

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

“ATENCIÓN PSICOLOGICA PRIMARIA Y SECUNDARIA EN EL PROGRAMA
DEL ADULTO MAYOR DE LA PASTORAL DE LA CARIDAD SOCIAL DE LA
PARROQUIA SAN MIGUEL FEBRES CORDERO ZONA 21”

MARIA ANGELINA OLIVA SALAZAR

GUATEMALA, FEBRERO DE 2007

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

“ATENCIÓN PSICOLÓGICA PRIMARIA Y SECUNDARIA EN EL PROGRAMA
DEL ADULTO MAYOR DE LA PASTORAL DE LA CARIDAD SOCIAL DE LA
PARROQUIA SAN MIGUEL FEBRES CORDERO ZONA 21”

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

POR

MARIA ANGELINA OLIVA SALAZAR

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE

PSICOLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

GUATEMALA, FEBRERO DE 2007

Acto que dedico y agradezco a:

DIOS... por ser el centro de mi vida, mi fuerza e inspiración

Mis padres: Hector y Odilia, por amarme, apoyarme;
guiándome con esfuerzo y sacrificio

Mis hermanos: Hector y Damaris por ser mis confidentes,
compañeros inseparables

Samuel Santos por ser un gran apoyo para mi

Mis amigos y amigas por amarme incondicionalmente y confiar en mí

Todos mis maestros de las aulas y fuera de ellas

Centros de enseñanza y práctica por imprimir en mi vida valiosas
lecciones

Al grupo del Adulto Mayor de la parroquia San Miguel Febres
Cordero, que Dios les bendiga.

Introducción:

La asistencia en salud mental es de suma importancia en la sociedad guatemalteca puesto que ésta ha sido violentada por mucho tiempo a lo largo de la historia dejando secuelas que perjudican hoy en día a la población, sin embargo el sistema de asistencia en salud nacional no prioriza la salud mental siendo esta tan necesaria, es por ello que han surgido diversas entidades no gubernamentales que brindan este servicio a la población guatemalteca.

En la Parroquia San Miguel Febres Cordero ubicada en la zona 21 de la ciudad de Guatemala, se llevan a cabo actividades de asistencia social a través de diversos programas que abarcan integralmente a la población, uno de estos programas es el del Adulto Mayor, el cual promueve la salud mental y física de los integrantes a través de diversas actividades diarias, incluidas el ejercicio, talleres, conferencias, psicoterapia individual y grupal, entrega de alimentos etc. Este programa es atendido por un equipo multidisciplinario.

El grupo del adulto mayor que asiste a la parroquia san Miguel Febres Cordero está compuesto por personas mayores de 50 años, las cuales están sujetas a situaciones de vulnerabilidad social, psicológica y médica, es necesario entender que en estas edades las situaciones en estos ámbitos sufren cambios esenciales. Para mencionar algunos de estos cambios se puede señalar que se ven afectados por la “desintegración familiar” pues los hijos se casan y forman su propio hogar, fenómeno que se complementa por la muerte o ausencia de alguno de los cónyuges; además el factor económico es una de las presiones fuertes que afectan la salud mental del adulto mayor, ellos se encuentran jubilados de sus empleos por lo que sus ingresos son bajos y dependen de dicha circunstancia, a lo que debemos agregar que el gasto médico es mayor que en otra etapa de la vida; debido a que ellos experimentan enfermedades crónicas que son el resultados de estilos de vida negativos, con malas prácticas de alimentación, ejercicio y procesos degenerativos.

El cuidado de las enfermedades crónicas es también un problema; el sentirse enfermos les causa dificultades emocionales como los sentimientos de incompetencia, intolerancia, dependencia, victimización etc.

Estos son tan solo unos de los problemas más importantes que afectan a esta población, por lo que el trabajo psicológico que se lleva a cabo en el programa de atención al Adulto Mayor, incluyó la ayuda individual (con psicoterapia individual) y la ayuda grupal (psicoterapia de grupo y talleres teórico-prácticos de temas de interés enfocados a las necesidades mencionadas).

La educación figuró como uno de los métodos más seguros para fomentar la salud mental, el presente E.P.S. (Ejercicio Profesional Supervisado) buscó que cada individuo tomara conciencia de su realidad promoviendo así decisiones sanas en pro de su salud.

La gerontología en Guatemala es una disciplina poco explorada, el trabajo realizado en la Parroquia San Miguel Febres Cordero permite entender la importancia de la labor con las personas de la tercera edad, comprendiendo cómo los procesos naturales de la vida pueden perjudicar o beneficiar al ser humano al alcanzar estas edades.

En el trabajo realizado, se observaron, registraron y analizaron las reacciones afectivas de los adultos mayores. Tema implantado a partir de la necesidad de comprender sus actitudes que muchas veces parecen confusas y difíciles de justificar a las personas que se encuentran a su alrededor y conviven con ellos. Este trabajo por lo tanto contribuye a brindar información a toda persona interesada sobre la afectividad del adulto mayor y los factores que influyen en la manifestación de la misma.

Síntesis descriptiva:

El presente informe final describe los procesos de atención psicológica primaria y secundaria que se brindaron en el programa del adulto mayor de la Pastoral de la Caridad Social de la Parroquia San Miguel Febres Cordero, zona 21 de la ciudad de Guatemala, el cual se llevó a cabo desde marzo 2004 hasta abril 2005, con personas que comprenden las edades de 50 a 79 años, que asisten al programa, con la finalidad de fomentar la salud mental de los participantes y así elevar su calidad de vida.

La Atención Primaria incluyó los servicios preventivos, tales como la docencia en la que se imparten temas de educación en salud mental, con temas que se aplicaron a la necesidad de la vida del adulto mayor, así como la investigación, que busca proveer sustento a trabajos posteriores evidenciando las causas de los problemas más comunes en el adulto mayor en el entorno guatemalteco.

En la Atención Secundaria se abordaron aquellas actividades curativas que intervienen en el caso de evidenciarse una patología psicológica, a través de la psicoterapia individual o grupal.

En este informe final se relatan brevemente los antecedentes históricos de la parroquia San Miguel Febres Cordero, sus alrededores y habitantes que a su vez figuran como la población atendida, seguidamente sobre la base de la observación se plantea el problema a tratar, luego con el abordamiento teórico metodológico se sustenta la situación descrita junto a los objetivos de cada subprograma los cuales se resumen de la siguiente manera:

En el subprograma de servicio se brindó atención clínica individual y grupal a fin de fomentar la salud mental de las personas pertenecientes al programa que necesitaban soporte terapéutico por situaciones conflictivas en sus vidas.

En el subprograma de docencia se impartieron talleres, conferencias y técnicas grupales de enseñanza aprendizaje que cumplían los objetivos de propiciar el desarrollo de destrezas y actitudes que ayuden a enfrentar los problemas más comunes que se presentan en la vejez; formar y capacitar los recursos humanos que atienden los adultos mayores a nivel interno y administrativo del programa.

En el subprograma de investigación se aplicaron tres técnicas principales: la observación, estudio de casos y la entrevista, con la finalidad de explorar y explicar los factores que propician los problemas afectivos en el adulto mayor.

CAPITULO I

1.1 Monografía del lugar:

El proyecto de Atención al Adulto Mayor, se llevó a cabo en la parroquia San Miguel Febres Cordero, situado en la colonia Venezuela zona 21.

La distribución de la zona 21 de la ciudad capital surgió durante el gobierno del ingeniero Miguel Ydígoras Fuentes, se concibió por primera vez la creación de un proyecto habitacional que diera la oportunidad de economizar espacio, así como reducir costos de construcción, aumentar la densidad de la población, entre otros. Siguiendo estos objetivos se planificó y dialogó la construcción de modelos multifamiliares de vivienda.

Los proyectos multifamiliares caracterizan a la zona 21 ya que en las colonias que la conforman existen edificios multifamiliares los cuales se construyeron bajo la administración del Banvi (Banco Nacional de la Vivienda) INVI (Instituto Nacional de la vivienda) y ICIV.

El primer proyecto realizado fue la colonia Justo Rufino Barrios a cargo del INVI (Instituto Nacional de la vivienda) en la década de 1960, con viviendas tipo unifamiliar, posteriormente las viviendas tipo duplex y finalmente el modelo experimental óctuplex en 1972.

El segundo proyecto llevado a cabo fue el de la colonia Bello Horizonte I, pasado ya el terremoto de 1976, por lo que se implemento la modalidad antisísmica. En esta colonia fueron construidos formalmente los modelos óctuplex y entregados en 1977, uno de los objetivos de esta modalidad era la habilitación de mayor área verde para la recreación sin embargo, las áreas verdes que restaban fueron invadidas y legalizadas por el gobierno en los últimos años obstruyendo el cumplimiento de este objetivo.

El tercer proyecto habitacional en construirse en la zona 21 fue la colonia **Venezuela**, que lleva dicho nombre en honor de la Republica de Venezuela cuyo gobierno y pueblo donaron los fondos para la construcción de la misma como consecuencia del terremoto de 1976. Esta colonia tiene un total de 962

apartamentos para igual número de familias. La colonia Venezuela tiene una población estimada de 4810 habitantes. La construcción de esta colonia se inició en 1978 y se terminó en 1980, fecha en que las viviendas fueron entregadas a los beneficiarios. El tipo de vivienda es el denominado óctuplex 8L-P siendo estos conjuntos habitacionales modulares de 8 apartamentos constando de dos módulos de cuatro apartamentos cada uno y siendo de dos niveles; mientras que el otro consta de dos módulos de 6 apartamentos cada uno. Este es de tres niveles. Tanto la colonia Venezuela y Bello Horizonte ocupan el terreno más plano de la zona 21.

