las personas mayores comienzan a perder personas de su entorno y a vivir un proceso de replanteamiento de lo realizado a lo largo de su vida, lo que los puede llevar a un aislamiento social y depresión. Debido a esto, es de suma importancia que puedan tener acceso a redes de apoyo y a la participación comunitaria dentro de la sociedad para así velar por su salud integral y lograr el envejecimiento activo esperado

## **2.4. ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO**

### **❖ Envejecimiento Mundial**

El envejecimiento de la población es un proceso intrínseco de la transición demográfica, que es el tránsito de regímenes de alta mortalidad y natalidad a otros niveles bajos y controlados. LA disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas impactan directamente en la composición por edades de la población, al reducir relativamente el número de personas en las edades más jóvenes y engrosar los sectores con edades avanzadas.

El proceso de envejecimiento de la población se caracteriza por el aumento de las personas que tienen 60 años o más. Su relevancia se debe a que este proceso tiene impactos múltiples en la sociedad, no sólo en los ámbitos de educación y salud, sino también en la economía y en la composición de la fuerza de trabajo

Este proceso de la población se encuentra en diferentes etapas en el mundo. La proporción de personas mayores en los países desarrollados es mayor que la de los países en vías de desarrollo (21% y 8% de la población total, respectivamente).

De acuerdo a las perspectivas de la Población Mundial de Naciones Unidas, en el 2020, Japón, con 225 personas mayores por cada 100 menores de 15 años, Italia y Alemania con alrededor de 190, serán los países de mayor envejecimiento.

Se espera que los niveles de natalidad y mortalidad, continúen disminuyendo en la primera mitad del siglo en curso. La primera disminuirá hasta alcanzar 13,7 nacimientos por cada mil habitantes en 2050; mientras que la mortalidad se espera que alcance sus menores niveles durante los próximos años (9 defunciones por cada mil habitantes) y a partir de ese

momento, se espera que aumente hasta alcanzar 10,4% en 2050, en estrecha relación con el incremento de la población en edades avanzadas.<sup>21</sup>

#### ❖ América Latina y el Caribe

El envejecimiento demográfico que están experimentando los países de América Latina y el Caribe trata de un proceso generalizado, puesto que en todos los países de la región muestran un incremento sustancial. Sin embargo, lo más preocupante es el contexto económico y social de la región, caracterizado por una alta incidencia en la pobreza, una persistente y grave inequidad social, una baja cobertura de la seguridad social y una tendencia hacia el deterioro de las redes de apoyo familiar.

Debido a los diferentes contextos económicos y sociales que afectan a la región de América Latina y el Caribe, es sabido que en el futuro próximo deberán enfrentar las demandas de una creciente población adulta mayor. Se estima que dentro del año 2000 y 2025, 57 millones de personas mayores se sumarán a los 41 millones ya existentes y entre 2025 y 2050 ese incremento será de 86 millones de personas mayores.

En los países que no han tenido el tiempo, la fortuna o los recursos para entregar unos altos y estables niveles de vida está teniendo lugar un envejecimiento rápido y prematuro. Las comparaciones entre países de América Latina por una parte, y los EEUU, Japón y Suecia por otra, son reveladoras. En primer lugar, las proyecciones suponen que cuando la fracción de la población de más edad comienza a exceder el 10%, los países de la región no logran más que una pequeña fracción (aproximadamente una décima parte) de los niveles del PNB (Producto Nacional Bruto) *per cápita* de los que gozan los países desarrollados con niveles similares de envejecimiento.

La magnitud y velocidad del envejecimiento que afecta a América Latina y al Caribe, se relaciona con el contexto social y político dentro del cual ese proceso está teniendo lugar. Además, el envejecimiento está teniendo lugar en un entorno institucional muy frágil, en el que la mayor parte de los mecanismos para garantizar una seguridad y un soporte mínimo socioeconómico para las personas de más edad, están siendo reformulados o incluso, eliminados. (Kliksberg, 2000)

---

<sup>21</sup> "El envejecimiento en la población mundial". Extraído de la página web: [http://www.achc.org.co/hospital360/contextos/demografico/Envejecimiento/Envejecimiento\\_de\\_la\\_poblacion\\_mundial.pdf](http://www.achc.org.co/hospital360/contextos/demografico/Envejecimiento/Envejecimiento_de_la_poblacion_mundial.pdf), revisada el 10 de junio de 2016.

La posibilidad de enfrentar los problemas de un número creciente de personas mayores, depende tanto de la capacidad del Estado para generar y aplicar políticas públicas de gran cobertura, especialmente en las áreas de salud, seguridad social y otras áreas de asistencia social, como de los patrones de organización familiar y otros tipos de apoyo comunitario. Estos dos tipos de apoyo influirían fuertemente en la visión ideal de la población adulta mayor: el envejecimiento activo y óptimo de las personas mayores de la región mencionada.<sup>22</sup>

### ❖ Chile

Al igual que en los países desarrollados, la población chilena está viviendo una etapa avanzada de transición al envejecimiento demográfico de su población. Actualmente, Chile es considerado el segundo país más envejecido de América Latina.

Dado el aumento en la esperanza de vida y la disminución en la tasa de natalidad, se ha reducido el número de niños y aumentado el de personas mayores. En los años 60 se produce una modificación de la estructura de la población, disminuyendo el aporte porcentual de los menores de 15 y aumentando el de los adultos mayores. Actualmente una de cada diez personas pertenece al grupo etario de personas mayores y se espera que para el año 2025 esta proporción sea de uno por cada cinco. Al comparar con la población menor de 15 años, las personas mayores ascienden actualmente a uno por cada dos niños y niñas. Para el 2025, esta relación sería de 103 por cada cien menores de 15.

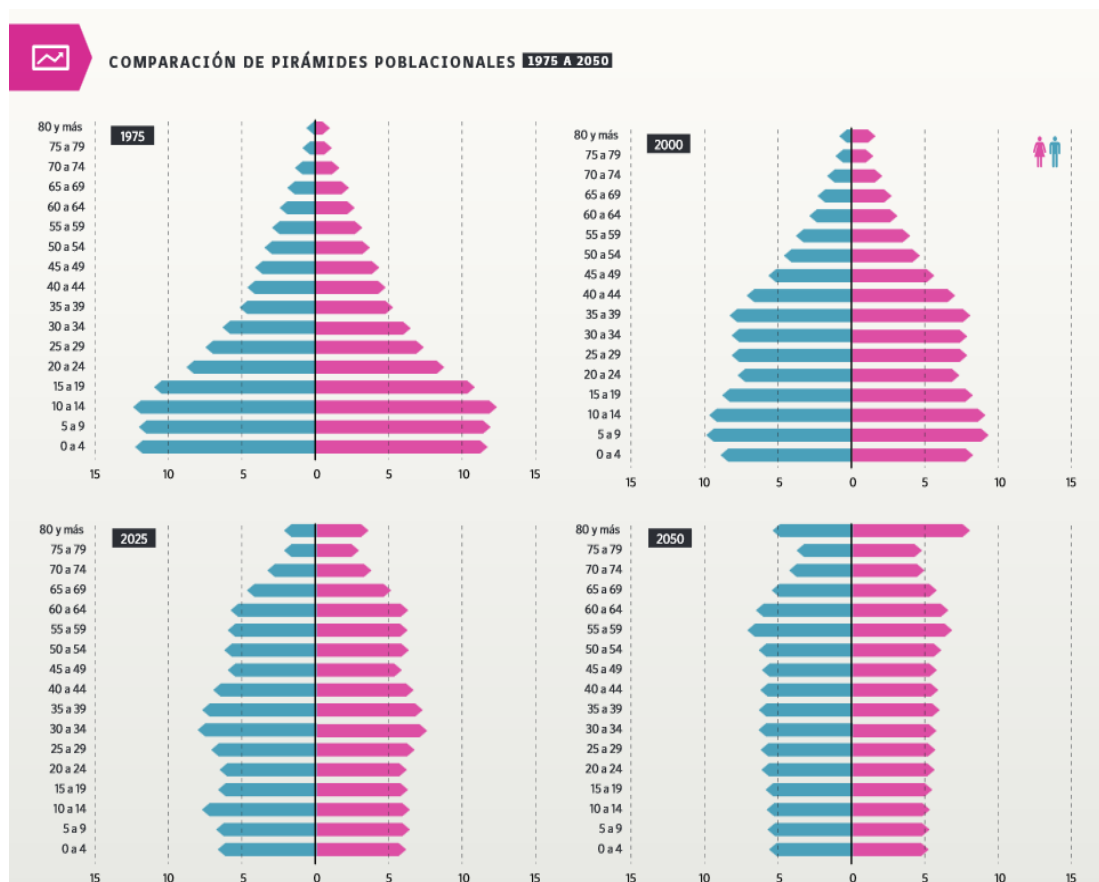
Este fenómeno tenderá a reducir el contingente de población laboralmente activa, lo que limitará la capacidad de sostener a las personas jubiladas y afectará las labores de cuidado.

La composición etaria de la población chilena ha variado significativamente dentro de las últimas décadas, y se espera que la tendencia persista. Las pirámides de población grafican este proceso a través del cambio de su estructura, desde una forma triangular (que refleja mayor porcentaje de jóvenes que de personas mayores) a una forma

---

<sup>22</sup> "Transición Demográfica y Envejecimiento en América Latina y el Caribe: hechos y reflexiones sociobioéticas. Extraído de la página web [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2001000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2001000100003&script=sci_arttext), revisada el 10 de junio de 2016.

rectangular (que refleja una población distribuida homogéneamente entre las distintas edades).<sup>23</sup>



Fuente: Observatorio Demográfico CELADE-CEPAL, 2009.

### ❖ Envejecimiento en la Quinta Región

En la región de Valparaíso, se registran brechas estadísticamente significativas entre personas mayores de diferente sexo, en lo que respecta a años de escolaridad, jefatura de hogar, tasa de participación laboral, tasa de ocupación, ingreso total promedio del hogar con jefatura adulto mayor y población afiliada al sistema público de salud.

Según la fuente de datos que entrega la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen) del año 2011, la situación regional es la siguiente:

- Las personas de 60 años y más representan el 18,8% de la población regional, lo que equivale a 329.857 personas. Distinguiendo por sexo, el 16,7% de los hombres corresponde a personas mayores (136.874 personas), en tanto esta proporción alcanza el 20,7% en la población de mujeres (192.983 personas).

<sup>23</sup> "Envejecimiento en Chile". Extraído de la página web [http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ipos-2012/media/ipos\\_2012\\_pp\\_186-205.pdf](http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ipos-2012/media/ipos_2012_pp_186-205.pdf), revisado el 10 de junio de 2016.

- En la Región el 10,0% de la población adulta mayor se encuentra en situación de pobreza (32.922 personas). En el país se registra un 7.9% de pobreza en la población de personas mayores.
- La escolaridad promedio de los adultos mayores en la Región alcanza los 7,9 años, siendo de 8,4 en los hombres y 7,4 en las mujeres.
- Del total de hogares de la región, el 36,4% tiene como jefe a una persona mayor (198.931 hogares).
- La tasa de participación laboral de los adultos mayores alcanza al 24,8% en la Región.
- En promedio, las personas mayores de la región perciben mensualmente ingresos totales de \$49.981.
- El 85,1% de la población adulta mayor de la región se encuentra afiliada a Fonasa.

El 19,7% de la población adulta mayor posee alguna condición deficitaria de salud, siendo mayor la proporción de mujeres (20,3%) que presenta esta condición, en comparación con el 18,9% de los hombres.<sup>24</sup>

#### ❖ Envejecimiento en la comuna de Viña del Mar

En la Región de Valparaíso las personas de edad se distribuyen en cuatro conglomerados. Comunas urbanas con baja concentración de personas mayores, comunas con personas mayores con buena autopercepción de funcionalidad, comunas con mejor calidad de vida, comunas con alta concentración de personas mayores y calidad deficitaria de vivienda, y comunas con alta concentración de personas mayores pobres.

La ciudad de Viña del Mar se encuentra en el conglomerado de comunas con mejor calidad de vida, en dónde éstas comunas tienden a presentar el mayor porcentaje de personas de edad. Además, en cuanto a seguridad previsional, en Viña del Mar se observa un alto porcentaje de personas mayores que percibe jubilación.<sup>25</sup>

Dentro de la Oficina de Grupos Prioritarios de la Municipalidad de Viña del Mar, se encuentra la Oficina Comunal del Adulto Mayor, la cual se enfoca

---

<sup>24</sup> Región de Valparaíso: Caracterización de Adultos Mayores por Género, Encuesta Casen 2011. Extraído de la página web [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/Valparaíso\\_final\\_50e1b5fc7f81b.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/Valparaíso_final_50e1b5fc7f81b.pdf), revisada el 10 de junio de 2016.

<sup>25</sup> Dimensiones del envejecimiento y su Expresión territorial. Extraído de la página web [http://www.senama.cl/filesapp/Dimensiones\\_del\\_Envejecimiento\\_y\\_su\\_expresion\\_territorial.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/Dimensiones_del_Envejecimiento_y_su_expresion_territorial.pdf), revisada el 10 de junio de 2016.

en el apoyo técnico a organizaciones funcionales del adulto mayor, a atención psicosocial de las personas mayores, al desarrollo de actividades socioculturales y recreacionales y además se enfoca en realizar talleres psicosociales en los sectores de Achupallas, Santa Inés, Gómez Carreño, Forestal y Plan de Viña.

Además, la Municipalidad de Viña del Mar cuenta con talleres para las personas mayores realizadas en la Quinta Región. Estos talleres son: Alfabetización digital, Manualidades, Gimnasia entretenida, Taichi, Aprendiendo a envejecer, Envejecer como proceso, Charla de motivación y Taller de medicina alternativa.<sup>26</sup>

➤ **ESPERANZA DE VIDA:**

La esperanza de vida al nacer es el promedio de años que vive una determinada población, nacida en el mismo año. Es, junto con el IDH, la Tasa de mortalidad, y el Ingreso per cápita uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de vida de una región. La ONU establece la siguiente definición de Esperanza de vida: " Cantidad de años que un recién nacido puede esperar vivir si los patrones de mortalidad por edades imperantes en el momento de su nacimiento siguieran siendo los mismos a lo largo de toda su vida".<sup>27</sup>

- A nivel mundial:

La expectativa de vida ha crecido de forma generalizada desde 1990 según datos que dio a conocer hoy la Organización Mundial de la Salud (OMS). Tomando como referencia promedios globales, para una niña nacida en 2012 se calcula una expectativa de vida de unos 73 años y para un niño se estima alrededor de 68 años, lo que representa un incremento de seis años respecto de los nacidos doce años atrás.

Según el Informe Estadístico Mundial de Salud 2014, los países de bajos ingresos han hecho importantes progresos, con un incremento de 9 años en la expectativa de vida.

El responsable de Estadísticas de la OMS, TiesBoerma, señaló que los avances han sido posibles gracias al impulso que ha significado las

---

<sup>26</sup> Oficina Comunal del Adulto Mayor de Viña del Mar. Extraído de la página web <http://www.vinadelmarchile.cl/seccion/46/oficina-comunal-del-adulto-mayor-ocam.html>, revisado el 11 de junio de 2016.

<sup>27</sup> Esperanza de vida. Extraído de la página web <http://www.datosmacro.com/demografia/esperanza-vida>, revisado el 11 de junio de 2016.

metas de desarrollo del milenio en el ámbito de la salud, que han reducido la mortalidad infantil en casi un 50% desde 1990.

A pesar de esos avances, este experto señaló que la brecha entre los distintos países del mundo es aún alta. “Si comparamos a los niños de los países de renta alta con los de baja renta, veremos que hay una brecha de expectativa de vida de 15 años entre los niños y de 19 años entre las niñas”, dijo Boerma.

Según el informe, los países que más avanzaron fueron Liberia, donde la expectativa de vida aumentó en 20 años entre 1990 y 2012; Etiopía y las Maldivas, donde ha crecido en 19 años respectivamente; Camboya (18 años), Rwanda (17 años) y Timor Leste (16 años). En buena parte de África Subsahariana la esperanza de vida, tanto de hombres como de mujeres, es de menos de 55 años. Japón, con 84 años de promedio, es el país donde más viven los hombres y las mujeres. En el caso específico de las mujeres, encabeza la relación de países en los que ellas cuentan con mayores expectativas de vida (87 años), seguido de España, Suiza y Singapur, con 85,1 años, e Italia, 85 años.

Este informe estadístico refleja además que las mujeres tienen una vida más prolongada que los hombres cualquiera que sea la zona del mundo en que habitan. En el caso de los países de renta alta, las mujeres viven un promedio de seis años más que los hombres, en tanto que en los de baja renta la diferencia es de unos tres años.<sup>28</sup>

- Chile:

Si bien la población en Chile se ha quintuplicado en 100 años, ya que en el primer censo realizado en el año 1907 habían 3.231.022 de personas frente a los 15.116.435 de 2002, hay algunos datos que aparecen como preocupantes a la hora de hacer una proyección de lo que será la evolución nacional. Sin ir muy lejos, en el año 2015 los adultos mayores representan al 14,9% del total de los habitantes, sin embargo, en sólo cinco años más, quienes superen los 60 años aumentarán en 600 mil personas, siendo el 17,3% de una población que se estima alcance los 18.897.000 habitantes. Esto, porque Chile alcanzará la esperanza de vida más alta del mundo junto a Estados Unidos, y en 2020 se proyecta que las mujeres podrían cumplir los 82,1 años y los hombres 77,6 en promedio. La esperanza de vida al nacer en Chile es de 76,5 años para los hombres y de 81,7 años para las mujeres.

---

<sup>28</sup> Esperanza de vida mundial. Extraído de la página web <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=29452#.V3LXWo-cHIV>, revisada el 12 de junio de 2016.

Al 2020, este indicador aumentaría a 77,4 años y 82,2 años respectivamente, explica Gustavo Villalón, encargado del subdepartamento de Estadísticas Demográficas del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). "El envejecimiento demográfico de la población tanto femenina como masculina exige medidas que deben ser tomadas a través de políticas públicas, para satisfacer las necesidades de un volumen de población cada vez mayor", aseguran en el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), que publicó el estudio "Enfoque demográfico de género". Al hacer un análisis geográfico más detallado, el organismo estima que al 2020, el mayor porcentaje de mujeres sobre los 60 estaría en la región de Valparaíso con un 21%, mientras que en Coquimbo los hombres tendrán la mayor esperanza de vida al nacer, alcanzando los 78,18 años en promedio. Lo anterior se contrapone con los menores de 15 años, quienes como ha sido la tendencia desde los años setenta, continuarán disminuyendo desde un 20,4% del total que son en 2015 (3.700.000) al 19,7% en 2020.<sup>29</sup>

## 2.5. POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AL ADULTO MAYOR

- Convención Interamericana sobre la protección de los derechos de las personas mayores.
- Plan de Acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento.
- Conferencia intergubernamental regional sobre envejecimiento en Latinoamérica y el caribe.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos, conocida como Pacto de San José de Costa Rica (1969).
- Principios de las naciones unidas en favor de las personas de edad.<sup>30</sup>

### ➤ *Política Integral de Envejecimiento Positivo:*

Chile, dada la preocupación por sus adultos mayores, se ha propuesto una Política Integral de Envejecimiento Positivo para el periodo 2012-2025. Lo novedoso de esta Política Integral de Envejecimiento Positivo está en que no se limita a solucionar problemas, sino que busca crear un futuro deseable, donde el país enfrente con éxito los desafíos de la nueva estructura

---

<sup>29</sup> Extraído de la página de web

<http://www.emol.com/noticias/Nacional/2015/07/01/724016/2020-Los-hombres-viviran-hasta-los-77-anos-en-promedio-y-Valparaiso-tendra-la-mayor-cantidad-de-mujeres-de-tercera-edad.html>, revisado el 12 de junio del 2016.

<sup>30</sup> Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. Extraído de la página web [http://www.acnur.es/PDF/1640\\_20120508172005.pdf](http://www.acnur.es/PDF/1640_20120508172005.pdf), revisado el 12 de junio del 2016.

demográfica y donde las personas mayores sean autovalentes, estén integradas a los distintos ámbitos de la sociedad y reporten niveles de bienestar subjetivo tan altos como los jóvenes. Porque a todos nos afecta el envejecimiento de la estructura demográfica y todos estamos envejeciendo, esta es una política que beneficiará a cada uno de los chilenos y chilenas. Implementar la Política Integral de Envejecimiento Positivo es urgente porque Chile es un país envejecido, que continuará envejeciendo a un ritmo acelerado. Con 2,6 millones de personas mayores de 60 años y nuevas generaciones que esperan vivir cerca de 80 años, la inacción del Estado no es una alternativa viable. Los riesgos de la inacción incluyen costos económicos prohibitivos e impactos sociales negativos asociados al aumento de la proporción de personas mayores con dificultades para realizar actividades de la vida cotidiana como caminar o sentarse. Los riesgos de la inacción también incluyen perpetuar la realidad actual, donde 9 de cada 10 personas no saben ocupar Internet, 8 no tienen educación media completa, 5 declaran dificultades para desplazarse en la ciudad producto de infraestructura inadecuada, 3 reportan alguna forma de maltrato y sólo 3 reportan estar muy felices con su vida en general. Esto no es una experiencia de envejecimiento positivo. Cuando la vida se alarga y aumenta la proporción de personas mayores, las sociedades pueden ganar la sabiduría y experiencia de sus mayores, pero sólo si estos consiguen mejorar su calidad de vida durante esos años ganados. La Política Integral de Envejecimiento Positivo se propone tres objetivos generales en esta dirección: proteger la salud funcional de las personas mayores, mejorar su integración en los distintos ámbitos de la sociedad e incrementar sus niveles de bienestar subjetivo. Estos objetivos generales van acompañados de 13 objetivos específicos, cada uno de los cuales cuenta con una o más Metas de Envejecimiento Positivo que permiten evaluar su impacto. Para alcanzar estas metas, existe un plan de implementación multisectorial que considera un conjunto de 50 acciones concretas de corto plazo (2012-2014) y una serie de propuestas de mediano (2015-2019) y largo plazo (2020-2025). La definición de estos objetivos, metas y plan de implementación, se realizó en el marco de un proceso participativo que involucró valiosos aportes de distintas entidades, incluyendo los realizados por los miembros de: el Comité Técnico Interministerial, la Comisión Especial del Adulto Mayor de la Cámara de Diputados, el Comité Consultivo del Adulto Mayor de SENAMA, el Comité Ejecutivo de SENAMA, Oficina Central y las Coordinaciones Regionales de SENAMA, las organizaciones sociales de personas mayores, organizaciones profesionales y fundaciones relacionadas con las personas mayores, y muchos otros. En total, participaron más de 1.000 personas mayores,

encargados en cada una de las 15 regiones del país y más de 100 colaboradores en mesas de trabajo y entrevistas. Las propuestas incorporan aprendizajes de la experiencia chilena, prácticas exitosas de otros países y recomendaciones de organismos y convenciones internacionales.<sup>31</sup>

❖ **Leyes en Chile más relevantes relacionadas a las personas mayores**

- El 31 de agosto de 2011 se publicó la Ley 20.531, que exime total o parcialmente, de la obligación de cotizar el 7% para salud a los pensionados, según edad y condición socioeconómica.<sup>32</sup>
- Ley número 19.828: Crea el servicio nacional del adulto mayor (SENAMA).<sup>33</sup>
- Ley núm. 20.427: Modifica la ley nº 20.066, de violencia intrafamiliar, y otros cuerpos legales para incluir el maltrato del adulto mayor en la legislación nacional.<sup>34</sup>

Norma	Título
Ley 20732	REBAJA EL IMPUESTO TERRITORIAL CORRESPONDIENTE A PROPIEDADES DE ADULTOS MAYORES VULNERABLES ECONÓMICAMENTE
Ley 20531	Exime total o parcialmente de la obligación de cotizar para salud a los pensionados que indica.
Ley 20506	Otorga un bono a los cónyuges que cumplan cincuenta años de matrimonio.
Ley 20066	Violencia intrafamiliar.
Ley 19828	Crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama). Ministerio Secretaría General de la Presidencia.
Decreto 14	Reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores. Ministerio de Salud.
Decreto 125	Instituye día del adulto mayor.

