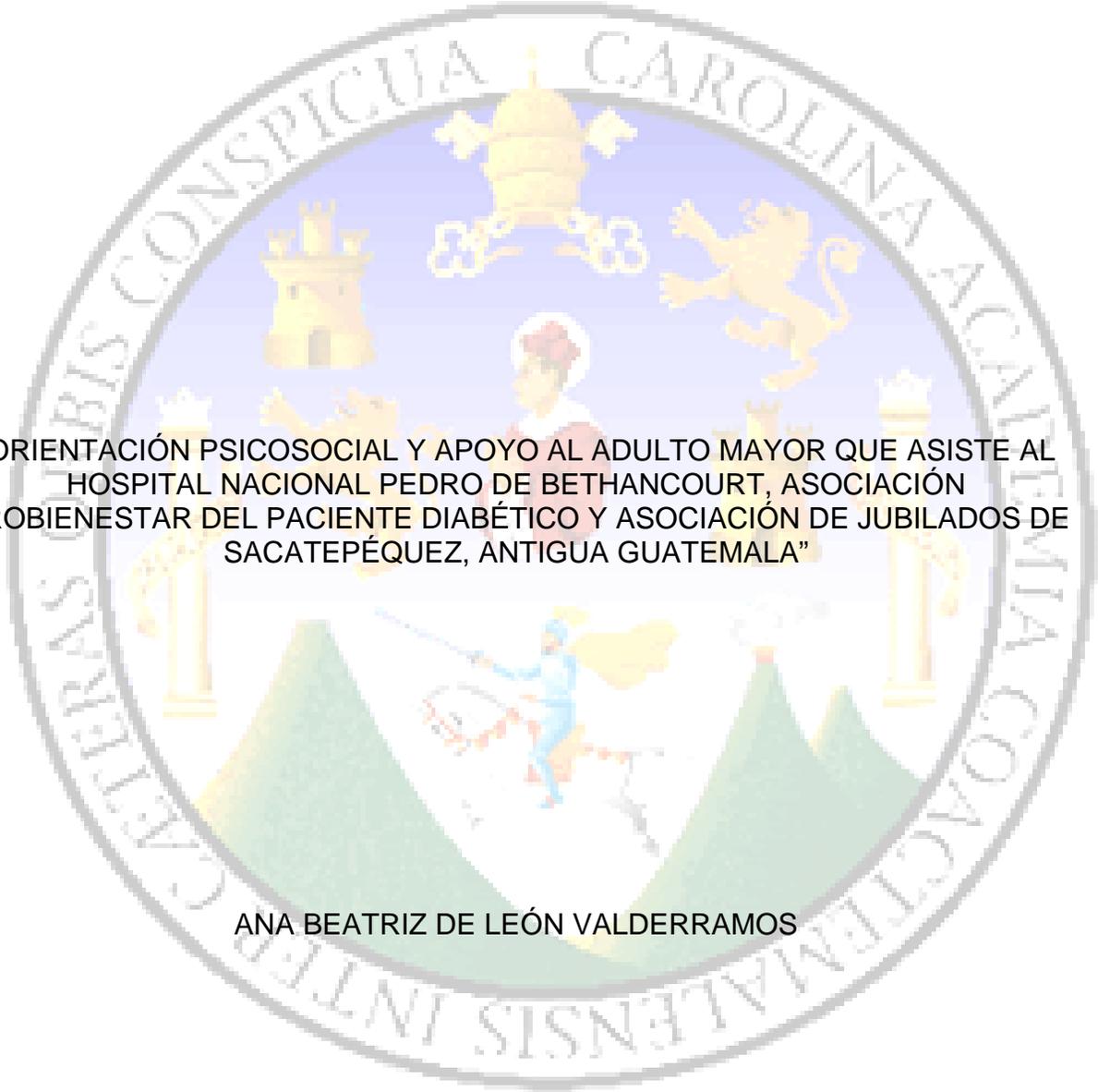


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a saint, likely St. Charles, seated on a throne. Above the figure is a golden crown. To the left and right are golden castles. Below the figure is a landscape with green hills and a white path. The text "UNIVERSITAS CAROLINA ACCADEMIA COACATEMALENSIS INTERCIVITAS OBIS CONSPICUA" is inscribed around the perimeter of the seal.

“ORIENTACIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO AL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL
HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ASOCIACIÓN
PROBIENESTAR DEL PACIENTE DIABÉTICO Y ASOCIACIÓN DE JUBILADOS DE
SACATEPÉQUEZ, ANTIGUA GUATEMALA”

ANA BEATRIZ DE LEÓN VALDERRAMOS

GUATEMALA, FEBRERO DE 2006

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“ORIENTACIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO AL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL
HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ASOCIACIÓN
PROBIENESTAR DEL PACIENTE DIABÉTICO Y ASOCIACIÓN DE JUBILADOS DE
SACATEPÉQUEZ, ANTIGUA GUATEMALA”

INFORME FINAL DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DE LA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

ANA BEATRIZ DE LEÓN VALDERRAMOS

PREVIO A OPTAR EL TITULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

GUATEMALA, FEBRERO DE 2006

CONSEJO DIRECTIVO

Licenciado Riquelme Gasparico Barrientos
DIRECTOR ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada Maria Lourdes González Monzón
Licenciada Liliana Del Rosario Alvarez de García
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRATICOS
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Estudiante Edgar Ramiro Arroyave Sagastume
Estudiante Brenda Yullissa Chamán Pacay
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico
EPS
REG. 83-2005
CODIPs. 269-2006

**De Orden de Impresión Informe Final
de EPS**

16 de febrero de 2006

Estudiante
Ana Beatriz De León Valderramos
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto QUINTO (5º) del Acta CERO SEISGUION DOS MIL SEIS (06-2006) de la sesión del Consejo Directivo del 10 de febrero de 2006, que copiado literalmente dice:

"QUINTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: "ORIENTACIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO AL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ASOCIACIÓN PROBIENESTAR DEL PACIENTE DIABÉTICO Y ASOCIACIÓN DE JUBILADOS DE SACATEPÉQUEZ, ANTIGUA GUATEMALA" de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

ANA BEATRIZ DE LEÓN VALDERRAMOS

CARNÉ No. 2000-16531

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por el Licenciado Josué Samayoa Herrera y revisado por el Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



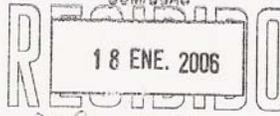
/Gladys

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Firma: *MGE* hora: 17:30 Registro: 83-05 29 de noviembre del 2005

Reg.83-2005

Señores Miembros
De Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Presente

Respetables Miembros:

Respetuosamente esta Coordinación informa que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del informe final de Ejercicio Profesional Supervisado de la carrera de Licenciatura en Psicología de la estudiante **Ana Beatriz De León Valderramos**, con No. de Carnet **20016531**, titulado:

"ORIENTACIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO AL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ASOCIACIÓN PROBIENESTAR DEL PACIENTE DIABÉTICO Y ASOCIACIÓN DE JUBILADOS DE SACATEPÉQUEZ, ANTIGUA GUATEMALA".

Así mismo, se hace constar que la revisión del informe final, estuvo a mi cargo, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Sin otro particular, atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
COORDINADOR DE EPS



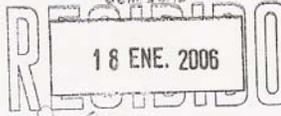
/Dg.
c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e información
CUM/USAC



Firma: *[Signature]* hora: 17:30 Registro: 83-05

Reg.83-2005

29 de noviembre del 2005

Señores Miembros de Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Presente

Respetables Miembros:

Atentamente tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado de la carrera de Licenciatura en Psicología de la estudiante **Ana Beatriz De León Valderramos**, con No. de Carnet **20016531**, titulado:

"ORIENTACIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO AL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ASOCIACIÓN PROBIENESTAR DEL PACIENTE DIABÉTICO Y ASOCIACIÓN DE JUBILADOS DE SACATEPÉQUEZ, ANTIGUA GUATEMALA".

Así mismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por el programa, por lo que, me permito dar la aprobación respectiva.

Sin otro particular, sinceramente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
REVISOR



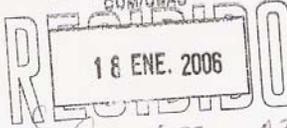
/Dg.
c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Firma [Signature] hora 17:30 Registro 83-05

Reg. 83-2005

012 de octubre del 2005

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador de Ejercicio Profesional Supervisado
Escuela de Ciencias Psicológicas
Presente

Respetable Licenciado:

Atentamente, informo a ustedes que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado de la carrera de Licenciatura en Psicología de la estudiante **Ana Beatriz De León Valderramos**, con No. de Carnet **20016531**, titulado:

"ORIENTACIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO AL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ASOCIACIÓN PROBIENESTAR DEL PACIENTE DIABÉTICO Y ASOCIACIÓN DE JUBILADOS DE SACATEPÉQUEZ, ANTIGUA GUATEMALA".

En tal sentido y dado que cumple con los lineamientos establecidos por el programa, me permito dar mi aprobación para concluir con el trámite respectivo.

Sin otro particular, y agradeciendo la atención, atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]
Licenciado **Josué Samayoa Herrera**
Asesor-Supervisor

/Dg.
c.c. Control Académico
Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

cc: Control Académico
EPS
Archivo
Reg. 83-2005

CODIPs. 408-2005
De aprobación de proyecto de EPS

23 de febrero de 2005

Estudiante
Ana Beatriz De León Valderramos
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante De León Valderramos:

Transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO NOVENO (29º) del Acta DOCE GUIÓN DOS MIL CINCO (12-2005) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 18 de febrero de 2005, que literalmente dice:

"VIGÉSIMO NOVENO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: "ATENCIÓN, ORIENTACIÓN Y APOYO PSICOSOCIAL AL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETANCOURT Y ASOCIACIÓN DE JUBILADOS DE SACATEPÉQUEZ, ANTIGUA GUATEMALA", de la Carrera: Licenciatura en Psicología, presentado por:

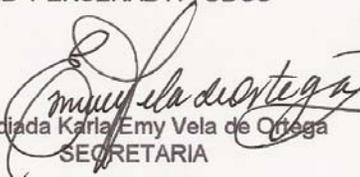
ANA BEATRIZ DE LEÓN VALDERRAMOS

CARNÉ No. 200016531

Dicho proyecto se realizará en La Antigua Guatemala, ubicándose a la Licenciada Karina Quintana como la persona que ejercerá funciones de supervisión por la parte requiriente y al Licenciado Josué Samayoá Herrera por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve APROBAR SU REALIZACIÓN."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Karla Emy Vela de Ortega
SECRETARIA



/Gladys



**Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
San Felipe de Jesús**

Teléfonos: 7831-1319 al 25
Antigua Guatemala
Guatemala, C. A.

Of. _____
Ref. _____

OFICIO No. 05-2006
PSICOLOGIA

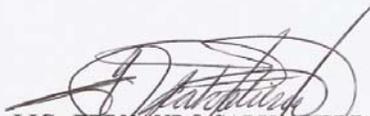
18 de Enero 2006

LICENCIADO
ESTUARDO ESPINOZA
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO E.P.S.
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, CUM.
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Licenciado Espinoza:

Tengo el agrado de informarle que la estudiante **ANA BEATRIZ DE LEON VALDERRAMOS**, carné 20016531, realizó satisfactoriamente su Ejercicio Profesional Supervisado en este Hospital, en las fechas correspondientes del 20 de enero al 20 de septiembre de 2005, tiempo durante el cual ejecutó el proyecto denominado **"ORIENTACION PSICOSOCIAL Y APOYO AL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ASOCIACIÓN PROBIENESTAR DE PACIENTE DIABETICO Y ASOCIACIÓN DE JUBILADOS DE SACATEPEQUEZ, ANTIGUA GUATEMALA"**

Agradeciendo su atención a la presente me suscribo, atentamente,


LIC. FERNANDO SALVATIERRA G.
Jefe Depto. De Psicología

C.c. archivo



PADRINOS

Licenciado William Anselmo de León López
Contador Público y Auditor
Colegiado activo 3052

Licenciada Karina Noemí Quintana Velásquez
Psicóloga
Colegiado Activo 7832

DEDICATORIA

DIOS

Por crear un plan maravilloso para mi vida, ser la luz y el poder en cada instante.

PADRES

William Anselmo de León López
Sandra Araceli Valderramos Castillo

Por enseñarme a amar, luchar, ser modelos en mi vida, creer en mí y darme la oportunidad de realizar mi sueño.

HERMANOS

Mónica Elena de León Valderramos
William Antonio de León Valderramos

Por brindarme apoyo, fortaleza, alegría y ser mis amigos en todos los momentos de mi vida.

MI NOVIO

Luis Fernando Alvarez Rosales

Por mostrarme el verdadero amor, construir junto a mí los anhelos y motivarme a seguir adelante.

APROBIDI

Por transmitirme su sabiduría y compartir sus experiencias de vida.

AJUPENSA

Por todo su cariño, alegría y apoyo.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Por inculcarme el deseo de ayudar a otros y contribuir a mejorar mi país.

AGRADECIMIENTOS

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Licenciada María Teresa Gaitán

Licenciada Argelia Mayorga

Licenciada Miriam de Morales

Licenciada Beatriz Valle

HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT

Licenciada Karina Quintana

Licenciada Mayra Morales

Licenciado Juan José Alvarado Cumes

Personas e instituciones que de una u otra manera transmitieron conocimientos que ayudaron en gran parte a mi formación profesional y personal.

Indice

Síntesis Descriptiva	01
Introducción	02
Capítulo I	
Antecedentes	
1.1 Monografía del lugar	04
1.2 Descripción de la Institución	07
1.3 Descripción de la población atendida	10
1.4 Planteamiento del problema ó problemas	11
Capítulo II	
Referente Teórico Metodológico	
2.1 Marco Teórico	
Introducción	13
Los ancianos en la familia	14
Condiciones que influyen en el cambio de comportamiento	14
Aspectos Psicológicos de la Tercera Edad	16
Aspectos Sociales relacionados con el envejecimiento	19
Trastornos del sueño en la Tercera Edad	20
Diabetes en el Adulto Mayor	21
El Alcoholismo en el Adulto Mayor	23
La muerte y el duelo	24
La Jubilación	25
Logoterapia (Viktor Frankl)	27
2.2 Objetivos	
2.2.1 Objetivo general u objetivos generales	32
2.2.2 Objetivos específicos (por sub-programa)	32
2.2.3 Metodología de abordamiento (por sub-programa)	33
Capítulo III	
Presentación de actividades y resultados	
3.1 Sub-Programa de Servicio	35
3.1.1 Atención a Adulto Mayores en Consulta Externa	35
3.1.2 Atención a Adulto Mayores Hospitalizados	36
3.2 Sub-Programa de Docencia	38
3.2.1 Docencia impartida a personas de APROBIDI	39
3.2.2 Docencia impartida a personas de AJUPENSA	40
3.2.3 Docencia impartida a personas en Consulta Externa	41
3.3 Sub-Programa de Investigación	42
3.3.1 Información obtenida del proceso clínico	43

3.4 Otras actividades y resultados	47
------------------------------------	----

Capítulo IV

Análisis y discusión de resultados

4.1 Sub-Programa de Servicio	50
4.2 Sub-Programa de Docencia	53
4.3 Sub-Programa de Investigación	54
4.4 Análisis de Contexto	58

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones	
5.1.1 Conclusiones Generales	60
5.1.2 Sub-Programa de Servicio	60
5.1.3 Sub-Programa de Docencia	61
5.1.4 Sub-Programa de Investigación	61
5.2 Recomendaciones	
5.2.1 Recomendaciones Generales	62
5.2.2 Sub-Programa de Servicio	62
5.2.3 Sub-Programa de Docencia	62
5.2.4 Sub-Programa de Investigación	63

BIBLIOGRAFIA	64
GLOSARIO	65
ANEXOS	67

Síntesis Descriptiva

Durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado titulado “Orientación psicosocial y apoyo al Adulto Mayor que asiste al Hospital Hermano Pedro de etancourt, Asociación Probienestar del Paciente Diabético y Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepéquez” que se llevó a cabo en la aldea de San Felipe de Jesús de Antigua Guatemala, se proporcionaron las herramientas psicológicas necesarias que posibilitaron en el Adulto Mayor la reflexión acerca del proceso de vida, en especial del proceso de envejecimiento, para que fuera capaz de encontrar el sentido de vida aún en circunstancias de sufrimiento y contribuir de esta manera a mejorar su Salud Mental.

Para llevar a cabo dicho programa se cubrieron los sub-programas de servicio, el cual se dedicó principalmente a la atención clínica de casos tanto de forma individual como grupal, se realizaron entrevistas, historias clínicas, en las que se registró la información de forma confidencial, lo cual permitió recopilar los datos más relevantes de la problemática.

En el sub-programa de docencia se impartieron talleres y charlas, de forma participativa, en el cual se dieron a conocer diversos temas como el sufrimiento, estrés, la culpa, motivación, trastornos del sueño, la familia, sentido de vida, autoestima, autorrealización, el significado de la muerte, entre otros. Temas que se desarrollaron a lo largo del Ejercicio Profesional Supervisado y que fueron de mucha ayuda para las personas con las que se trabajó.

En el sub-programa de investigación, tomando como base la observación que se realizó, se consideró de suma importancia trabajar el tema “Factores que ocasionan la falta de sentido de vida en el adulto mayor” El tipo de investigación que se llevó a cabo fue descriptiva, esta permitió sustentar el trabajo que se llevó a cabo durante el Ejercicio Profesional Supervisado.

Se aplicó un cuestionario sobre el sufrimiento, para conocer los factores que ocasionaron este tipo de sentimientos y provocaron escasos deseos de seguir viviendo. Información que luego de ser recabada y analizada sirvió de base para establecer las conclusiones y recomendaciones.

Se adjuntan los objetivos propuestos y la metodología utilizada en cada uno de los subprogramas, así como la muestra del cuestionario aplicado a la población.

Introducción

El inicio de la tercera edad, requiere de una gran serie de cambios no solo físicos sino también sociales y psicológicos que en muchas ocasiones no son tomados con la debida importancia, en especial por los familiares de éstos y por la sociedad en general, lo cual contribuye al aumento de angustia y preocupación que se presenta de por sí en esta etapa, es de vital trascendencia que tanto el adulto mayor como su familia reciba orientación y apoyo que contribuya a una mejor adaptación y aceptación ante esta.

Es importante mencionar que uno de los aspectos que más afecta el estilo de vida de las personas de la tercera edad es la jubilación, ya que ante la suspensión de la actividad laboral remunerada tendrá que pensar en otras actividades, tal vez no remuneradas, pero sí diversificadas y realizadoras. Por lo que será necesario aprender o dedicarse a hacer algo nuevo, algo que aunque no tenga precio les de ilusión.

Los que han tenido la oportunidad de encontrar en su trabajo todas las satisfacciones que esperaban considerarán el retiro como algo natural, mientras que los que han soportado durante varios años un trabajo que no les gustaba pueden esperar del retiro las satisfacciones que no han tenido, el retiro puede permitirles hacer lo que siempre han deseado.

Junto con este proceso difícil se presentan las enfermedades, propias de la edad, entre las que se pueden mencionar, la diabetes, el alcoholismo, caídas o fracturas y el descuido por parte de la familia. Enfermedades que requieren de hospitalizaciones continuas o que disminuyen la capacidad de movilizarse por sí solos, que afectan su situación económica y claro está su estado emocional.

Tomando en cuenta cada una de estos factores se consideró necesario establecer un programa de atención, orientación y apoyo psicosocial al adulto mayor que le permitió unirse a un grupo social, comunicar a otros sus emociones, experiencias y habilidades, también se le proporcionaron las herramientas psicológicas necesarias por medio de charlas, talleres, terapia individual, grupal, ocupacional y recreativa que le dieron la oportunidad de reflexionar sobre su vida, mejorar su estado de ánimo, disminuir su angustia, sufrimiento, tener una mejor calidad de vida y mejorar su situación familiar, así como emplear su tiempo libre en actividades beneficiosas para su salud mental. Actividades que se describen en cada uno de los capítulos siguientes.

El trabajo anteriormente descrito, se hizo necesario dado que el adulto mayor ha sido discriminado durante largo tiempo no solo por la familia sino por la sociedad en general, ocasionándole serias patologías; aunadas al hecho que muchos de ellos padecen enfermedades que ocasionan trastornos en su personalidad y que deben ser tratadas con la mayor discreción e inmediatez posible.

Así mismo es importante reconocer que dichas personas son capaces de realizar grandes cambios en su núcleo familiar, en su comunidad, en la sociedad y brindar conocimientos enriquecedores a las futuras generaciones; si son tomados en cuenta y valorados como seres humanos y parte importante de la misma.