El cuarto proyecto habitacional de la zona fue el de Nimajuyú I y II, cuya primera fase fue entregada en el año 1982. Todo Nimajuyú I consta de 3,456 apartamentos para una población de 17, 280 personas.

Nimajuyú II cuenta con 400 apartamentos para una población de 2,000 habitantes. Estos cuatro proyectos están regidos por el código civil y un reglamento de copropiedad y administración de la propiedad Horizontal.

Asimismo la zona 21 está compuesta de varias colonias originadas por invasiones de habitantes de otros sectores del país los cuales tras diversas formas de presión política han logrado la legalización de las tierras; y otros proyectos habitacionales de la propiedad privada, entre estos figuran: Eureka, Covy Hody, Las Marias, Cantón La Paz, Loma Blanca, Cerro Gordo, los asentamientos La Arenera, Nuevo Amanecer, Monseñor Gerardi.

1.2 Descripción de la institución:

El trabajo multiprofesional que se llevó a cabo en la Parroquia San Miguel Febres Cordero es coordinado por el Programa de Extensión de la Escuela de Trabajo Social, es financiado por diversas instituciones entre las cuales se encuentra EPSUM (Ejercicio Profesional Supervisado Multiprofesional), el cual brinda el financiamiento al trabajo psicológico a través de becas estudiantiles; Las instalaciones físicas y en cierta medida la población (por contarse como la feligresía de la iglesia) son proporcionados por la Parroquia San Miguel Febres Cordero.

Programa de Extensión de la Escuela de Trabajo Social:

En 1995 la unidad académica de Trabajo Social inició un proceso de readecuación curricular y con esto se vió en la necesidad de integrar las prácticas que se realizan y sistematizar las acciones de extensión que la Escuela puede desarrollar, para contribuir efectivamente al cumplimiento de los fines de la Universidad, enfatizando en la necesidad de vincular la Escuela con la sociedad, de manera organizada, integrando las actividades de extensión con la enseñanza-aprendizaje y la investigación; sobre la base de este planteamiento se estructuró el Programa de Extensión de la Escuela de Trabajo Social, el cual en su definición se describe como: El conjunto de acciones integradas de investigación, docencia y servicio que realiza la Escuela de Trabajo Social dentro y fuera de las aulas universitarias; con el fin de vincular a la población en la búsqueda de alternativas de solución a sus problemas y necesidades que les permitan elevar sus condiciones de vida material y espiritual. Además contribuye al fortalecimiento de la profesión y al desarrollo académico y cultural de estudiantes, docentes y administrativos (as) de la Escuela de Trabajo Social.

Políticas:

- ❖ Los proyectos y actividades de extensión se enmarcarán en los fines de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

- ❖ El programa de extensión estará dirigido a los sectores de población cuyas condiciones de vida sean precarias.
- ❖ Establecer permanentemente vinculación con los profesionales egresados de la Escuela de Trabajo Social.
- ❖ Integrar a las prácticas académico formativas de la Escuela de Trabajo Social, para viabilizar el servicio a la población.
- ❖ Establecer vinculación y cooperación con organismos nacionales e internacionales.
- ❖ Mantener comunicación con unidades formadoras de Trabajo Social y otras afines a la profesión.
- ❖ Fortalecer vínculos de comunicación social entre la Escuela de Trabajo Social y la población guatemalteca.
- ❖ Mantener relaciones de cooperación con organizaciones populares y de base.
- ❖ Buscar mecanismos de extensión que permitan desarrollar el enfoque multidisciplinario.
- ❖ Establecer actividades académicas, culturales y deportivas en forma sistemática con estudiantes, docentes y administrativo de la Escuela.

Objetivos de la extensión:

- ❖ Impulsar la extensión universitaria de la Escuela de Trabajo Social, para proyectarse a la población guatemalteca.
- ❖ Divulgar la cultura, la ciencia y la tecnología, para contribuir al desarrollo del conocimiento de la población guatemalteca.
- ❖ Confrontar la teoría y la práctica del Trabajo Social para realimentar el proceso formativo.
- ❖ Promover el desarrollo profesional y académico de los trabajadores sociales, para realimentar la acción profesional.
- ❖ Promover la coordinación interprácticas, para unificar el servicio que se proyecta a la población.

- ❖ Impulsar la gestión y vinculación de recursos en el ámbito de organismos nacionales e internacionales para lograr apoyo técnico y financiero.
- ❖ Promover intercambios de experiencias con unidades formadoras en Trabajo Social y otras afines a la profesión para fortalecer la formación académica.
- ❖ Evaluar permanentemente los proyectos de extensión que se impulsan en beneficio de la población guatemalteca para hacerlos más eficientes.
- ❖ Promover la divulgación de la actividad académica que desarrolla la Escuela de Trabajo Social, para informar a estudiantes, docentes, administrativos y población guatemalteca.

El Programa de extensión y servicio es parte del área de formación profesional específica, está dirigido por la coordinadora del área de Trabajo Social e integrado por los coordinadores de los departamentos que conforman el área. Los profesionales nombrados encargados del programa tienen bajo su responsabilidad planificar, organizar, implementar y evaluar los proyectos. La coordinadora de área y coordinadores de departamento tienen como responsabilidad revisar y proponer proyectos de extensión, evaluar, coordinar, promover y administrar acciones que conduzcan a desarrollar integralmente la extensión y servicio.

EPSUM (Ejercicio Profesional Supervisado Multiprofesional)

Dirección: 2ª. Avenida 12-40 zona 1

Teléfono: 232-9374

Horario de atención: 9:00 a 15:00 horas

Es una unidad Técnico – administrativa, docente y de servicio, encargada de coordinar el Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- en el que participan estudiantes de todas las unidades académicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, estos equipos de trabajo en forma conjunta implementan soluciones a problemas específicos de la población guatemalteca.

La propuesta del programa de Ejercicio Profesional Supervisado Multiprofesional fue elaborada por la comisión EPSUM, nombrada por el Honorable Consejo Superior Universitario de la siguiente manera: en 1986 se aprobaron las finalidades y objetivos del programa, los subprogramas, aspectos metodológicos, campos de acción, fases de desarrollo y divulgación del programa.

En abril de 1991, se aprobó la estructura administrativa y el presupuesto inicial, en octubre del mismo año se contrata el Equipo de Asesores para dar inicio a la primera experiencia multiprofesional. El programa piloto se establece en febrero de 1992 con 4 equipos de estudiantes.

En los trece años de ejecución del programa EPSUM, se han desarrollado actividades en los departamentos de Huehuetenango, Quiché, Quetzaltenango, Totonicapán, Alta Verapaz, San Marcos, Retalhuleu, Suchitepéquez, Escuintla, Santa Rosa, Jutiapa, Jalapa, Zacapa, Chiquimula, Petén, Sacatepéquez y Guatemala.

El programa EPSUM brinda apoyo a los estudiantes a través del financiamiento interno el cual comprende el fondo de becas con el que se ha apoyado a más de 392 estudiantes de las carreras de Arquitectura, Psicología, Trabajo Social, Veterinaria, Zootecnia, Biología, Medicina, Ingeniería, Agronomía, Pedagogía, Geología, Sociología, Antropología, Nutrición y Administración de Empresas.

El financiamiento externo comprende fondos captados de ministerios, municipalidades, ONGs, CAMI y organismos internacionales como Naciones Unidas, INCAP, OPS, GTS, AID entre otros.

La Misión del EPSUM es:

- ❖ Integrar equipos multidisciplinarios y multiprofesionales que contribuyan al desarrollo integral y el bienestar de la población, mediante el análisis participativo de la realidad, la producción de bienes y servicios de calidad,

la propuesta y ejecución de soluciones integrales a la problemática local, regional y nacional.

La Visión del EPSUM es:

- ❖ Es un programa que coordina y fortalece a los programas de prácticas supervisadas de la Universidad de San Carlos de Guatemala constituyéndose en una unidad ejecutora de proyectos de extensión académica, de investigación y de servicio, con alto grado de eficiencia, que facilita la gestión de recursos para el desarrollo de las comunidades.

Los objetivos que busca el EPSUM son:

- ❖ Contribuir al desarrollo educativo de los estudiantes por medio de acciones comunitaria.
- ❖ Estimular la participación comunitaria en la resolución de problemas
- ❖ Integrar equipos multidisciplinarios en el interior de la republica que den apoyo al desarrollo.

- ❖ Fomentar la coordinación de actividades entre unidades académicas, para facilitar la formación de recursos humanos, con una visión integral de la realidad, creando Programas de Extensión y EPS.
- ❖ Promover la superación de la calidad de vida y bienestar de la población en forma participativa, sostenible y sustentable.

Parroquia San Miguel Febres Cordero

Dirección: 16 avenida 10-49 colonia Venezuela zona 21

Teléfono: 448-7538

Horario de atención: 7:00 a.m. a 1:00 y 2:00 a 4:00 p.m.

La parroquia San Miguel Febres Cordero es una institución religiosa que orienta a las personas en la fe católica-apostólica y romana, pertenece a la Diócesis de Santiago de los Caballeros de Guatemala, siendo el párroco la

autoridad máxima dentro de la institución, este es regido por el arzobispo y cardenal nombrado por la más alta autoridad de la iglesia el Papa Juan Pablo II, representándole en el momento Monseñor Rodolfo Quezada Toruño. Durante el desarrollo de este E.P.S el párroco fue el sacerdote Miguel Angel Girón Morataya quien dirige todas las actividades que se realizan dentro de la institución, siendo que todo lo que realizan los fieles laicos debe de contar con la aprobación del mismo.