---

<sup>31</sup> Política Integral del Envejecimiento Positivo para Chile 2012-2015. Extraído de la página web [http://www.senama.cl/filesapp/SENAMALibroPolíticas\\_.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/SENAMALibroPolíticas_.pdf), revisada el 13 de junio del 2016.

<sup>32</sup> Extraído de la página web [http://www.senama.cl/filesapp/SENAMALibroPolíticas\\_.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/SENAMALibroPolíticas_.pdf), revisada el 13 de junio del 2016.

<sup>33</sup> Derechos Humanos y Políticas de protección social del Adulto Mayor. Extraído de la página web [http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Derechos\\_Humanos\\_y\\_Políticas\\_de\\_Proteccion\\_Social\\_del\\_Adulto\\_Mayor.pdf](http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Derechos_Humanos_y_Políticas_de_Proteccion_Social_del_Adulto_Mayor.pdf), revisada el 13 de junio del 2016.

<sup>34</sup> Ley N°20.427. Extraído de la página web <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1011723>, revisada el 13 de junio del 2016.

FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LA SINTOMATOLOGÍA DE LA  
DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LAS Y LOS USUARIOS DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN  
SOCIAL DE VIÑA DEL MAR

---

	Ministerio Secretaría General de la Presidencia.
Decreto 3787 EXENTO	Texto del acta y estatuto tipo al cual podrán ceñirse las corporaciones del adulto mayor. Ministerio de Justicia.
Decreto 106	Dispone beneficios que indica para adultos mayores deudores de los Servicios de Vivienda y Urbanismo. Ministerio de Vivienda y Urbanismo.
Decreto 95	Reglamento de los comités regionales para el adulto mayor. Ministerio Secretaría General de la Presidencia.
Decreto 92	Comité consultivo del adulto mayor. Ministerio Secretaría General de la Presidencia.
Decreto 93	Reglamento del registro de prestadores de servicios remunerados o no a adultos mayores. Ministerio Secretaría General de la Presidencia.
Decreto 115	Reglamento del Fondo Nacional del Adulto Mayor. Ministerio Secretaría General de la Presidencia.
Decreto 94	Reglamento del registro de asociaciones de adultos mayores. Ministerio Secretaría General de la Presidencia.
Decreto 9	Crea comités regionales para el adulto mayor. Ministerio Secretaría General de la Presidencia.
Decreto con Fuerza de Ley 1	Fija el texto refundido de las leyes de Fonasa e Isapres.
Decreto Ley 1224	Crea el Servicio Nacional de Turismo.

*Fuente: Biblioteca del Congreso Nacional*

## 2.6. TEORÍAS DE LA DEPRESIÓN QUE AVALAN LA PROBLEMÁTICA A INVESTIGAR

Para entrar de lleno en el tema de investigación, se debe primero definir el problema. En estricto rigor el diagnóstico de depresión en una persona mayor debe ajustarse a los mismos criterios que para otras etapas de la vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 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.<sup>35</sup>

Winkour en 1997, ha propuesto que la depresión desde la perspectiva clínica es un trastorno homogéneo, pero etiológicamente es heterogéneo. “La

---

<sup>35</sup> Definición de depresión según la OMS. Extraído de la página web <http://www.who.int/topics/depression/es/>

depresión es un problema de múltiples facetas caracterizado por un amplio número de síntomas que pueden, o no, estar presentes en cada paciente en particular”<sup>36</sup>

Es importante señalar que las personas mayores, en la actualidad son el grupo etario más importante de nuestro país, determinando una indiscutible relevancia de enfermedades que son características de la tercera edad. En este sentido es necesario considerar la depresión como uno de los procesos afectivos que se dañan con el incremento de la edad, combinándose con múltiples factores asociados a circunstancias sociales o familiares tales como manifestaciones de violencia psicológica, necesidad de ser escuchados, pérdida de roles sociales, el temor a la muerte, adultos solos, la viudez, problemas económicos, entre otros.

A continuación se expondrán aquellos modelos y teorías que sustenten el proceso de investigación, con el propósito de respaldar la problemática en cuestión y avalar los posteriores resultados.

#### ❖ Teorías conductuales de la depresión

El modelo conductual sugiere que la depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción (Antonuccio, 1989). En la actualidad hay varios modelos conductuales de la depresión pero en este caso solo nos enfocaremos en el de Nezu.

#### ➤ MODELO DE NEZU

Nezu y sus colaboradores desarrollaron una formulación de la depresión donde la cuestión central para el comienzo y el mantenimiento de la depresión en un individuo son los déficits o la ineficacia de sus habilidades de solución de problemas. Nezu apuntó que había varios trabajos en los que se demostraba una asociación entre tener déficits en la solución de problemas y la sintomatología depresiva, tanto en los niños como en los adultos. Dada esta asociación Nezu y Ronan sugirieron que las habilidades

---

<sup>36</sup> Vázquez L. F., Muñoz F.R. Becoña E.. (2000). DEPRESIÓN: DIAGNÓSTICO, MODELOS TEÓRICOS Y TRATAMIENTO A FINALES DEL SIGLO XX. Psicología Conductual, Vol 8, pp. 417-449.

de solución de problemas podían moderar la relación entre el estrés y la depresión. Hipotetizaron que la capacidad eficaz de solucionar los problemas podía actuar como un amortiguador de los efectos de las experiencias de vida negativas. Por otra parte, Nezu también indicó que la habilidad en la solución de problemas podía moderar la asociación entre un estilo atribucional negativo y la depresión. De acuerdo con la formulación de Nezu, los pacientes que tengan un déficit en habilidades de solución de problemas tendrán un mayor riesgo para desarrollar un episodio depresivo. De modo más específico, Nezu señaló que la depresión podía ser el resultado de carencias en alguno de los cinco componentes de la estrategia de solución de problemas: 1) orientación hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y 5) puesta en práctica de la solución y verificación. Nezu indicó que el comienzo de la depresión ocurre cuando el individuo tiene que hacer frente a una situación difícil. Si no se resuelve esta situación problemática, es probable que se produzcan consecuencias negativas, lo cual se traduce a su vez en una disminución en el refuerzo de la conducta del sujeto (Nezu, 1989).

#### ❖ **Teorías cognitivas de la depresión**

Las teorías cognitivas consideran que la interpretación del sujeto sobre un suceso es más importante que el suceso en sí mismo. Esto es, las teorías cognitivas hacen énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede dar lugar a un trastorno depresivo. La investigación apoya que los sujetos depresivos tienen una tendencia a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos (p.ej., auto concepto, atribuciones). Este estilo cognitivo tiene una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la depresión. La reformulación atribucional del modelo de indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) y la teoría cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) son las dos teorías cognitivas que tienen el mayor apoyo empírico entre los modelos cognitivos contemporáneos de la depresión. En este caso nos basaremos en la teoría de Beck.

#### ➤ **TEORÍA COGNITIVA DE BECK**

Actualmente la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva que propusieron Beck et al. (1979), según la cual la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto.

Esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: *la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas*. La cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales. El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente; para los terapeutas cognitivos la interpretación que haga el sujeto sobre un hecho (contenido cognitivo) tendrá una influencia importante en lo que siente. Los esquemas son creencias centrales que se constituyen en los principios directrices que sirven para procesar la información procedente del medio. Los esquemas depresivos tienen que ver con acontecimientos tales como la desaprobación o la pérdida de seres queridos. De ello se deduce, que muy probablemente aquellos individuos que padecen una depresión episódica presentan esquemas menos patológicos o con menos áreas claves de vulnerabilidad (p.ej., confianza, seguridad, amor) que aquellos con depresión crónica.

La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión (Perris, 1989): 1) la tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; 2) los pensamientos automáticos negativos; 3) errores en la percepción y en el procesamiento de información; y 4) disfunción en los esquemas. La tríada cognitiva (Beck, 1967) se refiere a que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. El paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador. Los pensamientos automáticos negativos son aquellas cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional característica del paciente depresivo. Son pensamientos automáticos (el paciente no se da cuenta del mismo o de su proceso de interpretación), repetitivos, involuntarios e incontrolables. Aunque todas las personas tienen pensamientos negativos de vez en cuando, en personas con un problema de depresión grave estos pensamientos ya no son irrelevantes, sino que predominan en su conocimiento consciente (Beck, 1991). El pensamiento perturbado de la depresión es consecuencia del procesamiento erróneo o sesgado de la información que nos llega de nuestro medio (Beck, 1976; Haaga, Dick y Ernst, 1991). Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos son: la inferencia arbitraria (llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye); la abstracción selectiva (extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información); la sobregeneralización (elaborar una regla general

a partir de uno o varios hechos aislados); la magnificación y la minimización (sobreestimar o infra valorar la significación de un acontecimiento); la personalización (atribuirse a uno mismo fenómenos externos sin disponer de evidencia para ello); y el pensamiento absolutista dicotómico (tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas). Estos errores, que se producen en el procesamiento de la información de las personas deprimidas, son un reflejo de la actividad de los esquemas cognitivos disfuncionales, que como ya indicamos anteriormente toman la forma de creencias centrales o «asunciones silenciosas» (Beck et al., 1979). Los esquemas son teorías o hipótesis simples que dirigen el proceso por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre el mundo (Freeman y Oster, 1997); determinan qué situaciones son consideradas como importantes para el sujeto y qué aspectos de la experiencia son importantes para la toma de decisiones (Freeman y Oster, 1997). Ejemplos de estas creencias son: «yo no puedo ser feliz si la mayoría de la gente que conozco no me admira».

#### ❖ **Modelo de Terapia Interpersonal**

Además de los planteamientos conductuales y cognitivos-conductuales, se han propuesto otros muchos planteamientos psicológicos para explicar la depresión. De todos ellos, destaca el Enfoque Interpersonal. El modelo de terapia interpersonal se nutre en gran parte de las aportaciones de la teoría interpersonal de Sullivan (1953) y la teoría psicobiológica de Meyer (1957), con su énfasis en la relación recíproca entre factores biológicos y psicosociales de la psicopatología. Aunque el modelo de la terapia interpersonal «no hace asunciones acerca de las causas de la depresión» (Klerman y Weissman, 1993, p. 6), sugiere que las relaciones interpersonales de los sujetos pueden jugar un papel significativo tanto en el comienzo como en el mantenimiento de la depresión. En este sentido la obtención de refuerzo positivo está determinada, en parte, por la destreza del individuo para aumentar la disponibilidad de refuerzo positivo y obtener el mismo. Esto es, frecuentemente, los pacientes deprimidos experimentan insatisfacción con su familia, su trabajo y sus relaciones sociales; la depresión puede ser debida a la ausencia de habilidades sociales necesarias para obtener el máximo refuerzo positivo y el mínimo castigo.<sup>37</sup>

#### ❖ **Teoría biológica de la depresión**

---

<sup>37</sup> Teorías de la Depresión. Extraído de página Web  
<http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>

Friedman y Thase (1995) plantean que la depresión, desde el punto de vista biológico, puede entenderse como una anomalía en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales: 1) facilitación conductual; 2) inhibición conductual; 3) grado de respuesta al estrés; 4) ritmos biológicos; y 5) procesamiento ejecutivo cortical de la información. El déficit en estos sistemas podría ser heredado o adquirido. Incluso, una explicación más plausible, sería que las anomalías en alguno de estos sistemas que pueda generar depresión en un individuo, se produjesen como consecuencia de la interacción entre los sucesos estresantes que experimenta dicho sujeto y su vulnerabilidad biológica.<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> Teorías Biológicas de la Depresión. Extraído de página Web  
<http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>

## Capítulo III:

# “Diseño Metodológico”



## **PRESENTACIÓN**

*“La investigación es un proceso sistemático que se realiza con el fin de obtener información que permita ampliar el conocimiento que se tiene de la realidad.”* (Sabino, 1996).

El presente capítulo tiene por finalidad exhibir los aspectos metodológicos que guiarán la investigación, la cual se llevará a cabo en el Instituto de Previsión Social. La investigación que se evidenciara en los capítulos siguientes, será de carácter cuantitativo y se aplicará a las personas mayores usuarios y usuarias pertenecientes a la institución en donde se enmarca esta investigación, mediante dos instrumentos de levantamiento de información, uno que evidencia los aspectos personales y cotidianos y sociales de la persona mayor entrevistada, y el otro que evidencia la sintomatología asociada a la depresión posiblemente presente en el o la entrevistada.

Se fundamentará el proceso de investigación de acuerdo a la pregunta de investigación que se plantea, además de presentar la metodología que se seguirá para cumplir con los objetivos de investigación diseñados.

### 3.1. FUNDAMENTACIÓN

En la siguiente investigación se utilizará un enfoque cuantitativo, puesto que este tipo de perspectiva de la investigación plantea un problema de estudio delimitado y concreto, sobre el cual se crea un marco teórico, conceptual y referencial. Para poder cuantificar el problema en cuestión, los datos se fundamentarán en la medición a través del Test de Yesavage<sup>39</sup>, el cual mide el nivel de posible depresión que puede presentar la persona mayor.

Este tipo de metodología se aproxima más a lo que se quiere conseguir dentro de la investigación, puesto que nos ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, además de otorgar control sobre los fenómenos y la probabilidad de un conteo y magnitudes de estos. Los estudios de corte cuantitativo pretenden la explicación de una realidad social vista desde una perspectiva externa y objetiva. Su intención es buscar la exactitud de mediciones o indicadores sociales con el fin de generalizar sus resultados a poblaciones o situaciones amplias. Se trabaja fundamentalmente con el número y con el dato cuantificable (Galeano, 2004).

Dentro del estudio investigativo, a las personas mayores que deseen y accedan ser parte de este proceso de estudio, se aplicará el Test de Yesavage que consiste en 15 preguntas cerradas, las que de acuerdo a los resultados obtenidos, se analizarán para obtener conclusiones concretas.

El proceso que se llevará a cabo mediante el método de investigación cuantitativo, será ideal para investigar la temática a abordar, puesto que se pretende conocer de manera más personalizada e íntima la vida cotidiana de las personas mayores entrevistadas. Los datos cuantitativos registrados servirán para detectar de manera objetiva si la persona mayor presenta rasgos o actitudes síntomas de la depresión. La información recabada dentro de la entrevista semi estructurada, se utilizará para complementar los resultados arrojados producto de la aplicación del Test de Yesavage, por lo que, estos datos también se cuantificarán, arrojando porcentajes y gráficos, para así ir detectando los factores en común de las personas mayores identificadas con sintomatología depresiva.

---

<sup>39</sup> Ver página 59.

### 3.2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

- **Investigación cuantitativa**

Para que exista Metodología Cuantitativa se requiere que entre los elementos del problema de investigación exista una relación cuya naturaleza sea lineal. Es decir, que haya claridad entre los elementos del problema de investigación que conforman el problema, que sea posible definirlo, limitarlos y saber exactamente donde se inicia el problema, en cual dirección va y qué tipo de incidencia existe entre sus elementos.

Los elementos constituidos por un problema, de investigación Lineal, se denominan: variables, relación entre variables y unidad de observación.

Edelmira G. La Rosa (1995) señala que para que exista Metodología Cuantitativa debe haber claridad entre los elementos de investigación desde donde se inicia hasta donde termina, el abordaje de los datos es estático, se le asigna significado numérico.

El abordaje de los datos Cuantitativos es estadístico, hace demostraciones con los aspectos separados de su todo, a los que se asigna significado numérico y hace inferencias

- La objetividad es la única forma de alcanzar el conocimiento, por lo que utiliza la medición exhaustiva y controlada, intentando buscar la certeza del mismo.
- El objeto de estudio es el elemento singular Empírico. Sostiene que existe relación de independencia entre el sujeto y el objeto, ya que el investigador tiene una perspectiva desde afuera.
- La teoría es el elemento fundamental de la investigación Social, le aporta su origen, su marco y su fin.
- Comprensión explicativa y predicativa de la realidad, bajo una concepción objetiva, unitaria, estática y reduccionista.
- Concepción lineal de la investigación a través de una estrategia deductiva.
- Es de método Hipotético – Deductivo.

### **3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizara el tipo de investigación explicativa la cual se encarga de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa-efecto.

Los diseños o proyectos con objetivos explicativos, pretenden investigar acerca de las causas que están provocando un problema. Los proyectos explicativos al buscar la causalidad de los problemas se identifican también como Causales, dando origen, posteriormente, a las investigaciones causales o explicativas. Se busca la relación entre dos o más variables, causa efecto. Por lo mismo estos diseños son los más utilizados en las tecnologías como el Trabajo Social, Medicina y ciertas áreas de la educación.

En este sentido se estima que la investigación explicativa es la más óptima para el desarrollo del estudio en cuestión, puesto que intenta dar cuenta y explicar un aspecto de la realidad, que en este caso alude a la temática para reconocer los factores que inciden en la sintomatología de la depresión en las personas mayores, buscando sus posibles causas (factores) y constituyendo un nivel más profundo de conocimientos a través de sus resultados y conclusiones.

### **3.4. UNIVERSO**

El universo utilizado para la presente investigación es de 2000 usuarios y usuarias del IPS, los cuales deben cumplir con los criterios de inclusión establecidos.

### **3.5. MUESTRA**

De acuerdo a los y las usuarias del Instituto de Previsión Social que se atienden en el área social de la institución y que cumplen con los criterios de inclusión propuestos, la muestra para la investigación corresponde a 177 usuarios y usuarias.

### **3.6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

*¿Cuáles son los factores Psicosociales que inciden en la sintomatología de la depresión geriátrica en las y los usuarios del Instituto de Previsión Social (IPS) de Viña del Mar”?*

### **3.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Personas mayores usuarias del Instituto de Previsión Social de Viña del Mar, que se atienden en el área social.
- Personas mayores de 60 años.
- Expresión del deseo de participar del estudio libre y voluntariamente

### **3.8. OBJETIVO GENERAL**

- Conocer los factores psicosociales que inciden en la sintomatología de la depresión geriátrica en las y los usuarios del Instituto de Previsión Social de Viña del Mar.

### **3.9. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los factores psicosociales que inciden en la depresión geriátrica en las y los usuarios del IPS.
- Categorizar los factores psicosociales encontrados a través de la aplicación de los protocolo de levantamiento de información.
- Analizar los factores psicosociales hallados producto de la investigación que inciden en la depresión geriátrica de las y los usuarios del IPS.

### **3.10. RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica que se utilizará dentro de este enfoque cuantitativo, será el cuestionario de la Escala de Depresión Geriátrica “Yesavage”. Este instrumento se utiliza para el tamizaje de la sospecha de depresión y es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental del individuo. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982, tiene una sensibilidad del 95% y especificidad del 84% con punto de corte de 11.

Además de esto, se realizará una recolección de datos mediante una entrevista con los datos personales y preguntas abiertas a los y las usuarias del Instituto de Previsión Social de Viña del Mar. Entendiendo que la entrevista es según Sampiere “una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). Como se mencionó anteriormente, los datos recabados producto de la entrevista semi estructurada, se les asignará una numeración y se cuantificará para poder ingresar los datos al sistema de análisis de información utilizado por el equipo de investigación.

### **3.11. SISTEMA DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN SPSS**

El procesamiento y análisis de datos en el enfoque cuantitativo, se desarrollará a través de una decodificación de la información y luego una transferencia a una matriz, lo que será realizado mediante la utilización del programa estadístico SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) desarrollado en la Universidad de Chicago. Éste programa permite recodificar las variables y registros según las necesidades del usuario, además de utilizar una base de datos de gran tamaño. Utiliza un módulo base y un módulo de anexos, en el que permite la interpretación en tablas y gráficos, los cuales utilizados para la realización de este estudio.

### 3.12. INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

A continuación se presentarán los instrumentos utilizados por el equipo de investigación para la recolección de información que respaldan este documento.

#### ➤ PROTOCOLO DE DATOS BÁSICOS

1. Nombre	
2. Edad	
3. Sexo	
4. Domicilio	
5. Estado civil	
6. Pensión	
6.1. Gastos que cubre con la pensión	
7. N° de hijos	
8. Personas con las que vive	
9. Actividades que realiza (actividad remunerada, actividad física, ir de compras, hacer trámites, pertenecer a club de adulto mayor, escuchar música, ver tv, etc.)	
9.1. Con quien las realiza	
10. Nivel de estudios	

➤ **TEST DE YESAVAGE**

<b>Escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada versión GDS-VE.</b>		
1. ¿En general, está satisfecho con su vida?	<b>Si</b>	<b>No</b>
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	<b>Si</b>	<b>No</b>
3. ¿Siente que su vida está vacía?	<b>Si</b>	<b>No</b>
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	<b>Si</b>	<b>No</b>
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	<b>Si</b>	<b>No</b>
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	<b>Si</b>	<b>No</b>
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	<b>Si</b>	<b>No</b>
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	<b>Si</b>	<b>No</b>
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	<b>Si</b>	<b>No</b>
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	<b>Si</b>	<b>No</b>
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	<b>Si</b>	<b>No</b>
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	<b>Si</b>	<b>No</b>
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	<b>Si</b>	<b>No</b>
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	<b>Si</b>	<b>No</b>
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	<b>Si</b>	<b>No</b>

## Capitulo IV:

### “Análisis”



## **PRESENTACIÓN**

A lo largo de este documento, el grupo de trabajo ha descrito y explicado la estructura de esta investigación: su marco institucional, su marco teórico y su marco metodológico, capítulos que han corroborado el sustento que tiene esta investigación.

A continuación analizaremos lo que ha significado el trabajo que ha realizado el grupo tesista dentro del Instituto de Previsión Social de Viña del Mar. Esto quiere decir que estudiaremos la información reunida durante las entrevistas realizadas a las personas mayores usuarias de dicha institución, durante los meses de mayo, junio, agosto y septiembre del año 2016.

Se analizará de acuerdo a los gráficos arrojados por el programa estadístico SPSS en relación a la base de datos creada por el equipo de trabajo, que contiene el levantamiento de información que generó la aplicación de los instrumentos.