Capítulo I ANTECEDENTES

1.1 Monografía del Lugar

Aldea del municipio de Antigua Guatemala, Sacatepéquez, ubicada al norte de la cabecera departamental. Fue fundada en el siglo XVIII por disposición del Muy Noble Ayuntamiento de la entonces metrópoli del reino de Guatemala, Santiago de Guatemala en el valle que está al pie de la colina de “El Rejón”, a dos kilómetros al norte de la ciudad colonial estando unida a ella por una carrera asfaltada. El nombre de San Felipe de Jesús se le dio para rendir homenaje a uno de los primeros santos en el nuevo mundo, ya que San Felipe de Jesús nació el 1 de mayo de 1572 en México, hijo de padres españoles que se habían establecido en Nueva España, pocos meses antes. San Felipe de Jesús se dirigió en busca de aventuras, ingresó a la orden Franciscana y cuatro años después, el cinco de febrero de 1597, murió martirizado en la isla de Nagasaki, Japón dando así testimonio de su fe.

Los primeros vecinos que se establecieron en este valle, en el siglo XVII, construyeron un oratorio pajizo que en 1,760 fue consumido por un incendio, salvándose las imágenes de San Felipe Apóstol, patrono del oratorio, así como la imagen del Santo Cristo Yacente. A iniciativa del presbítero Manuel Francisco Barrutia; en 1,819 se procedió a construir un nuevo oratorio en el mismo solar y un año más tarde, en 1820, se inauguró y fue puesto al culto religioso, ante el regocijo de los fieles y vecinos.

Entre 1,867 a propuesta del presbítero Manuel Leal se construye una iglesia más formal y más amplia, que se puso al servicio de los religiosos, estrenándose el 28 de agosto de 1870. El 1 de diciembre de 1,984 se consagró el santuario y el altar mayor; en 1986 por disposición de la venerable Curia Eclesiástica, siendo nombrado para ocupar el cargo Monseñor José Ramiro Pellecer Samayoa.

Su altura sobre el nivel del mar es de 1,535 metros, goza de clima templado durante todo el año.

La población hasta el año 2003 de acuerdo a datos proporcionados por el INE se encontraba distribuida de la siguiente forma:

Población Total	4,627	0 a 6 años	820
Hombres	2,225	7 a 14 años	945
Mujeres	2,402	15 a 64 años	2,655
		65 a más	207

Sus habitantes profesan en su mayoría la religión católica, algunos profesan religiones de distinta denominación.

Orografía: la aldea de San Felipe de Jesús colinda con el cerro de la Cruz y está al pie de la colina de El Rejón, a dos kilómetros al norte de la ciudad de Antigua

Guatemala. Entre sus principales fincas cafetaleras están: La Quinta y La Folié, esta última desaparecida debido a la poca producción de café.

Integración Económica: Sus habitantes se dedican en su mayoría a la agricultura, existiendo además excelentes artesanos y profesionales. Del total de la población 1,172 hombres y 616 mujeres son económicamente activos.

Entre sus principales productos agrícolas están; café, maíz, frijol, verduras variadas, flores y frutales de diversas clases; entre su artesanía se puede mencionar; muebles tallados en maderas finas y objetos zoomorfos de barro cocido de muy buena calidad.

Aspecto Social: El núcleo familiar tiene un promedio de 5 a 7 integrantes, su idioma es el español, los ladinos (4,412) conforman la mayoría de la población y un menor grupo pertenecen a la etnia indígena (215).

Servicios Básicos Urbanos: Cuentan con todos los servicios públicos necesarios; agua potable, alumbrado eléctrico, vías de comunicación, transporte, teléfono, hospital y una alcaldía auxiliar. 861 casas cuentan con agua potable, 749 con drenajes y 906 con energía eléctrica.

Infraestructura: En su amplia plazuela se encuentra una fuente colonial, y al norte de la misma se encuentra la alcaldía auxiliar en donde funcionan otras oficinas de servicio comunal, al oriente y poniente se ubica el mercado de artesanías, comedores y otros centros comerciales para turistas y habitantes del lugar, su comercio lo efectúa con la cabecera departamental y la ciudad capital.

En la aldea se encuentran 927 hogares, 1,018 viviendas, de las cuales 985 habitan en casa formal, 3 en apartamento, 7 en palomares, 38 de estas viviendas son improvisadas y 15 de otro tipo.

Entre las festividades que se celebran se encuentran principalmente la fiesta patronal de San Felipe Apóstol el 1 de Mayo, la cual es celebrada con actos religiosos, culturales, deportivos, sociales y populares; así mismo se celebra el Jueves de la Ascensión del Señor, el Corpus Christi y la Navidad.

Educación: cuenta con una escuela rural mixta de nivel primario llamada San Felipe de Jesús y un colegio "Centro Pedagógico Antigüeño" en cual cubre los niveles primario, básico y diversificado, 26 personas han asistido a la escuela preprimaria, 2152 a la escuela primaria, 1015 a nivel medio, 158 a nivel superior y 456 personas no han recibido ningún tipo de educación.

Histórico Antropológico: Es un área de la etnia Kaqchikel, entró en contacto con los españoles desde el inicio de la conquista en el siglo XVI y posterior a la colonización en los siglos XVII y XVIII. En la región de Sacatepéquez quedaron asentados los indios tlaxcaltecas que Pedro de Alvarado trajo incorporados a su ejército de conquista.

Por un lado está presente la herencia española y occidental con su temática específica, que aún recuerda las antiguas formas literales medievales y renacentistas; y por otro lado la herencia de la tradición oral Kaqchikel. No obstante estos legados orales se encuentran sintetizados por los largos procesos históricos y convertidos en auténticas joyas de literatura oral guatemalteca.

Sociocultural: La aldea de San Felipe de Jesús es un centro turístico-religioso donde se venera la imagen del Señor Sepultado, que es considerado milagroso, no sólo por visitantes de Guatemala sino de Centroamérica y México. Una población profundamente cristiano católica mantiene dentro de sus tradiciones las hermandades que corresponden a las distintas imágenes. Sin embargo, tanto las hermandades como las numerosas y distintas cofradías mantienen una constante actividad durante todo el año.

Los pobladores de esta aldea se dedican a la agricultura cosechando productos como el café, maíz, frijol, verduras variadas, hortalizas, flores y árboles frutales de diversas clases. Entre la artesanía se puede mencionar muebles y adornos tallados en maderas finas y objetos zoomorfos de barro cocido de buena calidad. Una parte de la población se dedican a realizar ventas de comida en la plazuela central de la aldea tales como: atol de elote, atol blanco, arroz en leche, dulces típicos del área, rellenitos, así como artesanías propias del lugar.

Ideológico Político: No existen filiales de partidos políticos, la administración pública la ejerce la municipalidad de Antigua Guatemala, la aldea de San Felipe de Jesús cuenta con una alcaldía auxiliar la cual está formada por 45 personas, el I, II, III, IV y V alcalde y las otras 40 personas son asistentes, esta alcaldía cuenta con un comité pro-mejoramiento de la aldea, dicho comité coordina actividades con la municipalidad de Antigua, para el mejoramiento del alumbrado público, asfalto y servicios públicos.

Las personas de la aldea tienen diversas formas de pensar y sentir, una de las principales ideas basada en la espiritualidad es que los seres humanos tienen la responsabilidad de proteger todo lo que tiene vida. La religión es la fuerza que mantiene la relación solidaria entre las personas de la comunidad y entre los pueblos. Se valora las potencialidades y la posibilidad que tiene cada ser humano, al nacer y durante el resto de la vida, participar en la solución de necesidades y conflictos de su comunidad, de aportar nuevos mensajes, conocimientos para la vida de los seres humanos y de la naturaleza. Las personas agradecen los favores recibidos, así como los consejos, los saludos y las participaciones de las personas en reuniones familiares y comunitarias. El agradecimiento constituye en la convivencia social un vínculo de unidad y solidaridad, fortalece la humildad y la dignidad.

1.2 Descripción de la Institución

Cuando se realizó la erección de la Catedral de Guatemala, se dispuso que de las rentas de los diezmos de la iglesia se separara la novena y media parte y se destinara para la fabricación y manutención de un hospital para los eclesiásticos. Se trataba de favorecer así a los sacerdotes diáconos y subdiáconos pobres que enfermaran; pero como las rentas de la iglesia eran mínimas los Obispos y el Cabildo Eclesiástico dispusieron de consumo que el producto de la disposición sirviera para repartir el dinero como limosnas manuales que se daban los sábados en la misma iglesia, y así, se acostumbó hasta año 1,646 en que el Obispo, Bartolomé González Sotero, observando que ya entonces las rentas habían aumentado dispuso suprimir las limosnas manuales, construir un hospital para eclesiásticos y desde luego se comprara una casa o predio donde se construyera aquel, y así se hizo.

No faltó sin embargo, lo inesperado. El Obispo murió y no se volvió a tratar el asunto hasta el 16 de octubre de 1654, en que el Cabildo Eclesiástico ordenó poner en obra el Hospital, trazándolo el 3 de noviembre siguiente.

Hecha la bendición de esta casa así como la de la primera piedra para la iglesia, bendiciones que hizo el Obispo Fray Payo Enríquez de Rivera en noviembre de 1,662; en mayo de 1663 comenzaron a llegar enfermos, nombrándose entonces para primer rector del hospital a Don Antonio Alvarez de la Vega y como enfermero y ecónomo a Don Salvador Nabrija.

Los religiosos de San Juan de Dios se hicieron cargo de la administración del Hospital en mayo de 1663 y al 2 de diciembre del mismo, cuando tanto el hospital como el templo ya terminados, fueron bendecidos por Fray Payo Enríquez de Rivera, trasladándose enseguida y provisionalmente la Catedral al referido templo, hasta el 6 de noviembre de 1680 en que se estrenó la nueva.

Con el terremoto la situación varió completamente. La casa de beneficencia pública sufrió trastornos, y el Hospital de San Pedro que se encontraba tan ordenado, se vio en circunstancias tan afflictivas por el hecho de tener que atender no solamente el elemento clerical sino a toda clase de personas. Sufrió aquel establecimiento pérdidas considerables en sus edificios, y especialmente su iglesia. En el año 1,847, se pensó trasladar al referido Hospital a una casa situada en las inmediaciones de San Lázaro; pero no se llevó a cabo por razones de higiene.

Se construyó todo lo que se pudo, especialmente se hizo su iglesia, que se estrenó el 24 de octubre de 1,869, no con el nombre de San Lázaro Apóstol, sino con el nombre de San Juan de Dios, por razón de que los religiosos que atendían el Hospital habían sufrido pérdida de la iglesia de igual nombre en el Hospital Real de Santiago, y consideraron justo dar el mismo nombre.

Pero la suerte se encontraba aún voluble en ellos, puesto que a causa de tener que generalizar el servicio hospitalario, no solo para eclesiásticos sino para todos los hombres, mujeres y niños en su estado seglar, los religiosos de San Juan de Dios

tuvieron que dejar la administración del Hospital de San Pedro, sustituyéndolos más tarde, en 1,865, la Hermanas Capuchinas de la Divina Pastora, congregación fundada por Fray Pedro de Elisa.

Notables reformas ha tenido el Hospital de San Juan de Dios, y también ha presentado importantes servicios, siendo el único en la Ciudad de Antigua Guatemala que se ha sostenido a través de nuestra historia. En 1,869, las Hermanas Capuchinas dejaron de prestar sus servicios en aquel centro de beneficencia y fueron sustituidas por las Hermanas de la Caridad, congregación fundada por San Vicente de Paúl.

Hoy se conoce aquel establecimiento con el nombre de **HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT**. Su nueva ubicación es en la aldea de San Felipe de Jesús, cuenta con un edificio adecuado con todos los servicios, un excelente personal y el equipo indispensable, beneficiando así, a más de 20,000 personas al año. Fue inaugurado en 1991 y un año más tarde inició sus labores, está construido al sur oriente de la aldea en un terreno que mide aproximadamente siete manzanas, cedido por el Muy Noble Ayuntamiento al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1,972 del cual depende así como de la Dirección del Área de Salud.

Está compuesto principalmente por una Dirección Ejecutiva, Comités de Apoyo, Sub-Dirección Ejecutiva y Sub-Dirección Administrativa Financiera.

De la primera subdirección se desprenden todos los Servicios Médicos y Servicios Técnicos de apoyo; de la segunda se desprenden la Jefatura Administrativa y Financiera de la cual dependen todos los Departamentos Administrativos y el Departamento de Recursos Humanos.

Filosofía del Hospital Regional Pedro de Bethancourt

Hospital Regional al servicio médico del individuo, la familia y la comunidad a que nos debemos, en el concepto que al hablar de Medicina Integral estamos refiriendo a prevenir, curar y rehabilitar la salud, con un alto espíritu de servicio, eficiencia, eficacia, justicia y humanismo en la ejecución de nuestros fines sin tomar en cuenta la condición económica, social, racial o religiosa del individuo, la familia o la comunidad.

Objetivos

1. Prevenir enfermedades

- a) Inmunizaciones
- b) Saneamiento del Medio
- c) Educación Sanitaria
- d) Control del Niño Sano

e) Atención de la Mujer Embarazada

2. Curar enfermedades

a) Atención de pacientes agudamente enfermos con tratamiento médico quirúrgico.

b) Atención del paciente ambulatorio

c) Educación para recuperar la salud

3. Rehabilitación

a) Educación para recuperar y mantener la salud

b) Integración al hogar

c) Seguimiento en consulta externa o en la comunidad

Funciones del centro: Baja morbi-mortalidad del área de influencia.

Los servicios con los que cuenta el Hospital son; Psicología, Estimulación Temprana, Ginecología, Pediatría, Nutrición de Niños, Nutrición de Adultos, Crecimiento y Desarrollo, Medicina de Mujeres, Medicina de Hombres, Cirugía, Cirugía Plástica, Traumatología, Dermatología, Neurología, Odontología, Cirugía Menor, Terapia del Lenguaje, Endoscopia, Radiología, Laboratorio, Ultrasonido, Curaciones varias, Trabajo Social, Farmacia Interna-externa, Programa para Diabéticos, Clínica del Adolescente y Emergencia.

Recursos físicos, equipo y materiales: el hospital Pedro de Bethancourt cuenta con cuatro niveles, en los que se encuentran distribuidos cada uno de los servicios que presta, así mismo cuenta con un salón de Dirección que es utilizado para sesiones y charlas; un salón de usos múltiples para el personal de la institución con capacidad para 35 a 50 personas aproximadamente; cada uno de los niveles cuenta con servicios sanitarios higiénicos y desinfectados y con duchas tanto para los pacientes internos como para el personal del Hospital. Se cuenta con dos clínicas de psicología en la consulta externa, con los materiales necesarios para terapia, como sillas, mesa, entre otros.

Recurso humano: Cada departamento médico del hospital cuenta con un equipo que comprende: 2 médicos graduados con especialización en el servicio en que se encuentran, estos se encargan de pasar visita diaria en las primeras horas de la mañana; 2 enfermeras graduadas quienes se encargan de supervisar la administración de fármacos a los pacientes de cada servicio, 4 enfermeras auxiliares, encargadas de administrar medicamentos y estudiantes de medicina que acompañan al médico graduado al momento de la visita y revisan los signos vitales de los pacientes. Los departamentos administrativos cuentan con un equipo conformado por un jefe por cada uno de los departamentos, una secretaria y otras personas que colaboran con el trabajo.

1.3 Descripción de la Población Atendida

El Ejercicio Profesional Supervisado que se llevó a cabo en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, estuvo dirigido a personas que asisten a este centro asistencial por medio de la consulta externa o que se encontraban internados en los servicios de medicina, cirugía y traumatología de hombres y mujeres. Así mismo se coordinaron actividades con la Asociación de Jubilados y pensionados de Sacatepéquez AJUPENSA que asistieron al Club Social y Deportivo El Esfuerzo el último jueves de cada mes a su reunión mensual y con la Asociación Probienestar del Paciente Diabético APROBIDI quienes asistieron al hospital los días lunes, miércoles y viernes a realizar gimnasia.

La población con la que se trabajó tanto en el Hospital como en la Asociación de Jubilados estuvo formada por hombres y mujeres comprendidos entre las edades de 50 a 95 años provenientes de diversos lugares del Municipio de Antigua como Ciudad Vieja, San Felipe, Pastores, Alotenango, Los llanos, entre otros; algunos provenientes de lugares cercanos como Chimaltenango, San Lucas, Patzicia, etc.

En cuanto a la población que asiste al hospital una parte de ellos como es el caso de las mujeres se dedica a las labores del hogar, en el caso de los hombres estos ejercen o ejercieron trabajos manuales como carpintería, albañilería, guardianía, agricultura, entre otros. Se encontraban hospitalizados por alguna dolencia física como diabetes, quebraduras, debidas a golpes o caídas; alcoholismo o descuido, en su mayoría indígenas, alfabetas (estudios a nivel primario) y analfabetas que por la situación económica no tuvieron la oportunidad de estudiar o de continuar sus estudios, de religión católica o evangélica, de clase social baja, con un promedio de 5 hijos por familia, con viviendas pequeñas de lámina o cemento en donde viven hijos y nietos.

Las personas que asistieron a la Asociación de Jubilados, son en parte profesionales jubilados, en su mayoría maestros que asistieron al programa, así mismo asistieron personas que sin ser afiliadas deseaban participar en las actividades tanto recreativas como formativas que organiza dicha asociación. Estas personas fueron en su mayoría ladinos, alfabetas, de clase social media y media baja, que actualmente se dedican a labores domésticas, a la organización y dirección de todas las actividades que lleva a cabo la asociación.

En el caso de las personas que formaron parte del grupo de pacientes diabéticos APROBIDI fueron en su mayoría mujeres (20) y hombres (2) comprendidos entre las edades de 40 a 75 años de clase social media y media baja que se dedican a las labores del hogar, cuidado de los nietos, administración de un negocio propio (artesanías, comida) ventas o actividades de la iglesia como catequesis o alfabetización. En el caso de los hombres, se dedican a labores como carpintería, pero al igual que las mujeres también ejercen algunas labores del hogar, fueron o son alcohólicos. Algunas de las personas sin ser adultos mayores o padecer Diabetes se integraron al grupo por invitación de las personas, indicación médica o referencia psicológica.

1.4 Planteamiento del Problema

Tomando en cuenta las necesidades que se observaron y que se dieron a conocer tanto por el personal médico, paramédico del Hospital Nacional Pedro de Bethacourt, Asociación Probienestar del Paciente Diabético y la Junta directiva de la Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepéquez, es importante reconocer que el Adulto Mayor se encuentra en un proceso de integración a una nueva etapa de vida, y que debido a las circunstancias y a las experiencias que ha tenido a lo largo de ella, el llegar a esta etapa puede ser sinónimo de placer y alegría al observar que los propósitos y metas que se había propuesto se han cumplido o por otro lado puede ser sinónimo de frustración al darse cuenta que no ha sido así.

Surgen una serie de temores relacionados con la muerte, la angustia que provoca el pensar en ella, la adaptación a una vida más sedentaria, sentimiento de impotencia al verse enfermos o sin la misma motivación que antes, y la jubilación, ya que muchos de ellos piensan que al finalizar la obligación del trabajo, también se pierden otras cosas, como el contacto con la gente, el sentirse activo, útil, el mantenerse ocupados y por tanto se pierde el sentido de vida, sienten que no vale la pena seguir viviendo y que son una molestia para su familia es ahí en donde surge una frustración existencial, frustración que es originada por una sensación de vacío, tienen tiempo libre y no saben cómo llenarlo.

Junto con esta falta de sentido de vida, frustración existencial, vienen los trastornos del sueño, la tristeza, la depresión, el poco apoyo que muchos de ellos reciben de sus hijos, la muerte de su pareja, la ausencia de los hijos en el seno del hogar y los problemas con los nietos, la pérdida de las capacidades corporales y mentales que aumentan el padecimiento de trastornos emocionales.

El padecimiento de enfermedades graves como la diabetes, enfermedad que cambia completamente el estilo de vida, los hábitos alimenticios, estado de ánimo y relación con los demás se ven modificados, así mismo aparece la negación ante el diagnóstico, indiferencia o depresión por no saber cómo manejar la situación. En el caso de las fracturas sufridas por accidentes en el hogar, se requiere de hospitalizaciones largas, dolorosas y continuas, proceso que ocasiona inadaptación, somatizaciones, así como comportamientos infantiles en los adultos.