En 1981 el sacerdote Pedro Crevits (Q.E.P.D.) contaba con más de 80 años de edad cuando por orden del arzobispo Monseñor Prospero Penados del Barrio se compromete a hacerse cargo de los fieles de la jurisdicción, en ese entonces él era párroco de la colonia vecina Ciudad Real. Se contaba solamente con el terreno disponible para realizar los diferentes oficios litúrgicos. Siendo este un sacerdote emprendedor decidió pedir ayuda a los pocos vecinos y con estos logró contar con vigas de madera, láminas y plástico con los cuales plantó una galera improvisada que próximamente destinó para realizar las actividades religiosas, además los vecinos donaron una pequeña mesa de madera y un mantel blanco sencillo que se colocó en medio de la improvisada capilla y fungía como altar mayor. Al principio asistían un número de 7 personas a la celebración quienes llevaban de sus hogares las sillas para sentarse.

En determinada ocasión se le notificó que el terreno con que contaba se le reduciría ya que se haría la construcción de un juzgado de Paz, por lo que decidió realizar las gestiones necesarias ante el Banco Nacional de la Vivienda (BANVI) y logró que se le entregara el plano para que más tarde fuera legalizado a nombre de la Curia.

Posteriormente en 1983 el padre Crevits fue nombrado párroco de la iglesia y como ya contaba con la galera improvisada mando a construir las primeras 50 bancas rústicas de pino para la feligresía que asistía a las celebraciones

eucarísticas, ya que este caso ya había aumentado el número, funcionando de 1983 a 1989. Fue autorizada Parroquia el 27 de septiembre de 1988.

En este mismo año el padre Crevits viajó a Bélgica y Alemania para darle continuidad a determinadas solicitudes que había realizado para la construcción del templo consistente principalmente en apoyo económico, las solicitudes las había hecho tiempo atrás por lo que a su regreso notificó a los feligreses que próximamente estarían construyendo el templo ya formal, contratando ingenieros para la iniciación de elaboración de los planos correspondientes iniciando la construcción propiamente el 29 de mayo de 1989, mientras la eucaristía se continuaba realizando en la galera improvisada. El día 29 de julio se inauguró el Templo oficialmente siendo el padre Crevits quien ofició la primera misa demostrando el júbilo que esto representaba para él y el pueblo de Dios.

El sacerdote agotado por toda la responsabilidad y actividades que realizada durante la misión que se le había encomendado, pero al ver cumplidas parte de ellas decidió tomar unas vacaciones en su país natal donde enfermó y lamentablemente falleció. Debido a que el padre Crevits ya no se encontraba fue nombrado el padre Franciscano Francisco Gonzáles Ita, quien permaneció poco tiempo en la dirección de la parroquia.

En 1992 fue nombrado oficialmente el párroco español José Juárez Fernández, quien dio un gran impulso al movimiento de Cursillos de Cristiandad y posteriormente implantó el plan Pastoral de evangelización mediante el cual se establecieron retiros mensuales para dar a conocer el kerigma a los feligreses los cuales se conformaron en pequeñas comunidades de laicos los cuales se reúnen en los hogares para reflexionar sobre la buena nueva de Dios, en diferentes días y horarios. Del Plan de Evangelización surgieron las diferentes pastorales entre las que se mencionan: enfermos, ancianos, familia, ministros extraordinarios de la comunión, de evangelización y otros.

En 1999 el padre José Juárez renunció (por causas que según los fieles es mejor no hablar, dato obtenido por un laico perseverante) y en su lugar fue nombrado el padre Humberto Marroquín que era a la vez párroco de Santa Clara de Asís, ubicada en la Colonia Justo Rufino Barrios zona 21, quien transitoriamente y en forma parcial atendió la parroquia de San Miguel Febres Cordero.

El 4 de julio de 1999 fue presentado como nuevo párroco el padre Miguel Ángel Girón Morataya quien fue recibido con alegría por medio de los laicos y es quien durante el desarrollo de este E.P.S dirigió las diferentes actividades que se llevaron a cabo en la parroquia.

En la parroquia San Miguel Febres Cordero han acontecido hechos significativos y que tienen relevancia dentro de la institución, a continuación se mencionan algunos de ellos:

El día de la Consagración del Templo y Altar de la parroquia, llevado a cabo el 12 de noviembre del año 2,000 presidida por el Nuncio Apostólico de su Santidad Juan Pablo II, Monseñor Ramiro Moliner Inglés. Este acontecimiento constituyó una gran fiesta espléndida para el pueblo de Dios.

En Pentecostés de 2002 hizo su primera visita el señor Arzobispo; Monseñor Rodolfo Quezada Toruño, con ocasión de administrar el Sacramento de la Confirmación.

La visita Pastoral de Monseñor Mario Ríos Montt durante los días 26 y 27 de junio del 2,003, quien recorrió y dialogó con los diferentes movimientos con que cuenta la parroquia haciéndole entrega de informes de trabajo realizado tanto en el ámbito de pastorales como grupos, haciendo énfasis en las diferentes instituciones que colaboran con la iglesia como la Universidad de San Carlos de Guatemala, aduciendo que se necesitan de profesionales conscientes para que el

pueblo de Dios sea atendido como tal. Felicitándole y exhortándole a seguir colaborando con la sociedad en general.

Naturaleza de la institución:

La naturaleza de la institución es religiosa y abierta, ya que su objetivo principal es evangelizar y difundir el amor de Dios, abierta por que todos los fieles que deseen formar parte de la comunidad cristiana pueden llegar a la parroquia, no importando etnia, posición económica edad, sexo y otros.

Políticas:

- ❖ Colaborar en la educación técnica principalmente con el sector mujer a través de diferentes oficios, los cuales les permitan insertarse en el desarrollo económico tanto en el ámbito familiar como social de la parte geográfica que cubre como parroquia principalmente en la zona 21.
- ❖ Aportar conocimientos a las usuarias de los distintos proyectos por medio de la capacidad de los/as feligreses que cuentan con capacitaciones acordes, para que el recurso humano dentro de la misma área sea reconocido, y para que las usuarias puedan colaborar con el presupuesto económico familiar.
- ❖ Atender las necesidades de las personas adultas mayores que cuentan con un tiempo disponible, para que lo ocupen en beneficio de alcanzar una mejor calidad de vida.
- ❖ Brindar una enseñanza espiritual a las usuarias, para que las personas cuenten con la fe centrada y por lo tanto tengan fortaleza para afrontar los obstáculos que les presenta la realidad social.

Objetivos:

Generales:

- ❖ Promover e impulsar la comunión y la participación para formar comunidades cristianas vivas y adultas en la fe para irradiar la unidad según el mandato nuevo de nuestro Señor Jesucristo.
- ❖ Fortalecer la vida humana, espiritual y social de los miembros de la parroquia San Miguel Febres Cordero, para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de cada persona y por ende de la sociedad.
- ❖ Contribuir a la formación espiritual de la fe, para crear un mundo más humano y feliz, partiendo del cristianismo y de la enseñanza católica, de ahí proyectarse a la sociedad.

Específicos:

- ❖ Formar pequeñas comunidades de feligreses para fomentar la fe, e insertar el amor de Dios a través de la cotidianidad.
- ❖ Brindar enseñanzas cristianas a los diferentes grupos y proyectos que se encuentran en la institución.
- ❖ Promover capacitaciones técnicas enfocadas al desarrollo económico y social de las personas principalmente al sector mujeres.
- ❖ Coordinar con las diferentes instituciones para alcanzar una cobertura amplia y así proyectarse a la sociedad en general.

La parroquia San Miguel Febres cordero cubre diversas colonias y asentamientos ubicados en el sector de la zona 21 comprendiendo las colonias Eureka, Bellos Horizontes, Venezuela, Coby Hody, Las Marias, Cantón La Paz, Nimajuyu I y II Loma Blanca, Cerro Gordo, los asentamientos La Arenera, Nuevo Amanecer, Monseñor Gerardi, los asentamientos se encuentran en una situación precaria y son habitadas por familias en situación de extrema pobreza por lo que no están en condiciones de cubrir sus necesidades básicas.

La parroquia cuenta con varios proyectos y programas que son auto sostenibles y que buscan el desarrollo individual y colectivo de la comunidad que atienden. Entre estos proyectos se enumeran, el programa Materno Infantil, que cubre gran cantidad de madres y niños, a los que se les brinda educación a través de talleres y charlas.

El programa de Talleres, en el que se cuenta con 6 talleres entre los que se cuenta el taller de cocina, corte y confección, velas aromáticas, arreglos con flores naturales, repostería y bordado en cuadros, este programa es financiado por un programa especial de apoyo a la microempresa de la Cámara de la Industria de Guatemala a través de la entrega de bonos a las participantes.

El programa de Mujeres Indígenas a las cuales se atiende brindándoles educación a través de talleres y charlas. Y el programa del Adulto Mayor el cual brinda educación y ayuda social a través de diversos programas como gimnasia, tai-chi, religión y el programa de alimentos al que tienen acceso los demás programas que funcionan en la parroquia este es un proyecto financiado por Caritas Arquideocesananas de Guatemala, para el cual los participantes aportan una ofenda simbólica para obtener artículos de la canasta básica, el cual se deposita en una cuenta específica para cubrir los gastos de transporte, la leche que se cancela en caritas y el traslado del producto a la parroquia, así como para poder cubrir necesidades urgentes tales como la construcción física de los talleres, esta actividad es coordinada por el departamento de Trabajo Social.