### 1.1. ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO N°1 DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

#### ➤ INSTRUMENTO DE DATOS BÁSICOS

1. Nombre	
2. Edad	
3. Sexo	
4. Domicilio	
5. Estado civil	
6. Pensión	
6.1 Gastos que cubre con la pensión	
7. N° de hijos	
8. Personas con las que vive	
9. Actividades que realiza: a) Deporte b) Actividad física c) Trabajo remunerado d) Asistir a la iglesia e) Club de Adulto mayor f) Escuchar música g) Ver televisión h) Hacer manualidades i) Leer	
9.1 Con quien realiza estas actividades	
10. Nivel de estudios	

➤ **ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO**

• **Edad de el/la usuario/a:**

¿Qué edad tiene la población entrevistada?				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
60	9	5,1	5,1	5,1
61	1	,6	,6	5,6
62	10	5,6	5,6	11,3
63	2	1,1	1,1	12,4
64	4	2,3	2,3	14,7
65	17	9,6	9,6	24,3
66	9	5,1	5,1	29,4
67	5	2,8	2,8	32,2
68	3	1,7	1,7	33,9
69	10	5,6	5,6	39,5
70	5	2,8	2,8	42,4
71	6	3,4	3,4	45,8
72	6	3,4	3,4	49,2
73	6	3,4	3,4	52,5
74	8	4,5	4,5	57,1
75	7	4,0	4,0	61,0
76	5	2,8	2,8	63,8
77	6	3,4	3,4	67,2
78	4	2,3	2,3	69,5
Válidos 79	4	2,3	2,3	71,8
80	8	4,5	4,5	76,3
81	10	5,6	5,6	81,9
82	1	,6	,6	82,5
83	3	1,7	1,7	84,2
84	5	2,8	2,8	87,0
85	2	1,1	1,1	88,1
86	5	2,8	2,8	91,0
87	2	1,1	1,1	92,1
88	3	1,7	1,7	93,8
89	1	,6	,6	94,4
90	1	,6	,6	94,9
91	1	,6	,6	95,5
92	2	1,1	1,1	96,6
93	1	,6	,6	97,2
94	1	,6	,6	97,7
95	2	1,1	1,1	98,9
98	1	,6	,6	99,4
99	1	,6	,6	100,0
Total	177	100,0	100,0	

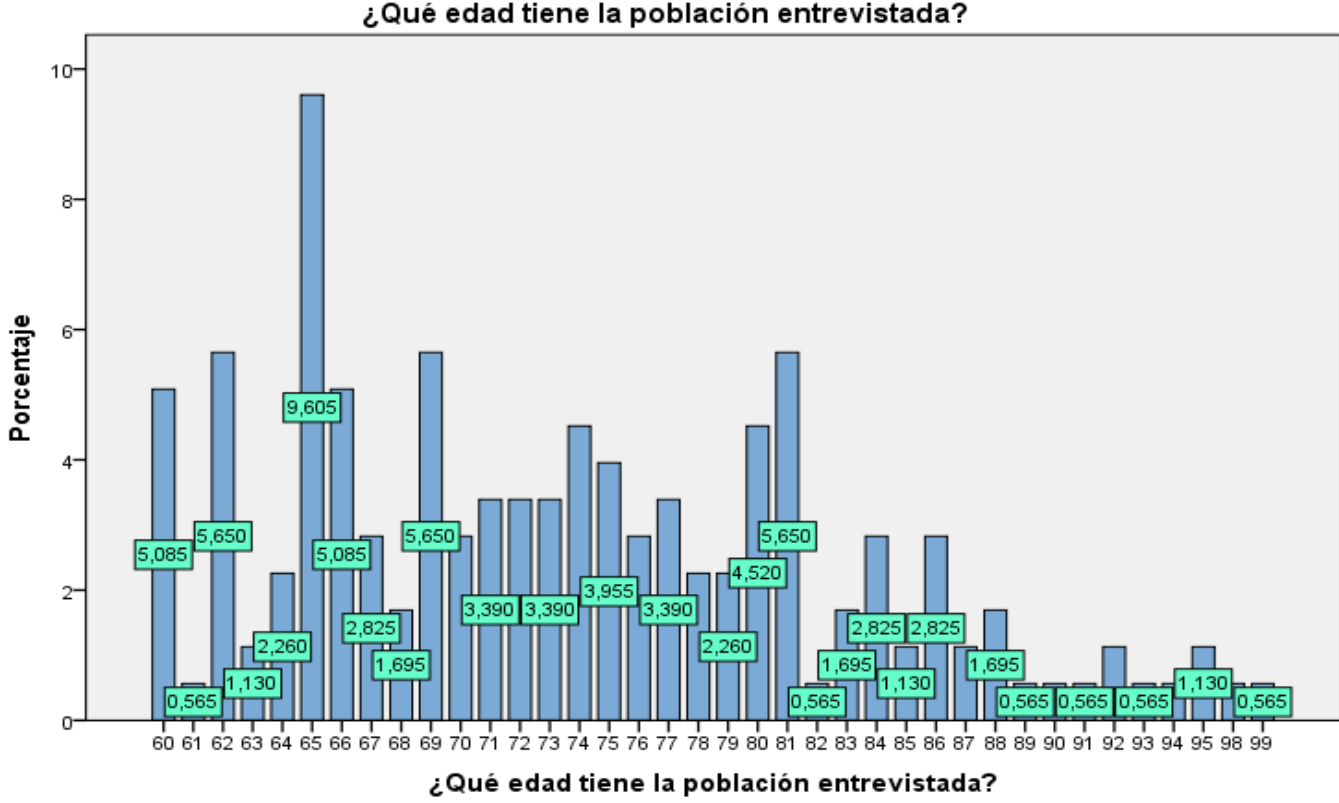


Gráfico n° 1

Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En el gráfico número uno, se puede observar que con una mayoría de un **44,94%** se encuentran las personas pertenecientes al rango etario entre los sesenta años y los setenta; luego entre los setenta y uno y los ochenta años un **29,95%** y desde los ochenta y uno hasta las noventa y nueve años **24,80%**.

- **Sexo del/la usuario/a:**

**¿Cuál es el sexo que tienen las y los entrevistados?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Femenino	134	75,7	75,7	75,7
Masculino	43	24,3	24,3	100,0
Total	177	100,0	100,0	

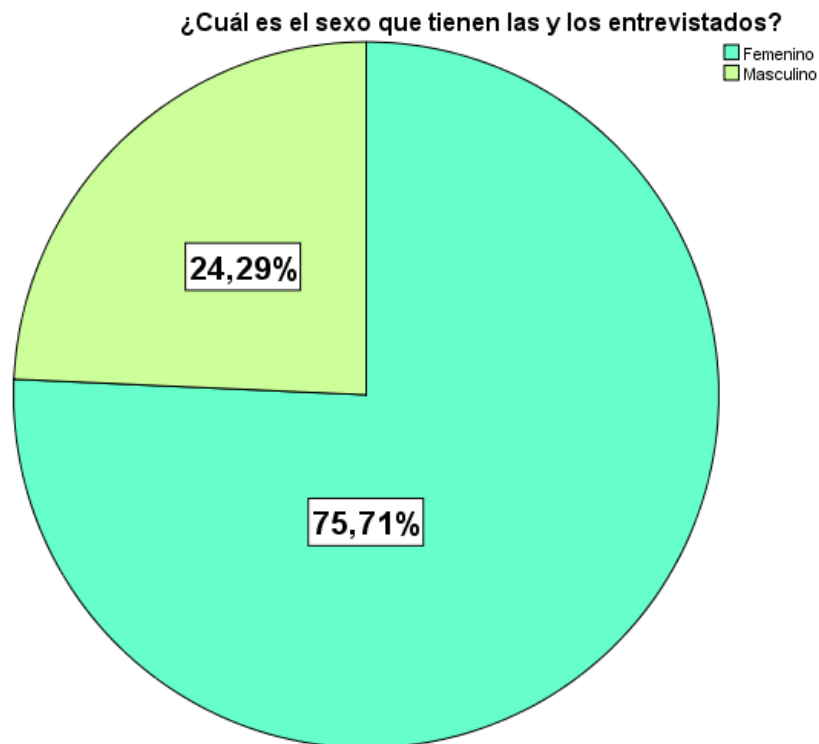


Gráfico nº 2

Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En la grafico número dos, se puede observar que con una mayoría de un **75,71%**, son pertenecientes al sexo femenino, por el contrario un **24,29%** son del sexo masculino.

- **Sector donde reside el/la usuario/a:**

**¿Dónde viven las y los entrevistados?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Centro	35	19,8	19,8	19,8
Periferia	129	72,9	72,9	92,7
Otra ciudad	13	7,3	7,3	100,0
Total	177	100,0	100,0	

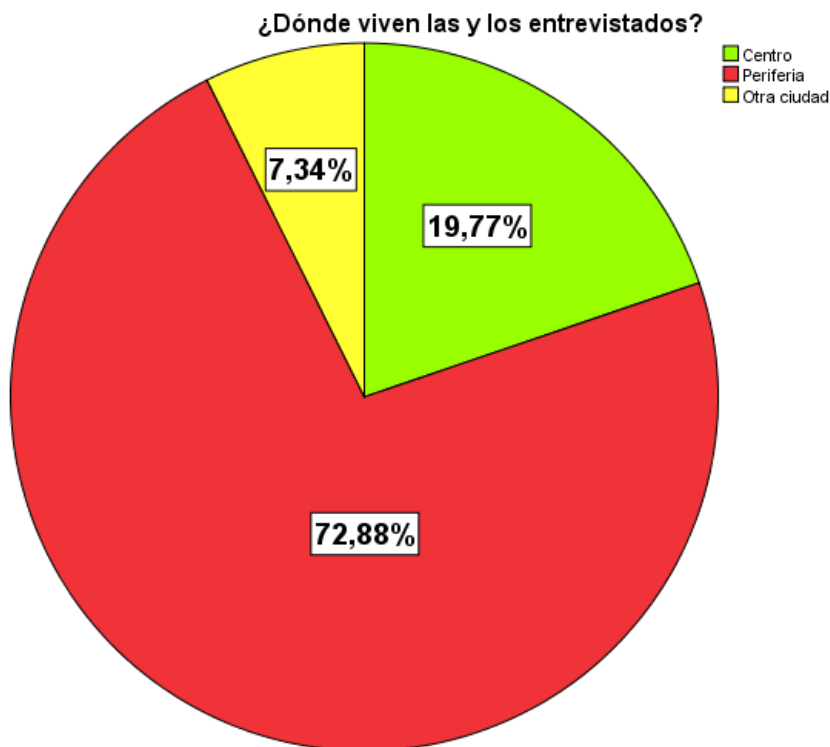


Gráfico n° 3

Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En el gráfico número tres, se puede observar que un **72,88%** de los/las usuarios/as del IPS entrevistados/as que residen en la periferia de la ciudad de Viña del Mar, siendo esto la mayoría de los/as usuarios/as entrevistados, por el contrario un **19,77%** de los/las usuarios/as reside en el centro de la ciudad y un **7,34%** de las personas viven en otra ciudad.

- **Estado civil de el/la usuario/a:**

¿Cuál es el estado civil de las y los entrevistados?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero(a)	19	10,7	10,7	10,7
Casado(a)	87	49,2	49,2	59,9
Separado(a)	6	3,4	3,4	63,3
Divorciado(a)	3	1,7	1,7	65,0
Viudo(a)	62	35,0	35,0	100,0
Total	177	100,0	100,0	

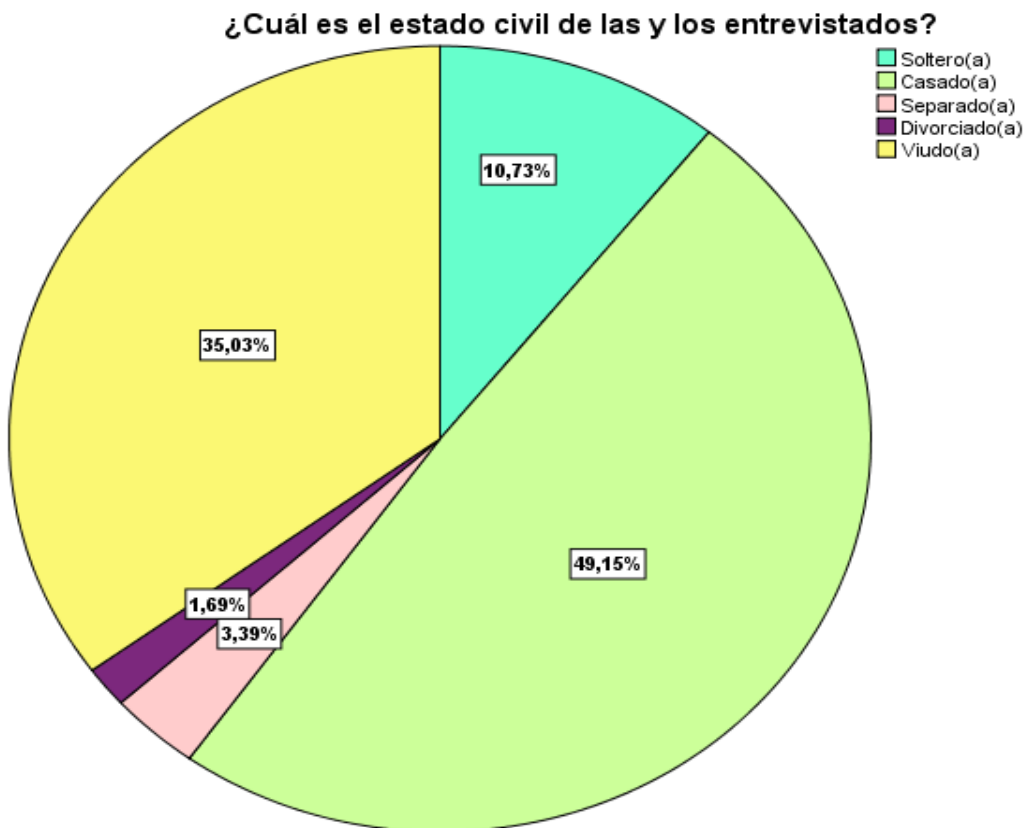


Gráfico nº 4

Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En el gráfico número cuatro, se puede observar que en su mayoría un **49,15%** de las personas se encuentran casados, seguidos de un **35,03%** de personas viudas, en menor cantidad se encuentran con un **1,69%** de personas divorciadas y un **3,39%** se encuentran separados/as.

- **Tipo de pensión:**

**¿Con qué tipo de pensión cuentan las y los entrevistados?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Pensión Básica Solidaria de Vejez	84	47,5	47,5
	Pensión de Supervivencia	17	9,6	57,1
	Jubilado por AFP	52	29,4	86,4
	Jubilado por sistema antiguo	19	10,7	97,2
	Pensión VALECH	5	2,8	100,0
	Total	177	100,0	100,0

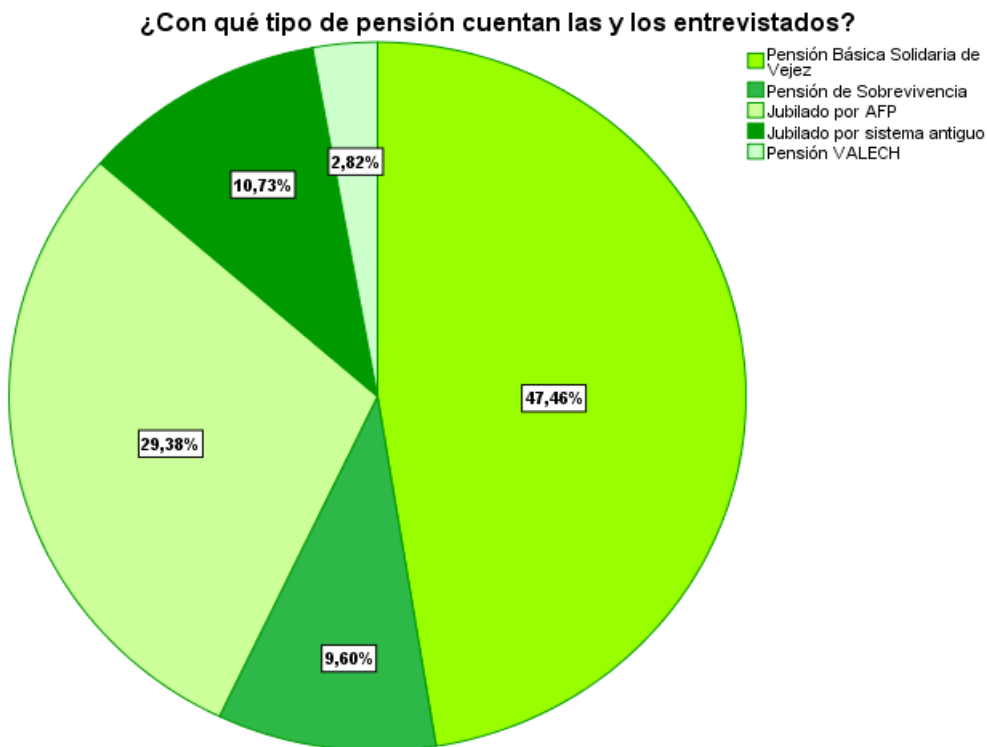


Grafico nº 5

Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

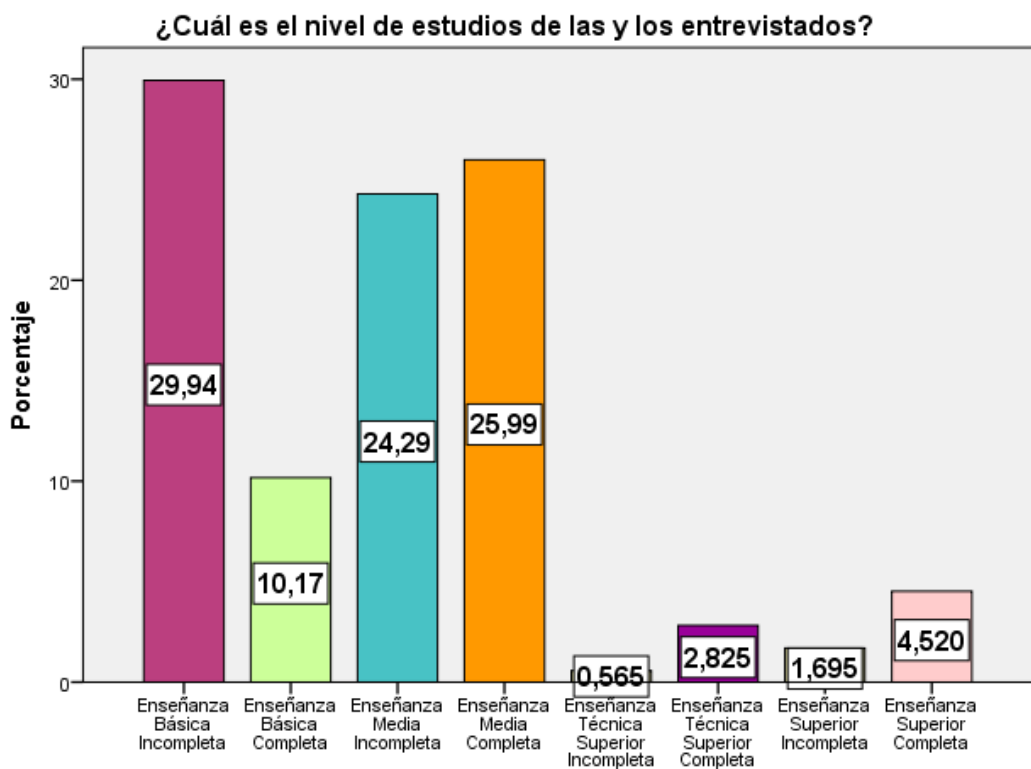
En el gráfico número cinco, se puede observar que como mayoría con un **47,46%** se encuentran aquellos/as usuarios/as del IPS entrevistados/as que tiene pensión básica Solidaria de Vejez, seguida de un **29,38%** Jubilados por AFP, en menor porcentaje se encuentra con un **2,82%** los pensionados por Sistema VALECH<sup>40</sup>, seguido de un **9,60%** pertenecientes a las personas que reciben pensión de Supervivencia.

<sup>40</sup>Tienen derecho a una Pensión Anual de Reparación las personas, víctimas directamente afectadas por violaciones a los derechos humanos individualizadas en el anexo "Listado de Prisioneros Políticos y Torturados".

• **Nivel de estudio:**

**¿Cuál es el nivel de estudios de las y los entrevistados?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Enseñanza Básica Incompleta	53	29,9	29,9	29,9
	Enseñanza Básica Completa	18	10,2	10,2	40,1
	Enseñanza Media Incompleta	43	24,3	24,3	64,4
	Enseñanza Media Completa	46	26,0	26,0	90,4
	Enseñanza Técnica Superior Incompleta	1	0,6	0,6	91,0
	Enseñanza Técnica Superior Completa	5	2,8	2,8	93,8
	Enseñanza Superior Incompleta	3	1,7	1,7	95,5
	Enseñanza Superior Completa	8	4,5	4,5	100,0
	Total	177	100,0	100,0	



**¿Cuál es el nivel de estudios de las y los entrevistados?**

Figura n° 6

Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En el grafico número seis, se puede observar que el **29,94%** de los/as usuarios/as del IPS entrevistados/as cuenta con enseñanza básica incompleta, siendo éste el porcentaje mayor, siguiendo la categoría de enseñanza media completa y observándose en menor porcentaje aquellas personas que cuentan con algún tipo de estudio técnico superior incompleto (**0,565%**) o enseñanza superior incompleto (**1,695%**), por el contrario con un **2,825%** se encuentran las personas con enseñanza técnica superior completa y con un **4,520%** las personas con enseñanza superior completa.

- **Gastos:**

**¿Declara tener problemas económicos?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	78	44,1	44,1
	Medianamente	75	42,4	86,4
	No	24	13,6	100,0
	Total	177	100,0	100,0

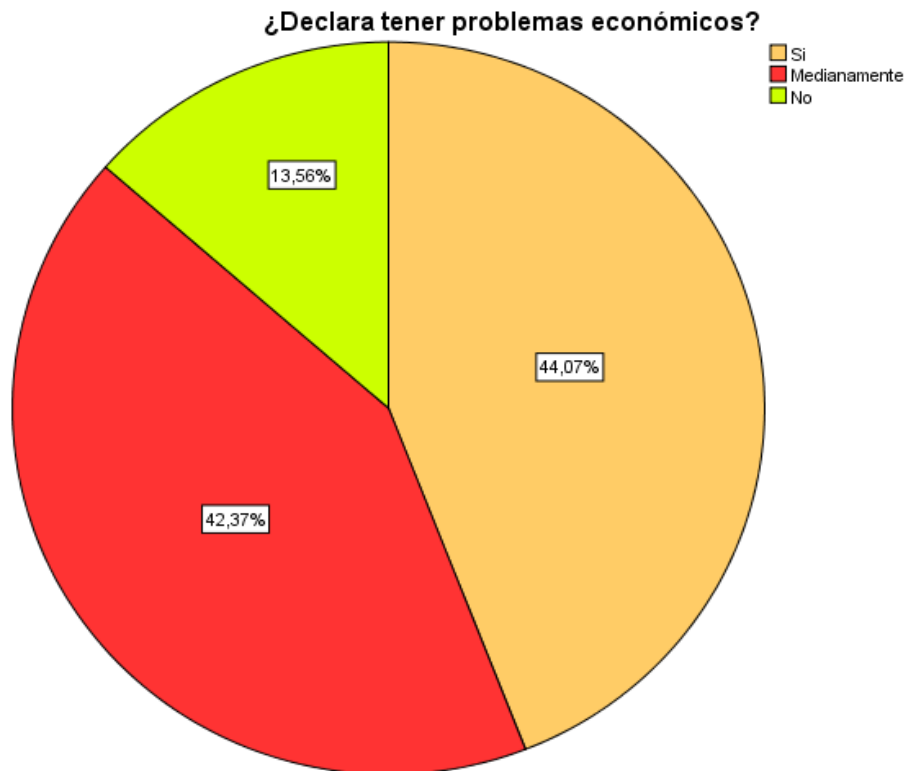


Gráfico nº 7

Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En el gráfico número siete, se puede observar que con una mayoría de un **44,07%** de las personas entrevistadas si declara tener algún tipo de problema económico, mientras que un **42,37%** señala presentar problemas económicos medianamente (esto se refiere a que sus pensiones les alcanzan para cubrir los gastos básicos solamente), y un **13,56%** señala no contar con ningún tipo de problemas económico.