Así mismo muchos de ellos presentan alcoholismo por períodos largos de tiempo, esto ocasiona problemas conyugales, falta de recursos económicos en el hogar, trastornos emocionales en los hijos (as) y esposos (as), falta de oportunidades de trabajo, sentimiento de culpa, vergüenza, enfermedades físicas como cirrosis, úlceras, entre otras. Enfermedad que se debe en muchas ocasiones a los sentimientos de soledad y abandono que manejan o a la falta de actividades físicas, recreativas y laborales a las que tiene acceso el adulto mayor.

Pero para que el Adulto Mayor encuentre nuevamente ese sentido a su vida principalmente debe tomar conciencia que, a pesar de su edad, es capaz de vivir una existencia valiosa y digna de ser vivida; es decir que, si es capaz de realizarse

interiormente, tenga la edad que tenga, encontrará ese sentido que se ha perdido. Es necesario que se una o que forme parte activa de un grupo de cualquier índole, ya que le proporciona sentido de adherencia e identidad.

Capítulo II REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1 Marco Teórico

La tercera edad es una etapa más del proceso evolutivo de la persona y por ello es necesario tomarla en cuenta, analizarla y comprenderla. Por lo tanto no tiene sentido plantearse si la jubilación es realmente un problema social y si es así, hasta que punto significa un problema para los individuos y para la sociedad. La jubilación es un período hábil e interesante de realización individual, que tiene además, la posibilidad y la misión de preparar una vejez llena también de utilidad y de sentido. Las personas jubiladas deben ser valoradas y capacitadas para contribuir a la sociedad. Ellos deben encontrar y la sociedad crear una posición social que esté basada en los valores humanitarios sociales y en los valores trascendentales de la persona humana y no en las categorías de empleo y productividad.

La mayor parte de las personas no está preparada para la jubilación, el jubilado como cualquier otra persona no puede vivir sin un objetivo vital concreto y éste debe proporcionarle un sentido de dirección, de vivir para algo, porque nada le da más frustración que la carencia de objetivos para vivir.

La tercera edad es un mundo muy complejo, muy difícil de abarcar. Es un mundo de plenitud, de reflexión de una vida quizás creativa, original y puede que incluso contradictoria. Es un signo de nuestro tiempo, no solo por el número cada vez más creciente de ancianos, sino por su sincero deseo de un encuentro con un status social que encaje en la sociedad actual. Los ancianos se encuentran hoy con un mundo que se escapa de su forma habitual de comprensión. Observan que sus energías se van perdiendo y aparecen contradicciones sociales en todo lo que está viviendo en el momento. El desencanto, la desilusión se apodera de ellos.

La sociedad industrializada y mecanicista en la que vivimos carece de agilidad mental para canalizar y aprovechar la generosidad, el espíritu de servicio y la colaboración con los demás. Aburridos en su casa, desesperados por no tener nada que hacer pueden llegar a sentir angustia.

Es necesario descubrir en los ancianos que pueden ser solidarios, que deben seguir desempeñando algunas de sus ocupaciones. Se debe confiar en la capacidad de realización personal de cada persona. Un anciano abandonado puede convertirse en una persona amargada y angustiada en medio de la familia o la sociedad. La creación de espacios que permitan que este pueda ocuparse y distraerse. El adulto mayor no es un enfermo, es una persona en plena vitalidad. Es conveniente recrear ilusiones, esperanza y recordar que el ser humano puede ser capaz de ir haciendo día a día un milagro de su propia existencia.

Muchos de los adultos al llegar a esta etapa de la vida, y ver hacia su pasado se lamentan de haber tenido una vida difícil pero es realmente un gran privilegio haber

vivido una vida difícil, el hombre que ha luchado, que ha sido golpeado por las dificultades de la vida tiene una gran experiencia de vida.

Los Ancianos en la Familia

El adulto mayor ha sido relegado no solo en la sociedad sino en su familia. Entre las problemáticas que fueron mencionadas en diversas ocasiones por la población y que se dio frecuentemente, es la relación de los abuelos con sus hijos e hijas, yernos, nueras, nietos, etc; especialmente la ruptura en la comunicación y las consecuencias que esta trae consigo, otro problema frecuente es la presencia fija en el hogar o por el contrario el trasladarse de un lugar a otro. Esta relación se ve afectada debido a que tienden a sobreproteger o a dar constantes consejos a los hijos, consejos que no son tomados como tal y son vistos como críticas, la relación con los yernos o nueras también se ve afectada debido a que cuando se vive bajo el mismo techo, surgen problemas económicos, incompatibilidad de caracteres y tienden a opinar en los problemas de pareja o de educación de los nietos.

Para Ciriaco Izquierdo (1994) “La relación paterno-filial en la ancianidad requiere de un difícil equilibrio. Aquí la clave está en amar y hacer que a uno le consideren necesario pero sin atosigar, sin imponer nada. Esto no siempre se consigue”.

Cuando los abuelos se encuentren en casa de sus hijos, esta debe ser acogedora, se debe saber comunicar con sensibilidad e imaginación, la alegría de tenerlos en casa. Se deben impregnar de cariño y alegría.

Otro problema que tiene serias consecuencias en las relaciones con los descendientes es el de la rotación de los mayores en las casas de los hijos, con la sensación subsiguiente de ser poco menos que un objeto traspasado de un lugar a otro. Muchas veces el adulto mayor se siente como una carga o un elemento conflictivo de que quisieran deshacerse. Incluso hay hijos que manifiestan que sus padres han cambiado con la edad, esto no siempre es cierto, lo que ocurre es que las conductas se ven desde diferentes perspectivas, no es lo mismo obedecer las órdenes del padre cuando los hijos son menores, que pretender seguir ejerciendo la misma autoridad cuando éstos son ya mayores. Lo que se produce es un cambio y una evolución en los papeles que hace que las cosas se vean desde diferente perspectiva.

Condiciones que influyen en los cambios de comportamiento

Ha cambiado el escenario de la convivencia familiar pero en esta situación aparecen de nuevo y por primera vez los problemas típicos de esta edad y de esta situación. Entre estos se encuentran las dolencias físicas, como dolores constantes, necesidad de atención, afecto, cariño y comprensión, la aparición de enfermedades graves o constantes que requieren de cuidados especiales por parte de los hijos o de la familia cercana. Cuando no se tiene familia o esta no cumple su función, es cuando aparecen sentimientos de soledad y de conformismo hacia la vida, creen que son una carga y no desean seguir viviendo. Es por esto que de acuerdo a la experiencia

obtenida a lo largo de la realización del Ejercicio Profesional Supervisado, se considera de suma importancia prestar atención a cada uno de los síntomas o cambios en el comportamiento de las personas mayores ya que muchas veces se consideran propias de la edad, no dándoles la importancia que ameritan. Debido a esto se debe conocer o aprender a identificar cuando éstos son achaques o síntomas de una depresión u otro trastorno emocional.

Achaques Físicos: También es conveniente considerar la existencia de condiciones objetivas que influyen en los cambios de comportamiento o para que se produzcan reacciones determinadas. Entre estas condiciones está la disminución de las capacidades físicas y mentales, entre las que destacan la pérdida de la visión, audición, agilidad de manos y piernas, las dependencias en razón de la falta de autosuficiencia económica, la sensación de soledad o de aislamiento, las recriminaciones por las torpezas, etc.

Otro de los factores que fueron encontrados con mucha frecuencia, y los que producen mayor ansiedad, trastornos del sueño y dinámicas familiares inadecuadas es la afectividad con los hijos, debido a que como se menciono anteriormente, se quiere seguir ejerciendo cierto grado de autoridad ante los hijos como cuando éstos eran pequeños.

La afectividad con los hijos: Uno de los puntos en los que surgen dificultades en las relaciones afectivas de los ancianos con sus descendientes, es aquél que tiene que ver con la dependencia de unos respecto de otros. La relación afectiva con los hijos en la nueva situación, tras la jubilación o la llegada de la ancianidad requiere de un saber adaptarse por parte de padres y de hijos.

En cualquier caso hay una gran variedad en las alternativas y en las formas de relación que están en razón directa con el tipo de relación entre padres e hijos. Las relaciones afectivas paterno-filiales normalmente ni se deterioran ni se revitalizan porque se llegue a cierta edad; influyen otras muchas causas. Y los antecedentes, es decir, si las relaciones han sido buenas o malas antes, son una de las más decisivas.

La vida afectiva de las personas mayores está condicionada por los imperativos socioeconómicos que modifican la naturaleza de sus necesidades. Como se ha mencionado anteriormente los problemas de la vivienda y de los recursos, muchas veces difíciles de resolver en el momento de jubilarse, hacen que al orgullo de ser autónomo le suceda un sentimiento de dependencia.

Las modificaciones más evidentes afectan al carácter y a las actitudes de estas personas. Sin duda alguna cada uno envejece tal como ha vivido siempre, pero con la diferencia de que, debido a su menor capacidad de inhibición, es cada vez más difícil esconder lo que se es realmente:

Las transformaciones psicológicas que se observan en la persona al pasar del estado adulto al de la vejez no representan un desgaste, sino que consiste en cambios cualitativos que se hacen patentes en la personalidad como un todo y de

forma más específica en un aspecto de la misma, cual es la capacidad intelectual de la persona y el método.

El depender de los hijos, para comer, movilizarse, trasladarse de un lugar a otro o de la casa de uno de los hijos a otra, le hace sentirse inútil e inservible, debido a que no puede cuidarse a sí mismo y depende económicamente de ellos. Muchos de los ancianos a quienes se les brindó atención psicológica refirieron sentir temor al observar que su memoria, su energía, su vista se ha ido perdiendo con el paso de los años. Por otro lado presentaron irritabilidad, baja autoestima, temor a ser rechazados o abandonados por los hijos y nietos.

Aspectos Psicológicos de la Tercera Edad: Personalidad del Adulto Mayor

La personalidad puede definirse como la cambiante e interactiva organización de las cualidades características que, vista como un todo hacen que las personas se comporten tal y como lo hacen y que sean diferentes de los demás. Entre estas cualidades influyen: necesidades y motivos, métodos de ajuste, temperamento y humor, potencial para el desarrollo y la realización y capacidades.

Aunque cada individuo con independencia de la edad, es único y puede ser entendido sólo en términos de su unicidad, a menudo descubrimos a las personas según características o cualidades de personalidad. Algunos de los adjetivos aplicados a la vejez son: precavida, rígida, sabia, paciente, irritable y olvidadiza. Cada fase de la vida humana se caracteriza por unas capacidades y por consiguiente por unos intereses peculiares. El término vejez psicológica hace referencia al tipo de estructura psicológica de las personas de avanzada edad, que se relaciona con la manera propia de relacionarse con un ambiente, que a su vez, ha sufrido modificaciones en el ámbito laboral y familiar. Para los doctores P.R. Bize y C. Vallier, “los rasgos de carácter en la vejez se acentúan: envejecer es ser más uno mismo, tanto en lo bueno como en lo que se considera malo”. Entre los rasgos más característicos en el Adulto Mayor de acuerdo están

Egotismo: Es la tendencia, bastante común entre las personas mayores, a vivir replegadas en sí mismas, mostrando una actitud de desconfianza hacia los demás, como si quisieran afianzar el interés del prójimo sobre su propia persona. Las emociones se centran sobre el ego; es decir se cristalizan alrededor de sí mismos.

La Testarudez: No es un signo de voluntad propiamente dicho, sino que solo evidencia la incapacidad de desconectarse de uno mismo, de desprenderse de los hábitos mentales.

Autoestima: Nuestra sociedad accidentalizada no valora positivamente al anciano y esto genera un decaimiento psicológico, una baja estima de sí y una autovaloración negativa de la situación.

Cuando el anciano se da cuenta que no puede seguir realizando las actividades que realizaba o se hace más difícil encontrar un nuevo empleo, este se ve obligado a

quedarse en casa, realizar las tareas del hogar, y si desea realizar alguna actividad y observa que esto requiere de mucha más energía o actividad, surgen de él determinadas características indicativas de deficiente autoestima reseñadas por Amadeo (1980), entre estas se encuentran:

a) Autocrítica rigorista: críticas hacia sí mismo, deja un estado de insatisfacción consigo mismo.

b) Hipersensibilidad a la crítica: por causa de la cual se sienten exageradamente atacados, heridos, echándole la culpa de sus fracasos a los demás o a la situación y cultivan resentimientos contra los que los critican.

c) Indecisión: debida no tanto a la falta de información como al miedo exagerado a equivocarse.

d) Deseo excesivo de complacer: es el problema del complaciente compulsivo, que no se atreve a decir No por miedo a desagradar, a perder la benevolencia y buena opinión del otro.

e) Perfeccionismo: una autoexigencia de hacer perfectamente bien lo que se intenta, conduce a un desmoronamiento interior cuando las cosas no salen con la perfección exigida.

f) Culpabilidad neurótica: por la que se acusan, exageran la magnitud de sus errores, delitos y los lamentan sin llegar nunca a perdonarse.

g) Tendencias depresivas: caracterizada por un negativismo generalizado y una inapetencia generalizada del gozo de vivir y de la vida misma.

De acuerdo con Erikson, citado por Morris (2001) en su crisis final, integridad versus desesperación las personas de edad avanzada enfrentan una necesidad de aceptar su vida, la manera como han vivido, con el fin de aceptar su muerte próxima. Luchan por lograr un sentido de integridad, de coherencia y totalidad de la vida, en vez de dar vía a la desesperación sobre la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente.

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. La virtud que se desarrolla durante esta etapa es la “sabiduría”, un despreocupado interés por la vida.

La sabiduría incluye aceptar la vida que se ha vivido, sin arrepentimientos sobre lo que pudo haber sido o lo que se debería de haber hecho, implica aceptar la propia muerte como el fin inevitable, significa aceptar la imperfección en sí mismo y en la vida. Las personas que no logran esta aceptación son abrumadas por la desesperanza y se dan cuenta que el tiempo es demasiado corto para buscar otros caminos para la integridad.

Según Erikson la edad adulta tardía es también una época para jugar, para rescatar una cualidad infantil esencial para la creatividad. El tiempo para la procreación ha pasado, pero la creación puede tener lugar todavía. Aun a medida que las funciones del cuerpo se debilitan y la energía sexual puede disminuir, las personas pueden disfrutar de una experiencia enriquecida corporal y mentalmente.

Peck (1995) destaca tres principales adaptaciones necesarias:

1. Autodefinition versus preocupación por los roles del trabajo: lo esencial de esta adaptación es el grado con el cual las personas se definen a sí mismas por su trabajo.

2. Trascendencia del cuerpo versus preocupación por el cuerpo: la disminución física crea la necesidad de una segunda adaptación; superar los intereses por la condición corporal y encontrar otras fuentes de satisfacción. Las personas que han hecho énfasis en el bienestar físico como base de una vida feliz pueden hundirse en la desesperanza por la disminución de las facultades o por las molestias y dolores. Mientras que los que se centran en las relaciones y en actividades que no exigen perfecta salud se adaptan mejor a esta etapa de la vida.

3. Trascendencia del ego versus preocupación por el ego: El reconocer que lograrán significación duradera a través de lo que han hecho. Los hijos que han levantado, las contribuciones que han hecho a la sociedad y las relaciones personales que han forjado. Trascienden el ego al contribuir al bienestar de otros.

La vejez exitosa no sigue ningún patrón único. La manera como se adaptan las personas de edad avanzada depende de su personalidad y del modo como se han adaptado a lo largo de su vida. En un estudio realizado en Estados Unidos con 159 hombres y mujeres de tercera edad se clasificaron los cuatro tipos principales de personalidad, con patrones de envejecimiento asociados, estos son:

Integrada: las personas integradas funcionan bien con una vida interior compleja, un ego competente, capacidades cognoscitivas intactas y un nivel alto de satisfacción.

Protegida: las personas protegidas están orientadas hacia el logro, se afanan y están estrechamente controladas.

Pasiva-Dependiente: Buscan comodidad proveniente de otros o son apáticos. Algunos que dependen de otros son moderadamente muy activos y moderadamente o muy satisfechos. Otros que han sido pasivos toda su vida, hacen poco y muestran mediana o baja satisfacción.

No integrada: Este tipo de personas son desorganizadas, con grandes fallas en el funcionamiento psicológico, escaso control sobre sus emociones y con deteriorados procesos de pensamiento. Tratan de permanecer en la comunidad pero con poca actividad y satisfacción.

Las personas de tercera edad, están influidos por la salud, el trabajo, el dinero y el status familiar; además su personalidad determina cómo deben de reaccionar ante las situaciones. Escogen actividades que los hacen sentirse bien consigo mismos, que se adaptan a sus capacidades o sus valores y tienen diferentes capacidades para afrontar las tensiones de la vida.

Se debe tener en cuenta además, desde el punto de vista psicopatológico, que algunas personas han transitado gran parte de la vida con cuadros crónicos de neurosis o psicosis, que acentúan el proceso. También debemos estar atentos a las patologías neurológicas y psiquiátricas que se presentan con mayor incidencia en esta etapa de la vida, por ejemplo:

- Trastornos por deterioro sensitivo.
- Trastornos cognitivos.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos por ansiedad.
- Somatizaciones.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos delirante
- Abuso de alcohol o de drogas.
- Demencias, tales como la enfermedad de Alzheimer.
- Trastornos psíquicos provocados por enfermedades clínicas.

El conocimiento de estos temas, incluidos su diagnóstico, evolución y las modernas posibilidades de tratamiento, dará mayor serenidad al entorno familiar y lo hará más continente, disminuyendo las posibilidades de expulsión del enfermo.

Aspectos sociales relacionados con el envejecimiento

La capacidad para acomodarse a los desafíos puede probarse con severidad en la tercera edad. En la cima de los problemas físicos que acompañan a la vejez, las circunstancias sociales de muchas personas de tercera edad son muy duras o incluso abrumadoras. Dos aspectos comunes son el factor económico y las condiciones de vida. Un problema no muy común pero que cada día crece más es el abuso que se comete contra los ancianos.

Vivir independientemente: Un anciano puede llegar a estar demasiado enfermo para dar paseos, la incapacidad física o mental puede impedirles que vivan solos. Muchos de ellos sin embargo no quieren o no necesitan tener su vida manejada totalmente por otros, pero presentan un deterioro que le hace muy difícil o imposible que sean autosuficientes. Muchas de la personas mayores comúnmente quieren vivir en un vecindario familiar, para ser independientes, tener privacidad, sentirse seguras y para tener algunos contactos sociales.

Vivir en instituciones: Las personas mayores sienten que la ubicación en una institución es una señal de rechazo; y los hijos comúnmente ponen allí a sus padres con renuencia, con excusas y con gran culpabilidad. No obstante, a veces a causa de las necesidades de una persona de edad avanzada o de las circunstancias de una familiar, el ubicarlos en estas instituciones es la única solución.

Abuso en las personas mayores: El abuso de ancianos es la negligencia o el abuso psicológico o físico que se comete contra personas dependientes que tienen edad avanzada.

Este abuso puede tomar la forma de negligencia como en el impedimento a que un anciano reciba su alimento, refugio, ropa, atención médica, dinero, etc. Puede involucrar el abuso psicológico; como hostigamiento verbal, insultos, amenazas de violencia o abandono. Puede tomar también la forma de violencia física, golpeando, quemando o mediante el uso de armas contra personas de edad avanzada que no pueden defenderse.

Muchas veces se observó que los hijos o personas encargadas de su cuidado, llevan al adulto mayor a una institución hospitalaria en un estado de abandono o negligencia, se observa no solo un estado físico deteriorado sino un estado emocional impactante, como en el caso de depresiones graves, en las que la persona no desea colaborar en su recuperación física, se niega a todo tratamiento, duerme la mayor parte del día, no conversa con nadie y si lo hace se muestra hostil y con negatividad. Estados como este son los que provoca la escasa atención, el abandono, la despreocupación y sobre todo la falta de amor, cariño y comprensión ante esta etapa tan importante de la vida.

Ingresos económicos: Muchas de las personas afrontan pobreza por primera vez en la vejez, ya no pueden trabajar debido a enfermedades físicas o incapacidades y se ven en la necesidad de sobrevivir de las pensiones o de sus ahorros ya que los gastos médicos se incrementan. Esta falta de seguridad económica origina ansiedad y preocupación.

Las deficiencias físicas, cambios importantes del esquema corporal, la pérdida de coetáneos, fundamentalmente su compañera o compañero, la disminución de la movilidad, lo que incrementa el aislamiento social, las dificultades para la realización de las actividades cotidianas, las dificultades económicas, enfermedades médicas, agudas y crónicas, la muerte y la jubilación son los factores estresantes más comunes que se observaron o que comentaron las personas atendidas.