Todos los programas cuentan con asistencia psicológica. El apoyo profesional se desarrolla a través de los estudiantes de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en su mayoría egresistas de la Escuela de psicología, Trabajo Social, Humanidades y Ectafide, los cuales planifican y desarrollan proyectos con los diferentes programas funcionales.

1.3 Descripción de la población atendida

En la parroquia San Miguel Febres Cordero se desarrollan diversos programas de apoyo social comunitario, entre ellos se cuenta el Programa Materno Infantil, el Programa de Mujeres Indígenas, el Programa de Talleres y el Programa del Adulto Mayor; todos estos programas buscan el desarrollo individual y colectivo a través del apoyo profesional a las personas, involucrando Psicólogos, Trabajadores Sociales y Pedagogos en cada uno de los programas.

El grupo de personas del Adulto Mayor que asiste a la Parroquia San Miguel Febres Cordero recibe el nombre de “Otoño en Primavera”, está organizado por una junta directiva que se encarga de coordinar al grupo en las actividades que se llevan a cabo. Entre las actividades cotidianas se encuentra la práctica del Tai-chi que se imparte los días lunes y viernes de 7:00 a 8:00 a.m, los días martes, miércoles y jueves se practica gimnasia aplicada al Adulto Mayor de 7:00 a 8:00 a.m ambos impartidos por personas pertenecientes al grupo, lunes de 15:00 a 17:00 horas se lleva a cabo la reunión de capacitación para el adulto mayor impartida por el departamento de Psicología, Pedagogía y Trabajo Social y los días miércoles de 15:00 a 17:00 horas, se llevan a cabo las reuniones de religión impartidas por dos personas que son catequistas en el grupo.

El número de personas que asisten regularmente al grupo oscilan entre 38 y 44 aunque al programa están inscritas 80, todas las personas están comprendidas entre las edades de 50 a 79 años de edad, de estos solamente 3 pertenecen al género masculino y 41 al género femenino, el nivel socioeconómico de la población es de nivel medio en su mayoría jubilados, por lo que se dedican a labores domésticas y habitan las periferias de la parroquia, colonias tales como Nimajuyú I y II, Bello Horizonte, Venezuela, Loma Blanca y El Esfuerzo. Aproximadamente un 85% de ellos sabe leer y escribir.

El 77% aproximadamente de la población son solteras o viudas y el 23% son casadas. Las enfermedades crónicas son de alta incidencia en la población del Adulto Mayor ya que solamente el 13% de personas se denomina sano el resto padece enfermedades crónicas, entre las enfermedades las de mayor frecuencia son las relacionadas con los padecimientos cardíacos y circulatorios presentándose en un 50% de la población, el 37% de personas restante reporta enfermedades tales como el colon irritable, artritis, diabetes, gastritis, epilepsia, etc.

Los problemas psicológicos tienen una estrecha relación con la situación social, económica, familiar y laboral ya que cada una de estas muestra cambios terminantes tornándose inestable afectando así el equilibrio emocional del Adulto Mayor, provocando depresión, inestabilidad emocional, dependencia, sentimientos de minusvalía, necesidades de pertenencia a un nuevo grupo, enfermedades psicosomáticas etc. En algunos casos se manifiestan problemas psiquiátricos.

1.4 Planteamiento del problema

La situación de las personas adultas mayores es muy compleja y se ve afectada desde las diversas facetas de la integridad de la persona, tanto en el ámbito social, laboral, económico, familiar, religioso, personal, físico, etc. de tal manera que el equilibrio emocional se ve amenazado ante las circunstancias de riesgo que le convierten en una persona vulnerable.

En la etapa de la vejez, las personas viven la época de la jubilación esto implica que aquello para lo cual estudiaron, se prepararon y practicaron, llega a su fin y se encuentran en casa sin un empleo u ocupación que llevar a cabo. Al mismo tiempo su situación económica varía pues los ingresos se reducen a la pensión de jubilación, esto es cuando pertenecieron a instituciones gubernamentales, cuando no deben sujetarse a empleos poco remunerados y que implican menor fuerza laboral o simplemente se convierten en dependientes económicamente de los hijos o familiares.

Físicamente, su fuerza corporal disminuye, el funcionamiento general se modifica, algunas glándulas reducen la producción de ciertas hormonas, se presenta la pérdida de peso involuntaria, las funciones cognitivas se deterioran gradualmente, el hambre y el sueño se ven alterados, y el resultado de estilos de vida incorrectos alcanza su máxima expresión generando las enfermedades crónicas, las cuales implican nuevas prácticas de ejercicios, alimentación y medicación, el costo de cuidados médicos se incrementan para el tratamiento de las enfermedades, provocando sentimientos de dependencia con medicamentos y personal médico, entre otras cosas.

Se hace notar la reducción de su círculo social tanto entre amigos como familiares ya sea por muerte, enfermedad, mudanza, la ausencia del espacio laboral y/o educativo, etc. provocando en el adulto mayor sentimientos de inutilidad, incapacidad y soledad.

Familiarmente, los vínculos se extienden demográficamente con la adición de nuevos miembros como yernos, nueras, nietos, consuegros, etc. pero geográficamente la familia se reduce únicamente a los cónyuges, los hijos se casan y se van a formar sus propias familias, sin embargo la falta de cónyuges en el adulto mayor es de mayor incidencia, según las estadísticas en las mujeres es mayor el número de viudez y soledad, por lo tanto esto sugiere que al marcharse los hijos los adultos deben vivir solos, lo cual afecta gravemente la integridad emocional.

Tras esta serie de cambios abruptos la personalidad se ve presionada y afectada gravemente, pues las redes sociales se deterioran y generan inestabilidad integral en el individuo.

CAPITULO II

2.1 Abordamiento científico teórico metodológico del problema:

El envejecimiento en la población:

Diversos estudios y censos realizados demuestran que cada día hay mas gente vieja en el mundo, a medida que la población mundial se extiende, la natalidad aumenta y la esperanza de vida es mayor alcanzando en algunos países hasta los 74 años de edad, como lo es el caso de los Estados Unidos y Canadá, según la OMS (Organización Mundial de la Salud en 1996)

Según la ONU, ya la población de Europa y de Norteamérica, al igual que la de Oceanía y el Asia Oriental, es vieja. América Latina está entrando en su madurez. Asia del Sur y África constituyen demográficamente las poblaciones más jóvenes del mundo, a partir del año 2,000 la tendencia general es la vejez, solamente África permanece mas joven.

Por lo tanto el estudio e investigación, médico, psicológico y social es de suma importancia en el campo de la adultez tardía o vejez.

Sin embargo, podemos decir que psicológicamente el problema principal no es el envejecimiento, sino más bien la falta de aceptación de este como etapa natural de la vida, se debería tomar en cuenta que desde el momento que se nace comienza el proceso de envejecimiento, por lo que es natural esperar la ancianidad. La sociedad moderna, en especial la que vive bajo un sistema capitalista no suele proyectarse a esta etapa de la vida.

De esta concepción basada en la productividad surgen el término “tercera edad” ligado íntimamente a con la edad de retiro legal, ya que la “primera edad” esta enfocada a la preparación, educación y entrenamiento de los jóvenes para el trabajo, seguido por la “segunda edad” o adultez, dedicada a trabajar para producir artículos y servicios; y a continuación viene la tercera edad, que da derecho al retiro del trabajo con una pensión, por lo tanto este término se relaciona con el proceso de consumo, según lo citado por Girón Mena (1989). El término tercera edad es muy utilizado para señalar la etapa de la vejez, sin embargo bajo la concepción de que ha surgido no parece ser el término más adecuado ya que ofrece la idea de improductividad o minusvalía.

Edades de la vida humana:

Basados en los escritos de Girón Mena (1989), el desarrollo biológico divide la vida humana en ocho edades:

1. La infancia, aplicable al niño que no habla, generalmente el primer año de vida.
2. La niñez, desde la iniciación del lenguaje hasta el principio de la actividad sexual aproximadamente 11 o 12 años de edad.
3. La pubertad, periodo de 2 años aproximadamente de duración en el cual se manifiestan las funciones sexuales, la primera menstruación en la mujer y eyaculación en el hombre, aparecimiento del vello púbico y en axilas, transformaciones del cuerpo tomando aspecto redondeado en la mujer y musculosos en el hombre, aproximadamente de 12 a 14 años de edad.
4. La adolescencia, se caracteriza por vivencias de adaptación social que lentamente van incorporando al púber a la vida adulta, y que suceden entre los 15 y los 20 años.
5. La edad adulta, en la que el ser humano se dedica al trabajo, paternidad y maternidad respectivamente, hasta la menopausia en la mujer, oscilando entre los 45 o 50 años de edad.
6. La adultez tardía, hasta los 60 años aproximadamente.
7. La vejez o senectud, ubicada entre los 60 hasta los 75 años.
8. La senilidad, caracterizada por los problemas propios de disfunción orgánica, para algunos después de los 75 para otros después de los 90 y otros mueren mas viejos sin presentar problemas de este tipo.