- **Número de hijos/as de el/la usuario/a:**

**¿Cuántos hijos(a) tienen las y los entrevistados?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
	a	e	válido	acumulado
0	17	9,6	9,6	9,6
1	18	10,2	10,2	19,8
2	46	26,0	26,0	45,8
3	41	23,2	23,2	68,9
4	30	16,9	16,9	85,9
5	11	6,2	6,2	92,1
6	6	3,4	3,4	95,5
7	3	1,7	1,7	97,2
8	2	1,1	1,1	98,3
9	2	1,1	1,1	99,4
12	1	,6	,6	100,0
Total	177	100,0	100,0	

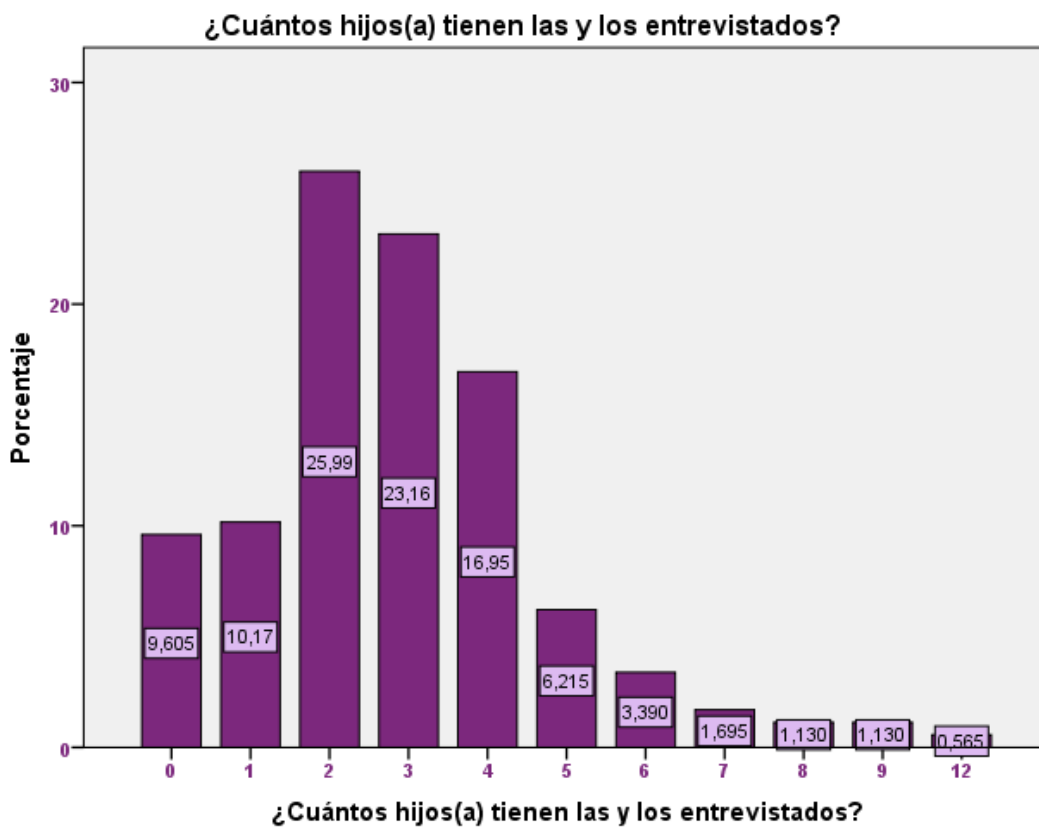


Grafico  
n° 8 Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En el grafico número ocho, se puede observar que en su mayoría con un **25,99%** de los/as usuarios/as del IPS tienen dos hijos(as), seguido de un **23,16%** que tienen tres hijos, en menor cantidad se encuentran las personas con doce hijos (**0,57%**), también aquellos con ocho o nueve hijos (**1,13%**).

- **Personas con las que vive el/la usuario/a:**

**¿Con quién o quienes vive en el mismo hogar?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Solo(a)	34	19,2	19,2	19,2
Cónyuge	54	30,5	30,5	49,7
Cónyuge e hijo(a)/hijos(as)	35	19,8	19,8	69,5
Válidos Hijos/as y/o nietos/as	39	22,0	22,0	91,5
Persona/s externa/s al núcleo familiar	15	8,5	8,5	100,0
Total	177	100,0	100,0	

**¿Con quién o quienes vive en el mismo hogar?**

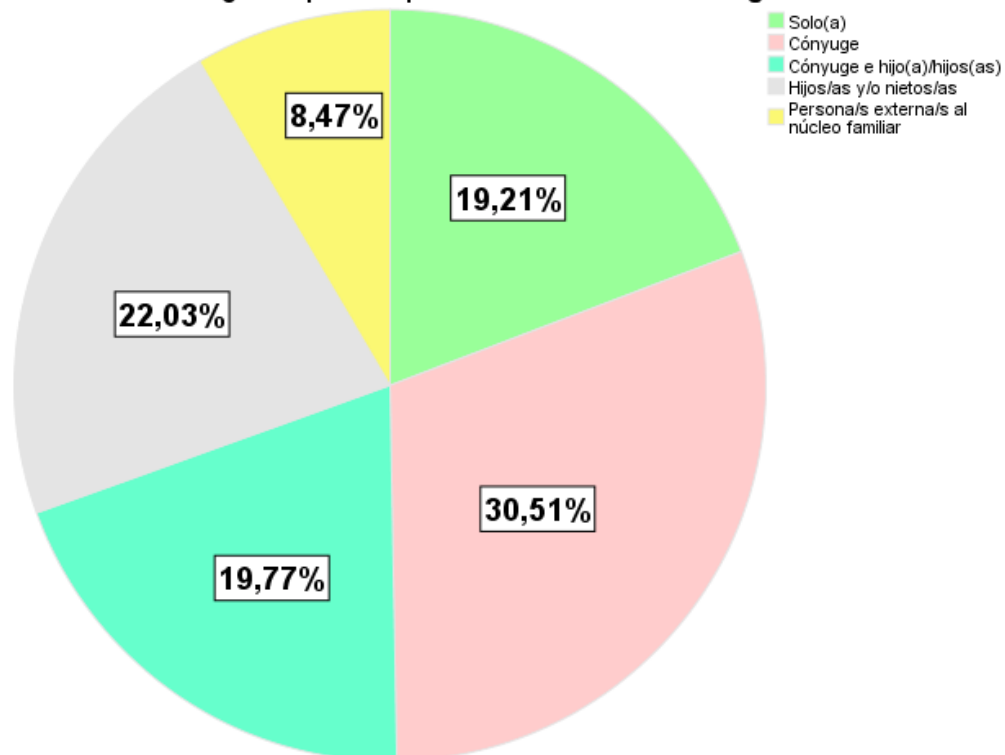


Gráfico n° 9

Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En el gráfico número nueve, se puede observar que en mayor porcentaje las personas entrevistadas viven sólo con el conyuge (**30.51%**) o con hijos/as y/o nietas/os (**22.03%**), y en menor cantidad se encuentran aquellos que viven con alguna persona externa al núcleo familiar (**8,47%**).

• **Enfermedades que presentan las/os usuarios encuestados:**

**¿Qué tipo de enfermedad/es tiene?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	10	5,6	5,6	5,6
Enfermedades crónicas	95	53,7	53,7	59,3
Enfermedades óseas	18	10,2	10,2	69,5
Problemas visuales y/o auditivos	7	4,0	4,0	73,4
Enfermedad mental	18	10,2	10,2	83,6
Todas las anteriores	23	13,0	13,0	96,6
Otra enfermedad	6	3,4	3,4	100,0
Total	177	100,0	100,0	

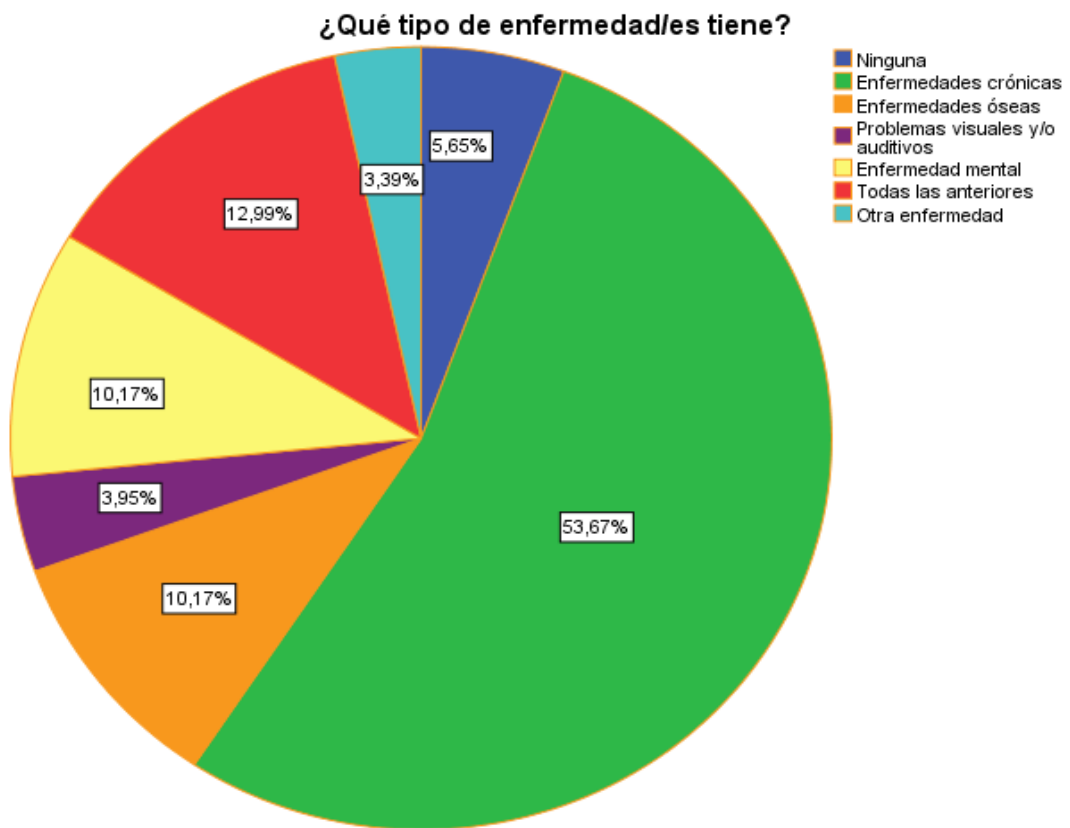


Gráfico n° 10  
Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

Según el gráfico número diez, se puede observar que en su mayoría con un **53,67%** de los/as Usuarios/as del IPS entrevistados/as que padecen de enfermedades crónicas (hipertensión y diabetes, entre otras), siguiendo la categoría de todas las anteriores con un **12,99%** y observándose en menor porcentaje las personas con otro tipo de enfermedades con un **3,39%** (dentro de las cuales se pueden encontrar enfermedades como: cáncer, hipertiroidismo, hipotiroidismo, entre otras), seguidas de problemas visuales y/o auditivos con un **3,95%**, luego con un **5,65%** se encuentran aquellos/as usuarios/as que señalan

no padecer ningún tipo de enfermedades, con un **10,17%** de los/as usuarios/as cuentan con alguna enfermedad ósea o mental.

- **Trabajo remunerado:**

¿Trabaja por remuneración?				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	43	24,3	24,3	24,3
Válidos No	134	75,7	75,7	100,0
Total	177	100,0	100,0	

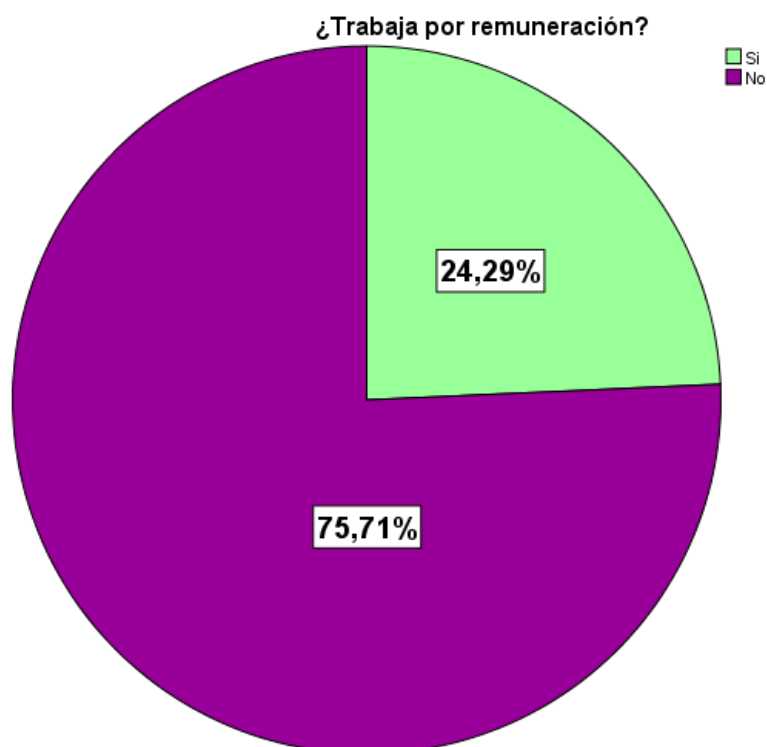


Grafico nº11

Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En el gráfico número once, se puede observar que con una mayoría de un **75,71%** de los/as usuarios/as del IPS entrevistados/as no tienen un trabajo remunerado, por el contrario un **24,29%** si cuenta con trabajo remunerado.

- **Actividad física:**

¿Realiza alguna actividad física?				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	139	78,5	78,5	78,5
Válidos No	38	21,5	21,5	100,0
Total	177	100,0	100,0	

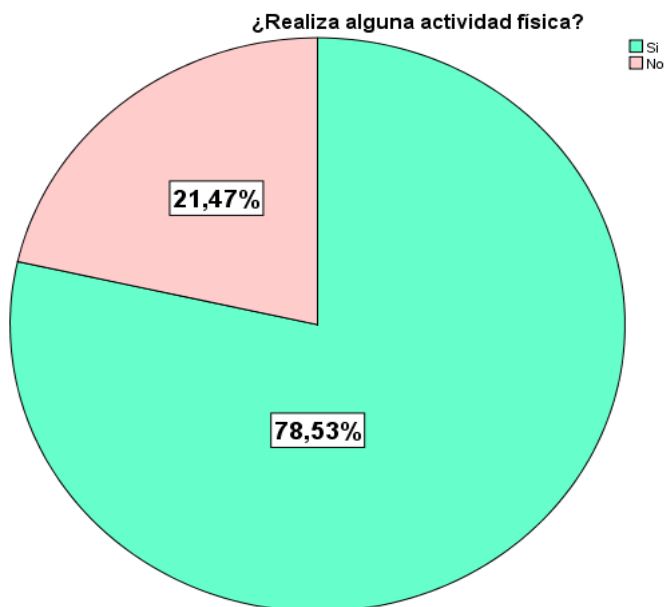


Gráfico n° 12  
Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En el gráfico número doce, se puede observar que en su mayoría un **78,53%** de los/as usuarios/as del IPS entrevistados, si realiza algún tipo de actividad física (considerándose como tales: salir a caminar, zumba, labores del hogar, entre otras) y por el contrario un **21,47%** de los/las usuarios/as entrevistados/as no realizan ningún tipo de actividades físicas.

- **Deportes**

**¿Realiza algún tipo de deporte?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	20	11,3	11,3	11,3
Válidos No	157	88,7	88,7	100,0
Total	177	100,0	100,0	

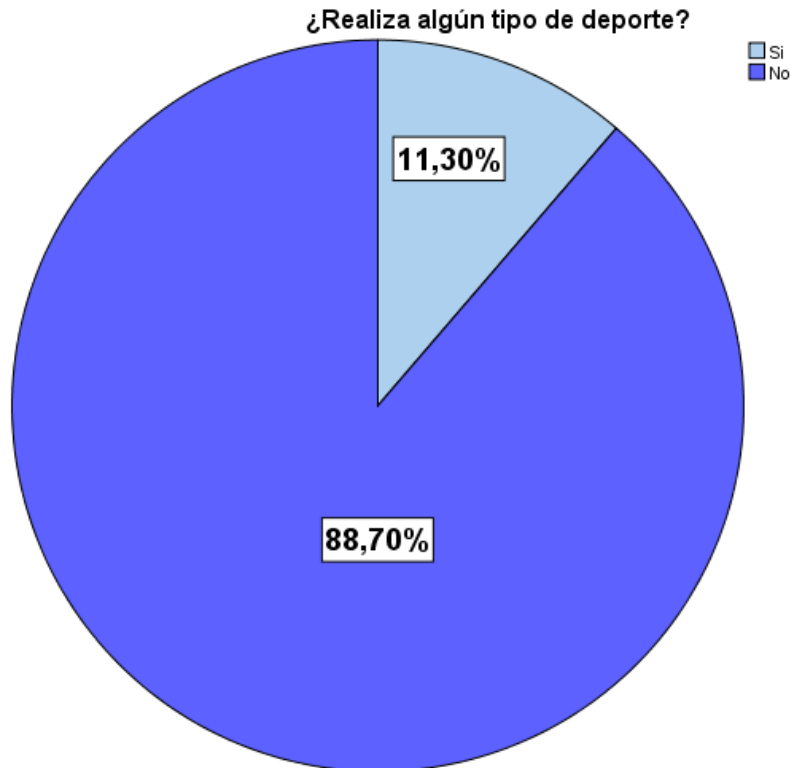


Figura n° 13  
Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

Según el gráfico número trece se puede observar que en su mayoría con un **88,70%** se encuentran los/as usuarios/as del IPS entrevistados/as que no realizan ningún tipo de deportes, por el contrario un **11,30%** señala realizar algún tipo de deporte (considerándose dentro de éstos el jugar algún deporte, realizar yoga, natación, entre otras).

- **Participación en club de adulto mayor:**

**¿Participa en algún club del adulto mayor?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	26	14,7	14,7	14,7
Válidos No	151	85,3	85,3	100,0
Total	177	100,0	100,0	

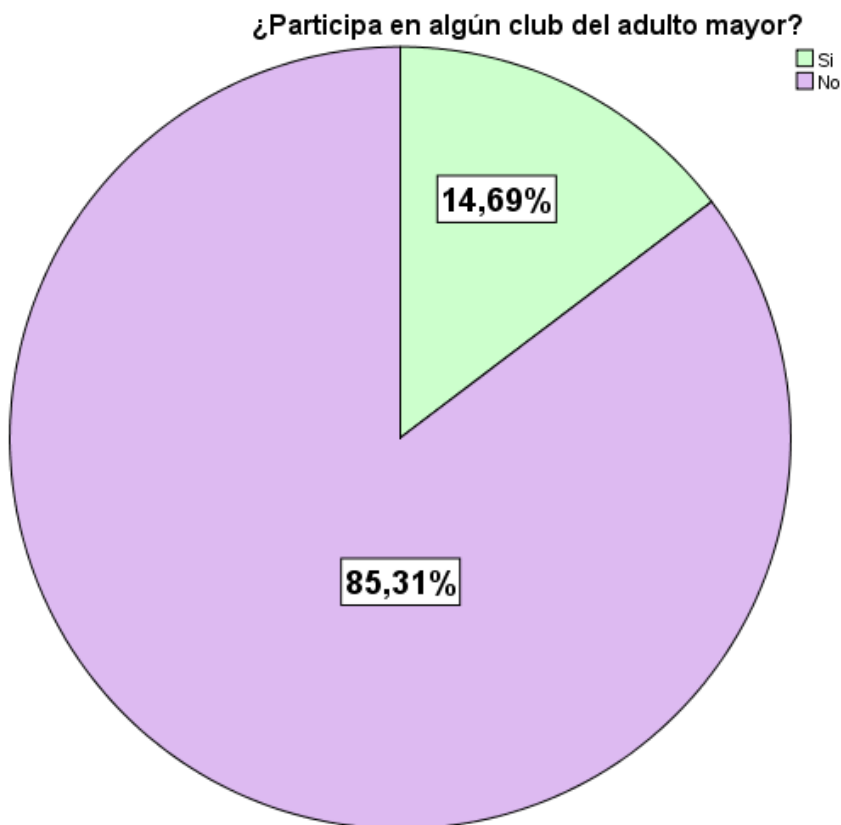


Figura n°  
14

Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En el gráfico número catorce se puede observar que en mayoría con un **85,31%** de los/las usuarios/as del IPS entrevistados/as señalan no participar en ningún Club de Adulto Mayor, por el contrario un **14,69%** de los entrevistados/as si dice pertenecer a algún Club de Adulto Mayor.

- **Asistencia a iglesias o templos religiosos:**

**¿Asiste regularmente a la iglesia o templos religiosos?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	47	26,6	26,6	26,6
Válidos No	130	73,4	73,4	100,0
Total	177	100,0	100,0	

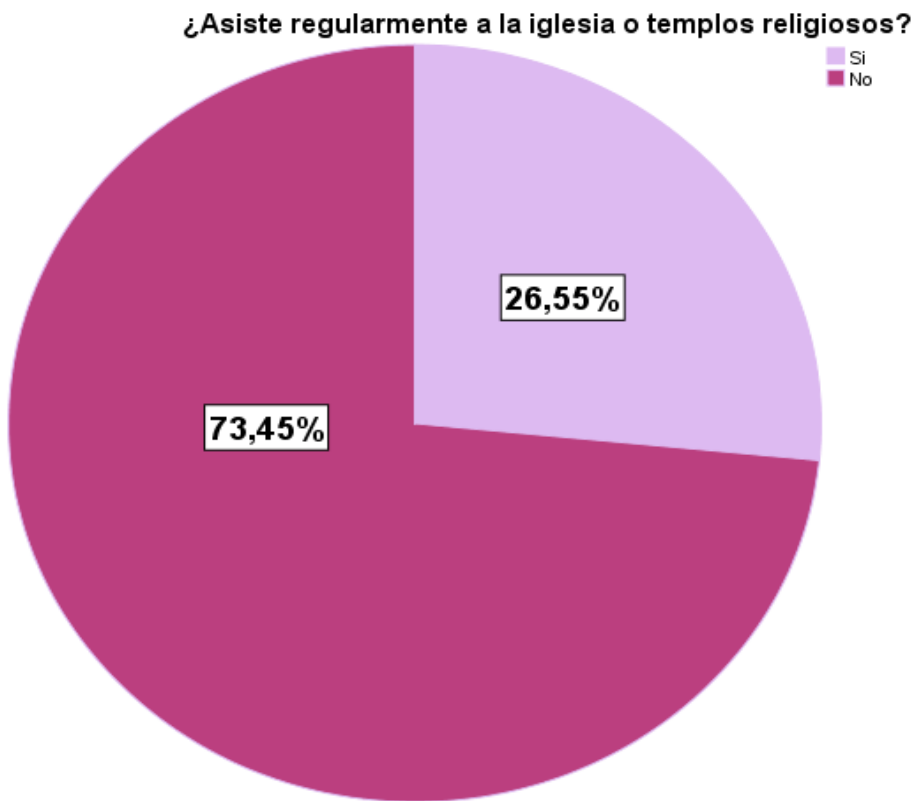


Gráfico n° 15  
Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En el gráfico número quince se puede observar que con un **73,45%** que las personas entrevistadas mayoritariamente no asisten a la iglesia ni a ningún tipo de templo religioso, por el contrario con un **26,55%** de los/as usuarios/as del IPS si realiza esta actividad.