Entre las enfermedades más comunes que se observaron durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado fueron la diabetes, fracturas y alcoholismo en el caso de los hombres. Así mismo los trastornos del sueño fueron frecuentes en la población.

Trastornos del sueño

Los ancianos tienen un sueño con características específicas y muchas de las alteraciones que se observan en él han sido consideradas como “normales” y “propias” del envejecimiento. Sin embargo las investigaciones clínicas han demostrado que la mayoría de alteraciones son patológicas, responden a una causa concreta y pueden mejorar con un tratamiento adecuado.

La disminución del tiempo total de sueño nocturno, aumento de la cantidad y duración de los despertares nocturnos, la disminución del sueño lento y la mayor somnolencia y fatiga diurna, son hechos que caracterizan el ciclo vigilia-sueño del anciano.

A medida que avanza la edad, los despertares son más numerosos y duran más tiempo. En los ancianos el número de despertares varía entre ocho y diez por noche, lo que representa una o dos horas de vigilia nocturna, en vez de algunos minutos como sucede en el adulto joven. Es esencialmente la capacidad de volver a conciliar el sueño lo que está alterado en el curso del envejecimiento. El anciano suele dormir un promedio de seis horas nocturnas y una o dos horas diurnas. Entre los trastornos del sueño que pueden padecer las personas de tercera edad, se encuentra el insomnio, consiste en la incapacidad para mantener el sueño. Es un síntoma común en personas ansiosas o con tendencias depresivas.

Diabetes

La diabetes mellitus es una enfermedad que incapacita al cuerpo para metabolizar o usar eficazmente los carbohidratos, las proteínas y las grasas. Cuando comemos, los alimentos (especialmente carbohidratos y frutas) se convierten en glucosa. Todas las células del cuerpo necesitan glucosa para vivir, pero la glucosa no puede penetrar en las células sin la intervención de la insulina. La insulina se produce en las células Beta, que están ubicadas en el extremo del páncreas.

Entre los signos que hacen pensar en la posibilidad de existencia de diabetes figuran la sed (polidipsia) y el hambre (polifagia) continuos, las ganas de orinar (poliuria), el cansancio, la piel reseca y las infecciones frecuentes. Algunas personas, además, presentan pérdida de peso, visión borrosa, se sienten enfermas, vomitan o tienen dolor de estómago.

Existen dos tipos principales de diabetes: la diabetes tipo 1, que se presenta de forma brusca y en la que es necesario administrar insulina; y la diabetes de tipo 2, que suele presentarse a edades avanzadas, es la más común, tiene un fuerte componente genético y no requiere necesariamente insulina para su control.

Las edades más frecuentes en las que aparece son la infancia, la adolescencia y los primeros años de la vida adulta. Acostumbra a presentarse de forma brusca, y muchas veces independientemente de que existan antecedentes familiares.

La diabetes tipo II, se presenta generalmente en edades más avanzadas y es unas diez veces más frecuente que la anterior. Por regla general, se da la circunstancia de que también la sufren o la han sufrido otras personas de la familia. Se origina debido a una producción de insulina escasa, junto con el aprovechamiento insuficiente de dicha sustancia por parte de la célula. Según qué defecto de los dos predomine, al paciente se le habrá de tratar con pastillas antidiabéticas o con insulina (o con una combinación de ambas). No acostumbra presentar ningún tipo de molestia ni síntoma

específico, por lo que puede pasar desapercibida para la persona afectada durante mucho tiempo.

Aunque puede aparecer a cualquier edad, es habitual que comience en la edad adulta, después de los 40 años. Se caracteriza por la resistencia a la insulina y usualmente se asocia a un déficit relativo de producción de esta sustancia por el páncreas. La obesidad está presente en el 80 por ciento de los pacientes. El riesgo de desarrollar esta forma de diabetes aumenta con la edad, el peso y la falta de actividad física. Es más frecuente en mujeres con antecedentes de diabetes gestacional y en individuos con hipertensión o trastornos en el metabolismo de la grasas.

Los pacientes no precisan insulina, aunque pueden requerirla para controlar el nivel de glucosa. Está frecuentemente asociada con una fuerte predisposición genética, aunque este factor es complejo y no está claramente definido.

Las personas diabéticas necesitan cuidarse y controlarse siempre. Pero hay determinadas circunstancias que requieren que los cuidados habituales se incrementen que se tomen medidas específicas.

La diabetes puede producir problemas graves en diversos órganos del cuerpo, especialmente en los ojos, los riñones, los nervios, las encías y los dientes, pero el problema más grave es la enfermedad cardíaca. Una persona con diabetes tiene más del doble de probabilidad de sufrir una enfermedad cardíaca o una apoplejía que una que no sufra diabetes.

La diabetes puede producir una reducción del flujo sanguíneo y de la sensibilidad nerviosa. En consecuencia, algunas tienen mayor riesgo de sufrir heridas o infecciones en los pies. En algunas ocasiones, produce una alteración en los vasos sanguíneos del ojo y provoca un daño en la retina, que se conoce como retinopatía diabética. Esta enfermedad puede derivar en una ceguera si no se detecta a tiempo, por lo que es importante que las personas diabéticas controlen su visión con regularidad.

Personalidad del paciente diabético

Entre las características de la personalidad que se observaron en el trabajo que se realizó con pacientes que padecen diabetes, se puede mencionar:

1. Irritabilidad
2. Cambios constantes en el estado de ánimo (alegría-enojo)
3. Susceptibilidad
4. Algunas personas presentan negación al inicio del diagnóstico.
5. Sentimiento de desesperanza y conformismo.
6. Depresión, en algunas personas.

El Alcoholismo

En el caso del adulto mayor, el alcoholismo es provocado por problemas familiares, la falta de trabajo o de actividades diarias, sentimiento de soledad, depresión o ha sido un hábito que se ha practicado en el seno del hogar desde la infancia, se presenta más en hombres que en mujeres, debido a la presión que siente por ayudar económicamente, demostrar que puede llevar las riendas de su hogar y que puede ser activo.

La Organización Mundial de la Salud O.M.S, ha reconocido que el alcoholismo es una enfermedad que destruye la personalidad humana en sus tres elementos básicos: físicos, psíquico y moral. Los factores familiares son los factores de riesgo más frecuentes, por lo general existe falta de comunicación, maltrato físico o verbal, mucha permisividad, pobres estilos disciplinarios, rechazo parental o ausencia de figura paterna o materna, hogares desintegrados, divorcio o separaciones, entre otras.

La depresión es una de las causas más frecuentes de alcoholismo en esta etapa de la vida, la depresión se refiere al estado de abatimiento, tristeza, desesperanza, minusvalía, emotividad, insomnio, pérdida de apetito e ideas de muerte o intentos de suicidio con variados grados de compromiso funcional en las áreas laborales o socio familiares de más de dos semanas de duración, desencadenada o no por estresores ambientales.

Para la O.M.S (Organización Mundial de la Salud), la dependencia por el alcohol se caracteriza por incapacidad para dejar de beber, repetidos intentos para reducir la cantidad de alcohol consumida, incluso con períodos de abstinencia total, sobreingestas más o menos esporádicas, períodos de amnesia para algunos sucesos ocurridos durante la intoxicación, continuar bebiendo a pesar de percibir las consecuencias negativas para la salud o para la conducta adaptativa. Existen dos tipos de dependencia: tipo A, la cual inicia en la edad adulta, dependencia relativamente leve y psicopatología leve. La dependencia de tipo B, inicia a una edad precoz, con mucha psicopatología, probable historia familiar de dependencia al alcohol, dependencia importante y pobre respuesta a los tratamientos.

Las consecuencias más habituales son: conductas agresivas durante la intoxicación, absentismo laboral, pérdidas de empleo, problemas legales por accidentes o conducir ebrio, discusiones con la familia y amigos por el consumo excesivo de alcohol, en casos crónicos demencia por alcohol. Así mismo se observó que luego de alguna recaída presentan sentimiento de culpabilidad y vergüenza, muchos de ellos a pesar de grandes esfuerzos por dejar de consumir no lo logran y continúan así por un período largo de tiempo.

Entre los tratamientos que son recomendados para disminuir la ingesta de alcohol se recomienda:

1. Medicación, básicamente sustancias que crean aversión al alcohol. Algunos antidepressivos son útiles para frenar el ansia por beber. También existen medicamentos que limitan la apetencia al alcohol.
2. Psicoterapia, tanto la terapia individual como la familiar y la de grupo son útiles en el tratamiento.
3. Asociaciones de autoayuda, como alcohólicos anónimos ya que provee un soporte social y afectivo, así como un medio para el autocontrol.

La muerte y el duelo

La muerte no es prerrogativa de los que envejecen, sin embargo es uno de los factores que ocasiona más estrés, el pensar en la muerte de sí mismo o de la pareja permite que el anciano muestre angustia y ansiedad. Desde el cigoto hasta el agonizante anciano, la muerte es permanente compañera de la vida. Pero, la estadística parece favorecer la cercanía de la muerte a la vejez.

La vivencia de lo inevitable, de la condición finita y transitoria del ser humano, la idea de ser mortal es tomada, muchas veces, de distinta forma por los ancianos. El pensar en este factor y dejar a hijos y nietos con problemas familiares o falta de apoyo económico ocasiona temor y negación. Por otro lado si la persona mayor atraviesa problemas de salud, falta de apoyo familiar, ingresos económicos bajos, escasas oportunidades de demostrar sus capacidades a través de diversas actividades, entonces presenta deseos de que esta etapa de la vida llegue pronto y acabe con el sufrimiento que siente.

La muerte es un hecho cotidiano, un implícito de la vida, tal vez la única certeza que tiene el hombre, "nacemos para la muerte", diría un existencialista. Es la detención final de las actividades terrenales, pero además incluye en su misteriosa dimensión las ideas y los afectos producidos en cada contexto socio - cultural.

Pero, se da que los que transitan el envejecimiento, se encuentran con otra cara de la muerte, ya no son solamente los otros los que mueren, es la muerte propia la que comienza a preocuparlos y se presenta de la mano de la idea de tiempo finito

Además de la angustia que provoca el hecho de pensar en la muerte el anciano, a veces presenta celos, envidia, por los años jóvenes, o de los jóvenes. A veces hay resignación, como que la vida fue más o menos aprovechada. A veces hay auto – elogio, todavía no es tarde, todavía se puede empezar. A veces hay apresuramiento, urgencia por, sacarle el jugo al tiempo escaso o abundante que resta por vivir. A veces hay planificación, cordura en la forma de dispensar el tiempo.

En un nivel oral pueden aparecer las quejas por lo no vivido, los lamentos, el continuo reclamo por lo que se fue, por lo que no se tiene, por lo que no será. O el ansia de incorporar, aunque el organismo no soporte en un nivel anal, tal vez intenta aferrarse a lo que se posee, a los logros materializados que quedan, o a los elementos que reintegran el ser a un ser completo nunca logrado, aunque fantaseado. En su contraparte sádica, expulsar lo dañino al medio, a lo que está

próximo. Quizás hasta perder, adrede inconscientemente, lo que se intenta preservar. En un nivel genital, el duelo, en sus particulares características.

Aberastury (1989) plantea tres duelos básicos:

- a. el duelo por los seres queridos fallecidos o enfermos.
- b. por el cuerpo sano y joven que se tuvo en otras edades.
- c. por las relaciones adultas que hacían al rol social y a la identidad.

Para Freud el duelo es la reacción a la pérdida de una persona amada o una abstracción sostenida como objeto de deseo, tal como la patria, la libertad, un ideal, etc. El anciano puede tomar una actitud de negación o aceptación de la idea de la muerte propia y dentro de la aceptación hacerlo en forma pasiva, resignada llevando implícita una espera de la misma aunque todavía no esté anunciada. Por el contrario, la aceptación activa conlleva una apuesta al vivir, con la mejor calidad de vida posible. Otros duelos que experimentan generalmente, pueden ser: el duelo por el self (en donde lo que se anhela es el volver a encontrarse), el duelo por el cuerpo de joven (generando fantasías de eterna juventud), el duelo por las identificaciones dejadas de lado (que se manifiestan a veces a través de los hobbies), el duelo por el tiempo (ya sea apresurándolo o tratando de detenerlo), duelo ante los éxitos (pudiendo generar sentimientos de culpa).

Y uno que debe tener su fundamental importancia es el duelo por las relaciones con los hijos. Hijos que antes estaban en relación de dependencia, luego de similitud, y que ahora, ¿dónde están?

La Jubilación

Para Ciriaco Izquierdo (1994), ante la suspensión de la actividad laboral remunerada el adulto mayor tendrá que pensar en otras actividades, tal vez no remuneradas, pero sí diversificadas y realizadoras. Por lo que será necesario aprender o dedicarse a hacer algo nuevo, algo que aunque no tenga precio les de ilusión.

En el caso de los hombres este es un factor muy importante, después de haber dedicado una vida entera al trabajo y luego tener tanto tiempo libre, no poder ayudar económicamente a la familia, depender de los hijos y realizar tareas y oficios propios del hogar, ve afectada su virilidad y su autoestima. En el caso de las mujeres es más fácil adaptarse porque ahora tienen más tiempo para ellas mismas, para los hijos y el cuidado de los nietos les hace sentirse motivadas, útiles y alegres.

La jubilación al igual que el matrimonio es una gran decisión en la que conviene reflexionar. La principal pregunta que se hace el que se va a jubilar es ¿Qué es lo que voy a hacer ahora?

Los que han tenido la oportunidad de encontrar en su trabajo todas las satisfacciones que esperaban considerarán el retiro como algo natural, mientras que los que han

soportado durante varios años un trabajo que no les gustaba pueden esperar del retiro las satisfacciones que no han tenido, el retiro puede permitirles hacer lo que siempre han deseado.

Ahora tiene que encontrar una actividad para la mañana aunque sea una actividad no muy importante; ir a buscar el periódico, leerlo, ayudar en casa, etc. Esto relaja permite recuperarse, es también una de las alegrías de la jubilación, a condición sin embargo de no prolongarla como pretexto de que no se tiene que hacer.

La jubilación supone objetivamente el paso de una situación a otra distinta, sobre la que una mayoría importante de personas, por lo general no ha meditado con detenimiento su realidad y consecuencias, sobre todo por que la sociedad se halla orientada hacia el trabajo y por esto no resulta fácil la transición a las actividades de tiempo libre.

Con la jubilación, pero también con la pérdida del cuerpo joven, así como la pérdida de las personas queridas, también se va perdiendo la identidad. Se abandona la posición que ya es conocida.

Para que este proceso sea menos difícil es necesario que las personas se vinculen a otros grupos sociales, asociaciones en las que puedan aportar y permitirles eliminar el sentimiento de marginación, sintiéndose una persona útil e interesante. Uno de los grupos a los que pueden vincularse las personas que se encuentren en este proceso es la Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepéquez, en Antigua Guatemala.

La asociación fue fundada el 16 de agosto de 1996 en el local del Instituto Normal para señoritas "Olimpia Leal" de la Antigua Guatemala, por un grupo de maestros jubilados, luego se amplió su cobertura a jubilados y Pensionados del estado, entidades autónomas, semi-autónomas y descentralizadas. También es integrante activa y fundadora de la Coordinadora Nacional de Asociaciones de Jubilados y Pensionados de Guatemala (CONAJUPEGUA), integrada por 17 asociaciones departamentales.

Entre las actividades sociales y culturales que organizan se encuentran:

Asambleas de asociados mensuales para dar información, toma de decisiones y convivio de cumpleaños del mes el último jueves de cada mes, actualmente en el local del Club Esfuerzo de Antigua Guatemala.

Celebraciones importantes como el Día del Cariño, Día de la Familia, Día del Maestro, Aniversario de la Asociación, Independencia Patria y Convivio Navideño. Se efectúan excursiones recreativas a diferentes lugares de interés turístico, religioso y cultural del país. Se realizan paneles, foros, conferencias y programas radiales, sobre temas culturales y de calidad de vida. Se hacen visitas domiciliarias a los asociados por diferentes motivos: convocatorias, invitaciones, enfermedades, duelos, etc.

Por gestiones de la Asociación se logró la autorización y funcionamiento de un programa de Gimnasia y Danza para los adultos mayores, dirigido por el Ministerio de Cultura y Deportes.

Las actividades que organiza dicha asociación son de mucha ayuda para todas aquellas personas que se están adaptando a la jubilación, que poseen tiempo libre y desean aprovecharlo de manera positiva, lo cual permite que el adulto mayor esté motivado, se ocupe en actividades de su interés que le permitan sentirse útil y ayudar a otros.

Logoterapia (Viktor Frankl)

Uno de los mayores problemas del ser humano a fines del siglo XX es encontrarse carente de significado. Es un momento en que la tecnología se ha desarrollado enormemente, pero al mismo tiempo es una época de angustia o de aburrimiento. Algunos autores han hablado de esta época como la “era de oro y de la angustia”. Se vive una fuerte crisis de identidad o pérdida del sentido o significación.

Estamos viviendo en un período de transición en el que los antiguos valores están vacíos para muchas personas, y las costumbres tradicionales han perdido viabilidad. Es un momento en que la persona encuentra una enorme dificultad para encontrarse a sí misma en su mundo, que resulta difícil de superar.

El hombre está siempre orientado hacia algo que él mismo no es, bien un sentido que realiza, bien otros ser humano con el que se encuentra, el hecho mismo de ser hombre va más allá de uno mismo, y esta trascendencia constituye la esencia de la existencia humana. Lo que el hombre quiere realmente no es al fin y al cabo, la felicidad en sí, sino un motivo para ser feliz. En cuanto lo encuentra, la felicidad y el placer surgen por sí mismos.

La logoterapia, es una terapia humanista que concibe al hombre como un ser que está en búsqueda constante de sentido. El trabajo personal es ir develando este sentido y autoapropiárselo. Tiene como misión acompañar a otro ser humano para que encuentre el significado de su vida, ayudándolo a hacer consciente su logo (sentido) escondido de su existencia. Va más allá de los hechos instintivos del inconsciente de la persona, también se interesa por las realidades espirituales como el significado potencial de su existencia que ha de ser satisfecho y su deseo de significado.

Para los Psicólogos Humanistas entre nuestro nacimiento y nuestra muerte, está el proceso de la vida humana; una realidad que nos es dada y por la que todos atravesamos con mayor o menor conciencia y sin embargo, a todos nos lleva a cuestionarnos ¿Qué sentido tiene vivir?, ¿Para qué nací? ¿Quién soy? Cuando aceptamos entrar en un proceso de desarrollo humano, estamos aceptando asumir un compromiso personal, que nos lleva, progresivamente, a relacionarnos con nosotros mismos con los demás; a saber valorarnos sin orgullo y sin timidez; a aprender de integrar el sufrimiento inherente a todo ser humano en su camino de

crecimiento interior; a la vida, las actitudes que le faltan para alcanzar la paz auténtica y la plenitud.

Cada persona es responsable de su propia vida y del proceso que vive día a día, y se va construyendo con cada decisión que toma, es por esto que la primera tarea es cuidarse a sí mismo, con un amor cada vez más consciente y auténtico, ya que solo se puede ofrecer a los demás lo que realmente se es.

Frankl considera que uno de los procesos más fuertes en el ser humano surge de su capacidad de cuestionarse respecto de sí mismo, y tarde o temprano van a surgir dentro de él, en este proceso de búsqueda interrogantes como:

- ¿Quién soy?
- ¿Qué sentido tienen mis relaciones con los demás?
- ¿Cómo me relaciono con este mundo?

Las respuestas a estas preguntas marca el desenvolvimiento existencial del hombre. Dentro de todos los aspectos que caracterizan la experiencia del ser humano tiene de sí mismo, vamos a centrarnos en el principal el encuentro con los demás, para lo cual se deben tener presentes dos aspectos:

1. El hecho de que cada ser humano es un ser único e irreplicable no significa necesariamente que sea consciente de ello. Y aunque alguien nunca llegue a experimentarse y comprenderse como tal, eso no implica que no lo sea. Lo importante es la experiencia y no la reflexión sobre ella.

2. Esta experiencia es la que cada uno tiene de sí mismo, el sentido que encuentra a sus relaciones y a su mundo. Sin embargo aunque la experiencia de cada uno sea diferente en su contenido, en su estructura son iguales, es por esto que se puede hablar de ser humano y analizar los aspectos de su existencia y autorrealización en forma general.

¿Qué busca la Logoterapia?