Geriatría y gerontología:

La Federación Internacional de la Ancianidad, según Aquiles Cruz (1996), define la **Gerontología** como “el estudio científico de todos los procesos de envejecimiento ya sean ellos biológicos, psicológicos y sociales”. Superficialmente

podríamos decir que la *gerontología psicológica* o *psicología gerontológica*, estudia la relación del envejecimiento, la personalidad y el comportamiento. Sin embargo los procesos psíquicos no pueden desligarse de los aspectos que constituyen la integridad del individuo, por lo que es de suma importancia nombrar las ciencias gerontológicas que brindan auxilio a esta ciencia.

Gerontología social: Es el estudio científico acerca del modo de adaptación de las personas a su entorno según envejecen, o sea, estudia las implicaciones socioculturales y demográficas del envejecimiento y la vejez. La Gerontología social fue definida en 1914 por Eduardo Sthiglitz como "una ciencia que se ocupa del hombre como organismo social, que existe en un ambiente social y aceptado por éste", según Ramos Prieto en su publicación (2002).

La gerontología biológica: estudia el envejecimiento al nivel orgánico.

La gerontología educativa o geragogía: estudia las posibilidades e implicaciones del proceso enseñanza-aprendizaje a medida que se envejece.

La gerontología laboral: estudia las relaciones entre el envejecimiento, la vejez y el trabajo.

La gerontología médica o geriatría: estudia la prevención y la curación de las enfermedades que pueden manifestarse en la vejez.

La gerontología enfoca al anciano en su todo, es decir, el aspecto médico, social, urbanístico, habitacional, legal y todo aquello que redunden en su auténtico provecho y bienestar. La diferencia entre geriatría y gerontología, se basa en que la geriatría contempla solamente el factor médico de la tercera edad. El marco de referencia más importante de la geriatría no es el hospital, sino la comunidad, por lo que se necesita mucha experiencia y pericia para manejarla adecuadamente, pues no se trata de una rama de la medicina con resultados rápidos y espectaculares, sino de un grupo de profesionales con el geriatra entre ellos, para buscar soluciones que mejoren la calidad de vida del anciano, preferiblemente en su medio, su familia. La institucionalización se deja sólo para aquellos casos que realmente lo requieren.

Aspectos psicosociales del envejecimiento

En gerontología, se distingue entre el envejecimiento psicológico normal y el envejecimiento patológico. Pero este envejecimiento no puede separarse de la vida social; paralelamente a los cambios biológicos, incluido dentro de lo biológico lo psicológico, se producen cambios en la esfera social. La posición del individuo en la sociedad, determinada por su papel en ella, se modifica en el desarrollo de su vida.

La jubilación:

En los países capitalistas, la jubilación de los ancianos se ha convertido en un símbolo de minusvalía.

Ursula Lerg (1988), describe este fenómeno explicando el declive de la sociedad productora con relación a la familia, es decir cuando la familia era considerada aún como una comunidad de producción, la persona que alcanzaba la edad de la senectud asumía en ella algunas funciones y era “utilizada”; representaba un “valor para la familia” que se mostraba dispuesta también, naturalmente, a satisfacer las necesidades del anciano, a atenderle y a cuidarle.

El desarrollo social producido por la industrialización dio lugar, a que la persona anciana no ejerce ya “función” en la familia.

El alejamiento de la vida profesional supone algo más que el cese en una actividad más o menos valorada. Entre otras cosas, implica la adopción de un nuevo rol, con otras expectativas de comportamiento, una nueva modificación del curso cotidiano de la vida, sujeto antes al ritmo de la actividad profesional, una reestructuración en el campo social, incluida la reestructuración de los contactos familiares; supone ciertas modificaciones en la economía personal y un desplazamiento de los compromisos e intereses personales del mundo del trabajo al del tiempo libre.

En realidad lo más importante en cuestión de la jubilación no es en sí el hecho, sino la actitud del individuo ante tal situación para lo cual debemos suponer

variables que alteran el resultado, como la salud del jubilado, la situación económica, la planificación de vida, etc.

La actitud positiva podría ser como una consecución de una meta largo tiempo acariciada, por lo tanto considerado como una situación de descanso, los estudios realizados por Ursula Lerg (1988) demuestran que esta actitud predomina entre los 50 a 55 años y los 70 a 75; pero a los 60 a 69 se manifiesta la actitud negativa, la cual podría describirse como el temor a estar de sobra, a no ser ya útil, al “principio del Fin”, actitud fomentada por la banca rota o duelo.

La familia:

La edad de la adultez supone cambios importantes en la vida del ser humano, entre ellos el matrimonio, en el cual involucra la adquisición de los hijos, el esfuerzo laboral por el sostén económico y diversas situaciones emocionales en la dinámica familiar como el afecto, la protección, la identificación entre los miembros y la integración, cambios que involucran procesos de unificación en el cual se invierte buena parte de la vida, constituida por años. A pesar de todo, los hijos crecen y los padres envejecen, los hijos buscan formar su propia familia y los padres buscan el sentido de su vida actual.

El desmembramiento de la familia constituye aquella etapa en la que los hijos se casan y abandonan el seno paterno y materno, el padre y madre que ahora son adultos mayores, quedan solos en casa, lo cual provoca la reducción de la familia, a dos personas, generalmente.

Muerte de seres queridos:

La aflicción por la muerte de un ser querido en cierto sentido no es distinta a una edad avanzada que cuando se es mas joven y puede entrañar un golpe menos suerte al ser algo esperando, al menos parece en teoría que es una contingencia con la que hay que contar a cierta edad. Por otra parte, al final de la vida la mayoría de las parejas se asemejan a dos vigas que se apoyan la una contra la otra, de modo que si una desaparece se desmorona todo un sistema de vida que se mantenía en un equilibrio viable. Sin embargo ante el duelo

conceptualizado así por Alex Confort (1977), continua diciendo, lo único que cabe hacer es visualizar la situación de la perdida que a esta edad ya es esperada. Preparación emocional y psicológica para el acontecimiento, según afirma Ann Mary Forciea (1999), quien afirma que los hombres son quienes sufren un riesgo de enfermedad tras la muerte de la esposa tal vez porque no han cultivado los apoyos o redes sociales necesarios para ayudarlos, al contrario de las mujeres.

Entre las complicaciones médicas que acompañan al duelo pueden citarse: Mayor frecuencia de enfermedad física y mental, aumento de riesgo de abuso de alcohol, tabaco y medicamentos, aumento de somatización, mayor riesgo de suicidio. (Ann Mary Forciea, 1999)

Entre lo propuesto por Elizabet Kuler-Ross en el texto antes citado de Ann Mary Forciea, 1999, las etapas de duelo se presentan regularmente de la manera siguiente, considerando que las situaciones individuales determinan la durabilidad de las etapas:

Etapa 1: Negación “a mi no”

Etapa 2: Enojo “¿Por qué a mí?”

Etapa 3: Regateo, intento de posponer la perdida a través del regateo con un poder superior.

Etapa 4: Depresión, Se absorbe el impacto de la pérdida y se inicia una aflicción por el pasado, el presente y el futuro.

Etapa 5: Aceptación, Se describe como el descanso final, los pacientes suelen ser capaces de expresar con sus propias palabras sus sentimientos ante la muerte.

Sociedad:

Prejuicios culturales contra el envejecimiento:

Mena Girón (1989), cita en su libro la exposición del Médico Geriatra Charles Parish en Costa Rica, el cual enumera los estereotipos que maneja la cultura occidental sobre el envejecimiento, los cuales son:

- a. Se percibe el envejecimiento como un proceso biológico, y no como un proceso espiritual social o cultural, su origen se relaciona con la gerontología de los principios de la Revolución Industrial que descalifica a

los trabajadores a los 60 años poco más o menos, basándose en su capacidad física, sin embargo se ha demostrado que los laborantes de mayor edad son más responsables en el desempeño de sus funciones, tienen menos ausencias.

- b. El envejecimiento es visto como desfavorable, sin tomar en cuenta que la declinación puramente física comienza lentamente a los 30 años se fijó arbitrariamente la edad de 60 o más años como determinante de su principio brusco, sirviendo tal límite arbitrario para fijar la edad normal de jubilación, lo que creó la noción de tránsito instantáneo de ser útil al ser inútil, prejuicio que afecta el progreso profesional, el cambio del trabajo y la aceptación de las personas maduras en los empleos.
- c. El envejecimiento es considerado universal e indiferenciado en vez de diferenciado valorable, presentando un marco definitivo ante la experiencia adquirida de los individuos sustituyéndoles por personas menos experimentadas.
- d. El envejecimiento es visto como inmanejable

Religión:

Entre los diversos factores que a la senectud deben cuidarse son la seguridad económica de la vejez, la soledad y el aislamiento son enemigos temibles de la edad, los cuales se combaten con el amor y el respeto en el medio social, la salud corporal es un buen soporte la cual debe preverse, sin embargo el espíritu necesita ser alimentado tanto o más que el cuerpo en la vejez, el apoyo de la religión estimula a muchos para llevar una vejez bien vivida.