- **Utilización del tiempo libre:**

**¿En qué ocupa su tiempo libre?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ver televisión	73	41,2	41,2
	Escuchar música	23	13,0	54,2
	Leer	31	17,5	71,8
	Realizar manualidades	36	20,3	92,1
	Dormir	14	7,9	100,0
	Total	177	100,0	100,0

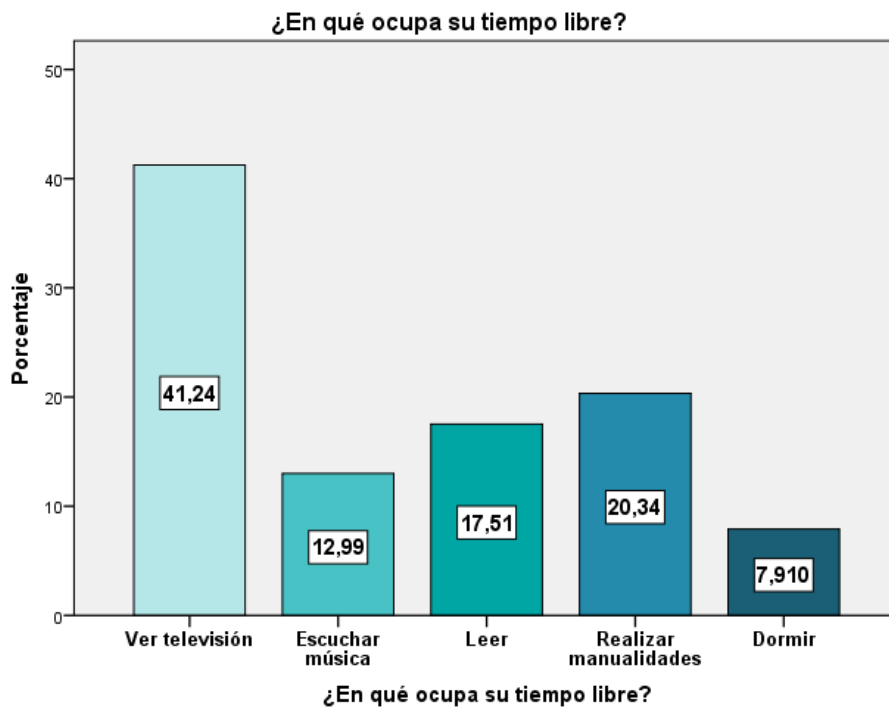


Gráfico n° 16  
Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En el gráfico número dieciséis se puede observar que como mayoría en las actividades en las que los entrevistados/as ocupan su tiempo libre se encuentran; en primer lugar ver televisión con un **41,24%**, seguida de realizar manualidades con un **20,34%** y leer con un **17,51%**, y en menor porcentaje se puede encontrar dormir con un **7,91%** y también escuchar música con un **12,99%**.

- **Vida Social:**

**¿Comparte con familiares y/o amistades?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	121	68,4	68,4	68,4
Válidos No	56	31,6	31,6	100,0
Total	177	100,0	100,0	

**¿Comparte con familiares y/o amistades?**

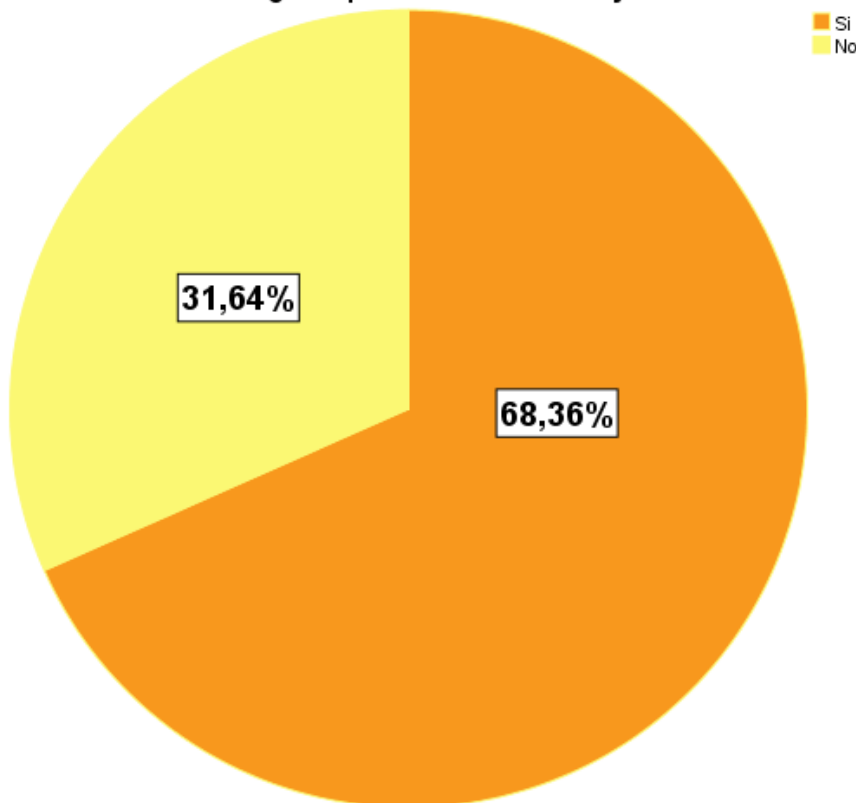


Gráfico  
n° 17

Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En el gráfico número diecisiete, se puede observar que con una mayoría de un **68,36%** de las personas entrevistadas sí comparte con familiares y/o amistades, por el contrario un **31,64%** de los/as usuarios/as del IPS entrevistados/as señala no compartir con ningún familiar ni amistades.

➤ **CATEGORIZACIÓN**

<b>Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades que presentan las/los usuarios encuestados</li> <li>• Deportes</li> <li>• Actividad física</li> </ul>
<b>Educación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de estudios</li> </ul>
<b>Nivel socioeconómico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de pensión</li> <li>• Gastos</li> <li>• Trabajo remunerado</li> </ul>
<b>Nivel demográfico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo del/la usuario/a</li> <li>• Edad del/la usuario/a</li> <li>• Sector que reside el/la usuario/a</li> </ul>
<b>Contexto familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado civil del/la usuario/a</li> <li>• Número de hijos/as que el/la usuario/a</li> <li>• Personas con las que vive el/la usuario/a</li> </ul>
<b>Contexto social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación en club de adulto mayor</li> <li>• Asistencia a iglesias o templos religiosos</li> <li>• Utilización del tiempo libre</li> <li>• Vida social</li> </ul>

## 1.2. ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO N°2 DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

### ➤ TEST DE YESAVAGE

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o GeriatricDepressionScale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico.

La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada y se presenta a continuación.

<b>Escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada versión GDS-VE.</b>		
1- ¿En general, está satisfecho con su vida?	<b>Si</b>	<b>No</b>
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	<b>Si</b>	<b>No</b>
3- ¿Siente que su vida está vacía?	<b>Si</b>	<b>No</b>
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	<b>Si</b>	<b>No</b>
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	<b>Si</b>	<b>No</b>
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	<b>Si</b>	<b>No</b>
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	<b>Si</b>	<b>No</b>
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	<b>Si</b>	<b>No</b>
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	<b>Si</b>	<b>No</b>
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	<b>Si</b>	<b>No</b>
11- ¿En estos momentos, piensa que es estúpido estar vivo?	<b>Si</b>	<b>No</b>
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	<b>Si</b>	<b>No</b>
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	<b>Si</b>	<b>No</b>

FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LA SINTOMATOLOGÍA DE LA  
DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LAS Y LOS USUARIOS DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN  
SOCIAL DE VIÑA DEL MAR

---

14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	<b>Si</b>	<b>No</b>
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	<b>Si</b>	<b>No</b>

➤ **RESULTADOS TEST DE YESAVAGE**

A continuación se presenta el resultado del Test de Yesavage aplicado a usuarios y usuarios mayores de 60 años, realizado en el Instituto de Previsión Social de Viña del Mar. Este instrumento en su versión abreviada, cuenta con 15 preguntas afirmativas/negativas donde ítem se valora como 0 / 1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango 0-15, en que de **0-5** es considerado **“normal”** o dentro de un rango depresivo de normalidad ya que un gran porcentaje de la población puede presentar este bajo nivel depresivo, además puede pasar desapercibidos por los demás. Por su parte una puntuación de **6-9** se considera un nivel de **“depresión leve”** en que los síntomas no dejan de ser graves ya que las personas que lo padecen pueden comienzan a tener un impacto en su vida privada, profesional y social. Por último para aquellas personas que obtienen una puntuación de **10-15**, se considera que tienen una **“depresión establecida”**, este nivel de depresión se presenta cuando los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración intervienen en el día a día de la persona que lo padece y durante un largo periodo de tiempo, afectado directamente a la personas y quienes lo rodean.

NIVEL DE DEPRESION	PUNTAJE	SEXO	NIVEL DE ESTUDIOS
<b>NORMAL</b>	4	F	E.B.I
	4	F	E.M.I
	4	F	E.B.I
	4	F	E.B.I
	5	F	E.B.I
	0	F	E.B.I
	0	M	E.M.C
	2	F	E.M.C
	1	F	E.M.C
	1	F	E.B.I
	2	M	E.M.C
	4	F	E.M.C
	3	M	E.B.I
	0	F	E.B.C

FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LA SINTOMATOLOGÍA DE LA  
DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LAS Y LOS USUARIOS DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN  
SOCIAL DE VIÑA DEL MAR

---

	5	M	E.B.I
	1	M	E.M.C
	3	M	E.B.I
	2	M	E.B.I
	1	F	E.S.C
	2	F	E.M.I
	1	F	E.M.C
	2	M	E.S.C
	2	F	E.M.I
	5	F	E.M.C
	0	M	E.M.C
	0	F	E.B.C
	4	M	E.B.C
	1	F	E.M.C
	5	F	E.B.I
	1	M	E.M.C
	2	F	E.B.C
	1	M	E.B.I
	2	M	E.M.C
	2	F	E.M.I
	3	F	E.B.I
	1	F	E.B.I
	4	F	E.M.C
	2	F	E.M.C
	4	F	E.B.I
	2	F	E.M.C
	2	F	E.M.C
	1	M	E.B.C
	2	F	E.M.I
	1	M	E.B.I
	1	F	E.B.I
	2	M	E.M.I
	3	F	E.B.C
	0	M	E.M.C
	4	F	E.B.C
	3	F	E.M.C
	1	F	E.M.C

FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LA SINTOMATOLOGÍA DE LA  
DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LAS Y LOS USUARIOS DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN  
SOCIAL DE VIÑA DEL MAR

---

	5	F	E.T.S.C
	3	F	E.S.C
	2	F	E.S.C
	2	F	E.S.I
	1	M	E.T.S.I
	0	F	E.B.C
	2	F	E.B.C
	0	M	E.S.C
	4	M	E.B.C
	2	F	E.B.I
	1	F	E.S.C
	5	F	E.M.I
	1	F	E.M.I
	1	M	E.M.I
	2	F	E.M.C
	5	M	E.M.C
	4	F	E.M.C
	1	M	E.B.I
	3	F	E.B.C
	5	F	E.M.I
	1	F	E.M.I
	1	F	E.M.I
	2	M	E.B.I
	3	F	E.M.C
	1	M	E.B.C
	2	M	E.S.C
	4	F	E.M.C
	4	F	E.M.I
	0	M	E.B.C
	1	F	E.M.C
	1	F	E.M.C
	1	F	E.M.I
	3	F	E.M.C
	0	F	E.B.C
	2	F	E.M.C
	3	F	E.M.I
	2	M	E.S.C

FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LA SINTOMATOLOGÍA DE LA  
DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LAS Y LOS USUARIOS DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN  
SOCIAL DE VIÑA DEL MAR

---

	0	F	E.M.I
	3	M	E.M.I
	2	F	E.B.C
	0	F	E.M.I
	5	F	E.M.C
	1	F	E.B.I
	3	F	E.M.C
	2	F	E.M.C
	4	F	E.M.I
	3	M	E.M.I
	2	F	E.M.C
	1	F	E.M.I
	3	F	E.B.I
	2	F	E.M.I
	5	F	E.M.I
	1	F	E.M.I
	5	M	E.B.I
	5	M	E.M.I
	4	F	E.B.I
	4	M	E.M.I
	5	F	E.M.C
	1	F	E.B.I
	3	F	E.M.I
<b>DEPRESION LEVE</b>	9	F	E.M.C
	8	F	E.B.I
	7	F	E.M.I
	7	F	E.M.C
	6	F	E.M.C
	7	M	E.M.C
	6	F	E.B.I
	9	M	E.M.C
	6	F	E.B.I
	7	F	E.M.I
	8	F	E.B.C
	8	F	E.M.C
	6	M	E.B.C
	6	F	E.M.I

FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LA SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LAS Y LOS USUARIOS DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE VIÑA DEL MAR

	6	M	E.M.I
	8	F	E.M.I
	8	F	E.M.C
	7	F	E.B.C
	9	F	E.B.C
	9	M	E.B.C
	9	F	E.B.I
	6	F	E.B.C
	7	F	E.B.I
	9	F	E.B.I
	6	F	E.M.I
	8	M	E.M.C
	6	F	E.B.I
	7	F	E.B.I
	9	F	E.B.I
	9	F	E.B.I
	9	F	E.M.I
	6	F	E.M.I
	6	M	E.S.C
	7	F	E.M.I
	8	F	E.B.C
	6	M	E.S.C
	9	F	E.B.C
	7	F	E.M.I
	6	M	E.B.I
	8	F	E.B.C
<b>DEPRESION ESTABLECIDA</b>	13	F	E.M.C
	10	M	E.M.C
	11	F	E.B.I
	11	F	E.M.I
	13	F	E.B.C
	12	F	E.B.I
	14	F	E.B.I
	12	M	E.B.I
	10	M	E.M.C
	11	F	E.B.I
	12	F	E.B.I

FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LA SINTOMATOLOGÍA DE LA  
DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LAS Y LOS USUARIOS DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN  
SOCIAL DE VIÑA DEL MAR

---

	10	F	E.B.C
	10	F	E.B.I
	11	F	E.M.C
	10	M	E.M.I
	10	F	E.M.I
	13	F	E.M.I
	11	F	E.B.I
	11	F	E.B.I
	15	F	E.M.C
	11	F	E.M.I
	13	F	E.M.I
	11	F	E.M.C
	13	F	E.M.I
	11	F	E.M.I
	11	F	E.B.I

<b>SIMBOLOGIA</b>	
	Normal(0-5)
	Depresión leve (6-9)
	Depresión establecida(10- +)
E.B.I	Enseñanza básica incompleta
E.B.C	Enseñanza básica incompleta
E.M.I	Enseñanza media incompleta
E.M.C	Enseñanza media completa
E.T.S.I.	Enseñanza Técnica Superior Incompleta
E.T.S.C.	Enseñanza Técnica Superior Completa
E.S.I.	Enseñanza superior incompleta
E.S.C	Enseñanza superior completa

FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LA SINTOMATOLOGÍA DE LA  
DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LAS Y LOS USUARIOS DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN  
SOCIAL DE VIÑA DEL MAR

---

Genero	Tipos de depresión	Porcentaje
	<b>Normal</b>	
Femenino	78	44%
Masculino	33	18.6%
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>62.7%</b>
	<b>Depresión leve</b>	
Femenino	31	17.5%
Masculino	9	5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>22.5%</b>
	<b>Depresión establecida</b>	
Femenino	22	12.4%
Masculina	4	2.3%
<b>total</b>	<b>26</b>	<b>14.7%</b>

➤ **ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO**

- **Satisfacción personal:**

**¿En general, está satisfecho con su vida?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	141	79,7	79,7	79,7
Válidos No	36	20,3	20,3	100,0
Total	177	100,0	100,0	

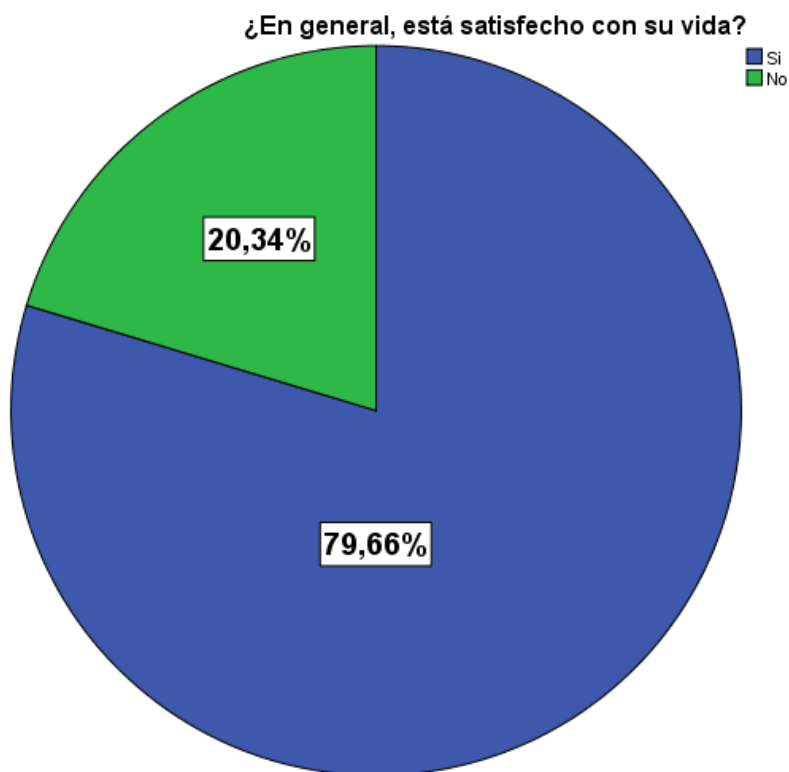


Gráfico N°18  
Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En el gráfico número dieciocho se puede apreciar que de acuerdo al test aplicado, el **79,66%** de las y los entrevistados se sienten satisfechos con su vida, mientras que el **20,34%** mencionó no estar en satisfacción con la vida que llevan.

- **Tareas y aficiones**

**¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	93	52,5	52,5	52,5
Válidos No	84	47,5	47,5	100,0
Total	177	100,0	100,0	

**¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?**

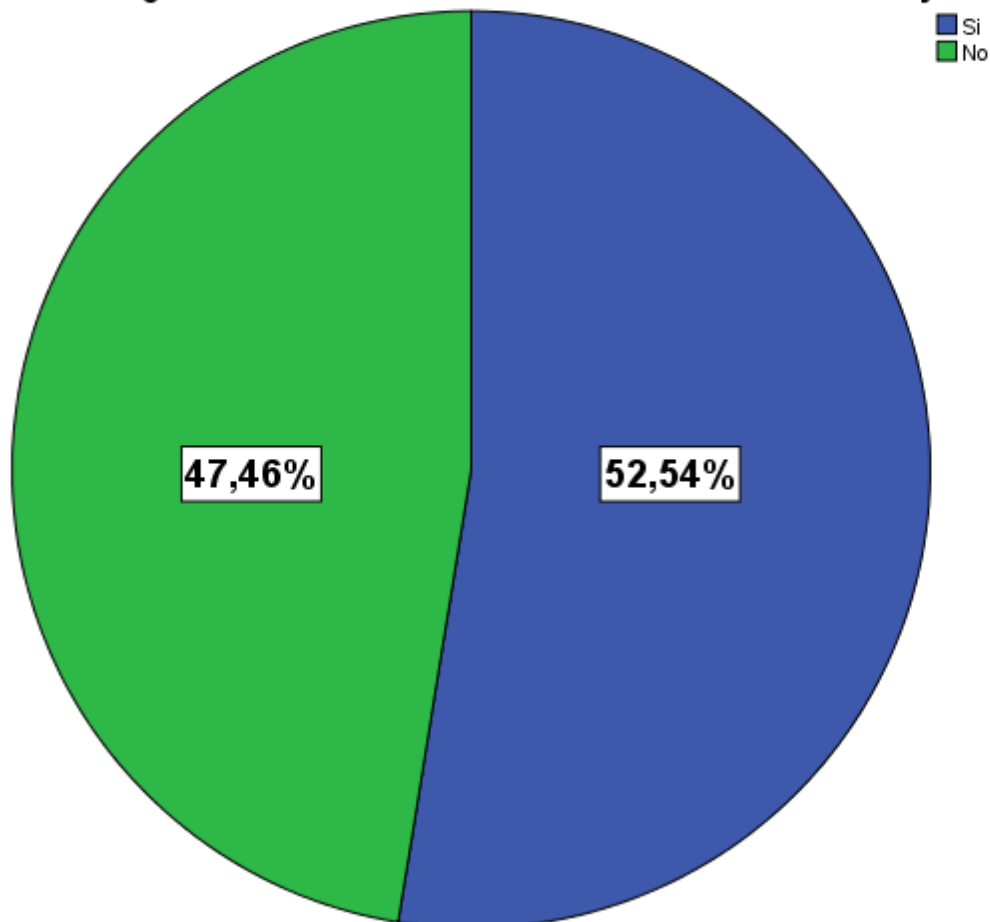


Gráfico N°19  
Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En el gráfico número diecinueve se puede apreciar que de acuerdo al test aplicado, el **52,54%** de las y los encuestados menciona haber abandonado muchas de sus tareas y aficiones habituales, mientras que un **47,46%** mencionó no haberlas dejado.