- La logoterapia es una psicoterapia que se apoya principalmente en los recursos del espíritu.
- Su propósito es que la persona conozca y utilice los recursos que sólo existen en su espíritu, para hacerle frente, desde ahí a los problemas que le aquejan.
- Al movilizar los recursos, específicamente su libertad y su responsabilidad, está en condiciones de elegir, de hacerse cargo de los problemas.
- Una persona que es capaz de elegir lo que necesita en función de sí misma y de los demás, y que puede hacerle frente con responsabilidad a los problemas que le plantea la vida, está en condiciones de vivirla plenamente con sentido.
- Se interesa en poner acento en el presente y futuro = esperanza; y no tanto por lo que enferma = los problemas; sino por lo que cura = el espíritu; no por lo que oprime a la persona que sufre = sus destinos, sino por aquello que le permite hacerle frente a esa opresión: sus recursos espirituales.
- La logoterapia ayuda a la persona a esclarecer aquello que la distancia de ella misma. A percibir y reconocer sus capacidades para desarrollar plenamente sus

potencialidades. A llegar a él mismo, autoexplorarse, autodescubrirse a autoconocerse.

- Como forma terapéutica, la logoterapia es una ayuda para percibir las posibilidades de sentido que tiene cada situación de la vida, reconociéndolas y actuando, es una psicoterapia basada en el sentido.
- El logro del sentido pleno está en la autotranscendencia que consiste en dar lo mejor de mi mismo a los demás, y desde ahí recibir yo mismo, lo mejor de mí mismo.
- La logoterapia ve como funciones suya:
 - a) Provocar el deseo de ejercer libertad para tomar decisiones propias.
 - b) Hacer consciente a la persona de su responsabilidad frente al problema que la aqueja, para la construcción de su propia vida.
 - c) Ayudar a la persona a explorar y eliminar las barreras que le impiden hallar el sentido de su vida.
 - d) Ayudar a la persona a poner en marcha su voluntad para unir el esfuerzo honesto al ejercicio de la libertad y responsabilidad.

Principios de la Logoterapia

1. Que la vida tiene sentido bajo toda circunstancia.
2. Que el hombre es dueño de una voluntad de sentido y se siente frustrado o vacío cuando deja de ejercerla.
3. Que el hombre es libre de sus obvias limitaciones, para consumir el sentido de su existencia.

Clasificación de los valores

- a) Un grupo se refiere a valores relativamente externos como la actividad en el trabajo en sí mismo, dentro de este grupo de valores pueden incluirse las actividades recreativas o pasatiempos.
- b) Un segundo grupo de valores, es el que se refiere al sentido de la experiencia personal, dentro de lo cual el amor es la más importante.
- c) Finalmente, un tercer grupo de valores trata del sentido de las actitudes, las actitudes del hombre son un instrumento a través del cual puede revelarse el sentido más profundo posible. Frankl habla de la triada trágica:
 - 1. El sufrimiento inevitable:** cuando la persona está en una situación dolorosa que no puede alterar, será capaz de encontrar sentido si la enfrenta con valor y dignidad.
 - 2. La culpa:** hay una culpa sana, que puede ser útil para reflexionar acerca de nuestras actitudes, por otro lado se vive en muchas ocasiones una culpa irracional ante la cual nos asustamos y angustiamos y es entonces cuando se quiere cargar de culpas y responsabilidades. La culpa irracional provoca depresiones, baja autoestima y negativismo ante la vida.
 - 3. La muerte:** es la manifestación de nuestra finitud. Es una parte necesaria para el sentido total de la vida. Para Frankl la muerte solo realza la vida, es la

que nos hace sentirnos responsables ante ésta, es lo que nos hace definirnos en esta vida.

El significado de la Vida

Significado se refiere al sentido a la coherencia, es un término general para indicar lo que se desea expresar por medio de algo, la búsqueda de significado quiere decir la búsqueda de la coherencia.

Frankl habla dentro de esta sólida filosofía de vida, de la necesidad que existe de vivir esta realidad, a través de tres caminos que tiene el ser humano para lograrlo. Son los valores de creación, de experiencia y de actitud. Por medio de estos el ser humano puede encontrar y descubrir el sentido de su vida.

- a) Al tratar sobre los valores de creación se está hablando de la posibilidad de dar: no se trata de dar algo externo, sino de ofrecer algo interno, producto de mi creación y de mi trabajo.
- b) Existen además los valores de la existencia, llamados también de recibir. A través de ellos se tiene la capacidad de recibir lo que ofrece la naturaleza, el mundo.
- c) Los valores de actitud, el saber y poder dar y recibir es uno de los grandes sentidos de todo ser humano. En gran parte está allí el proceso de madurez. Lo que importa es la actitud que tome la persona ante un destino irremisible.

El Sufrimiento

Al hablar de sufrimiento Frankl se refiere a aquel que no puede ser evitado, ya que no se trata de un masoquismo. Afortunadamente o desafortunadamente el sufrimiento es algo intrínseco a la vida humana. Todos en algún momento lo hemos vivido. Somos conciente de él y debe enfrentarse con una actitud digna y responsable. Además el dolor que pudiera existir, se da un sufrimiento psicológico más fuerte. Nos enfrentamos con nuestra debilidad y vulnerabilidad. Cuando se vive sin sentido, se torna estéril, sordo y destructivo. Sin embargo cuando se le encuentra sentido, trasciende a la persona y se convierte en una ocasión de crecer. Cada persona puede tomar una actitud diferente ante un sufrimiento, estas posibles actitudes son:

1. **Escapismo:** Consiste en la evitación del contacto con aquello que nos pasa.
2. **Apatía:** Frankl la define como “el sufrimiento de no poder sentir el sufrimiento”, cuando estamos apáticos, nos encontramos insensibles a lo que ocurre.
3. **Autocompasión:** Es vivir el sufrimiento como algo injusto, puede conducir a depresión, entendida como un gran enojo contra la persona misma, porque no ha podido descargarlo hacia fuera de ella.
4. **Contacto con el dolor:** Es asumir lo que nos está ocurriendo, dejándonos sentir el dolor que, inevitablemente, está aquí, en nosotros.

Para descubrir un sentido al sufrimiento, se atraviesa por un proceso similar al del duelo de pérdida, esto es en las cinco etapas señaladas por K. Ross: no aceptación, coraje y protesta, depresión, encuentro de un sentido y aceptación del mismo.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo General

Proporcionar las herramientas psicológicas necesarias que posibiliten en el Adulto Mayor la reflexión acerca del proceso de vida, en especial del proceso de envejecimiento, para que sea capaz de encontrar el sentido de vida aún en circunstancias de sufrimiento y contribuir de esta manera a mejorar su Salud Mental.

2.2.2 Objetivos Específicos

Sub-Programa de Servicio

Brindar atención psicológica tanto a nivel individual como grupal que propicie la voluntad de sentido y el mejoramiento en la Salud Mental del Adulto Mayor.

Propiciar la creatividad y la ayuda a otros que permita al Adulto Mayor realizarse como ser humano.

Sub-Programa de Docencia

Propiciar la toma de conciencia que permita la búsqueda de ayuda por medio de charlas y talleres sobre temas de interés.

Proporcionar alternativas de solución a conflictos personales y grupales por medio de dinámicas grupales y motivacionales

Brindar información a la población que asiste al hospital sobre temas de interés.

Propiciar la alegría de vivir en pacientes diabéticos por medio de caminatas y actividades recreativas.

Sub-Programa de Investigación

Identificar los factores que ocasionan falta de sentido de vida en el Adulto Mayor.

Conocer las consecuencias emocionales que traen consigo la falta de sentido de vida en el Adulto Mayor.

2.2.3 Metodología de Abordamiento

Para llevar a cabo el Ejercicio Profesional Supervisado se realizaron visitas al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt y reuniones con la junta directiva de la Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepéquez y con las personas de la Asociación Probienestar del Paciente Diabético, lo cual permitió conocer no solo el lugar en donde se realizaron las actividades sino también las necesidades que presentaba la población de los diversos lugares.

Tomando en cuenta estas necesidades se elaboraron los objetivos y una programación dividida en los sub-programas de docencia, servicio e investigación lo que permitió cubrir la mayor población posible y que se abordaran las diversas problemáticas de la misma.

Sub-Programa de Servicio

Para dar inicio a este programa se realizó la presentación correspondiente con las autoridades del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt y con el grupo de personas que pertenecen a la Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepéquez y con la Asociación Probienestar del Paciente Diabético, para que estos manifiesten la problemática o problemáticas que se presentan con más frecuencia en los pacientes de los diversos grupos. Se realizó una observación espontánea con los diferentes grupos para determinar la forma de interactuar y las actividades que realizan.

Se mantuvieron charlas, entrevistas y contacto directo con la población, se aplicaron los test del Dibujo Espontáneo, el Arbol y Figura Humana, para conocer los sentimientos que el Adulto Mayor está manejando y que se encuentran reprimidos o guardados en el inconsciente, así mismo cómo se concibe como persona, de esta manera se determinaron los parámetros con los que se trabajó.

Se elaboraron Historia Clínicas para registrar la información de cada uno de los pacientes. Se procedió a citar a los pacientes a la clínica de psicología en el área de consulta externa, la cual fue atendida dos días a la semana en sesiones de 45 minutos para brindar apoyo psicológico individual, en el área de encamamiento se atendieron consultas en los servicios de Medicina, Cirugía, traumatología de hombres y mujeres y Emergencia en caso de ser necesario, tanto a nivel individual como grupal. Así mismo se visitaron los servicios tres días a la semana, en algunas ocasiones se consultó al personal de enfermería o al médico sobre el estado anímico de los pacientes, a quienes luego de entrevistar, se les dio seguimiento durante el período de hospitalización y luego de ser necesario por medio de consulta externa.

Sub-Programa de Docencia

Para este programa se realizó una lista de los contenidos que se consideraron necesarios o que fueron solicitados por las personas o autoridades de las instituciones, para llevar a cabo las charlas y talleres que propiciaron la creatividad,

el entusiasmo por vivir y ayudar a otros, en base a este listado se realizó una programación y una planificación anual.

Para llevar a cabo los contenidos propuestos se empleo terapia grupal, terapia individual, actividades físicas, recreativas, dinámicas motivacionales, de integración grupal, entre otras que permitieron en el adulto mayor tomar conciencia de su identidad, adaptarse al grupo, a su núcleo familiar y social. Así mismo se utilizaron recursos didácticos como audiovisuales, carteles, dramatizaciones, materiales de desecho, marcadores, temperas, etc. Al finalizar, se evaluó junto con el grupo la actividad, se dieron sugerencias para mejorar el trabajo.

Sub-Programa de Investigación

Antes de determinar el tema que se investigó, se realizó una observación y se tomaron en cuenta las sugerencias del personal médico y paramédico de la institución lo cual permitió identificar los problemas emocionales que presentaba el adulto mayor, las causas y consecuencias que repercuten en él y el núcleo familiar.

Tomando como base la observación se realizó el diagnóstico de las necesidades y problemáticas fundamentales, que sirvieron de base para identificar el tema, se consideró de suma importancia trabajar el tema “Factores que influyen en la falta de sentido de vida en el adulto mayor”, para poder investigarlo a fondo se realizaron lecturas con relación al tema, se hicieron entrevistas con el personal médico y paramédico, y con pacientes, se convivió en diferentes ámbitos con la población lo cual ayudó a adentrarse y conocer con más profundidad su estilo de vida, costumbres, relación con otras personas, entre otros.

La investigación que se realizó fue con orientación cualitativa, esta permitió sustentar el trabajo que se llevó a cabo durante el Ejercicio Profesional Supervisado y ampliar los conocimientos sobre la forma de pensar y sentir del adulto mayor.

Se aplicó un cuestionario para conocer las situaciones que le ocasionan sufrimiento, cómo es capaz de enfrentarlas y si este influyen en su bienestar emocional. Además del cuestionario los diálogos con adultos o con familiares de adultos fueron de mucha ayuda, ya que estos testimonios ampliaron la información bibliográfica.

Se analizaron los resultados del cuestionario, y la información obtenida por medio de los testimonios, historias clínicas y diálogos. En cuanto al aspecto emocional se impartieron charlas con temas sobre el sufrimiento, la culpa y el poder de las actitudes, en donde se abordaron algunos de los aspectos y de la información que se obtuvo por medio del cuestionario aplicado, información y datos que fueron tratados individualmente con algunas personas y en forma grupal con toda la población lo cual permitió que tomaran conciencia de su estado emocional. Al finalizar se elaboraron conclusiones y recomendaciones sobre los datos que se obtuvieron, información que debe ser tomada en cuenta por futuros epesistas al trabajar con dicha población.

Capítulo III
PRESENTACION DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

3.1 Sub-Programa de Servicio

Para poder llevar a cabo el sub-programa de servicio durante los meses de enero a septiembre se realizaron diversas actividades en diferentes grupos de población, destinadas a mejorar la salud mental, la creatividad y la voluntad de sentido del Adulto Mayor:

3.1.1 Atención a Adultos Mayores en Consulta Externa

El grupo de personas que se atendieron en consulta externa estuvo comprendido por hombres y mujeres en su mayoría de 50 años en adelante, referidos por el personal médico y paramédico de las diversas clínicas o que llegaron por deseo propio a solicitar ayuda; en algunas ocasiones también se trabajó con personas que sin ser adultos mayores necesitaron apoyo emocional y que debido a la demanda del servicio o emergencia de los casos fueron atendidos. Por otro lado también se brindó atención a pacientes del grupo de la Asociación Probienestar del Paciente Diabético, quienes solicitaron el apoyo luego de las actividades de Docencia y se dio seguimiento a algunos pacientes hospitalizados que fueron dados de alta.

Cuadro # 1
Adultos Mayores atendidos en Consulta Externa

Mes	Femenino	Masculino	Total
Febrero	4	5	9
Marzo	12	9	21
Abril	11	8	19
Mayo	7	2	9
Junio	5	4	9
Julio	18	4	22
Agosto	21	9	30
Septiembre	7	6	13
Total	85	39	124

Las problemáticas más frecuentes encontradas en dicha población fueron los problemas o dificultades familiares especialmente dificultades de comunicación con la pareja o los hijos, inadaptación a su nuevo estilo de vida sedentaria, lo cual implica mayor tiempo de estancia en el hogar y cuando no existe buena relación o comunicación con la familia, es donde surgen los problemas. Algunos presentaron abuso sexual en la infancia o adolescencia, alcoholismo en su mayoría en los hombres, depresión por falta de actividades o trabajo, duelos no resueltos, baja autoestima, sentimiento de culpa, ira o enojo por la muerte de algún familiar cercano; incapacidad o escasos deseos de mantener relaciones sexuales con su pareja,

sufrimiento constante, angustia, ansiedad y constantes dolores de cabeza, cuerpo y estrés.

Para abordar dichas problemáticas se utilizaron diversas técnicas y corrientes psicológicas entre las que se pueden mencionar: terapias de pareja enfocadas a la aceptación de sus virtudes, defectos, su nuevo rol, estilo de vida, sexualidad y comunicación. Se realizó el ejercicio de la silla vacía y la carta enfocada en la terapia Gestalt para personas con duelos no resueltos por pérdida de algún familiar (hijos, padres), abuso sexual en la niñez o adolescencia, que presentaban negación, baja autoestima, ira o enojo, sentimiento de culpabilidad, incapacidad para disfrutar de las relaciones sexuales o mantener una relación de pareja con una persona de sexo masculino, depresión y sufrimiento constante.

Con las personas que presentaron una dinámica familiar disfuncional debida al alcoholismo de alguno de sus miembros, agresividad, pérdidas económicas o robo de pertenencias de algún hijo, que se encontraban atravesando por un proceso de negación, que justificaron las conductas negativas de su familiar por temor a perder el apoyo no solo económico sino moral, se brindó terapia familiar para crear redes de apoyo y comunicación en la familia, enfocada a la resolución de las problemáticas, aceptación de conductas destructivas y expresión de sentimientos de cada miembro de la misma.

Los pacientes con problemas familiares; debidos al alcoholismo, poco deseo de mantener relaciones sexuales con su pareja, maltrato emocional o psicológico, infidelidad, poca comunicación y confianza, que presentaban baja autoestima, negatividad, frustración, desesperación, sentimiento de culpabilidad, conformismo e insomnio, participaron en ejercicios de relajación y visualización, terapias ocupacionales, que se centraron en el descubrimiento de sus aspectos positivos, de su valor como seres humanos y su capacidad de salir adelante y enfrentar el sufrimiento.

3.1.2 Atención a Adultos Mayores Hospitalizados

La atención estuvo dirigida a pacientes hospitalizados en los servicios de medicina, cirugía y traumatología de hombres y mujeres comprendidos entre las edades de 50 años en adelante, que presentaron dificultades en la adaptación, incertidumbre por el diagnóstico médico, problemas familiares, tristeza, somatizaciones, depresión, falta de apetito, poca colaboración en su tratamiento médico, referidos por el personal médico y paramédico encargado de cada uno de los servicios o detectados por la visita diaria a cada uno de ellos.

Cuadro # 2
Adultos Mayores atendidos en Medicina, Cirugía y Traumatología

Mes	Femenino	Masculino	Total
Febrero	30	8	38

Marzo	26	6	32
Abril	12	5	17
Mayo	15	6	21
Junio	21	15	36
Julio	28	31	59
Agosto	19	7	26
Septiembre	16	3	19
Total	167	81	248

Con dicha población se brindó terapia de relajación a pacientes con estrés y ansiedad por el diagnóstico médico, larga estadía en la institución, situación económica, problemas de comunicación con el esposo o los hijos, enfermedad de algún familiar cercano, sensación de desesperación, intranquilidad, sensaciones de ahogo, adormecimiento del cuerpo, dolores de espalda, cuello, incapacidad para dormir, irritabilidad, sudoración de manos, etc.

El apoyo a pacientes alcohólicos de medicina de hombres que presentaron recaídas, negación ante su enfermedad, sentimiento de vergüenza, culpa, dificultades familiares, inestabilidad emocional, falta de figura paterna o materna, dificultades o situaciones en la niñez no superadas, separaciones o divorcio, por medio de un programa conductual en el que se reforzó la conducta por medio de estímulos y reforzadores positivos. También se brindó apoyo a pacientes que se encontraban a punto de ser intervenidos quirúrgicamente, por medio de la terapia breve de emergencia y disminuir el temor y ansiedad por la operación.

Las diversas actividades realizadas estuvieron enfocadas a descubrir las potencialidades de los adultos mayores que se encontraban atravesando por períodos de ansiedad y depresión, se trabajaron los aspectos positivos de la personalidad, por medio de actividades ocupacionales, en donde se realizaron diversas manualidades como cajas decorativas de cartón y dulceras de vasos desechables. Así mismo se trabajó sobre la ayuda a otros, por medio de la iglesia, grupos ya formados en los diferentes lugares, con pacientes que se encontraban atravesando por un proceso de frustración existencial y falta de sentido hacia la vida.

Resultados

Por medio de las diversas actividades realizadas a lo largo del Ejercicio Profesional Supervisado se obtuvieron una serie de resultados que se observaron o que fueron expresados por la población atendida, entre estos resultados se puede mencionar la disminución de niveles de ansiedad y angustia que presentaban los pacientes en los períodos de hospitalización, por lo tanto se logró una mejor adaptación a la misma.

Al brindar terapia de relajación disminuyeron las dolencias físicas o somatizaciones, ya que al sentir que son tomados en cuenta, escuchados y valorados, estas disminuyen en gran cantidad. Emplearon estos ejercicios en su vida cotidiana por lo que también se redujeron los trastornos del sueño, como el insomnio; sus

despertares durante las noches se dieron en menor cantidad, tuvieron un sueño y descanso más prolongado.

Mejoraron las relaciones familiares, ya que se dio mayor comprensión y aceptación de cada uno de sus miembros, la expresión de emociones permitió la catarsis y por lo tanto mejorar la situación emocional y el estado anímico de las personas. Al disminuir el sentimiento de culpabilidad por la ausencia del ser querido y despedirse de él por medio de las técnicas de la terapia Gestalt, se logró que aceptaran la ausencia y entendieran la muerte no como un castigo sino como un proceso de la vida.

Los adultos mayores encontraron motivación en otras actividades como la ayuda a otros, la realización de manualidades o trabajos manuales, esto les permitió realizarse como seres humanos y encontrar nuevamente el sentido a su vida. Con los pacientes alcohólicos se logró que estos aceptaran su enfermedad y por lo tanto recibieran ayuda, disminuyó su consumo de alcohol, su sentimiento de vergüenza y culpabilidad.

Por medio de la adherencia a grupos, el adulto mayor encontró un sentido de identidad y pudo relacionarse con personas que presentaron su misma problemática, lo cual propició la ayuda y comprensión mutua, disminuyó su sentimiento de soledad y desesperanza hacia la vida.