Aspectos Biológicos en la vejez:

Cambios hormonales:

El cambio hormonal más significativo en la edad adulta es la menopausia en la mujer y la andropausia en el hombre, ambos son el resultado de la disminución de los niveles hormonales. En la mujer se presenta entre los 40 y los 60 años es cuando se manifiestan las “oleadas de calor” y la disminución de la

“libido” o deseo sexual. En el caso de los hombres se manifiestan mas por cambios de humor, confirmado por lo publicado por Silvia Celcer (2002), en lo que muestra que la incidencia de suicidio en los estados unidos aumenta hasta 3 veces en el hombre de edad entre 50 y 60 años, y es siete veces más frecuente en hombres que pasan de esa edad, muy significativo con relación a las mujeres, cabe mencionar que el mecanismo de defensa que mas utilizan los hombres según este estudio es la negación, las mujeres tienden a buscar ayuda social y profesional, los hombres lo niegan. Disminuyen las proteínas musculares y viscerales, sustituyendo la masa muscular por masa grasa que se distribuye en el tronco y alrededor de las vísceras. Disminuye también la densidad ósea que lleva a osteoporosis después de la menopausia o cuando están presentes el sedentarismo o tabaquismo.

Enfermedades crónicas:

Debe señalarse que no existen enfermedades propias de los ancianos, aunque buen número de ellas presenta mayor prevalencia en esta edad y su expresión clínica es distinta a la de otras edades. En la publicación de Guijarro la causalidad de las enfermedades en la vejez se sitúa en cinco planos: el genético, el estado premórbido, la historia previa de sus patologías, la personalidad y el entorno. El código genético mantiene una gran relevancia como factor etiológico en la enfermedad de la vejez. Lo mismo sucede con el estado premórbido, la situación en la que se encuentra el anciano antes de presentarse cualquier proceso, tal y como sucede en los cuadros que han de resolverse mediante intervenciones quirúrgicas. La historia de sus anteriores enfermedades permitirá anticipar como se desenvolverá cualquier proceso que emparente con aquellos. La personalidad y la biografía matizarán la respuesta personal a la acción patógena. Y por último, el entorno, será otro elemento causal de notable importancia en el inicio y en la evolución de cualquier proceso patológico.

La enfermedad crónica más frecuente en el anciano es la artrosis. Le siguen la hipertensión, la insuficiencia cardíaca, la depresión, la EPOC (Enfisemas

Pulmonares), la enfermedad prostática, el síndrome demencial, la diabetes, la arteriopatía ocliterante, entre otras.

Entre los procesos invalidantes, más prevalentes cuanto mayor es la edad del sujeto, hay que destacar a la artrosis, que representa casi la mitad de todos los casos de incapacidad. El síndrome demencial es la siguiente, siendo causa de invalidez en un 40% de los que la padecen. Con bastante menor prevalencia se encuentran las hemiplejias, las insuficiencias cardíacas y respiratorias severas, las arteriopatías ocliterantes y las amputaciones, la depresión y la obesidad.

Principales cuidados para la vejez:

Basados en los estudios publicados por Guijarro (2004) la terapéutica preventiva ha de cimentarse en la eliminación o reducción de los factores de riesgo en la ancianidad. Estos pueden estar presentes en la edad previa a la vejez o en la vejez misma. Su actuación será distinta conforme sea el tramo de edad que se considere. Así, a partir de los ochenta se muestran con más importancia los factores de riesgo de las caídas que los cardiovasculares. Prepararse para una vejez satisfactoria donde se pueda vivir el mayor tiempo posible con autonomía y disfrutando de la edad, lleva aparejado una sana alimentación, una actividad física adecuada a cada circunstancia, un entretenimiento y distracción útiles, un control de patologías de riesgo y una corrección de hábitos nocivos, como el fumar o el abuso del alcohol. Todas ellas son medidas generales de promoción de salud que han de ser recomendadas siempre.

Unos factores de riesgo están impresos en procesos patológicos que se padecen. Este es el caso de la hipertensión, las dislipemias, los síndromes de inestabilidad, la diabetes, el deterioro cognitivo, la depresión, la osteoporosis etc. Otros son actitudes y hábitos del individuo, como el sedentarismo, la alimentación inadecuada, el tabaco o el alcohol. Por último, hay factores que son sociales o pertenecen al entorno. Estos son la pobreza, la mala vivienda, la escasa calidad de los cuidados de salud, etc. La actuación ante estos factores tenderá a evitar la aparición de procesos cardiovasculares, caídas, incapacidades. El control

medicamentoso de algunos procesos como la hipertensión, la hipercolesterinemia, la diabetes o la osteoporosis ha de ir acompañado de medidas higiénicas alimentarias, de actividad o de reducción del uso del tabaco. La intervención sobre el entorno es más compleja y precisa de planificaciones sociosanitarias.

Cuando se juntan sobre un individuo varios factores de riesgo, se habla de situación de fragilidad. Este anciano de alto riesgo o anciano frágil es de mucha edad casi siempre, vive solo, ha sufrido viudedad o se ha cambiado recientemente de domicilio, presenta una patología crónica que requiere abundantes cuidados o un proceso incapacitante, ha tenido una hospitalización reciente o reiterada, ha sufrido caídas repetidas, padece alguna forma de deterioro cognitivo, una polimedicación y sale muy poco de casa o de la residencia. Estos ancianos con fragilidad necesitan ser incluidos en un programa de seguimiento que redunde en una frecuente valoración de su estado, una terapia adecuada y unas medidas sociales de apoyo, como la ayuda a domicilio.

La medicina rehabilitadora ha sido uno de los pilares de la atención gerontológica de los últimos años. Para mantener el objetivo primordial de la Geriatría que es procurar que la persona mayor pueda vivir con salud, con autonomía y allí donde quiera hacerlo, la medicina rehabilitadora tratará de recuperar al máximo los defectos funcionales que haya acarreado un proceso patológico. Esta se consta, principalmente, de fisioterapia y de terapia ocupacional. Retrasar o evitar la aparición o el desarrollo de cuadros incapacitantes es la función primordial de esta terapia. Los principales cuadros que van a ser objeto de Rehabilitación son las artrosis, la recuperación de las fracturas, las hemiplejías y otros defectos de origen neurológico, la enfermedad de Parkinson y el síndrome demencial. Una buena rehabilitación geriátrica debe llevarse a cabo en unidades específicas dentro del ámbito asistencial gerontológico. Se practica preferentemente en Hospitales o Centros de Día y en las Residencias, pero empieza a ser aplicada con éxito en el medio domiciliario. Y siempre, como cimiento instrumental, la actividad física y cognitiva reglada.

Nutrición:

El proceso de envejecer provoca cambios físicos y psíquicos que modifican la alimentación de las personas mayores de 65 años y los pone en riesgo de malnutrición.

Se debe tomar en cuenta que los cambios son globales y la ingesta de alimentos debe ser adecuada para la persona anciana, tomando en cuenta los factores como:

- ❖ Las enfermedades que la persona padece.
- ❖ La cantidad de medicamentos que consume
- ❖ El ejercicio físico que realiza

La obesidad tanto como la malnutrición son situaciones que se presentan bajo la influencia de factores que afectan la integridad del adulto mayor tales como, la economía, la situación social, familiar, lo cual afecta directamente el estado de ánimo de los mismos y sabemos bien que al afectar el psiquismo de las personas se pueden provocar trastornos alimenticios.

Además hay factores fisiológicos que afectan el apetito como el desbalance de sustancias que regulan el apetito, hacen que el anciano pierda interés por comer, también el gusto, el olfato y la vista están disminuidos. Estos estímulos sensoriales alterados disminuyen la secreción salival, gástrica y pancreática.

Entre otros problemas el 40% de ellos tiene ausencia de piezas dentales y prótesis mal ajustadas que dificultan la masticación, la hacen dolorosa, sumado a la menor producción de saliva dificultan la deglución. Se altera la flora intestinal llevando a mala absorción de grasas produciendo diarrea, el estreñimiento se vuelve un problema común debido a escasa ingesta de líquidos, menor motilidad intestinal y sedentarismo.

Las recomendaciones generales son: Comer variado, disminuir el aporte energético, disminuir grasas saturadas, sal y azúcares refinados, aportar suficiente cantidad de fibra, consumir lácteos, frutas, verduras y abundantes líquidos, moderar el alcohol. Cubrir dosis recomendada de vitaminas A, D, E, K, C, ácido fólico, B1, B6 y B12 y ciertos minerales: Calcio, zinc, cromo. Ante ancianos con

enfermedad intestinal crónica prestar atención también al hierro. Adecuar temperatura, consistencia, sabor y aroma para estimular el apetito. Aprovechar la hora de comer como momento de reunión con la familia integrando al anciano

Es recomendable distribuir el alimento en 4 raciones diarias y 2 refrigerios.

Aspectos psicológicos de la vejez:

La personalidad en la senectud:

La personalidad en la edad adulta sufre ciertas modificaciones sujetas al estilo de vida de cada persona, experiencias vividas y las concepciones personales introyectadas a través de los años. En un estudio realizado por Suzane Reichard, Florine Livson y Paul Peterson, y expuesto por Kastenbaum (1979), se describieron y seleccionaron cinco tipos de personalidad entre las personas ancianas que participaron en estos estudios definiéndose así:

Las personas de armadura: temían la posibilidad de tonarse pasivos, dependientes o indefensos. Se prepararon personalmente con gran vigor para resistir todas las fuerzas, tanto biológicas como sociológicas, que los pudieran reducir a una situación de dependencia, mantuvieron un estilo de vida física y social activa.

Las personas de mecedora: Eran de índole pasiva, el hacerse viejos les permitió retirarse de las actividades y las responsabilidades por las que nunca habían sentido un gran interés.

Las personas maduras: las que aceptaron con las realidades del envejecimiento tanto en sí mismas como en su relación con la sociedad. No se sorprendieron ni se amargaron al verse a sí mismas envejecer. Estas eran personas que habían vivido en plenitud muchos años por lo que tenían seguridad de continuar bien. Mostrando el mayor grado de adaptación.