- **Sentimiento de vacío**

**¿Siente que su vida está vacía?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	47	26,6	26,6	26,6
Válidos No	130	73,4	73,4	100,0
Total	177	100,0	100,0	

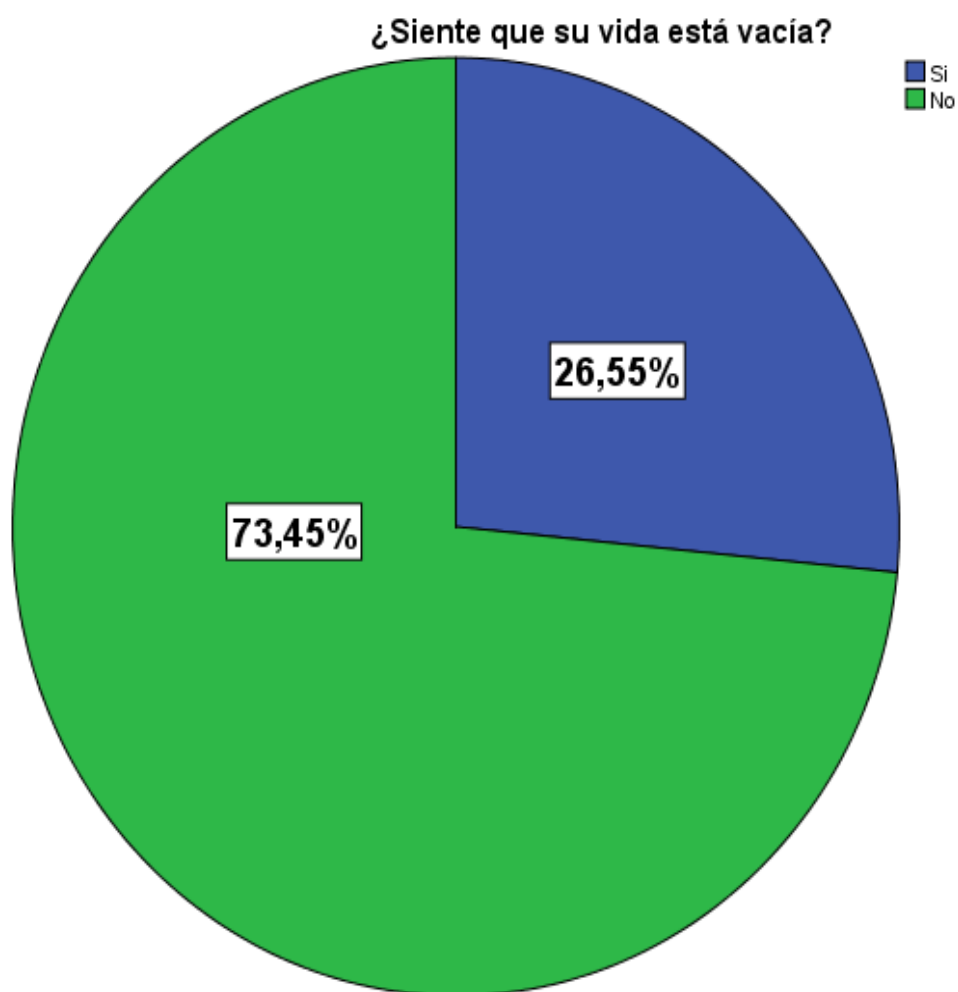


Gráfico N°20

Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En gráfico número veinte se estima que un **26,55%** de las usuarias y usuarios del IPS de Viña del Mar sienten que su vida está vacía, mientras un porcentaje de **73,45%** dice no sentir que su vida está vacía.

- **Aburrimiento**

**¿Se siente con frecuencia aburrido/a?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	78	44,1	44,1	44,1
Válidos No	99	55,9	55,9	100,0
Total	177	100,0		100,0



Gráfico N°21  
Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

Según el gráfico número veintiuno, un **44,07%** de las y los encuestados manifiesta que con frecuencia se siente aburrido/a y un **55,93%** menciona no aburrirse con frecuencia.

- **Humor**

¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	136	76,8	76,8	76,8
Válidos No	41	23,2	23,2	100,0
Total	177	100,0	100,0	

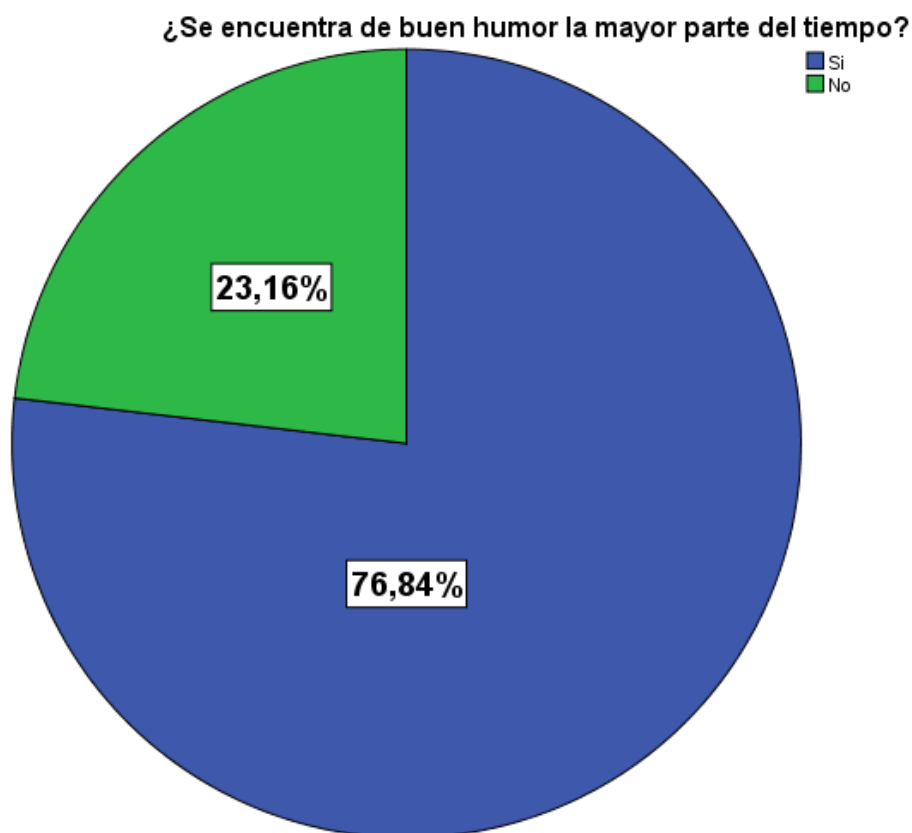


Grafico N°22  
Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

Según el grafico número veintidós, de la población encuestada un **76,84%** considera tener buen humor la mayor parte del tiempo, por otro parte el **23,16%** de estos/as dice tener mal humor.

- **Temor**

**¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	74	41,8	41,8	41,8
Válidos No	103	58,2	58,2	100,0
Total	177	100,0	100,0	



Gráfico N°23  
Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

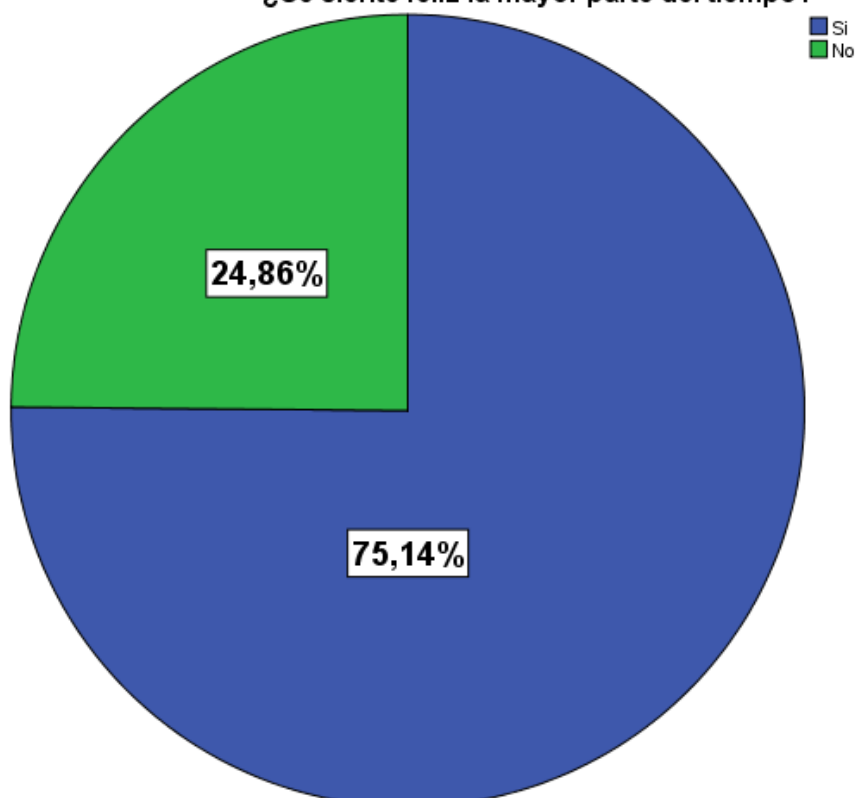
En base al gráfico número veintitrés, un **41,81%** de las y los usuarios del IPS de Viña del Mar dice temerle a algo malo que pueda ocurrirle, siendo lo más mencionado temor a la muerte o algo que le puede ocurrir en la calle, mientras que un **58,19%** de estos/as menciona no temer a algo malo que pueda ocurrirle.

- **Felicidad**

**¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	133	75,1	75,1	75,1
Válidos No	44	24,9	24,9	100,0
Total	177	100,0	100,0	

**¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?**



GráficoN°24  
Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

Según el gráfico número veinticuatro, se estima que un **75,14%** de la población encuestada dice sentirse feliz la mayor parte del tiempo, por su parte el **24,86%** dice no sentirse feliz.

- **Sentimiento de desamparo**

**¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	47	26,6	26,6	26,6
Válidos No	130	73,4	73,4	100,0
Total	177	100,0	100,0	

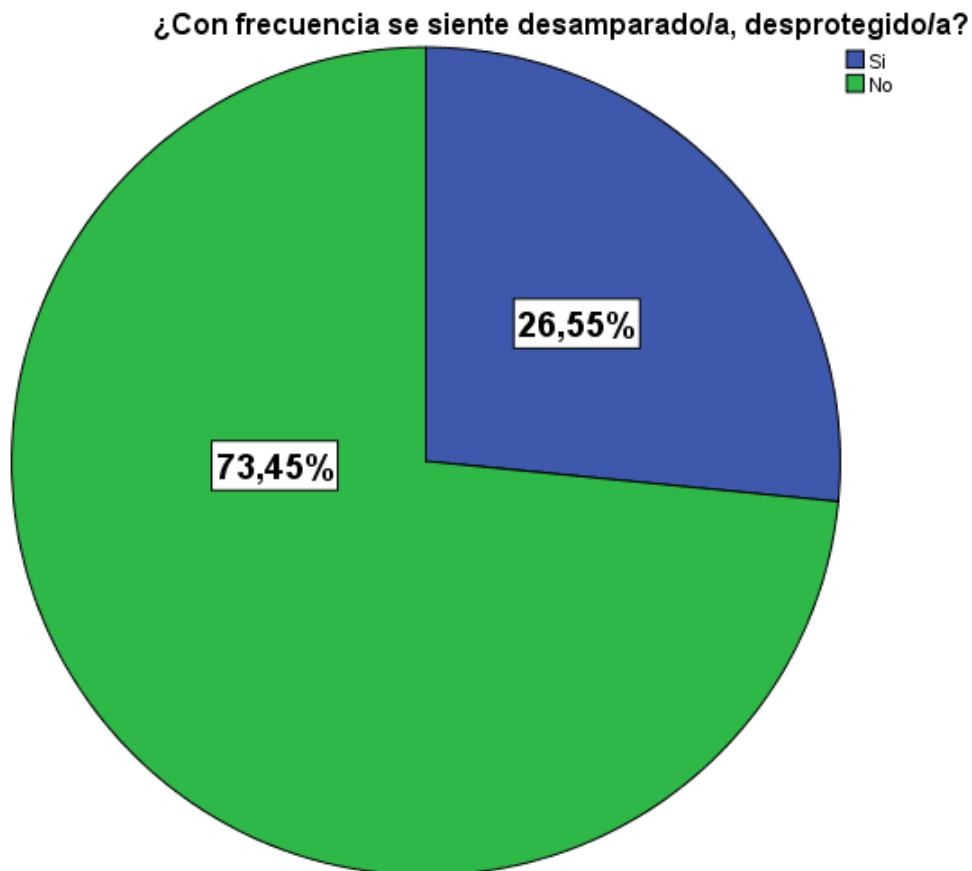


Gráfico N°25  
Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En el gráfico número veinticinco, se puede apreciar que de acuerdo al test aplicado, el **26,55%** de las y los entrevistados tienen sentimientos de desamparo, mientras que el **73,45%** mencionó encontrarse seguro/a y protegido/a por su entorno social y familiar.

- **Preferencia de salir o quedarse en casa**

**¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	108	61,0	61,0	61,0
Válidos No	69	39,0	39,0	100,0
Total	177	100,0	100,0	

**¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?**

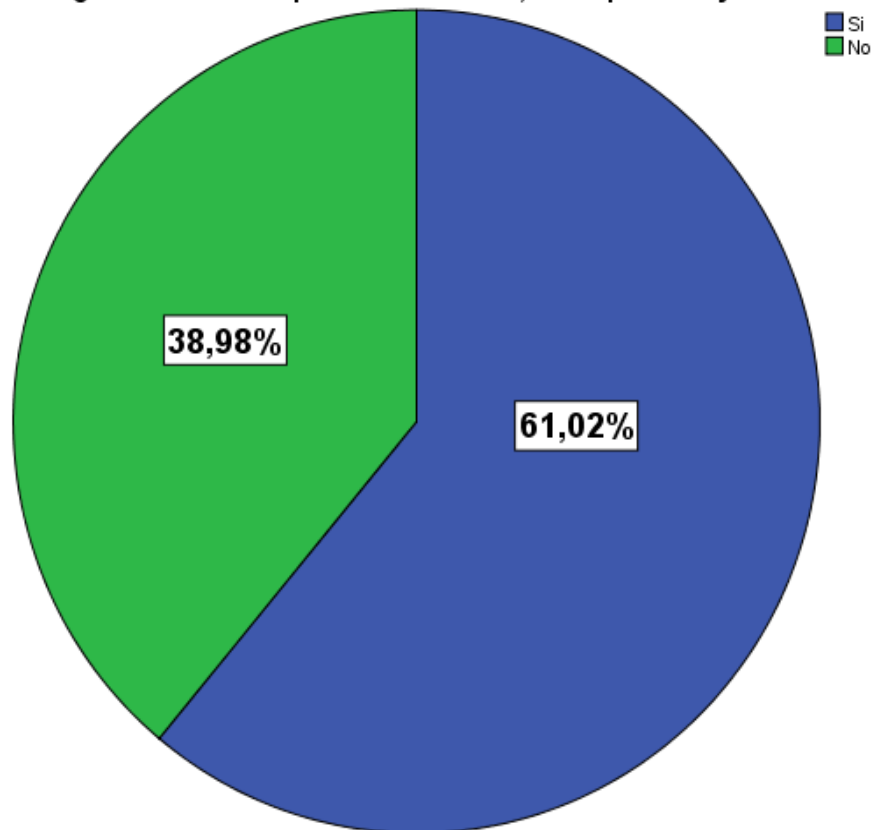


Gráfico n°26  
Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En el gráfico número veintiséis se puede observar que en su mayoría con un **61,02%** de los/as usuarios del IPS entrevistados/as tiene como preferencia quedarse en casa a salir y hacer cosas nuevas, por el contrario un **38,98%** de las personas entrevistadas si prefiere salir y realizar actividades nuevas.

- **Problemas de memoria**

**¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	68	38,4	38,4	38,4
Válidos No	109	61,6	61,6	100,0
Total	177	100,0	100,0	

**¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?**

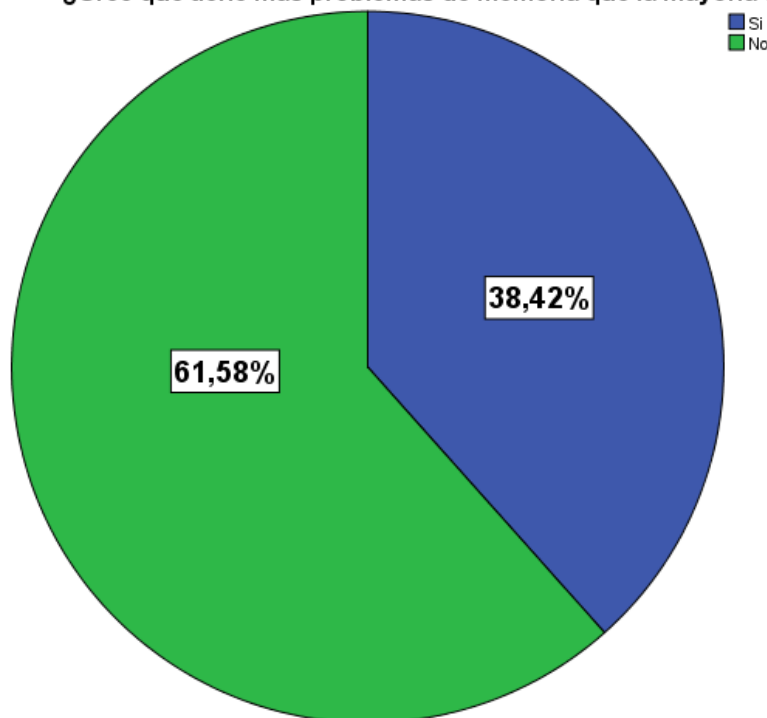


Gráfico nº 27

Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En el gráfico número veintisiete se pueden observar que con una mayoría de un **61,58%** se encuentran los/las usuarios/as del IPS entrevistados/as, que no presentan ningún tipo de problemas de memoria, y por el contrario un **38,42%** si presentan algún grado de pérdida de memoria.

- **Vitalidad**

**¿En estos momentos piensa que es estupendo estar vivo?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	128	72,3	72,3	72,3
Válidos No	49	27,7	27,7	100,0
Total	177	100,0	100,0	

**¿En estos momentos piensa que es estupendo estar vivo/a?**

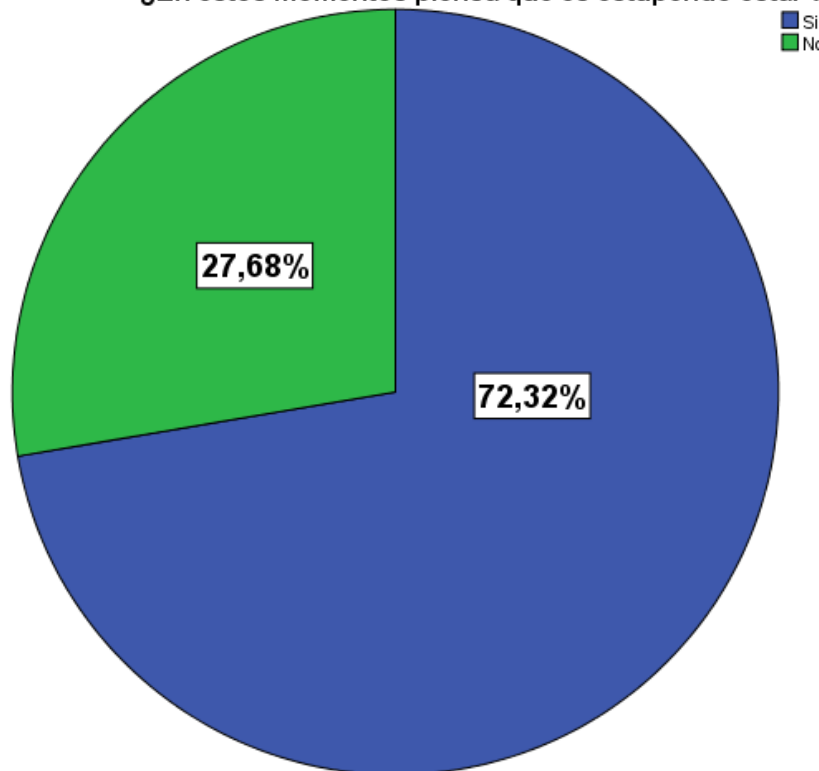


Gráfico N°28  
Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En base al gráfico número veintiocho, un **72,32%** de las y los usuarios del IPS de Viña del Mar declara sentirse estupendo estando vivo, mientras que un **27,68%** de estos/as menciona sentirse cansado de vivir.

- **Vida útil**

¿Actualmente se siente un/una inútil?				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	32	18,1	18,1	18,1
Válidos No	145	81,9	81,9	100,0
Total	177	100,0	100,0	

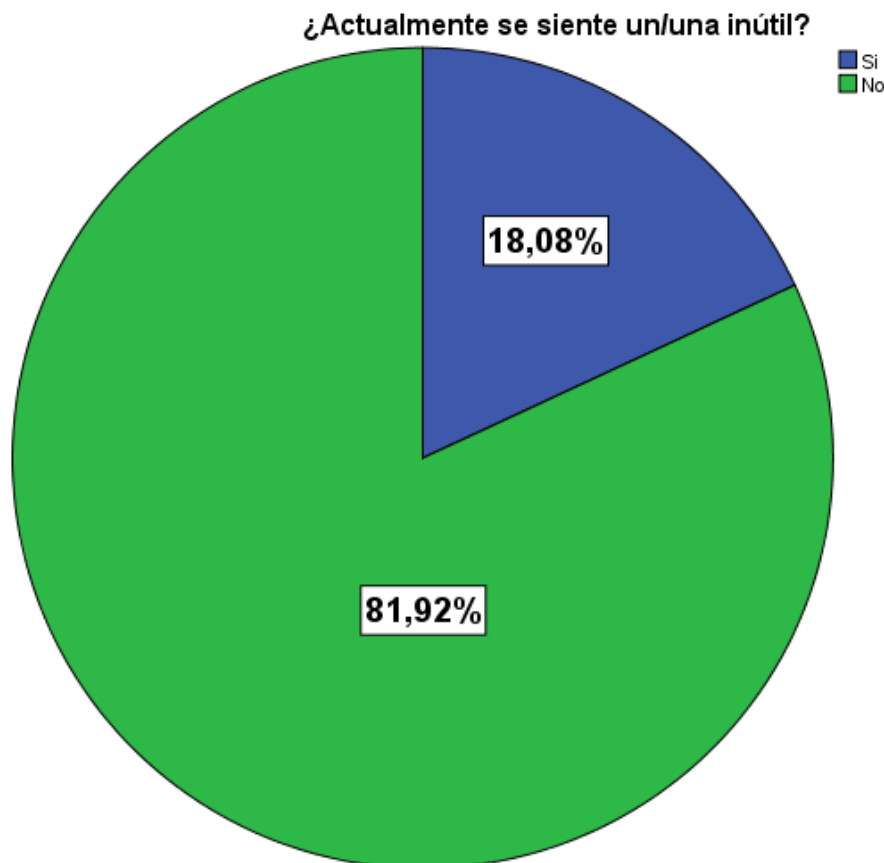


Figura N°27  
Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

Gracias al gráfico expuesto, podemos identificar que dentro del universo entrevistado en el IPS de Viña del Mar, existe un **81,92%** que declara sentirse útil e independiente para realizar actividades de la vida diaria, mientras que un **18,08%** menciona sentirse inútil, la mayoría de las veces producto de enfermedades que afectan la movilidad.