Las mujeres aumentaron su autoestima ya que descubrieron por medio de la terapia, el valor que tenían como seres humanos, como personas, se respetaron a sí mismas, valoraron su forma de pensar, hicieron que otros las respetaran, su arreglo personal mejoró, mostraron deseos de cuidarse, arreglarse por ellas mismas y no por otros.

El sentimiento de culpabilidad disminuyó porque comprendieron que no son responsables de los actos de otros, en especial de los hijos(as), ya que ellos por ser personas adultas deben responder por sus actos y consecuencias de los mismos.

3.2 Sub-Programa de Docencia

En el sub-programa de docencia se impartieron charlas y talleres sobre temas de interés, tomando en cuenta las necesidades y sugerencias de la población con la que se trabajó. Así mismo se realizaron actividades que sin estar planificadas se fueron dando a lo largo de los meses, como es el caso de las charlas impartidas a personal del Hospital y Centro de Salud de Alotenango, entre otras, que fueron de mucha utilidad para dar a conocer el Programa y la importancia del Adulto Mayor no solo dentro de la institución sino en diversos lugares, lo cual ocasionó que con el paso de los meses el grupo de personas participantes aumentara y se diera mayor participación en las actividades.

3.2.1 Docencia Impartida a Personas de APROBIDI

El grupo de pacientes que pertenecen a la Asociación Probienestar del Paciente Diabético APROBIDI, son personas que padecen dicha enfermedad desde hace varios años, que han sido recientemente diagnosticados o que presentan deseos de participar en las actividades sin padecerla, comprendidos entre las edades de 43 años en adelante, sin embargo también participaron personas de menor edad. Dicha asociación realiza diversas actividades, como es el caso de los días lunes, miércoles y viernes, días en los que se presentaron a las instalaciones del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, a realizar gimnasia, de 10:00 am en adelante. Sin embargo dichas personas accedieron a asistir el día miércoles a las 9:00 am y participar en las actividades de docencia que se tenían planificadas o que fueron sugeridas por el grupo, y en las que se abordaron los temas: autoestima, estrés, trastornos del sueño, la culpa, menopausia y andropausia, el sufrimiento, control de emociones, motivación, el amor, inteligencia emocional, depresión, el poder de las actitudes, dependencia emocional, alcoholismo y la familia. En cada una de dichas charlas se realizaron dinámicas participativas, se solucionan dudas, se expusieron experiencias personales y al finalizar una lectura motivacional acorde al tema que se trabajó.

Con el mismo grupo de personas se realizaron talleres participativos entre estos se puede mencionar el taller de crecimiento personal, que se desarrolló en dos partes, la primera parte se realizaron ejercicios de respiración, se enfocó directamente en las emociones positivas y negativas de las personas, luego cada una de ellas realizó un dibujo sobre su persona e identificó los lugares del cuerpo en donde ubicaron cada una de las emociones (alegría, ira o enojo, cólera, dolor o sufrimiento). En la segunda parte se trabajó de forma grupal, en la que de forma opcional se expresaron emociones y sentimientos sobre la experiencia vivida. Otra de las actividades realizadas fue una caminata y relajación en San Cristóbal El Bajo, en la cual se realizó una relajación con visualización para que las personas redujeran su ansiedad y expresaran emociones. Así mismo se realizó un taller denominado “el carro de mi vida”, en la primera parte del taller las personas dibujaron un carro y contestaron cierto número de preguntas. En la segunda parte de la actividad se formaron 3 grupos para comentar la actividad y luego obtener conclusiones sobre la velocidad del carro, las personas que viajaban en él, los obstáculos encontrados, entre otras, que luego fueron expuestas por un representante de cada grupo.

Cuadro # 3
Actividades realizadas con APROBIDI

Actividad	Femenino	Masculino	Total
Charla de Autoestima	10	2	12
Charla de Depresión	11	1	12
Charla El Sueño	14	2	16
Charla El Duelo	10	1	11
Charla El Sufrimiento	8	2	10
Charla Andropausia y Menopausia	10	0	10

Taller de Crecimiento Personal	12	2	14
Charla Control de Emociones	8	2	10
Charla El Estrés	14	1	15
Terapia de Relajación y Caminata a San Cristóbal el Bajo	10	2	12
Taller Lo Positivo y Negativo de mi Familia	12	1	13
Charla La Motivación	9	1	10
Charla Inteligencia Emocional	15	1	16
Charla Dependencia Emocional	14	2	16
Charla El Alcoholismo	12	1	13
Taller El Carro de mi Vida Parte I	12	1	13
Taller El Carro de mi Vida Parte II	15	1	16
Charla La Culpa	16	1	17
Taller el Poder de la Actitud	16	1	17
Charla La Familia	15	1	16
Taller de Dinámicas de Reflexión	15	0	15
Total	258	25	283

En cada una de las charlas y talleres impartidos las personas dieron a conocer su forma de pensar, sentir y expresaron vivencias y experiencias personales que fueron de utilidad para otros que atravesaban por situaciones difíciles, lo cual a su vez, promovió el respeto por el dolor ajeno, el conocimiento mutuo y la ayuda a otros. Las personas comentaron que uno de los aspectos que más afectan sus tranquilidad eran los hijos, ya que muchos de ellos presentan problemas con su pareja, otros han sufrido la pérdida de alguno de ellos o de familiares cercanos como los padres o su cónyuge, situaciones que ocasionan en ellos sentimiento de culpa, estrés, tristeza, depresión y escasa voluntad de seguir adelante. Otros por su lado expresaron sentirse cansados, con escasa motivación, temor a la muerte y dolores constantes de cabeza, espalda y piernas.

3.2.2 Docencia impartida a personas de AJUPENSA

Las personas que pertenecen a la Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepéquez AJUPENSA, son en su mayoría maestros jubilados comprendidos entre las edades de 53 a 80 años que se encuentran afiliados a dicha Asociación y participan tanto en las actividades formativas como recreativas que organiza. Con quienes se realizaron charlas en el Club Esfuerzo, el último jueves de cada mes, en donde se abordaron los siguientes temas: historia e importancia de la psicología, la depresión, el sufrimiento y la culpa, se expuso el tema, se solucionaron dudas y leyó una lectura motivacional.

Cuadro # 4
Actividades con AJUPENSA

Actividad	Femenino	Masculino	Total
Charla El origen de las Enfermedades	26	14	40

Mentales			
Charla Las emociones y la Salud	20	11	31
Taller La Depresión y el Sufrimiento	23	12	35
Mensaje “Envejecer es obligatorio, crecer opcional”	16	10	26
Charla La Culpa	21	10	31
Total	106	57	163

Las problemáticas más comentadas por dicha población fueron tristeza, ansiedad, problemas de relación con la pareja, tiempo libre, dificultades para adaptarse a la jubilación, relaciones inadecuadas con los hijos (as), lo cual les ocasiona trastornos en el sueño, irritabilidad, vicios (alcohol y cigarrillo), sentimiento de inutilidad o invalidez, culpa, soledad y vacío.

Además de las actividades anteriormente mencionadas se mantuvieron charlas o diálogos improvisados con las personas, para conocer su forma de pensar y sentir.

3.2.3 Docencia impartida en Consulta Externa

En consulta externa tanto de adultos como de pediatría y maternidad, se brindaron charlas a las personas que se encuentran en espera de ser atendidas en las diferentes clínicas, sobre los siguientes temas: angustia, depresión, ansiedad, personalidad del adulto mayor, violencia y tipos de violencia y dependencia emocional, de esta forma las personas identificaron su problemática y pidieron cita para ser atendidas en la clínica de psicología. Las charlas se impartieron una vez a la semana los días martes con una duración de aproximadamente 20 o 30 minutos.

Resultados

Entre los resultados que se han observado o que han sido expresados por la población a la que le fueron impartidas las charlas y talleres se puede mencionar el aumento en el nivel de autoestima de las personas, esto se pudo constatar debido a los gestos, apariencia y su actitud; se redujo el nivel de depresión y tristeza que presentaron.

Las charlas en consulta externa permitieron promocionar el servicio ya que muchas de las personas que las escucharon identificaron alguno o varios síntomas de la problemática abordada, síntomas que luego de ser detectados ocasionaron que las personas recurrieran a la clínica de psicología a solicitar consulta, por lo tanto dicha actividad logró que la población adquiriera nuevos conocimientos y los transmitiera a personas cercanas a su entorno social. Así mismo se concientizó a la población sobre la importancia del adulto mayor en la sociedad y en las familias, que fueran comprendidos sus rasgos de personalidad y por lo tanto brindaron un mejor trato a los mismos. Cada uno de los talleres y charlas impartidos permitieron la expresión de emociones y de experiencias personales, lo cual ayudó a los pacientes a mejorar su estado anímico y mostrar interés en asistir a las demás actividades.

Las actividades realizadas con AJUPENSA y APROBIDI, según expresó la población ayudaron a mejorar las relaciones y dinámica familiar ya que luego de participar en ellas los conocimientos que adquirieron fueron llevados al hogar y compartidos con los hijos, nietos y pareja.

Entre otros de los resultados obtenidos se puede mencionar, la disminución de los niveles de depresión, las personas se mostraron más motivadas, deseosas de participar, sus gestos faciales, corporales y su arreglo personal mejoró; la adherencia al grupo y las dinámicas realizadas hizo que mostraran alegría y entusiasmo por la vida.

El conocer algunos ejercicios de relajación además de promover la convivencia, permitió que muchos disminuyeran su sensación de intranquilidad, desasosiego, ansiedad, angustia y estrés ya que fueron puestos en práctica en su vida cotidiana. Ampliaron sus conocimientos sobre el ciclo del sueño y cómo lograr tener un mejor descanso, esto junto con el abordamiento psicoterapéutico redujo los trastornos del sueño.

El adulto mayor identificó los factores que ocasionaron trastornos ó depresivos y sentimiento de tristeza, tomó conciencia y adquirió responsabilidad de sus actos y sentimientos. El conocer estos factores provocó la aceptación de la ausencia de sus seres queridos, encontrar una razón de vivir, encontrarse a sí mismo y luchar por su propia vida.

Incrementaron su motivación interior, por medio de la realización de actividades como caminatas, reuniones sociales, entre otras, regularon sus emociones, con lo cual disminuyeron las somatizaciones y en algunos casos enfermedades como gripes o catarros. Identificaron algunas conductas negativas que ocasionaron dependencia emocional hacia los hijos, conductas que fueron modificadas a través de un proceso psicoterapéutico.

Tomaron las riendas y la responsabilidad de su propia vida, de sus deseos, anhelos, propósitos y motivaciones no basadas en los demás, es decir en sus seres queridos. Disminuyó el sentimiento de culpa, identificando los factores que la ocasionaron y el daño emocional que les provocó; buscaron ayuda psicológica con lo que mejoró enormemente su estilo de vida, su nivel emocional y por lo tanto social.

3.3 Sub-programa de Investigación

El Sub-Programa de investigación estuvo destinado a Adultos Mayores hospitalizados y de Consulta Externa, que presentaron escasos deseos de vivir, depresión, resignación hacia la vida, sentimiento de soledad, abandono y desesperanza, personas a quienes la llegada de la tercera edad les ocasionó serias dificultades emocionales que con el paso de los años no pudieron superar y con quienes se llevó a cabo un proceso clínico que permitió ahondar en su sentir,

descubrir las capacidades y sentido de vida aún en circunstancias de sufrimiento y desesperación.

3.3.1 Información Obtenida del Proceso Clínico

a) Testimonios

Se recopilaron testimonios de aproximadamente 50 pacientes hospitalizados en los servicios de medicina, cirugía, traumatología de hombres-mujeres, consulta externa y de familiares de los mismos, para conocer el motivo de su estado anímico, la incidencia de su estado anímico en sus relaciones con otros, consigo mismo y los factores que intervienen en la falta de sentido de vida del Adulto Mayor.

De dichos testimonios se obtuvo información importante para el establecimiento de la problemática más frecuente en las personas de la tercera edad, entre la cual se puede mencionar:

1. Algunas personas mencionaron que no cuentan con el apoyo de sus familiares cercanos, se sienten como una carga para ellos, ya que no pueden en muchas ocasiones movilizarse por su cuenta y necesitan ayuda para alimentarse, bañarse y esto les ocasiona sentirse inútiles y con deseos de no seguir viviendo.
2. Para los hombres fue más difícil acostumbrarse a una vida sedentaria, ya que después de haber sido ellos quienes por largo tiempo proveían a sus familias del ingreso económico y ahora no pueden hacerlo, se sienten inútiles y recurren a los vicios como el alcohol y el cigarrillo.
3. La enfermedad o pérdida de su cónyuge o de algún familiar cercano afectó el estado anímico de las personas de la tercera edad ya que se dedican al cuidado de ellos, se apegan y se vuelven dependientes emocionalmente, por lo que cuando estos mueren presentan depresión, ideas de muerte, escasa voluntad de seguir con su vida diaria, es aquí en donde surge el sentimiento de soledad y abandono.
4. Debido a su edad avanzada muchos ancianos presentaron conformismo hacia la vida, consideran que han realizado todo en su vida y ya no tienen por qué vivir, mostraron cansancio físico y emocional.

b) Cuestionario

El cuestionario fue aplicado a 31 pacientes hospitalizados de los servicios de medicina y cirugía de hombres-mujeres y pacientes que pertenecen a la Asociación Probienestar del Paciente Diabético, que presentaron decaimiento, tristeza, escasa motivación hacia la vida y resignación. El cuestionario estuvo destinado a conocer el significado, los efectos y factores que ocasiona el sufrimiento en la vida de las personas mayores.

Dicho cuestionario estuvo compuesto por una serie de preguntas en las que las personas debían responder abiertamente y con sinceridad sobre un sufrimiento repetitivo en su vida, la sensación, el origen, la ganancia y lo que se pierde ante

dicho sufrimiento, preguntas que permitieron conocer la forma en que se concibe este sentimiento, cómo influye en la percepción de la vida, en el estado de ánimo y en la salud no solo emocional sino física de las personas.

Cuadro # 5
Motivo del Sufrimiento en los Adultos Mayores

Respuesta	Número	Porcentaje
La relación con los hijos	12	38.71%
El padecimiento de enfermedades	4	12.90%
La muerte de un ser querido	2	6.45%
La relación con los yernos o nueras	13	41.93%
Total	31	100%

Para la mayoría de adultos mayores la relación con los hijos y con los yernos o nueras, es difícil ya que según comentaron algunos de ellos ingieren alcohol, les faltan al respeto o los rechazan por el padecimiento de alguna enfermedad. Estas situaciones les ocasionan un gran sufrimiento y tristeza que muchas veces les es imposible controlar.

Para otros el padecimiento de enfermedades, la falta de energía, vitalidad, capacidad para movilizarse por sí mismos y depender de otros para hacerlo es una situación muy difícil que provoca sufrimiento y desconsuelo. En el caso de una minoría la muerte de un ser querido como el hijo(a) o esposo (a) es un indicador de tristeza, pero es importante mencionar que aunque para la mayoría la relación con hijos es causante de sufrimiento también la muerte lo es, lo que sucede es que solo a una pequeña parte de ellos les ha sucedido esto. Muchos de ven la muerte con temor y manifiestan que la compañía de sus seres queridos en momentos difíciles es de vital importancia.

Cuadro #6
Consecuencias del Sufrimiento

Respuesta	Número	Total
Tristeza	4	12.90%
Intranquilidad	3	9.68%
Reacciones en la salud	10	32.26%
Depresión	4	12.90%
Deseos de no seguir viviendo	9	29.03%
Conformismo	1	3.22%
Total	31	100%

El sufrimiento provocado por la dificultades de relación con los hijos y yernos o nueras, ocasiona reacciones en la salud del Adulto Mayor, entre las que se puede mencionar, dolores de cabeza, dificultad para conciliar el sueño durante las noches, sensación de ahogo, sudoración de manos, dolores de espalda y cuello entre otras;

reacciones que hacen que estos acudan con más frecuencia al médico y consuman un mayor número de medicinas para los nervios o tranquilizantes.

Cuando las personas de edad avanzada se encuentran en situaciones difíciles, sienten deseos de no seguir viviendo, ya no encuentran motivación, ni alegría en ninguna actividad que antes realizaban, pierden el apetito y su arreglo personal ya no es tan importante puesto que experimentan una sensación de conformismo.

Otra de las consecuencias que son importantes de mencionar es la depresión y la tristeza, el estado anímico se ve constantemente afectado por las discusiones y el ambiente tenso que se da en el hogar.

Cuadro # 7
Ganancia ante el sufrimiento

Respuestas	Número	Porcentaje
Atención de los hijos	5	16.12%
Cariño de las personas	9	29.03%
Creer más en Dios	12	38.71%
Ser una persona luchadora y enfrentarlo	5	16.12%
Total	31	100%

Las personas de la tercera edad, encuentran que por medio del sufrimiento, tristeza y depresión, pueden conseguir la atención y el cariño de las personas que quieren ya que de ser de otro modo, no tendrían la visita continua o estaría pendientes de ellos; la mayoría de la población considera que las situaciones de sufrimiento les ayudan a creer más en Dios, acercarse a él, visitar la iglesia y otros grupos de oración. Un pequeño porcentaje de las personas considera el sufrimiento como una experiencia que les permite crecer como seres humanos, ser luchadoras y enfrentarlo.

c) Observación

Por medio de la observación se establecieron otros criterios que fueron de mucha ayuda para determinar las actitudes de las personas mayores, su estado físico y emocional en período de hospitalización. De dicha observación se pudieron establecer los siguientes parámetros:

1. Se mostraron con tendencia al llanto, quejas constantes para llamar la atención del personal médico y paramédico.
2. Algunos mostraron resistencia al tratamiento médico debido a que expresaron estar conformes con la voluntad de Dios y no tener motivo alguno de continuar viviendo, más aún cuando este tratamiento es doloroso, como es el caso de las personas con fracturas de cadera o fémur.
3. Los que tienen procesos de hospitalización largos con tratamientos dolorosos, presentaron con mayor frecuencia, conformismo hacia la vida, angustia, desesperación y depresión por no poder estar al lado de sus

familiares en especial de los nietos, ya que son el motivo principal para sentirse vivos y felices.

Integración de Resultados

Por medio de la aplicación de los diversos instrumentos se pudo determinar que efectivamente la mayoría de adultos mayores atraviesan en algún momento de su vida, pocos deseos de seguir viviendo, escasa motivación y sentido de vida, situación en la que influyen diversos factores, entre los que el de mayor importancia es la relación con yernos y nueras, debido a que al vivir bajo el mismo techo, la situación económica se ve afectada porque se ven en la necesidad de proporcionarles alimento, vivienda, agua, luz, teléfono, etc. El adaptarse a una nueva forma de vida, a las costumbres de otros, ocasiona discusiones, peleas, gritos constantes que incomodan la tranquilidad, paz en la que vivían y les ocasiona un sufrimiento constante.

Esta situación junto con el hecho de padecer enfermedades o la disminución de sus capacidades visuales, auditivas, motoras, el no poder valerse por sí mismos y depender de los hijos para trasladarse, alimentarse, bañarse y realizar sus tareas ocasiona el sentimiento de minusvalía e inutilidad. Mientras que para aquellos que no cuentan con el apoyo de sus familiares ya sea porque estos han fallecido o no existe una buena relación; es mucho más difícil el llegar a esta etapa de la vida, en la que se necesita de atención, cariño y compañía, puesto que deben visitar al médico constantemente, adquirir medicamentos, consumirlos a determinadas horas, y no contar con alguien para poder hacerlo les ocasiona sentimiento de soledad, conformismo y depresiones severas.

En los períodos de hospitalización el adulto mayor requiere de mayor atención, cuidados, de ser escuchado, debido a que se observó tendencia al llanto, tristeza, quejas constantes, deseos de permanecer dormido la mayor parte del día, desesperación, preocupación por su familia y seres queridos, por sus pertenencias, ansiedad por no poder movilizarse y realizar las actividades diarias, entre otras. Aquí el papel de los familiares es aún más importante para su recuperación y rehabilitación ya que muchos de ellos se encontraban descuidados por familiares, no recibieron visita constante, presentaron períodos de depresión, ideas de muerte, protestaban por los tratamientos médicos y con pocos deseos de consumir alimentos. Los pacientes que se encontraban con quebraduras, en su mayoría por caídas accidentales en el hogar, que llevan procesos de recuperación larga y dolorosa, mostraron angustia y sufrimiento por su situación.

Es necesario mencionar que entre los efectos o consecuencias emocionales que trae consigo el sufrimiento y la falta de sentido de vida, se encuentran: las repercusiones o reacciones en la salud, ya que muchos presentaron dolores de cabeza fuertes, dolores de espalda, cuello, piernas, palpitaciones, insomnio, sensación de ahogo y adormecimiento.