Las personas irascibles: mostraron el mayor grado de inadaptación al envejecimiento. Se sentían no haber sido bien tratados por la vida, con un aplastante sentido de que habían sido privados de los planes y logros de la vida, llegaron a la ancianidad con una queja en los labios. Manifestaban también su inadaptación culpando a los demás.

Las personas que se despreciaban a sí mismos: estos hallaron la culpa en sí mismos y no en los demás, estas eran personas deprimidas, sin ninguna utilidad para el yo con quien iban envejeciendo.

Métodos de abordamiento de la vejez, desde la salud mental:

Atención primaria: Prevención

La atención primaria reúne la atención a la comunidad por el equipo de profesionales en el ámbito de consulta externa.

La atención a las personas en las diversas etapas de la vida tendrá como objetivo principal el proveerles de herramientas para alcanzar una mejor calidad de vida, en esta etapa de la vida las enfermedades crónicas pueden ser más frecuentes las cuales imponen más limitaciones y requieren más cuidados. También las personas se enfrentan con acontecimientos de mucha importancia, tales como la jubilación, el desmembramiento de la familia, la progresiva disminución de sus fuentes de apoyo social.

Para todas estas situaciones Aquiles Cruz (1996), propone como un accionar en atención primaria la conformación de un gabinete gerontológico, conformado por un equipo de profesionales que atiendan la integridad del paciente, incluyendo gerontogeriatra (médico interconsultante), médicos de atención domiciliaria(médicos de la familia), psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, técnicos de terapia ocupacional, fisioterapeutas. El gabinete gerontológico será polivalente proveyendo actividades médico-preventivas, de investigación y de docencia. En él se realiza la atención de enfermos en la consulta, el estudio psíquico-clínico-funcional, se hace presentación de los enfermos en las sesiones clínicas multidisciplinarias, se forman alumnos profesionales en diversas áreas y se organizan cursos de formación gerontológica.

Atención secundaria: Terapéutica y curación

Desde la perspectiva de Aquiles Cruz (1996), la atención secundaria proporciona atención a través de consulta externa especificando las afecciones de alguna enfermedad o padecimiento.

En este nivel el grupo de profesionales se complementa con las especialidades en fisiatras, ortopédicos, logofoniatras, y el resto mencionado en el gabinete gerontológico.

Atención terciaria: Rehabilitación

La atención terciaria enfoca sus esfuerzos a la atención hospitalaria. Según el escrito de Morales Calatayud (1999), la rehabilitación está dirigida a brindar recursos médicos, psicológicos y laborales para que las personas que presentan secuelas de alguna enfermedad en forma de limitaciones estables y permanentes puedan reducirlas y desarrollar nuevas capacidades que les permitan el máximo desempeño autónomo en su medio habitual, tanto como el doméstico y vida social.

Las actividades de rehabilitación psicosocial: terapia ocupacional

En el anciano, la rehabilitación debe entenderse integralmente y sólo con fines didácticos deben separarse sus aspectos físicos, psíquico y social; dar por cierto que ninguno de ellos puede realizarse aisladamente. Corresponden a cada uno de estos aspectos, lo siguiente:

1. Rehabilitación física:

Se realizara sobre todo, para ancianos: accidentados, artrósicos, encamados, con accidentes cerebrovasculares, con enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, enfermos de parkinson.

2. Rehabilitación psíquica:

Principalmente para ancianos: con enfermedades crónicas invalidantes, con estados depresivos, con sentimientos de inutilidad, con demencias incipientes.

3. Rehabilitación social:

Se realizará con todos los casos, con especial atención a los marginados y aislados.

La rehabilitación en la vejez puede resumirse en tres palabras:

Reactivación: consiste en alentar al anciano que se encuentra en un estado de pasividad, letargia e inmovilidad física, para que emprenda de nuevo una vida activa en su propio medio.

Resocialización: se trata de conseguir que el anciano después o durante una enfermedad, reemprenda el contacto familiar con sus amigos y la comunidad.

Reintegración: es la reincorporación del anciano a la sociedad y que participe normalmente en la vida diaria.

Como objetivos específicos de esta actividad en las instituciones gerontogeriatricas señalaremos los siguientes:

1. Hacer que las actividades de terapia ocupacional se semejen lo más posible a las de la vida diaria.
2. Hacer que el anciano esté siempre en activo, que huya de la pasividad y utilice todo el tiempo que pueda considerarse libre en recreación, debidamente organizada.
3. Distraer su mente de las preocupaciones y angustias.
4. Disminuir las tensiones, mediante la actividad.
5. Prever la coordinación entre las actividades mental y manual.
6. Ayudar al anciano a recuperar la confianza en sí mismo.
7. Alentar las actividades de grupo, la responsabilidad y la cooperación.
8. Contribuir a la incorporación del anciano al medio institucional.
9. Ayudar a inducir el sueño por una fatiga controlada.

Las situaciones principales que deben considerarse dentro de la implementación de la terapia ocupacional

Tipos de terapias psicológicas más utilizadas y recomendadas para los ancianos

La psicoterapia, en su acepción más amplia, suele descuidarse en el tratamiento de los ancianos, sin embargo, ha sido y sigue siendo una modalidad terapéutica eficaz, especialmente en el anciano con problemas de personalidad y reacciones depresivas.

Regularmente se niega la psicoterapia individual al anciano, fundándose en el pensamiento falso de que es demasiado inflexible para cambiar y que la intervención psicoterapéutica exige demasiado tiempo y no es eficaz. Estudios recientes expuestos por Aquiles Cruz (1996), muestran que el anciano se beneficia grandemente con la psicoterapia, a menudo, basta una relación terapéutica franca con el profesional de la salud que la realice.

Entre los tipos de terapias más utilizadas y recomendadas para los ancianos encontramos:

1. Terapias individuales
 - a. Terapias conductistas
 - b. Terapias corporales
2. Terapias familiares
 - a. Sistémicas
3. Terapias grupales
 - a. Terapias conductistas grupales
 - b. Terapias grupales corporales
 - c. Psicodrama de Moreno
4. Terapias institucionales
 - a. Grupos institucionales
 - b. Hospital de día
5. Socioterapia

2.2 Objetivos

Objetivo general

Brindar atención primaria y secundaria en el área de salud mental las personas que asisten al Programa del Adulto Mayor de la Parroquia San Miguel Febres Cordero, a través de diversas actividades individuales y grupales, dentro y fuera de las instalaciones de la institución, a fin de elevar su calidad de vida.

Objetivos específicos

Servicio:

- Brindar tratamiento psicoterapéutico en intervención individual a casos referidos que ameriten la mediación clínica.
- Promover la salud mental del adulto mayor a través de la terapia grupal.
- Propiciar la participación de todas y todos los participantes en el grupo del adulto mayor, estableciendo un sistema de liderazgo rotativo, que contribuya con la motivación del grupo.

Docencia:

- Capacitar a los integrantes del equipo multidisciplinario que atiende los diversos programas de la Parroquia San Miguel Febres Cordero, con temas relacionados al crecimiento personal.
- Propiciar cambios en el estilo de vida de los participantes, brindando estrategias que les permitan detener o retardar la aparición y continuidad de enfermedades crónicas o degenerativas que se manifiestan en esta edad, a través de talleres y seminarios

Investigación:

- Explorar y explicar los factores que propician los problemas afectivos en el adulto mayor a través del desarrollo de un proyecto de investigación.

2.3 Metodología de Abordamiento:

La intervención metodológica en el proyecto de atención psicológica primaria y secundaria al Programa del Adulto Mayor se describe a continuación de acuerdo a fases de abordamiento lo cual incluye las actividades programáticas exploratorias, de intervención inicial, intermedia y final, relatando así el desempeño profesional por parte de la especialista de psicología:

Servicio:

Fase de exploración

Se reconoció ubicación de las instalaciones de la parroquia San Miguel Febres Cordero y específicamente de la Pastoral de la Caridad Social, donde se llevó a cabo el trabajo de EPS.

Se observaron los métodos de abordamiento que la pastoral de la caridad social emplea en la atención social y los procesos que se emplean en los diversos programas.

Se identificó al equipo técnico que trabaja con el programa del adulto mayor y diversos programas que se desarrollan en la pastoral de la caridad social.

Se realizó el trabajo de observación inicial al grupo que asiste al programa del adulto mayor, su dinámica social y organizativa.

Se anotaron e identificaron las diversas problemáticas en el ámbito psicológico que manifiestan las personas que pertenecen al grupo del adulto mayor.

Fase de intervención inicial

El integrarse a las actividades que se realizan en el programa del adulto mayor fue la primera actividad de esta fase.

Se buscó establecer rapport con las personas que forman el grupo del adulto mayor y con el equipo multidisciplinario del grupo del Adulto Mayor.

Se llevaron a cabo diversas reuniones con la finalidad de unificar criterios de trabajo con el equipo multidisciplinario que se dedica a la atención del grupo del Adulto Mayor.

El siguiente paso fue organizar y planificar las actividades conjuntamente con el equipo multidisciplinario compuesto por trabajo social, pedagogía y psicología.

Se estructuró la sustentación teórica a la realidad y fenómenos que se presentan en la vejez.

Posteriormente se delimitaron las labores de las disciplinas profesionales que trabajan directamente con el adulto mayor, así como asignación de tareas a cada integrante del equipo multidisciplinario.