- **Energía y vitalidad**

**¿Se siente lleno/a de energía?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	119	67,2	67,2	67,2
Válidos No	58	32,8	32,8	100,0
Total	177	100,0	100,0	

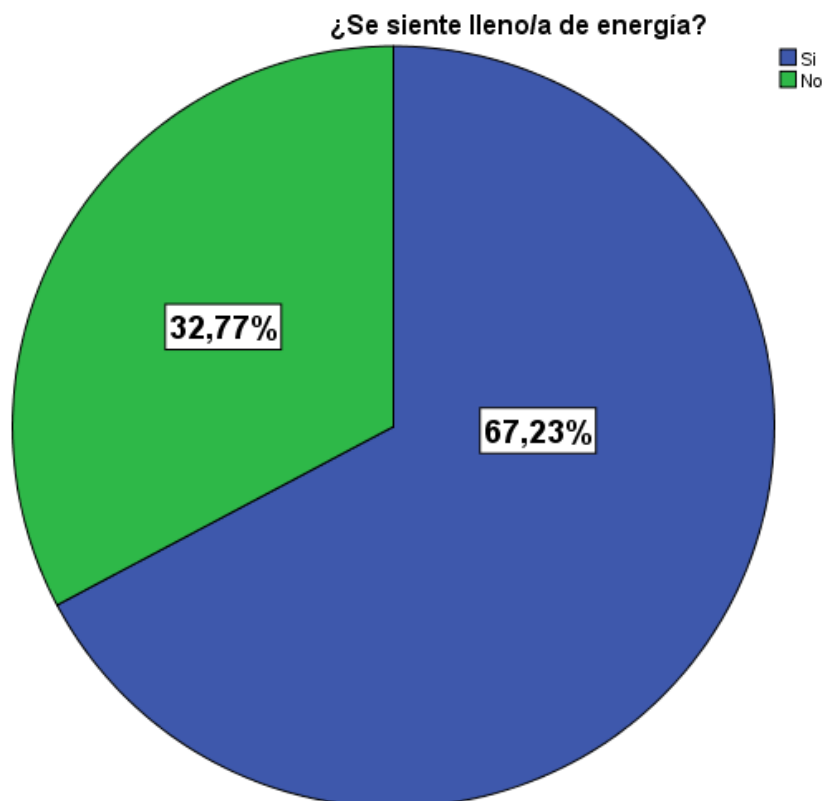


Gráfico N°29  
Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

En el gráfico número veintinueve se puede apreciar que de acuerdo al test aplicado, el **67,23%** de las y los entrevistados se sienten llenos de energía para continuar con su vida diaria, mientras que el **32,77%** mencionó sentirse con desánimo y sin ganas de realizar labores cotidianas.

- **Sentimiento de esperanza**

¿Se siente sin esperanza en este momento?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	43	24,3	24,3	24,3
Válidos No	134	75,7	75,7	100,0
Total	177	100,0	100,0	



Gráfico N°30  
Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

Gracias al gráfico expuesto, podemos identificar que dentro del universo entrevistado en el IPS de Viña del Mar, existe un **75,71%** que menciona sentirse con esperanzas de que su situación personal tendrá alguna mejora, mientras que un **24,29%** menciona sentirse sin esperanzas y pesimistas por el futuro que les espera.

- **Optimismo**

¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	33	18,6	18,6	18,6
Válidos No	144	81,4	81,4	100,0
Total	177	100,0	100,0	

¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?

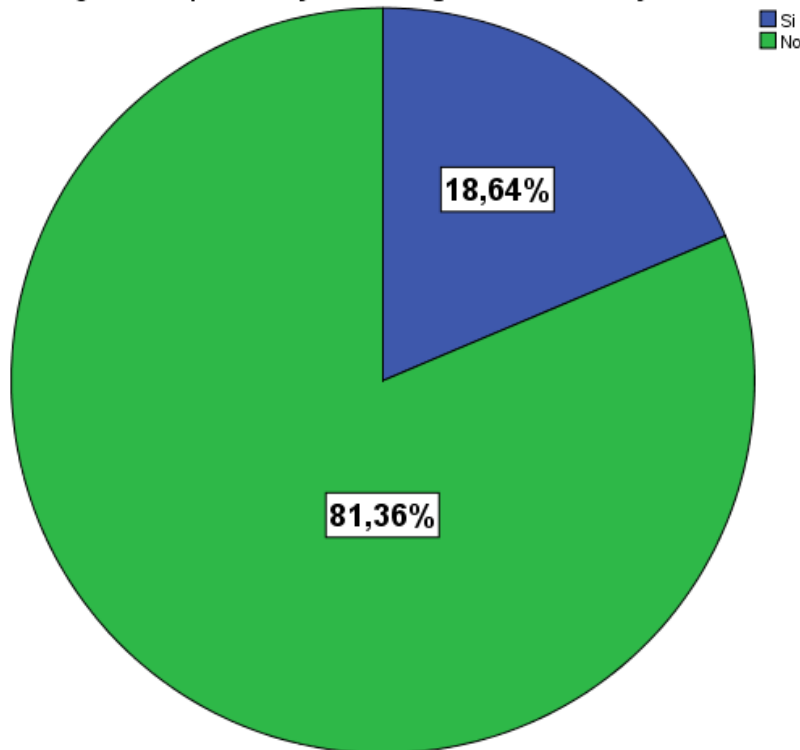


Grafico N°31  
Fuente: Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS

De acuerdo al gráfico expuesto, se puede interpretar que un **81,36%** del universo entrevistado declara pensar que su situación personal no es tan pesimista en comparación a otras situaciones, en cambio, un **18,64%** declara pensar que la mayoría de la gente está en mejor situación de acuerdo a los problemas que los aquejan.

## Capítulo V:

# “Hallazgos y reflexiones”



## **PRESENTACIÓN**

Las instancias de contacto con las personas mayores usuarios/as del Instituto de Previsión Social de Viña del Mar, objeto de estudio, propiciaron una enriquecedora oportunidad para conocer más en profundidad a estos sujetos que se encuentran muy desvalorizados en la sociedad actual. Esta instancia donde se mantuvo un contacto directo con adultos mayores generó aprendizajes y nuevas miradas para enfrentar el futuro, en que cada vez se va acrecentando este grupo etario.

Del mismo modo, fue posible observar de una forma directa el ejercicio profesional de una disciplina admirable, en cuanto al rol del trabajo social dentro de la institución, aplicando competencias que debe desarrollar y aplicar para el adecuado trato con la población adulta mayor usuaria del IPS.

De acuerdo a lo señalado con anterioridad, y en virtud del proceso de investigación que se ha llevado a cabo, a continuación se determinaran una serie de hallazgos respecto al tema en cuestión “Factores psicosociales que inciden en la sintomatología de la Depresión Gerontológica en las y los usuarios del Instituto de Previsión Social de Viña del Mar”, y sus respectivas conclusiones.

## HALLAZGOS Y REFLEXIONES EN BASE A LA INVESTIGACIÓN REALIZADA

### ➤ VISUALIZACIÓN DE PROBLEMAS ECONÓMICOS EN EL GRUPO DE ESTUDIO

De acuerdo al estudio realizado por el equipo de investigadoras, se hace visible una alta tasa de porcentaje de personas mayores que declararon tener problemas económicos (el 86,44% de las personas entrevistadas). Es posible establecer una relación lineal entre el nivel estudiantil de las personas mayores entrevistadas, con la cantidad de remuneración adquirida durante sus años de desempeño laboral, es decir, aquellas personas que tuvieron un bajo nivel educacional tenían menos oportunidades de trabajo con buenas remuneraciones. Esta situación condiciona que al momento de percibir su jubilación, esta sea insuficiente para cubrir las necesidades básicas de una persona mayor.

Esto se explica debido a que recién en la década del 2000<sup>41</sup> la enseñanza básica y media son obligatorias, por lo que en Chile no existía una cultura que priorizara la educación por sobre el trabajo. Esto se ve reflejado en un 66% de las personas mayores entrevistadas que no tienen su enseñanza escolar completa. Este problema de educación se ve sumado a que en décadas anteriores los empleos no se regularizaban por ninguna ley que normalizara estándares mínimos en temas de cotización como en la actualidad, lo cual conlleva a que no obtengan al final de su ciclo laboral las pensiones esperadas.

Según la investigación realizada, el porcentaje de personas mayores que tienen un trabajo remunerado corresponde a un 24,29% de la muestra total, por lo que la mayoría de las y los encuestados toma esta decisión por la necesidad económica que viven.

Por otra parte, también fue posible visualizar la existencia de ayuda económica y/o de insumos de terceros, principalmente hijos/hijas preocupados por el bienestar de sus padres, lo que facilita de cierto modo la sobrevivencia de las personas mayores dentro de esta etapa de la vida.

---

<sup>41</sup> "La educación básica y la educación media son obligatorias, debiendo el Estado financiar un sistema gratuito con tal objeto, destinado a asegurar el acceso a ellas de toda la población. En el caso de la educación media este sistema, en conformidad a la ley, se extenderá hasta cumplir los 21 años de edad.", revisado el 12 de Enero del 2017 ,del sitio web:

<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=210495>

➤ **SALUD V/S VIDA SOCIAL DEL GRUPO DE ESTUDIO**

En base a los resultados de esta investigación, se puede observar que un 94,35% de los/as usuarios/as del IPS entrevistados/as declara tener alguna enfermedad o enfermedades que afectan de alguna manera su vida cotidiana. Este alto porcentaje está potencialmente ligado a factores de la vida social de las personas mayores, puesto que las distintas enfermedades pueden ser culpables de mantener a las personas solo en sus hogares, dificultando que estas tengan una vida social activa, de la misma manera que aumentan los niveles de aburrimiento, sedentarismo y baja participación.

El encierro y la inactividad, producen una deficiente vida social que afecta la salud física y psicológica de una persona mayor, por ende conlleva en un futuro a la soledad y el aislamiento.

Por su parte, existe evidencia que la vida sedentaria es uno de los factores de riesgo con mayor relevancia para muchas enfermedades crónicas anteriormente mencionadas, tales como hipertensión, enfermedades cardiovasculares, AVE, diabetes, cáncer y artritis, que afecta negativamente la vida cotidiana de la persona mayor. El aumento de la actividad física tiene un impacto detectable no sólo sobre estas condiciones, sino sobre el bienestar general de la persona mayor, ya que marca una diferencia positiva entre las personas que realizan actividades físicas y las que no, puesto que la realización de actividad física está altamente relacionada con la vida social y afectiva de la tercera edad.

➤ **AUTOVALENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES PERTENECIENTES AL GRUPO DE ESTUDIO**

En la última década, Chile ha sufrido un proceso de transición al envejecimiento, en dónde aumentaría su IDD<sup>42</sup> de 57,2 en el 2005 a 60,0 en el 2020. Esto significa que por cada cien personas potencialmente activas, habría 60 dependientes (menores de 15 y 60 años o más).<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup>Índice de Dependencia Demográfica: Este indicador se deriva de la composición por edades de la población y puede ser calculado de dos formas: la suma de los menores de 15 años y los mayores de 64 años o la suma de los menores de 15 años y los mayores de 59 años, dividido por la población con edades entre 15 y 64 años para el primer caso o por la población entre 15 y 59 años, para el segundo, por cien. Esta relación es una medida indirecta del número de personas dependientes económicamente por cada cien activos.

<sup>43</sup>Datos entregados por el Instituto Nacional de Estadísticas

Estudios realizados a nivel nacional, revelan que entre 21,4% y 25,5% de las personas de 60 años y más presentan dificultad en la realización de actividades de la vida diaria y un 10,7% discapacidad severa.<sup>44</sup>

De acuerdo a la investigación realizada, lo anterior se ve reflejado en el sentido de que las personas mayores entrevistadas prefieren quedarse en sus casas por la razón de que deben salir en compañía de otra persona que la ayude a moverse, lo que le genera límites al momento de realizar actividades fuera del hogar. Además de esto, el alto porcentaje de temor en la población de adulto mayor, se ha convertido en una razón de peso como causa del por qué la persona mayor no realiza actividades fuera de su hogar, puesto que se establece que el alto índice de delincuencia en Viña del Mar y sus ciudades aledañas, el temor a caerse debido a su escasa movilidad y la incontinencia urinaria, son razones que la persona mayor considera al momento de salir o no salir de sus hogares.

El no salir de sus casas les genera cierto sometimiento a solo tener como actividad las labores del hogar, sin embargo, según el estudio realizado, un alto porcentaje de personas mayores entrevistadas declara sentirse útil en su vida debido a que aún puede realizar las labores cotidianas de su hogar. A pesar de tener dificultades en su movilidad, declaran que las labores diarias son obligaciones, por lo que no tienen otra alternativa que hacerlas. Esto genera pros y contras en el envejecimiento de la persona mayor, puesto que se reconoce como negativo el no salir de la casa durante el proceso de vejez, ya que como se explicó anteriormente, la vida social del adulto mayor se construye gracias a la interacción con su familia, amigos y pares. A pesar de esto, el mantenerse activo realizando las tareas diarias de su casa, los mantiene sintiéndose útiles en sus vidas, ya que contribuyen a un bien superior dentro de su mundo cotidiano. El sentirse útiles y no una carga para sus familias, lleva a que la persona mayor sea autovalente, puesto que es capaz de realizar las actividades básicas de su vida diaria por si solos.

---

<sup>44</sup>“Estudio Nacional de la Dependencia de las Personas Mayores” SENAMA

➤ **ANÁLISIS INTEGRADO EN BASE A LOS HALLAZGOS  
VISUALIZADOS**

Para un adulto mayor, tener un lugar en la sociedad es fundamental, como mantener vínculos con amigos y familia. La interdependencia y la solidaridad intergeneracional son principios fundamentales para un envejecimiento positivo, puesto que las personas mayores necesitan vitalidad y compañía para sobrellevar su última etapa de la vida con mayor optimismo.

A pesar de lo esperado, gran porcentaje de la población adulto mayor no tiene la oportunidad de disfrutar de este estilo de vida, y tal como se ha demostrado, las personas que formaron parte de esta investigación presentan las problemáticas más comunes que caracterizan a este grupo etario; estamos hablando de los problemas económicos, salud deteriorada y nivel precario de autovalencia en la persona mayor, conllevándolos posteriormente a padecer algunos de los síntomas característicos de la depresión.

La estructura de gastos de las personas mayores difiere significativamente de la del resto de la población, caracterizándose por el alto gasto en salud y en servicios especializados en que deben incurrir debido a las diversas enfermedades que van apareciendo a medida que los años aumentan en la persona. Es por esta razón, que muchos toman la decisión de permanecer trabajando, ya que la pensión o jubilación no les alcanza para todos sus gastos básicos. Las personas mayores que continúan recibiendo remuneración, eligen labores tales como carpintería, manualidades, jardinería, comercio ambulante, cuidado de nietos/as, entre otros. Estas actividades son elegidas ya que no contemplan un gran esfuerzo físico, y así pueden percibir una remuneración en apoyo a la pensión o jubilación que reciben.

Es posible contemplar una visión negativa ante este escenario, puesto que se piensa que las personas que están en la últimas etapas de su ciclo vital deben descansar y solo disfrutar, sin tener la necesidad de trabajar para sobrellevar sus gastos económicos, sin embargo, este problema puede tener un lado positivo, puesto que la permanencia en el empleo por el mayor tiempo posible tiene no solo impactos positivos en la seguridad económica de las personas mayores, sino que también supone ventajas para su calidad de vida, en el sentido de mantener a la persona mayor móvil, independiente y activa.

Por otro lado, acontecimientos de la tercera edad como, por ejemplo, los trastornos médicos crónicos y debilitantes, conlleva a la incapacidad para

participar en actividades que antes disfrutaba. Esto puede resultar una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo. A su vez, esta situación se ve reflejada en los altos índices de personas entrevistadas que padecen enfermedades que les limita realizar actividades del diario vivir que antes realizaban con normalidad. Aun así, aludiendo a la baja participación en actividades sociales de los usuarios y usuarias, existe un porcentaje de estos/as que no desea ser partícipe de actividades sociales como lo es en el caso de la baja participación en Clubes de Adulto Mayor, en que solo un 14,69% dispone de tiempo para este tipo de recreación junto a sus pares. Y es que por diversos motivos tales como la poca iniciativa, las pocas ganas de compartir o la escasa movilidad física, que conlleva a que tomen la decisión de no participar activamente en instancias de recreación social.

Estos y otros asuntos como el alto índice de problemas económicos, suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social. Muchas veces estos factores son asociados a la depresión, pero por el contrario, se observa que la mayoría de estas personas mayores se sienten satisfechas con sus vidas a pesar de presentar dichas problemáticas, por lo que, se presenta una dicotomía en los resultados de la investigación.

Sin embargo, hay que destacar que los factores psicosociales más comunes que se han mencionado, es decir, problemas económicos, la salud v/s la vida social y la deficiente autovalencia, condicionan una inestabilidad emocional e integral para la persona mayor llevándola a estados depresivos que los pueden afectar en diferentes niveles, siendo algunas personas capaces de salir de estos cuadros depresivos que los afecta directamente y también a quienes los rodean.

A pesar de lo anterior, según la investigación realizada, las personas mayores tienen cierto optimismo con respecto a la muerte, puesto que ya no solamente son los otros los que mueren, sino que es la muerte propia la que se empieza a percibir más cercana. En este proceso de aceptación es cuando las personas mayores realizan un balance de lo vivido. Las personas que se encuentran satisfechas con lo que han logrado a lo largo de sus vidas, tienden a tener un pensamiento positivo con respecto a la muerte, además, algunas personas mayores tienen sobre sus hombros diversas enfermedades que opacan su vida cotidiana, por lo que la muerte les parece una opción para descansar finalmente.

## **EVALUACIONES**

### **1. Evaluación en torno a la teoría que sustenta la investigación**

Para la realización de la presente investigación se eligieron teorías y modelos para respaldar la problemática en cuestión y así avalar los resultados obtenidos, las teorías elegidas son las siguientes:

#### **Modelo de Nezu**

Nezu y sus colaboradores desarrollaron una formulación de la depresión donde la cuestión central para el comienzo y el mantenimiento de la depresión en un individuo son los déficits o la ineficacia de sus habilidades de solución de problemas. Nezu apuntó que había varios trabajos en los que se demostraba una asociación entre tener déficits en la solución de problemas y la sintomatología depresiva, tanto en los niños como en los adultos. Dada esta asociación Nezu y Ronan sugirieron que las habilidades de solución de problemas podían moderar la relación entre el estrés y la depresión. Nezu también indicó que la habilidad en la solución de problemas podía moderar la asociación entre un estilo atribucional negativo y la depresión.

En virtud a la formulación de la depresión realizada por Nezu y sus colaboradores, se establece que si se cumple en un importante punto en base a los resultados obtenidos, es decir, existe un significativo nivel de endeudamiento en la población adulta mayor que se atribuye a los problemas económicos que presentan las personas mayores. Este hecho, tal como lo estipula el modelo de Nezu, genera una asociación de estrés atribuyéndolo a una depresión. Claramente esta asociación se puede presentar en aquellas personas que tengan un déficit en habilidades de solución de problemas, puesto que tendrán más probabilidad de desarrollar un episodio depresivo.

#### **Teoría cognitiva de Beck**

Actualmente la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva que propusieron Beck et al. (1979), según la cual la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto.

La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión (Perris, 1989): 1) la tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; 2) los pensamientos automáticos negativos; 3) errores en la percepción y en el procesamiento de información; y 4) disfunción en los esquemas. La tríada

cognitiva (Beck, 1967) se refiere a que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. El paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador. Los pensamientos automáticos negativos son aquellas cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional característica del paciente depresivo. Son pensamientos automáticos (el paciente no se da cuenta del mismo o de su proceso de interpretación), repetitivos, involuntarios e incontrolables. Aunque todas las personas tienen pensamientos negativos de vez en cuando, en personas con un problema de depresión grave estos pensamientos ya no son irrelevantes, sino que predominan en su conocimiento consciente (Beck, 1991).

La teoría de Beck, en relación a los análisis de los resultados arrojados por los instrumentos de levantamiento de información, se sustenta bajo el respaldo de los antecedentes que presentaban aquellos usuarios/as con mayor puntaje obtenido en el Test de Yesavage, es decir, aquellas personas con una mayor presencia de síntomas de depresión. En base a dichos que estas personas mencionaban, en que se destaca la negatividad, tristeza, rabia, etc., se sostiene una aceptación de esta teoría, ya que representa aquel porcentaje de personas mayores del Instituto de Previsión Social con presencia de Depresión Establecida.

### **Modelo de terapia interpersonal**

El modelo de terapia interpersonal se nutre en gran parte de las aportaciones de la teoría interpersonal de Sullivan (1953) y la teoría psicobiológica de Meyer (1957), con su énfasis en la relación recíproca entre factores biológicos y psicosociales de la psicopatología. Aunque el modelo de la terapia interpersonal «no hace asunciones acerca de las causas de la depresión» (Klerman y Weissman, 1993, p. 6), sugiere que las relaciones interpersonales de los sujetos pueden jugar un papel significativo tanto en el comienzo como en el mantenimiento de la depresión. En este sentido la obtención de refuerzo positivo está determinada, en parte, por la destreza del individuo para aumentar la disponibilidad de refuerzo positivo y obtener el mismo. Esto es, frecuentemente, los pacientes deprimidos experimentan insatisfacción con su familia, su trabajo y sus relaciones sociales; la

depresión puede ser debida a la ausencia de habilidades sociales necesarias para obtener el máximo refuerzo positivo y el mínimo castigo.<sup>45</sup>

En virtud al modelo de terapia interpersonal, es posible esclarecer que si sustenta un punto importante de la problemática en cuestión, esto se explica debido a que un alto porcentaje de las personas mayores que fueron partícipes del proceso de investigación mencionaban sentirse solos/as ya que no eran visitados frecuentemente por sus familiares cercanos, lo que les generaba un sentimiento de soledad y abandono, siendo este uno de los factores más reconocidos en diversos estudios en torno a esta temática, que presentan la personas mayores con síntomas depresivos. Por su parte, otro significativo porcentaje de usuarios/as también se veía afectado por la incapacidad o insatisfacción laboral, es decir, debido a la edad o enfermedades, se ven inhabilitados para desarrollarse laboralmente, lo que los lleva a experimentar sentimientos de impotencia y tristeza.

## **2. Evaluación en torno a la metodología que sustenta la investigación**

La metodología utilizada para el desarrollo de esta investigación ha sido elegida en torno al abordaje de los datos obtenidos, a los cuales se les ha asignado significación numérica para lograr cuantificar la información recabada. Es por esta razón, que se identifica la investigación cuantitativa como metodología, puesto que para realizar el levantamiento de información se aplicaron dos instrumentos que el grupo de trabajo cuantificó de manera numérica y de acuerdo a variables, lo que les permitió analizar la información de manera exhaustiva y controlada.

La investigación cuantitativa nos permitió la posibilidad de darle una explicación a la realidad social vista desde una perspectiva externa y objetiva. Además, al cuantificar la información, se pudo realizar correlaciones entre las variables identificadas, lo que nos permitió hallar relaciones y semejanzas entre diversos puntos de la investigación, para luego reconocer las reflexiones y conclusiones que dan por finalizada la investigación realizada.