Las repercusiones a nivel emocional son aún más delicadas como es el caso de las ideas de muerte, deseos de no seguir viviendo, conformismo, depresión, tristeza, ansiedad, angustia; emociones que desencadenan dependencia emocional hacia los hijos o nietos y sentimiento de culpa. La ganancia que reciben estas personas al sufrir constantemente es el cariño y atención de los hijos que no tenían antes; la creencia en Dios después de situaciones de sufrimiento y dolor, se acrecentó, se volvió más fuerte, las personas se unieron a grupos religiosos de diversas índoles, visitaron la iglesia con más frecuencia y participaron de las diversas actividades.

3.4 Otras Actividades

Antes de dar inicio al programa del Ejercicio Profesional Supervisado se participó en el convivio navideño que organizó La Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepéquez, en el mes de diciembre, actividad en la cual se invitó a la población a participar en las actividades que se llevarían a cabo.

Realización del taller de crecimiento personal como parte de la celebración del Día de la secretaria, en donde se realizó una relajación, se brindó refacción y tarjetas con mensaje alusivo a las secretarias que asistieron a dicha actividad.

Se realizó una charla en el centro de salud de Alotenango con el tema “Cuidados y personalidad del adulto mayor” a personas que asisten a este centro asistencial por medio de consulta externa por estarse celebrando la semana de la mujer.

Se brindó una charla al personal de enfermería de consulta externa sobre la personalidad y cuidados del adulto mayor, en donde se leyó una lectura con mensaje.

Se realizó la celebración del día del padre y día de la madre con pacientes de APROBIDI, en donde se entregaron recuerdos y tarjetas con mensaje alusivo al día, refacción, regalos, se llevó a cabo una rifa y dinámicas grupales, al finalizar la actividad leyó una lectura motivacional.

Celebración del día de la madre y día del padre con pacientes hospitalizados en los servicios de medicina, cirugía y traumatología de hombres y mujeres, se entregaron tarjetas con mensaje y se rifaron algunos regalos en los servicios de medicina y cirugía de mujeres.

Se colaboró en la organización del I simposio de Psicología “El aquí y el ahora de la Psicología” realizado en las instalaciones del Hospital, en el salón de conferencias de Pediatría, se decoró el salón, se entregó refacción a los asistentes y se vendieron algunos juegos educativos.

Se participó en las convivencias, celebración de cumpleaños, reuniones y otros eventos con el grupo de pacientes de APROBIDI, que fueron realizadas fuera del horario estipulado.

Se realizó una actividad de despedida con el grupo de pacientes de APROBIDI, en donde se brindó refacción, se contrató un trío, se quebró piñata y se hizo entrega de diplomas a las personas por su participación en las actividades de docencia durante el transcurso del Ejercicio Profesional Supervisado.

Cuadro # 5
Otras actividades realizadas

Actividad	Femenino	Masculino	Total
Taller de Crecimiento Personal con Secretarias	15	0	15
Charla Personal de Enfermería	7	1	8
Celebración Día del Padre	14	3	17
Celebración Día de la Madre	15	1	16
Actividad de Despedida APROBIDI	27	2	29
Total	78	7	85

Resultados

La participación en las actividades anteriormente mencionadas, actividades que sin estar planificadas, fueron de mucha ayuda para entablar empatía y confianza en la población atendida, dieron muchos resultados, debido a que permitieron, explorar desde otro ámbito el estilo de vida, costumbres, forma de convivir y relaciones interpersonales de la población.

Entre estos resultados se puede mencionar que por medio de las charlas impartidas, se redujo la tensión y el estrés que acumulaban las secretarias por el tipo de trabajo que desempeñan, dicho grupo mencionó sentir alegría por dicha celebración ya que anteriormente no se había realizado este tipo de actividad por parte del Departamento de Psicología.

La oportunidad de salir del área o lugar estipulado, permitió que la población de los lugares cercanos, en el caso de Alotenango, conociera el programa del Adulto Mayor que se estaba ejecutando, así mismo tomaron conciencia sobre el cuidado que necesita este tipo de personas.

Las convivencias con las personas de APROBIDI, fueron de mucho provecho, ya que mostraron sentirse agradecidos por este tipo de participación, se logró conocer más a cada uno de ellos, lo que ayudó en gran parte a identificar sus problemáticas, ahondar en cada una de ellas y que se dieran muestras de afectos hacia mi persona. Al observar esta actitud el grupo tomó la decisión de realizar diversas actividades fuera de la institución y tomar en cuenta a mi persona. Esto propicio la alegría de vivir y de convivir con otros, disminuyó la ansiedad y la preocupación.

Con la charla impartida al personal de enfermería, se logró que se tomara conciencia del trato, del cuidado y su forma de actuar en el momento de brindar atención a las personas mayores. Por medio del Simposio de Psicología, realizado se brindaron conocimientos a la población sobre la importancia del tratamiento psicológico a niños, adolescentes y adultos que presentan cambios en su estado de ánimo o conducta durante la hospitalización. Así mismo se educó a las madres participantes sobre patrones de crianza hacia los niños.

Capítulo IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Sub-Programa de Servicio

La vida afectiva de las personas mayores está condicionada por los factores económicos y sociales que cambian sus necesidades, cambios que afectan el carácter, actitudes y forma de actuar de estas personas. Cuando se presentan esta serie de cambios, es cuando se hace necesario el apoyo emocional por medio de psicoterapia y sus diferentes técnicas.

A lo largo de la ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado se pudo observar que en su mayoría las personas adultas presentan efectivamente cambios, cambios en su ambiente social, es decir en la dinámica de su familia, debido a que los hijos se marchan del hogar, forman sus familias, es aquí en donde muchos de ellos expresan sentirse solos o no tener motivaciones, debido a que durante muchos años se dedicaron al cuidado de ellos, a darles atención, cariño y ahora que se han marchado, encuentran que tienen más tiempo libre y la relación con la pareja se torna difícil, el deseo sexual ha disminuido y el trato se vuelve diferente, en ocasiones surge la irritabilidad y el enojo.

Junto con esta dificultad, se percibe que luego de la jubilación, en el caso de los hombres, presentan sentimiento de inutilidad, ya que ahora deben dedicarse a las labores del hogar o colaborar en ellas, se les dificulta encontrar un nuevo empleo, deben depender de los ingresos económicos de los hijos o de alguna actividad esporádica, esto junto con el hecho de no mantener vida sexual activa con su pareja, debido a que la libido ha disminuido y ahora se dedica tiempo a conversar o convivir como pareja ocasiona tristeza y baja autoestima, muchos de ellos buscan diferentes formas o alternativas para sentirse nuevamente jóvenes, como realizar ejercicios constantemente, sentirse atraídos por mujeres jóvenes y en casos extremos se refugian en el alcohol y cigarrillo. Buscan la forma de mantener su tiempo ocupado por medio de negocios propios, ventas de artesanías u otros productos, clases a domicilio, entre otros; actividades que no les dejan mucha remuneración, pero les hace posible dar u ofrecer algo que es producto de su creación, de su esfuerzo, de su trabajo, a través de ellos tiene también la capacidad de recibir afecto, cariño, admiración de sus seres queridos, de otras personas, de esta capacidad de dar y recibir es donde surgen los valores, valores que demuestra por medio de actitudes y que de acuerdo con Víctor Frankl, por medio de estos encuentra uno de los grandes sentidos de todo ser humano, el sentido de vida y la madurez. Sentido de vida que le permitió darle coherencia y hacerse responsable de sus actos, de sus decisiones, cuidarse a sí mismo y amarse como un ser único e irreplicable.

En el caso de las mujeres el proceso de la jubilación es más sencillo, ya que se dedican a las labores del hogar, a bordar o asistir a la iglesia diariamente, para ellas es más difícil el hecho de aceptar la partida de los hijos y al ver su hogar sin ellos, es cuando dan inicio los cambios en el estado de ánimo.

La mayoría de personas que asistieron a la clínica de psicología de consulta externa expresaron sentir dolores en diversas partes del cuerpo, cabeza, espalda, cuello, sentirse tensas, nerviosas, debido a problemas con los hijos o con el esposo(a), en el caso de los que expresaron tener dificultades de relación con los hijos estos refirieron que cuando querían darles alguna sugerencia o crítica, se alteraban y les hacían ofensas verbales. Estos dolores o somatizaciones se deben a la acumulación de tensión y estrés, pero luego de expresar sus emociones y sentimientos a través de la terapia, las personas mostraron mejoría en su estado anímico y en sus relaciones familiares.

Otro de los factores que afectó en este caso a las mujeres, fue el machismo o el alcoholismo de su pareja o hijos, ya que estos bajo el efecto del alcohol, les gritaban, insultaban, no tomaban en cuenta sus opiniones y las hacían de menos; situación que ocasionó baja autoestima, estrés, trastornos del sueño y sentimiento de culpa en las mujeres. Los hombres por su parte mencionaron sentirse avergonzados y no volverlo hacer, sin embargo después de 3 o 5 días continuaban con su conducta, situación que afectó enormemente la estabilidad emocional de las personas y refirieron sentir que ya no podían continuar así y estar desesperadas. Para muchos de ellos (Hombres), la jubilación no es un proceso fácil, se sienten tristes y si a esto se le agrega la pérdida del cuerpo joven como de las personas queridas, entonces también su vida pierde coherencia y sentido, encuentran en el sufrimiento constante, en el alcohol o cigarrillo la salida. Para enfrentar dichas situaciones se realizaron terapias de grupo o familiares que en algunas situaciones ayudó a mejorar la dinámica familiar, pero en caso de algunas personas no se pudo intervenir, debido a que el alcoholismo estaba muy avanzado y no mostraron deseos de dejar de hacerlo. La atención individual, el acompañamiento, orientación, apoyo emocional que se le brindó al paciente alcohólico permitió que reconociera su enfermedad, uno de los pasos más difíciles para estas personas, el reconocerla implicó que expresara sus sentimientos, se encontrara descubierto y diera a conocer su forma de pensar y sentir; se descubrió que muchos de ellos son hijos de padres que han sido alcohólicos o no han tenido la presencia de la figura masculina, el vivir en un ambiente en donde siempre ha estado la presencia del alcohol, ha habido violencia y maltrato.

Por otro lado, las fracturas en diferentes partes del cuerpo, debidas en su mayoría a caídas repentinas en el hogar, ocasionaron hospitalizaciones largas, influyendo en el factor económico de las familias, ya que muchas de ellas provenían de aldeas de Chimaltenango y Escuintla que se encuentran lejanas a la institución. La hospitalización en el adulto mayor ocasionó depresión, trastorno de ansiedad y de adaptación, debido en algunos casos a que los familiares no podían visitarlos ya sea por trabajo, por lejanía o por descuido.

En los casos en que los adultos mayores recibieron visita constante o que debido a su situación física solicitaron autorización para la permanencia de un familiar durante las mañanas o tardes, mostraron mejor estado anímico y una recuperación más rápida.

Cuando estos se dedican al cuidado de los nietos o realizan alguna actividad física, recreativa o religiosa ocupan su tiempo libre, se sienten útiles a su familia y a la sociedad; disminuyen los problemas emocionales y encuentran la motivación que había perdido.

Los nietos, los hijos, el esposo (a), son motivos de alegría pero en ocasiones se vuelven el centro de su vida y de sus actividades, surge una dependencia hacia ellos y se olvidan de sí mismos, de sus deseos, anhelos, de su tiempo libre, de descansar y hacer las cosas que les agradan, sin embargo no expresan su malestar ya que piensan que sin ellos, no valen nada o que deben hacer por ellos lo que no pudieron cuando estaban jóvenes.

Es importante tomar en cuenta que el adulto mayor tiende a comportarse de determinada manera, esto de acuerdo a la forma en que fue educado, a su situación personal, familiar, social, física, emocional, económica y que la sociedad en general tiende a discriminarlo, es por esto que surgen en él determinadas características, entre las que se puede mencionar el deseo excesivo de complacer a los demás, que por lo general son los hijos o nietos, no se atreve a decir no por temor a ser rechazado, a desagradar o a equivocarse. Presenta un negativismo general hacia la vida, cuando comete errores, los agranda y siente culpa, si no ha logrado lo que ha querido a lo largo de su vida, muestra insatisfacción consigo mismo; son muy sensibles a la crítica, se sienten atacados, heridos y tienden a echarle la culpa de sus fracasos o errores a los demás.

Las personas adultas que se sienten satisfechas con lo que han logrado, son personas más felices y satisfechas consigo mismos, sin embargo algunas también presentan depresión, pero esta es debida como se mencionó anteriormente a situaciones sociales.

El apoyo emocional a estas personas, fue de vital importancia, ya que las personas expresaron que luego de la intervención terapéutica, se habían liberado de un carga emocional que les afectaba desde hacía tiempo, que eran responsables de su propia vida no de la de otros, que sentían deseos de ser tomados en cuenta y vivir con entusiasmo y alegría. Así mismo mostraron mayor disposición para realizar sus actividades diarias, para comunicarse con su pareja, con sus hijos y nietos quienes a su vez observaron el cambio, mejoró la dinámica familiar, hubo mayor expresión de afecto, muestras de cariño y tolerancia. La realización de manualidades o trabajos manuales en las mujeres aumentó su autoestima, ya que al darse cuenta que eran capaces de realizar objetos con sus propias manos, cosas que creían que no podían o querían realizar, al verlas terminadas sintieron alegría, su sentimiento de minusvalía, inutilidad disminuyó porque comprendieron que eran capaces de realizar muchas cosas que no habían intentado realizar o que por temor a equivocarse o ser criticados no hicieron. Al finalizar las manualidades muchos de ellos enseñaron a sus hijos o nietos cómo realizarlas por lo que esto también ayudó a valorar la esencia y el aporte que el adulto mayor puede brindar al núcleo familiar.

Los objetivos propuestos en este subprograma se fueron cumpliendo desde el inicio del Ejercicio Profesional Supervisado, se tuvo bastante afluencia de pacientes, gracias a la promoción que se le hizo al programa y al apoyo tanto de personal médico, paramédico, como de la institución y jefatura de psicología.

4.2 Sub-Programa de Docencia

Para iniciar es importante mencionar que algunos de los temas propuestos en el subprograma de docencia durante el proyecto de ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado fueron modificados, existieron diversos factores que propiciaron dichos cambios, entre ellos se encuentran el hecho de que inicialmente se tenía planificado trabajar con las personas que pertenecen a AJUPENSA y que asisten a CONFEDÉ a realizar gimnasia los días lunes y Tai-Chi los días jueves, esto implicaría trabajar el día lunes en dos grupos, el grupo de gimnasia de 9:15 a 10:15 y de 10:15 a 11:15 y los días jueves de 8:15 a 9:15 en el salón de conferencias del Centro de Salud de Sacatepéquez.

Transcurrido algún tiempo se pudo observar que las personas no asistían a dichas actividades, mostraron poco interés en asistir, por lo que solo pudo realizarse una actividad el día jueves. Luego de haber observado estas dificultades, se tomó la decisión de colocar afiches en el centro de salud y en el gimnasio invitando a las personas a participar y sin embargo no se tuvieron resultados por lo que junto con el presidente de la asociación, se optó por trabajar con dicho grupo únicamente el último jueves de cada mes en su reunión mensual; y trabajar conjuntamente el día miércoles de cada semana con los pacientes que pertenecen a la Asociación Pro-bienestar del Paciente Diabético APROBIDI, quienes asisten al hospital los días lunes, miércoles y viernes a realizar gimnasia.

Este factor junto con la dificultad en dos ocasiones para utilizar el salón asignado obligó a cambiar dicha actividad y la organización de la misma, pues el grupo de APROBIDI, se ajustó el horario a las clases de gimnasia, las personas se mostraron interesadas y colaboradoras en las actividades desde el principio.

Aunque al principio afectó la impuntualidad y el número reducido de participantes, con el transcurso del tiempo para el mes de abril aumentó dicho número y se ajustó el horario, ya que estas personas son en su mayoría amas de casa que tienen a su cargo el cuidado de nietos o responsabilidades en el hogar y se les dificultaba llegar a la hora indicada por lo que se daba un margen de 20 minutos para iniciar las actividades, al observar esto se mostraron agradecidos y con deseos de llegar a la hora indicada para participar en toda la actividad.

Cuando se dio inicio a dicho programa y quedando estipulado el horario, el grupo de personas a quienes estarían dirigidas las actividades y el lugar, las personas dieron algunas sugerencias sobre los temas que serían abordados, por lo que dichas sugerencias fueron tomadas en cuenta y se abordaron los temas sobre la culpa, andropausia y menopausia, alcoholismo, trastornos del sueño y depresión.

La población se mostró muy interesada en el programa, esto se pudo constatar por medio de expresiones verbales, gestos faciales, o muestras de afecto; debido a que los temas estuvieron directamente enfocados a abarcar la problemática que fue observada o comentada por ellos. Los temas abordados hicieron que la población mostrara interés en recibir atención psicológica individual, ya que por medio de ellas detectaron algunos síntomas que afectaban su salud física y emocional.

Escuchar, tomar en cuenta las sugerencias y brindar posibles soluciones a las dificultades que fueron mencionadas por la población, fue un aspecto que ayudó a mantener una relación de confianza, empatía y comunicación con el adulto mayor, ya que al sentirse escuchado y valorado, se mostró colaborador, accesible y participador en las actividades.

Por otro lado la participación en las actividades recreativas, sociales y de convivencia fue un factor muy importante para la población, la cual expresó sentirse alegre, aceptada, valorada y motivada. Así mismo las actividades en las cuales se conmemoró el Día del Padre y Madre ayudaron a comprender de una mejor manera la forma de pensar y sentir del adulto mayor.

4.3 Sub-Programa de Investigación

Es necesario mencionar que el tema que se tenía estipulado al inicio del proyecto era “enfermedades degenerativas en el adulto mayor y su incidencia en la salud mental”, tema que luego de transcurrido el tiempo tuvo que ser cambiado debido a que no se contaba con un gran número de población, pero también se observaron otras necesidades prioritarias que debían de ser atendidas y abordadas, por lo que el tema a investigar sería “factores que ocasionan falta de sentido de vida en el adulto mayor”

De acuerdo con Erikson en su crisis final, integridad versus desesperación las personas de edad avanzada enfrentan una necesidad de aceptar su vida, la manera en que han vivido con el fin de aceptar su muerte próxima, luchan por lograr un sentido de coherencia y totalidad de la vida. Las personas que han tenido éxito en esta tarea integradora final ganan un sentido de significado de sus vidas y desarrollan la sabiduría.

Pero también es importante mencionar que las personas que no logran esta aceptación son abrumadas por la desesperanza, falta de sentido de vida y se dan cuenta que el tiempo es demasiado corto para buscar otros caminos para la integridad. Una vejez exitosa no sigue un patrón único, la manera como se adaptan las personas de edad avanzada depende de su personalidad y del modo como se han adaptado a lo largo de su vida.

La información obtenida a lo largo de la investigación fue muy enriquecedora y ayudó a tener una comprensión global de las dificultades que presenta la integración a esta etapa de la vida. Entre las que se puede mencionar la falta de apoyo de familiares o personas cercanas, las falta de actividades o de oportunidades de trabajo, las enfermedades, achaques, falta de energía, disminución de las capacidades visuales,

auditivas, depender de otros para alimentarse, levantarse y realizar las actividades que anteriormente realizaban por sí mismos.

La jubilación es uno de los factores que afecta en mayor grado a hombres que a mujeres, debido a que luego de ser personas activas, profesionales de éxito y reconocidos en la labor que desempeñaban, deben dedicarse a las labores del hogar o a oficios como carpintería, jardinería, entre otros; labores que son consideradas solo para mujeres, debido al machismo que ha sido transmitido de generación en generación, consideran que estas actividades no pueden realizarlas y se ve afectada su dignidad, orgullo y autoestima.

El vivir en una sociedad en la que el papel del hombre es salir de la casa, proveer a su familia de alimento y brindar ingresos económicos a su pareja e hijos y luego con el proceso de jubilación cambiar su estilo de vida se ve afectada su vida personal y emocional. Junto con este factor es importante mencionar que las personas no están preparadas para este cambio, ya que jubilarse es sinónimo de enfermedad, vejez y no productividad, la misma sociedad relega a las personas mayores, las ve como no útiles. Por otro lado las oportunidades de trabajo para estas personas disminuyen y en muchas ocasiones no existen, por lo que deben dedicarse al cuidado de los nietos, arreglo del hogar, actividades domésticas, que para las mujeres son actividades que les permiten ocupar su tiempo, dedicarse a su familia y las hace sentirse motivadas, mientras que para muchos de los hombres son denigrantes y afectan su hombría.