Sin embargo, al ingresar las entrevistas llevadas a cabo al programa estadístico utilizado y clasificar las respuestas en variables cuantitativas, quedaban fuera de la clasificación datos que podrían haber sido útiles al

---

<sup>45</sup> Teorías de la Depresión. Extraído de página Web  
<http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>

momento de analizar los datos que hubiesen sido relevantes en una investigación de tipo cualitativo, puesto que al momento de entrevistar a las personas mayores, se buscaba entablar una conversación que respondiera a lo solicitado en los instrumentos de levantamiento de información, para que en ese momento la persona mayor entrevistada se sintiera en confianza y conversara con la entrevistadora sin pensar que estaba contestando un test de depresión. En ciertas ocasiones, el adulto mayor contaba experiencias de su infancia o adolescencia que en una investigación cualitativa quizás hubiesen sido relevantes, pero en este caso, dicha información quedaba categorizada en variables de corte cuantitativo que más tarde arrojaría los datos estadísticos esperados por el equipo de trabajo.

### **3. Evaluación en torno a los objetivos planteados dentro de la investigación**

Un objetivo de investigación es el fin o meta que se pretende alcanzar en un proyecto, estudio o trabajo de investigación. También indica el propósito por el que se realiza una investigación<sup>46</sup>.

Este tipo de objetivos se centran en un área del conocimiento específica y van enfocados a ampliar de alguna forma el conocimiento sobre una materia. El objetivo de una investigación determina e influye en los demás elementos de una investigación como el marco teórico o la metodología.

En este sentido, los objetivos planteados para el desarrollo de la presente investigación fueron los pilares esenciales para seguir un curso alineado, claro y coherente, cumpliendo la función de guías durante el proceso de la investigación.

En lo que respecta al objetivo general planteado, que consigna *“Conocer los factores psicosociales que inciden en la sintomatología de la depresión gerontológica en las y los usuarios del Instituto de Previsión Social de Viña del Mar”*, se establece que fue cumplido a cabalidad, puesto que las investigadoras lograron conocer estos factores psicosociales influyentes en la sintomatología de la depresión de este grupo etario, durante el proceso de aplicación de los instrumentos de levantamiento de información realizado a usuarios y usuarias que cumplían con los criterios de inclusión propuestos. En virtud del cumplimiento del objetivo general, fue posible

---

<sup>46</sup><https://www.significados.com/objetivo-de-investigacion/>

contribuir de forma más amplia a la investigación en sí, progresando positivamente en torno a todo el proceso investigativo y por ende posibilitando el cumplimiento de los objetivos específicos.

#### Objetivos Específicos

- Identificar los factores psicosociales que inciden en la sintomatología de la depresión gerontológica en las y los usuarios del IPS.
- Categorizar los factores psicosociales encontrados a través de la aplicación de los protocolos de levantamiento de información.
- Analizar los factores psicosociales que inciden en la sintomatología de la depresión gerontológica de las y los usuarios del IPS.

En relación a los objetivos específicos descritos, es posible enfatizar que cada uno de ellos fue logrado exitosamente, debido a que desde el inicio de la aplicación de las encuestas (datos personas y Test de Yesavage) que se utilizaron para el levantamiento de información, mediante las cuales se obtuvo una enriquecedora gama de datos de las y los usuarios del IPS, fue posible identificar cada uno de los factores psicosociales que inciden en la sintomatología de la depresión gerontológica, siendo estos diversos entre ellos y relacionados a vez.

Una vez identificados dichos factores, las investigadoras lograron realizar categorías en función del programa estadístico SPSS, dando mayor facilitación a aquella etapa de la investigación. Al categorizar los factores descubiertos, fue posible analizar y pesquisar en base a los hallazgos encontrados en tales categorías, realizando la posibilidad de establecer un análisis íntegro y completo, siendo esta fase la más importante de la presente investigación.

#### **4. Evaluación en torno a los instrumentos utilizados para el levantamiento de información dentro de la investigación.**

Durante el proceso de levantamiento de información, se utilizaron dos instrumentos que permitieron al grupo de trabajo recabar datos para identificar la sintomatología de la depresión en el adulto mayor. El primer instrumento aplicado fue el de Datos Básicos del entrevistado o entrevistada<sup>47</sup>, el cual tenía por objetivo conocer los antecedentes personales

---

<sup>47</sup> Ver tabla de Datos Básicos pág. 62

del adulto mayor, tales como su estado civil, su tipo de pensión, con quienes viven en sus hogares, entre otros datos. La puesta en marcha de este instrumento tuvo como resultado conocer el entorno y la vida diaria del adulto mayor, puesto que se buscaba detectar entre los entrevistados que manifestaban sintomatología asociada a la depresión, factores en común dentro de su vida diaria, y de su entorno familiar y social. Con la utilización de dicho instrumento se buscaba tener información acotada sobre el entrevistado o entrevistada, además de ser breves al momento de entrevistar, puesto que en la mayoría de las ocasiones, las personas mayores concurrían a realizar sus trámites de manera expedita.

El segundo instrumento aplicado durante el período de levantamiento de información fue el Test de Yesavage<sup>48</sup> abreviado, el cual consiste en 15 preguntas que detectan rasgos de depresión en el o la entrevistada. Para nuestra investigación, dicho test fue de gran ayuda al momento de descubrir sintomatología asociada a la depresión en el adulto mayor, puesto que las preguntas eran directas y no había cabida para interpretaciones. La contraparte de la modalidad de las preguntas, fue que en ocasiones eran muy directas para preguntarle a una persona mayor que ya se le detectaba baja autoestima o que tenía muchos problemas en su entorno. Debido a esto, durante la entrevista, el equipo de trabajo buscaba que durante la conversación que se entablaba con el adulto mayor, se respondieran las preguntas del test sin tener que preguntar de manera tan directa, para que así el entrevistado o entrevistada hablara más en confianza y se generara un ambiente ameno para hablar de su vida privada.

## **5. Evaluación en torno a las políticas públicas relacionadas a la investigación**

En la investigación realizada se mencionan diversas políticas públicas a nivel internacional y nacional con respecto a las personas mayores, ya que con el pasar del tiempo han tenido un aumento significativo demográficamente. A pesar de que también existen algunas leyes en nuestro país relacionadas al grupo etario, las cuales velan por la protección en salud de las personas mayores, su integración y la participación de estos en diversos ámbitos de la sociedad, sigue existiendo un sentimiento de vulnerabilidad o insatisfacción con respecto a sus necesidades en todas las áreas que ellos consideran como primarias.

---

<sup>48</sup> Ver Test de Yesavage pág.82

Sí es claro el señalar que existe una preocupación por el tema del envejecimiento activo, por lo que existe una política integral del envejecimiento positivo, que busca crear un futuro deseable para las personas mayores.

Un programa destinados a los adultos mayores es el Programa Vínculos, el cual es un apoyo psicosocial de protección ante estas situaciones en las que las personas mayores viven solas y en condiciones de vulnerabilidad desconectadas de las redes sociales que podrían ayudarlos, este programa forma parte del Sistema de Protección Social de Chile Solidario. El problema de este programa es que está destinado sólo a Personas mayores de 65 años o más, que vivan solos(as) o acompañados(as) de una persona de cualquier edad, y que ingresan al nuevo Subsistema de Seguridades y Oportunidades del Ingreso Ético Familia, por lo que podría estar destinado a las personas mayores en su totalidad, es decir el universo debería cambiar, ya que hay un alto porcentaje de las personas entrevistadas en este caso que comentan el que su ingreso económico(pensiones o aportes entregados por el estado) no es suficiente para la satisfacción de sus necesidades, tales como la alimentación, medicamentos(las personas mayores gastan altas sumas en estos), gastos básicos del hogar, entre otros. Por lo que en el ámbito económico se ve una gran carencia con respecto a las políticas públicas que amparen estas necesidades y por lo cual van surgiendo grandes problemáticas para las personas mayores.

Otro tema importante en la evaluación de las políticas públicas de nuestro país es el hecho de que existen situaciones dispares, es decir hay programas que no cuentan con una evaluación desde el comienzo de su ejecución y otros programas cuentan con una evaluación constante y existe una preocupación por parte del Ministerio del desarrollo Social, por lo que es importante el realizar una nivelación en cuanto a las evaluaciones a través de informes programáticos de los planes y programas relacionados a las personas mayores, además de creaciones de nuevos instrumentos para mejorar la gestión tanto territorial como funcional con todas las personas mayores del país, y no solo trabajar con grupos delimitados.

Por lo que se puede señalar que falta aún trabajar en el bienestar personal y social de estas personas mayores.

## **6. Evaluación en torno al campo de la salud y la gerontología**

Es importante volver a señalar el crecimiento demográfico de personas mayores del país, debido al aumento de la esperanza de vida, por lo que las políticas públicas relacionadas al acceso a la Salud son muy importantes.

En Chile han existido avances con respecto del acceso de las personas mayores a la salud pública, como por ejemplo la inclusión en las Garantías Explícitas en Salud (GES) de enfermedades que específicamente aquejan a las personas de 65 años y más y además de que en la mayoría de las enfermedades cubiertas por las GES también incluyen a personas mayores.

El Ministerio de Salud ha instalado, ya hace una década, la medición de la funcionalidad como un examen universal: Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), promoviendo el envejecimiento saludable, considerándose esta medida como positiva con respecto a la salud de las personas mayores.

Una ley importante en Chile es la que exime total o parcialmente la cotización del 7% para salud de los pensionados, según su edad y condición socioeconómica, la cual debería ser reforzada por una ley que ofrezca ciertas rebajas para los adultos mayores con respecto a los medicamentos que estos deben utilizar, ya que en la mayoría de los entrevistados(as) deben utilizar más de uno y con altos costos monetarios, pero considerando que esto debería ser para todas las personas mayores del país, no solo para aquellos más vulnerables, ya que existe un alto porcentaje que no son considerados como tales y también necesitan beneficios.

Se debe señalar que el problema a nivel sanitario en Chile radica en que los adultos mayores sufren diversas enfermedades y estas a la vez se van manifestando de diversas maneras, siendo uno de sus principales agravantes la pérdida de la autovalencia y si esta no es intervenida con especialistas, puede llevar a la dependencia de las personas mayores, lo cual ha ido en aumento considerablemente, ya que de acuerdo al estudio se puede señalar que existe un alto nivel de personas mayores que deben realizar sus labores o diligencias en compañía de otra persona, debido a la pérdida de independencia.

Con respecto a la gerontología se puede señalar que existe una escasez de profesionales, ya que en tanto en el sistema público como privado no se encuentran muchos especialistas en estas áreas, lo cual

influye en los tratamientos de las personas mayores, ya que es muy difícil que puedan ser atendidos con normalidad.

Este problema se agrava aún más si consideramos que los médicos que trabajan actualmente en el sistema de salud están mal distribuidos, lo que se refleja particularmente en las regiones extremas, debido a la falta de adecuados incentivos y de una política nacional de formación de especialistas que sea financiada por el Estado en función de las necesidades del país.

## **7. Evaluación en torno al trabajo social en la institución**

En la actualidad el Trabajo Social debe constituir un elemento que permita potenciar desde la comunidad y desde la participación activa de sus miembros, las propias transformaciones que desde el punto de vista social demanda la misma, siendo un puente de gestión entre instituciones y usuarios, entre necesidades y recursos. Es una profesión que se basa en el tratamiento social de los diferentes individuos, ya que ofrece una respuesta integral a las diversas problemáticas que estos presentan.

En este sentido y situándonos dentro del contexto social que abarca la política y los valores del Instituto de Previsión Social, es factible mencionar el importante rol del Trabajo Social dentro de la institución ya que tiene como objetivo *“Brindar una atención integral y de calidad en materias de seguridad social y en el ámbito de los programas y beneficios sociales a los usuarios, a través de la participación activa con instancias internas y/o externas, con el propósito de mejorar su calidad de vida y propender a una activa participación en el uso de sus derechos”*.

El Trabajador Social dentro de la institución destaca en su rol como gestor, ejecutor, coordinador y evaluador en el área social. Lo que es de suma importancia considerando el actual fenómeno que sufren las estructuras demográficas de los países en vías de desarrollo como lo es Chile, que arroja alzas en las tasas de envejecimiento del país además del aumento en las expectativas de vida tanto de los hombres y de las mujeres, con lo que cada vez son más los adultos mayores que requieren y participan de dichos programas, aumentando la demanda a la institución de mejores y varios proyectos, que les permitan desarrollarse como ciudadanos, con derechos y deberes. Los proyectos han de contribuir al desarrollo de la persona, generando nuevos espacios de recreación para el encuentro entre pares.

Aludiendo a lo anterior, y en relación a la temática de esta investigación, cabe señalar que en este contexto el IPS tiene como principal objetivo “promover la integración social de este grupo etario”. Para ello se constituyó una unidad especializada para dirigir y controlar la actividad que se realiza con adultos mayores en todo Chile. Dicha unidad es la división de *Programas y Beneficios Sociales*, creada con el propósito de entregar beneficios e integración a las personas mayores y pensionados usuarios de la institución.

Su principal misión es “Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores, a través de los programas y talleres dirigidos a promover la igualdad de oportunidades, su participación e integración social”. Por ende el IPS cuenta con un equipo de profesionales encargados de crear programas y talleres que permiten la integración de adultos mayores en las casas de encuentro que la institución tiene habilitadas a lo largo de todo el país.

En base a lo mencionado con anterioridad, es importante destacar el compromiso y las metas que se propone el Instituto de Previsión Social en relación a este grupo etario, puesto que son múltiples las dificultades por las que atraviesan las personas mayores, con una escasa valoración social respecto del medio que los rodea, y es en este ámbito donde los trabajadores sociales pueden intervenir, entregando las herramientas para estos puedan enfrentar sus dificultades; fortaleciendo el entorno social del que forma parte y del cual habrá que utilizar recursos en beneficio a su bienestar individual.

El Trabajo Social perseguirá interviniendo en este grupo etario, de manera de poder transformar un sistema terapéutico que busque el cambio de cara a lograr una mayor calidad de vida de las personas mayores de nuestro país.

## CONCLUSIONES GENERALES

Los significados de la vejez se han construido desde la invisibilización, los estereotipos y el prejuicio. Las personas mayores deben enfrentar la invisibilización de su rol social y la construcción de una imagen negativa de la vejez, asociando esta etapa a la inactividad, la enfermedad y la dependencia.

A partir de esto, se hace necesario revelar los aspectos positivos de esta etapa, construyendo imágenes más realistas que den cuenta de las diversas maneras de experimentar la vejez. Se debe trabajar en romper los mitos y prejuicios que prevalecen en la sociedad, construyendo nuevos significados de la vejez, que sean valorados socialmente a través de nuevos roles y el reconocimiento de los ya existentes.

El envejecimiento es un proceso que trae consigo una serie de cambios que las personas deben enfrentar, así como cada etapa del ciclo vital tiene determinadas características y tareas que desarrollar. La tercera edad suele describirse como una época de descanso, reflexión y de oportunidades para hacer cosas que quedaron postergadas, debido a factores como la crianza de sus hijos(as), el trabajo, las labores del hogar, etc. Es justamente lo que se pretende lograr a través del incentivo y la promoción de un envejecimiento activo en Chile, que tiene como propósito optimizar las oportunidades en salud, participación y seguridad, permitiendo a las personas potenciar su bienestar físico, mental y social, para que puedan participar en la sociedad por más tiempo, incluyendo también a aquellos mayores que necesiten asistencia.

Es importante que las personas desarrollen durante todo el ciclo vital, acciones de autocuidado para acceder a una vejez en mejores condiciones. Además, deben procurar generar ingresos suficientes para no tener riesgos económicos durante su vejez. El Estado debe implementar y proveer una batería de prestaciones y servicios a los que las personas puedan acceder para asegurar una mejor vejez, teniendo presente y reforzando una imagen de las personas mayores como sujetos capaces de decidir sobre su propia vida. Además, se piensa que se debe promover la generación de espacios de diálogo intergeneracional, con el motivo de crear conciencia sobre la importancia que tiene el llegar a un envejecimiento exitoso durante la vejez. El desconocimiento de las generaciones jóvenes y mayores entre sí puede ser terreno fértil para el surgimiento de prejuicios y discriminaciones. Una sociedad para todas las edades debe promover la interacción de sus miembros, creando espacios de socialización y comunicación. Las personas mayores tienen mucho que entregar a las generaciones más jóvenes y

también mucho que aprender de ellas. Por lo mismo, sería un desafío importante para que el Instituto de Previsión Social desarrollara propuestas de promoción de espacios para la construcción de vínculos intergeneracionales, considerando que su cobertura es amplia ya que cuenta con atención a jóvenes y adultos, lo que significaría mayor cohesión social, superación de prejuicios y prevención de escenarios de violencia material y simbólica. La promoción de las relaciones intergeneracionales da como resultado la disponibilidad de un mayor potencial de apoyo, lo que constituye un factor protector para las personas mayores.

Por otro lado, se hace necesario promover la permanencia en el empleo de las personas mayores que lo deseen y lo requieran, pudiendo ser un derecho que reflejaría impactos positivos en el ámbito económico de este grupo etario aventeando grandes ventajas para su calidad de vida. Los factores asociados al mantenimiento de la funcionalidad, el ejercicio de roles, la valoración social y el sentimiento de autoeficacia y autonomía deben considerarse como parte integral para el diseño de nuevas políticas en materia de empleo para las personas mayores.

Es necesario que los adultos mayores se asuman como actores sociales y se movilicen en pos de lograr una meta a nivel individual y social, no existe plena conciencia de que el envejecimiento es un proceso que se desarrolla durante todo el ciclo vital, al que todas las personas se ven sujetas y que la sociedad en su conjunto está experimentando aceleradamente. El considerar el envejecimiento y la vejez como un “problema ajeno” conlleva el riesgo de no actuar con la debida anticipación, preparándose para enfrentar el envejecimiento de manera exitosa.

## **Bibliografía**

- Antonuccio. (1989). *The behavioral treatment of unipolar depression in adult outpatients*. Newbury Park: Sage.
- Ballesteros, F. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, Ballesteros . (2000). "*Gerontología Social*". Madrid: Pirámide.
- Galeano, M. E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Universidad Eafit.
- Kliksberg, B. (2000). *Desigualdades en América Latina*. Sao Paulo: Cortez Editora.
- Leininger, M. (1994). *Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. Qualitative research methods*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Lincoln, G. y. (1981). *Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Moragas, R. (1991). *Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.
- Nezu. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. Nueva York: Wiley.
- Papalia, D. (2009). *Desarrollo del Adulto y la Vejez*. México: Mc Graw-hill.
- Pedemonte, H. y. (2004). *Apunte 11, Envejecimiento Saludable*.
- Perri, N. y. (n.d.). *solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*.
- Pulido, M. E. (2003). *Envejecimiento y longevidad*. México.
- Sabino, C. (1996). *El proceso de investigación*. Editorial Panamericana .
- Sampieri, R. H. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Winokur. (1997). *All roads lead to depression: Clinically homogeneous, etiologically heterogeneous*. San Francisco.
- Winokur. (1997). *All roads lead to depression: Clinically homogeneous, etiologically heterogeneous*. . San Francisco.
- Pulido, Maria Eugenia.2005 "Envejecimiento y longevidad". México. 2003
- Hoyl, T y Pedemonte, J. "Apunte 11: Envejecimiento Saludable". 2004.
- Vázquez L. F., Muñoz F.R. Becoña E. (2000). DEPRESIÓN: DIAGNÓSTICO, MODELOS TEÓRICOS Y TRATAMIENTO A FINALES DEL SIGLO XX. *Psicología Conductual*, Vol 8, pp. 417-449.

## **Linkografía**

- <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=269892>
- <http://www.cisconsultores.cl/casos-emblematicos/inp>
- <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=28650>
- <http://www.ips.gob.cl>
- <http://www.ips.gob.cl/beneficios-y-pensiones>
- <http://www.mayoressaludables.org/noticias/definicion-de-envejecimiento>
- <http://definición.de/adulto-mayor/>
- <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/EnvejeBiologico.pdf>
- [http://www.achc.org.co/hospital360/contextos/demografico/Envejecimiento/Envejecimiento de la poblacion mundial.pdf](http://www.achc.org.co/hospital360/contextos/demografico/Envejecimiento/Envejecimiento_de_la_poblacion_mundial.pdf)
- [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2001000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2001000100003&script=sci_arttext)
- [http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ipos-2012/media/ipos\\_2012\\_pp\\_186-205.pdf](http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ipos-2012/media/ipos_2012_pp_186-205.pdf)
- [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/Valparaiso final 50e1b5fc7f81b.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/Valparaiso_final_50e1b5fc7f81b.pdf)
- [http://www.senama.cl/filesapp/Dimensiones del Envejecimiento y su expresion territorial.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/Dimensiones_del_Envejecimiento_y_su_expresion_territorial.pdf)
- <http://www.vinadelmarchile.cl/seccion/46/oficina-comunal-del-adulto-mayor-ocam.html>
- <http://www.datosmacro.com/demografia/esperanza-vida>
- <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=29452#.V3LXWo-cHIV>
- <http://www.emol.com/noticias/Nacional/2015/07/01/724016/2020-Los-hombres-viviran-hasta-los-77-anos-en-promedio-y-Valparaiso-tendra-la-mayor-cantidad-de-mujeres-de-tercera-edad.html>
- [http://www.acnur.es/PDF/1640\\_20120508172005.pdf](http://www.acnur.es/PDF/1640_20120508172005.pdf)
- [http://www.senama.cl/filesapp/SENAMALibroPolíticas\\_.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/SENAMALibroPolíticas_.pdf)
- [http://www.senama.cl/filesapp/SENAMALibroPolíticas\\_.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/SENAMALibroPolíticas_.pdf)
- [https://www.camara.cl/prensa/noticias\\_detalle.aspx?prmId=48373](https://www.camara.cl/prensa/noticias_detalle.aspx?prmId=48373)
- [http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Derechos Humanos y Políticas de Protección Social del Adulto Mayor.pdf](http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Derechos_Humanos_y_Políticas_de_Protección_Social_del_Adulto_Mayor.pdf)
- <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1011723>
- <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>
- <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>

- <https://sites.google.com/site/51300008metodologia/caracteristicas-cualitativa-cuantitativa>
- <http://www.senama.cl/filesapp/Estudio%20Nacional%20de%20Dependencia%20en%20las%20Personas%20Mayores.pdf>
- <http://palma.ine.cl/demografia/menu/glosario.pdf>
- [http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/Image/portal/ODAS\\_TP/Materiales\\_para\\_odas\\_2012/3%20Cuidados%20adulto%20mayor/ODA%2016%20Actividades%20recreativas/LA%20ESCALA%20DE%20VALORACION%20DE%20AUTOVALENCIA.pdf](http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/Image/portal/ODAS_TP/Materiales_para_odas_2012/3%20Cuidados%20adulto%20mayor/ODA%2016%20Actividades%20recreativas/LA%20ESCALA%20DE%20VALORACION%20DE%20AUTOVALENCIA.pdf)
- [http://www.ine.cl/canales/sala\\_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine_adulto_mayor.pdf)
- <https://www.significados.com/objetivo-de-investigacion/>
- <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=210495>
- <http://www.homeopatia.com.mx/memorias2003/EnvejecimientoyLongevidada.htm>
- <http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/servicio/meb203b/ProgramaClasesEnfermeria/Apunte11.doc>