A estos se puede agregar los problemas con los hijos, la dificultad de relación con el esposo o la muerte de sus seres queridos. Dificultades que desencadenan sentimientos de soledad, debido a que han dedicado su vida al cuidado de los hijos, y en esta etapa de su vida no reciben el apoyo, cariño o comprensión que esperaban de ellos, ya sea por que no tienen paciencia, por falta de tiempo, por la lejanía de sus viviendas y otros factores.

En cuanto a la relación con la pareja, se descubrió que muchas de las personas mayores, en el caso de las mujeres, han convivido con una persona violenta, alcohólica, infiel que les ha dado maltrato psicológico y físico, situación que han soportado durante varios años, sea por temor, sentimiento de culpa, dependencia económica, conformismo, baja autoestima, por los hijos o por amor; en ocasiones comentaron sentirse arrepentidas por el estilo de vida que dieron a sus hijos y a ellas mismas, lo cual le ocasiona desesperación, estrés, enojo con ellas mismas, depresión, agresividad, entre otros.

En el caso de los hombres, estos mencionaron que uno de los factores que más interviene en la dificultad de relación y convivencia es el poco deseo de su pareja para mantener relaciones sexuales, ya que este es un aspecto importante para reafirmar la virilidad, que es esta etapa de la vida es tan importante para el hombre. Este factor ocasiona que el hombre en ocasiones busque una pareja joven para reafirmarse y satisfacer su deseo. El deseo sexual en las mujeres disminuye su deseo sexual y su arreglo personal se relega a segundo plano, utilizan un vestuario

que sea más cómodo. Para ellas su pareja es importante pero siente mayor gusto y deseo por conversar, salir de paseo y gozar de su compañía. El escaso deseo de mantener relaciones sexuales afecta la relación de la pareja originando conflictos y en algunas ocasiones separaciones o divorcios.

Otro factor no menos importante es el alcoholismo, que se presentó en el sexo masculino, quienes comentaron que el sentimiento de soledad, la falta de oportunidades de trabajo, la dependencia económica hacia los hijos y no poder aportar ingresos a su familia ocasionó que estos recurrieran al alcohol o al cigarrillo como un medio de desahogo.

Es necesario mencionar en este aspecto que muchos de los pacientes, presentan alcoholismo desde la adolescencia o edad adulta, ya que han crecido en un ambiente en donde el padre era machista, consumía alcohol y no cumplía con sus responsabilidades como jefe del hogar. Cuando se han traído esta clase de problemas o traumas desde la infancia o adolescencia que no han sido superados o atendidos en su debido momento, al llegar a la tercera edad y observar que están envejeciendo, desean realizar todas aquellas actividades que no han podido llevar a cabo, es ahí donde surge la frustración y la ira.

La pérdida de la pareja, de algún hijo o familiar cercano, les hace recordar la etapa de la vida en que se encuentran y el miedo a la muerte, pero este miedo suele presentarse en los casos en que no han logrado lo que se han propuesto o han visto que a lo largo de los años, su vida no ha tenido sentido, motivación y logros; ocasionándoles depresiones severas, conformismo hacia la vida y deseos de morir.

Se realizó una comparación entre las personas que se encontraban hospitalizadas que no cuentan con el apoyo ya sea de familiares u otras personas y aquellas que pertenecen a un grupo y cuentan con el apoyo de sus seres queridos; de esta comparación se pudo determinar que la adherencia a un grupo de cualquier ámbito, la participación en actividades recreativas, sociales o religiosas y el apoyo de los seres queridos disminuye el sentimiento de vacío, soledad, inutilidad y falta de sentido de vida ya que participar en dichas actividades les permite convivir con otras personas, expresar sus sentimientos, identificarse con el sentir de otros, distraerse y motivarse.

Las redes sociales de apoyo como es el caso de familiares, grupos religiosos o de otra índole son de vital importancia para las personas de la tercera edad, ya que al contar con el apoyo económico, moral o emocional de sus seres queridos no solo en períodos de hospitalización sino en todo momento permite que estos se sientan queridos, escuchados, tomados en cuenta, que valen como personas, como seres humanos, su autoestima y percepción de si mismos se ve modificada, no se ven como una carga, disminuye su tristeza y ansiedad ya que para ellos es importante mantener el núcleo familiar en armonía y unido, este les da una sensación de bienestar y se sienten satisfechos por lo que han logrado.

En el caso de los grupos de apoyo como Asociación Probienestar del Paciente Diabético y Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepéquez, estos permiten a los adultos mayores que no cuentan con el apoyo de algún familiar cercano o que presentan depresión o alguna enfermedad como Diabetes, problemas cardíacos entre otros, sentirse apoyados, expresar sus emociones, identificarse con otros que padecen del mismo problema, etc.

Participar en actividades recreativas como caminatas, excursiones, celebraciones, entre otros, que organizan dichos grupos, es muy importante ya que les permite mantenerse activos, motivados, convivir con personas que se encuentran en la misma situación y encontrar alternativas de solución en base a la experiencia de otros.

4.4 Análisis de Contexto

Antigua Guatemala es una ciudad llena de tradiciones, costumbres, religiosidad y con un estilo de vida tranquilo, ameno y de cordialidad entre los habitantes. Este estilo de vida se transmite de generación en generación sin embargo algunas de estas tradiciones se han ido perdiendo con el paso de los años. Muchas de las personas que habitan en la ciudad capital han migrado hacia este municipio, ya sea por razones de trabajo o por bienestar personal. Incluso muchos de los pobladores de este lugar comentan que esta situación junto con la llegada de extranjeros ha ocasionado el aumento de la violencia.

Las fuentes de trabajo son diversas, pero muchos de los residentes buscando alternativas de superación viajan constantemente a las diferentes zonas de la ciudad capital, poniendo en riesgo su vida y la de sus familiares ya que las carreteras son constantemente asaltadas.

Han surgido una gran serie de comercios, ventas de todo tipo, las cuales son una oportunidad de empleo para las personas de toda edad pero en especial para las personas mayores, ya que son trabajos independientes que les permiten poner en práctica sus habilidades y capacidades.

Por otro lado, se realiza una gran diversidad de actividades culturales y religiosas propias del lugar, cuenta con muchos lugares turísticos que puede visitar dando la oportunidad de realizar caminatas y actividades recreativas, actividades en las que el adulto mayor gusta de participar; que por no poder movilizarse por sí mismos, padecer de enfermedades o no contar con recursos económicos, se ve limitado a hacerlo.

En cuanto a los lugares cercanos a la cabecera como es el caso de Jocotenango, lugar en donde se concentran la mayoría de maras y delincuentes que realizan sus actos en toda la región, violencia que ocasiona que los pobladores presenten temor, angustia, estrés post-traumático, trastornos del sueño, entre otros. Junto con esta problemática se encuentra la pobreza que afecta en su mayoría a los lugares aledaños, aldeas, municipios del lugar, por el alto costo de la vida, debido a que la población de estos lugares se dedica a la agricultura, artesanía, siembra y venta de flores, actividades que no les permiten altos ingresos.

Todos y cada uno de estos factores sociales, afectan el bienestar y la calidad de vida del adulto mayor, que asiste al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, AJUPENSA y APROBIDI, es debido a esto que debe brindársele una orientación y atención psicosocial.

Entre los factores que favorecieron la realización del Ejercicio Profesional Supervisado se puede mencionar, la aceptación de la labor del psicólogo en las instituciones donde se trabajó, ya que no era la primera vez que se trabajaba con dichos grupos, por otro lado dentro del Hospital Nacional Pedro Bethancourt, ya se tenía establecida la población a la que se debía atender. Las personas fueron muy

colaboradoras y recibieron con agrado y agradecimiento el programa de Adulto Mayor.

Entre los que influyeron negativamente se encuentran la poca comprensión de algunos médicos sobre la importancia de la psicología en los pacientes hospitalizados; las dificultades de escuchar o de trasladarse del adulto mayor dificultaron que se diera un proceso terapéutico continuo.

Capítulo V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

5.1.1 Conclusiones Generales

1. La tercera edad es una etapa del proceso evolutivo de la persona y por ello es necesario tomarla en cuenta, analizarla y comprenderla.
2. El adulto mayor posee grandes capacidades y potencialidades que deben ser desarrolladas para que éstos mejoren su calidad de vida.
3. El Ejercicio Profesional Supervisado es una experiencia que da la oportunidad de brindar ayuda y conocimientos a personas de diferentes lugares del país, lo cual permite que se conozca y ahonde en la problemática del país.
4. La mayor parte de las personas de la tercera edad no se encuentran preparadas para la jubilación, ya que el trabajo les proporciona un sentido de dirección y de vida.
5. Las condiciones que influyen en la mayoría de cambios comportamentales en el anciano son las dolencias físicas, la aparición de enfermedades graves, necesidad de afecto, atención, comprensión y cuidados constantes por parte de los hijos y familiares.
6. Los trastornos del sueño en el adulto mayor, son frecuentes cuando estos se encuentran atravesando por períodos de estrés ya sea por problemas en la niñez que no ha sido superados, con los hijos o cónyuge.

5.1.2 Sub-Programa de Servicio

1. La atención psicológica al adulto mayor permite que este tenga una mejor calidad de vida emocional y familiar.
2. Los principios logoterapéuticos demostraron ser eficaces en el manejo psicológico de personas con falta de sentido de vida y frustración existencial.
3. La atención psicológica debe enfocarse hacia el descubrimiento de las capacidades y virtudes del adulto mayor que le permita integrarse a la sociedad como un ser activo.
4. La aplicación de la terapia conductual, junto con el apoyo familiar permitieron mitigar el consumo de alcohol en pacientes alcohólicos.
5. Las técnicas de relajación ayudan en gran parte a reducir el estrés que le ocasionan los problemas familiares al adulto mayor.

6. Los pacientes hospitalizados requieren una atención psicológica inmediata, ya que se comprobó que al ser sanadas sus heridas emocionales, se muestran anuentes a colaborar con el tratamiento médico y disminuyen las somatizaciones.

7. La realización de manualidades y otras actividades recreativas, permiten la expresión de la creatividad y disminución del sentimiento de inutilidad en el adulto mayor.

5.1.3 Sub-Programa de Docencia

1. Las charlas y talleres realizados permitieron que la población identificara su problemática, buscara ayuda y asistiera de forma frecuente a las actividades programadas.

2 La participación en charlas y talleres aumenta los conocimientos e información del adulto mayor sobre temas de interés.

3. Por medio de las dinámicas motivacionales realizadas los adultos mayores mostraron cambios de conducta, mayor motivación y cambios de actitud ante la vida.

4. Enfocarse en las actividades recreativas y motivacionales disminuyó los niveles de ansiedad y depresión en la tercera edad.

5. Los pacientes diabéticos que participaron en actividades recreativas, convivencias y caminatas mostraron mayor alegría de vivir y motivación hacia la vida.

5.1.4 Sub-Programa de Investigación

1. El mayor sufrimiento para el adulto mayor es la dificultad de relación y convivencia con los hijos.

2. La falta de sentido de vida es provocado por el sentimiento de soledad que posee el adulto mayor luego de la partida de los hijos del hogar o la muerte de su pareja.

3. El adulto mayor, en su mayoría los hombres recurren al alcohol como una forma de escape a los problemas familiares o por sentimiento de soledad y abandono.

4. El que los hijos regresen al hogar con su familia formada o compartan la misma casa ocasiona en algunos casos que se vea afectada la situación personal, económica y emocional del adulto mayor.

5. El cuidado de los nietos es una de las razones que permite que el adulto mayor encuentra una razón de vivir y seguir adelante.

6. La adherencia a un grupo y el apoyo de familiares, disminuye el sentimiento de inutilidad, falta de sentido de vida y tristeza en el adulto mayor.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 Recomendaciones Generales

1. Es importante conocer todos y cada uno de los aspectos cognoscitivos, comportamentales, emocionales y evolutivos del adulto mayor para que la intervención psicológica sea integral y efectiva.
2. Es necesario indagar y abordar el ámbito social, familiar y personal del adulto mayor ya que permite identificar las problemáticas emergentes.
3. Que las instituciones gubernamentales fomenten los derechos e importancia del adulto mayor en las familias y en la sociedad en general.
4. Qué a través del Departamento de Psicología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt se de seguimiento al proceso evolutivo del adulto mayor y se informe al personal médico y paramédico del mismo.
5. Que el Departamento de Psicología cree programas que propicien la creatividad y expresión en la tercera edad.
6. Que el Ministerio de Cultura y Deportes de seguimiento al programa de gimnasia y tai-chi para promover la actividad física y reducir el estrés de la jubilación.
7. Que la Escuela de Ciencias Psicológicas promueva actividades que brinden conocimientos a los estudiantes y a la población en general sobre el cuidado y personalidad del adulto mayor.

5.2.2 Sub-Programa de Servicio

1. Es importante que el espacio físico en el que se brinde atención terapéutica al adulto mayor sea privado, tranquilo, con la menor cantidad de distractores.
2. Que el personal médico y paramédico comprenda la importancia de la atención psicológica en pacientes hospitalizados.
3. Desarrollar un trabajo sistemático, multidisciplinario hacia las personas de tercera edad, que permita mantener una buena calidad de vida.
4. Crear un programa de terapia ocupacional para pacientes hospitalizados en los diferentes servicios de la Institución.

5.2.3 Sub-Programa de Docencia

1. Habilitar un espacio privado para trabajar con el adulto mayor, ya que en ocasiones se dificultó realizar relajación o que las personas expresaran sus emociones.

2. Que el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt coordine junto con la Dirección, un programa permanente de apoyo al paciente diabético.

5.2.4 Sub-Programa de Investigación

1. Dar continuidad a la población con la que se trabajó a lo largo del Ejercicio Profesional Supervisado, para que las problemáticas encontradas sean abordadas.

2. Fomentar en el estudiante de Psicología el espíritu de investigación, no solo en el área teórica sino práctica y ayudar de esta manera a ahondar en la situación del país.

BIBLIOGRAFIA

- Alcohólicos Anónimos. **Fases de la recuperación del alcoholismo**. Grupo Divina Luz. 33 aniversario. 17 de Mayo.
- Bittencourt José Eduardo, Sergio Jeremías Souza. **Dinámicas de Grupo**. Editorial Claretiana. Impreso en Argentina.
- Coutier D, Camus A. Sarkar. **Tercera Edad: actividades físicas y recreación**. Editorial Gymnos. Impreso en España. Págs. 19, 22,23
- Cullari, Salvatore. **Fundamentos de Psicología Clínica**. Primera Edición. Editorial Prentice-Hall. Impreso en México. Págs. 164
- Farré Martí Joseph, María Gracia Lasheras y Juan Miguel Casas. **Enciclopedia de Psicología: Diccionario de términos psicológicos**. Tomo IV. Editorial Océano. Impreso en España
- Fracasso Anselmo. **El arte de vivir feliz**. Ediciones Dabar. Impreso en México.
- Frankl. Víktor E. **La idea Psicológica del Hombre**. Séptima Edición. Editorial Biblioteca del Cincuentario. Impreso en España. Págs. 11, 88, 122
- Frankl, Víktor E. **Psicología al Alcance de todos**. Tercera Edición. Editorial Herder. Impreso en España. Pag 13.
- Instituto de Logoterapia, Víktor Frankl. **Material de Trabajo Logoterapia**. Septiembre 2,000. Pags. 1, 2, 17, 24, 27-29, 37-39, 46-48
- Izquierdo Moreno, Ciriaco. **La ancianidad: envejecer y vivir con alegría**. Ediciones Mensajero. Impreso en España. Págs. 13, 14, 56, 88,93
- Morris, Charles G. Morris, Albert A. Maisto. **Psicología**. Décima Edición. Editorial Prentice-Hall. Impreso en México. Págs. 430.
- Papalia E. Diane. Rally Wendkos Olds. **Desarrollo Humano**. Sexta Edición. Editorial McGraw-Hill. Impreso en México. Pág 551
- Quintanilla Meza, Carlos Humberto. **Breve relación histórico-geográfica de Sacatepéquez**. Cenaltex. Ministerio de Educación. Página 35

GLOSARIO

1. **Angustia**: Alteración emocional caracterizada por la tensión psíquica y el predominio de síntomas físicos, sobre todo del área motora (incapacidad para relajarse, temblor) e hiperactividad autónoma como sudoración, palpitaciones, síntomas gastrointestinales o mareo. Cuando aparece de forma brusca se denomina crisis de angustia o ataque de pánico.
2. **Ansiedad**: Estado emocional displacentero de miedo o aprensión bien en ausencia de un peligro o amenaza identificable. Se caracteriza por una gran cantidad de síntomas somáticos como temblor, inquietud, hiperventilación sudoraciones, palpitaciones, etc.
3. **Capacidad**: Posibilidad de lograr el éxito en la ejecución de una tarea. El éxito expresa la capacidad del individuo y en determinadas ocasiones permite estimar su aptitud.
4. **Conformismo**: Estrategia individual o colectiva encaminada a mantener la cohesión del grupo.
5. **Egotismo**: Tendencia, bastante común entre las personas mayores, a vivir replegadas en sí mismas, mostrando una actitud de desconfianza hacia los demás, como si quisieran afianzar el interés del prójimo sobre su propia persona. Las emociones se centran sobre el ego; es decir se cristalizan alrededor de sí mismos.
6. **Estrés**: Conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo. Relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar.
7. **Envejecimiento**: Conjunto de transformaciones físicas y psíquicas que tienen lugar en el último período de la vida y que forma parte de un proceso caracterizado por el decaimiento de la vitalidad, debido a las modificaciones orgánicas propias de la senectud, lo que puede limitar de forma progresiva la capacidad de adaptación del individuo al medio.
8. **Frustración**: Estado que padece el que está privado de una satisfacción que entiende que le corresponde, lo que hace que se sienta defraudado en sus esperanzas. Para la logoterapia es la sensación de vaciedad o carencia de sentido de la propia existencia, falta de confianza o total desesperación sobre el sentido concreto, que puede originar una neurosis.
9. **Logoterapia**: Terapia humanista que concibe al hombre como un ser que está en búsqueda constante de sentido. El trabajo personal es ir develando este sentido y autoapropiárselo. Tiene como misión acompañar a otro ser humano para que encuentre el significado de su vida, ayudándolo a hacer conciente su logo (sentido) escondido de su existencia.

10. Motivación: Necesidad o deseo que dinamizan la conducta dirigiéndola hacia una meta. Procesos psicológicos y fisiológicos responsables del desencadenamiento, mantenimiento o cesamiento de un comportamiento.

11. Personalidad: Organización más o menos estable y duradera de carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única al medio. Patrón de comportamiento, sentimientos y comportamientos profundamente incorporado y que persiste por largos períodos de tiempo.

12. Soledad: Estado en el que el sujeto carece de forma deseada o involuntaria de la compañía de alguien. La soledad también es el sentimiento peculiar de aislamiento que puede experimentar una persona aun en presencia de otros.

13. Temperamento: Parte biológica determinada de la personalidad dependiente de los sistemas endocrinológico, neurológico y bioquímico.

14. Terapia: Conjunto de tratamientos dirigidos a aliviar o curar la enfermedad un síntoma o la sintomatología asociada.

ANEXOS
Cuestionario
El sufrimiento

Instrucciones: Responda las siguientes preguntas con sinceridad y claridad. Gracias por su colaboración

1. Escriba un sufrimiento repetitivo en su vida.

2. ¿Qué sensación le produce ese sufrimiento?

3. ¿Cuál es el origen de ese sufrimiento?

4. ¿Qué ganancia tiene ante ese sufrimiento?

5. ¿Qué pierde cuando ese sufrimiento aparece?

Actividad
“El carro de mi vida”

Instrucciones: Dibuje un carro que usted va llamar: el carro de la vida. Luego de dibujarlo en la hoja en blanco indique las siguientes especificaciones de su carro.

- a) Lugar donde sale su carro y placa (lugar y fecha de nacimiento)

- b) Identidad del carro: nombre y apellidos.

- c) ¿Quién maneja el carro: usted o sus padres, un amigo, los hijos, esposo (a)?

- d) ¿Qué personas importantes viajan con usted? ¿En qué puesto: adelante, atrás o a un lado?

- e) ¿A qué velocidad marcha su carro?

- f) ¿Para dónde va su carro?

- g) ¿Hay obstáculos en la carretera?

- h) ¿Cómo está el tráfico en la carretera?

- i) ¿Los semáforos están en rojo, en amarillo o verde?

- j) ¿Qué elementos (valores humanos) importantes llevara usted para estar bien equipado en la carrera de la vida?