También fue necesario colaborar con las actividades generales del grupo, como la entrega de alimentos una vez por mes, actividades de convivencia y asistencia social, etc.

Paralelo a estas actividades se implementó el servicio psicológico en el área clínica con psicoterapia individual atendiendo casos referidos por trabajo social según las necesidades presentadas.

Fase de intervención intermedia

Se dio inicio a esta fase con la elaboración de evoluciones e historias clínicas de los casos individuales que a la fecha se habían atendido.

El desarrollo de talleres psicoeducativos enfocados a las necesidades detectadas en el grupo del adulto mayor en coordinación con el equipo técnico se desarrollaron en esta fase de abordaje.

Se integró un grupo de personas para aplicar la terapia grupal, estas presentaron cuadros clínicos con tendencias similares sobresalientes en el grupo, sobresaliendo entre ellas las que tenían problemas de adaptación.

Se procedió entonces a investigar y explorar las principales situaciones psicosociales que perjudican la expresión de afectividad del adulto mayor utilizando la observación, la entrevista y análisis de casos clínicos.

Luego se evaluaron las actividades realizadas con el equipo multidisciplinario, a través de reuniones de discusión y aplicación de encuestas.

Fase de intervención final

Aquí se procedió el cierre o transferencia de casos clínicos individuales, también la evaluación de evolución de la terapia de grupo.

Se observó la consolidación del grupo de terapia para remitirlos a un terapeuta para continuar el trabajo.

Para finalizar se dio inicio a la elaboración del informe final de investigación e informe final de Ejercicio Profesional Supervisado que se entrega en EPSUM.

Se buscó la aprobación de informe final de Ejercicio Profesional Supervisado de EPSUM.

Posteriormente se realizó una evaluación general de talleres psicoeducativos y trabajo de docencia por la audiencia y supervisores inmediatos (de la pastoral de la caridad social y equipo técnico), por medio de comentarios y evaluación escritos.

Para especificar las labores realizadas según ejes de servicio, se describen a continuación:

Se estableció rapport con los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario que brinda atención al grupo del Adulto Mayor y con la población a través de participación en las actividades grupales.

Se procedió a organizar y planificar las actividades conjuntamente con el equipo multidisciplinario compuesto por trabajo social, administración educativa y psicología, trimestralmente.

También hubo participación en visitas a centros de beneficencia con los que colabora la comunidad constituida por los participantes del programa.

Se delimitaron las labores de las disciplinas profesionales que trabajan directamente con el adulto mayor, así como asignación de labores a cada integrante del equipo multidisciplinario.

Se colaboró con las actividades generales del grupo, como la entrega de alimentos una vez por mes, actividades de convivencia y asistencia social, etc.

Seguidamente se procedió a implementar servicio psicológico en el área clínica con psicoterapia individual atendiendo casos referidos por trabajo social según las necesidades presentadas.

A su vez se estableció un modelo de evolución de casos y estructura de expedientes psicológicos.

Dada la atención clínica individual se pudo integrar un grupo para la atención clínica grupal con personas que presentaban cuadros clínicos con tendencias similares detectados en el grupo.

De esta forma se llegó al cierre o transferencia de casos clínicos individuales, asimismo a la evaluación de la consolidación del grupo de atención clínica grupal.

Docencia:

Después de la planificación basada en la observación y documentación sobre la vejez, se procedió a desarrollar talleres psicoeducativos enfocados a las necesidades detectadas en el grupo del adulto mayor en coordinación con el equipo técnico, buscando abordar temas que propicien el cambio de actitudes y desarrollo de destrezas que ayuden al adulto mayor a enfrentar los problemas de la ancianidad.

El programa general que se manejó en el desarrollo de los talleres impartidos constaba de:

1. Oración y Bienvenida, a cargo de un miembro del grupo
2. Una dinámica rompehielo, a cargo de un integrante del equipo multidisciplinario.
3. Presentación y desarrollo del tema, a cargo de la epesista de psicología o la epesista de humanidades, aplicando técnicas participativas.
4. Conclusión, con reflexión escrita o dinámica de preguntas y respuestas.
5. Anuncios generales de las actividades programadas para la semana
6. Refacción

Se contó con la participación de las diversas disciplinas que atienden al adulto mayor (trabajo social, pedagogía y psicología) por lo que se planificaron y

organizaron los talleres de tal manera que se pudiera dar participación a los diversos profesionales.

En cada actividad se realizaron evaluaciones con el equipo multidisciplinario y junta directiva del adulto mayor.

Se impartió una serie de capacitaciones a las personas que atienden al adulto mayor tanto en la vía formal de atención, constituido por los profesionales, así como las personas que les atienden desde una perspectiva no formal, estos son los que ejercen liderazgo dentro de la comunidad.

Se finalizó el servicio de docencia con la evaluación general de talleres psicoeducativos y trabajo de docencia por la audiencia y supervisores inmediatos (de la pastoral de la caridad social y equipo técnico).

Investigación:

Se inició con la observación de los comportamientos que manifiestan las personas que participan en las reuniones del programa del Adulto Mayor.

Luego se determinaron diversos factores que podrían desencadenar problemas que afectan la salud mental de los integrantes, a fin de combatir estos problemas y procurar incrementar la calidad de vida de los integrantes.

Se concluyó a través de la observación realizada, que la expresión de la afectividad en el adulto mayor era hostil. Entonces se procedió a investigar y explorar las principales situaciones psicosociales que afectan la expresión de la afectividad del adulto mayor utilizando diversas técnicas.

Durante las diversas reuniones realizadas durante la semana, como las deportivas, educativas y religiosas se llevó a cabo la observación libre de actitudes afectivas de los miembros las cuales se anotaron y seleccionaron según su reincidencia y posteriormente se aplicó una encuesta general que buscaba detectar la situación social, familiar y médica que viven los adultos mayores.

Se procedió entonces al análisis de casos, ya que las personas atendidas en la experiencia clínica presentaban fuertes problemas de adaptación y más aun de expresión afectiva sana.

Sobre la base de la información obtenida se realizó un análisis general de los factores que podrían ser desencadenantes de problemas en la expresión de la afectividad del adulto mayor.

Se entrevistaron a los profesionales que se dedican a la atención del grupo del Adulto Mayor estos expusieron sus impresiones sobre las posibles causas de problemas afectivos en la ancianidad.

Las fuentes de recopilación de datos fueron 3, primero las observaciones y entrevistas generales a los miembros del grupo del adulto mayor, luego el análisis de casos individuales y por último, se entrevistó a los profesionales que atienden al adulto mayor.

Al tener la información de estas fuentes, se procedió a tabular los datos obtenidos, luego se analizaron y compararon de acuerdo al medio donde viven los adultos mayores que constituyeron la muestra; para finalizar se estructuraron las conclusiones y recomendaciones que se presentan en el capítulo IV del presente informe.

CAPITULO III

3. Presentación de actividades y resultados

3.1 Subprograma de servicio

El Programa del Adulto Mayor en la parroquia San Miguel Febres Cordero zona 21, tiene 4 años de estar prestando servicio profesional a las personas que habitan en las cercanías. Se contó con la asistencia constante de 35 personas, a las diversas actividades. Población que oscila entre edades de 50 a 76 años aproximadamente.

El programa de Servicio Psicológico se desarrolló con la participación de la epesista de psicología. Los ejes de servicio prestado son los siguientes:

a. Atención clínica individual:

La atención clínica de los casos se llevó a cabo como respuesta a las múltiples necesidades encontradas en la población, por la Trabajadora Social del Programa del Adulto Mayor, la cual a través del estudio socioeconómico realizado a los participantes de este programa seleccionó los casos que presentaran problemas sociales, económicos, familiares, físicos y psiquiátricos; que necesitaran atención clínica, para remitirlos a la epesista de psicología, quien también utilizó la observación para seleccionar casos; además se hizo promoción del servicio a través de un llamado a la población con anuncios constantes en las reuniones generales del programa, dirigido a todas las personas que necesitaran el apoyo clínico; asimismo la comunidad que asiste a los diversos programas que facilita la Parroquia Febres Cordero, conocen los servicios profesionales que se brindan, por lo que en repetidas ocasiones no fue necesaria la publicidad, ya que la comunidad proporcionó la información y muchas personas buscaron este servicio remitidas por la gente atendida en este y otros años.

Para la atención clínica individual se concertaron sesiones de 45min con cada persona, con la frecuencia que fuera necesaria en cada caso, semanal o quincenalmente.

Se abrió un archivo de casos con expedientes individuales, incluyendo la entrevista inicial, historia clínica, evoluciones, recomendaciones, cierre o traslado de caso a epesista entrante según la situación específica.

Las personas fueron atendidas en las instalaciones que la parroquia a través de la Pastoral de la Caridad Social brinda, esto incluye una oficina para la atención clínica individual y un salón de usos múltiples.

Resultados:

Se abrieron 18 expedientes nuevos, ya que no había un archivo de expedientes. A las personas atendidas se les brindó orientación o tratamiento psicológico según la situación, dando por terminados 10 casos, 3 de estos fueron cerrados por la ausencia de los pacientes y se remitieron 8 casos a la epesista entrante.

De los 18 casos solamente 3 son hombres, predominan las mujeres. Entre las impresiones clínicas que se encontraron destacan: los cuadros depresivos menor y mayor, la influencia de problemas sociales (económicos y familiares) y físicos, manifestados en enfermedades crónicas, como resultado de desequilibrio emocional, altos niveles de frustración y estrés, duelos no resueltos, siendo abordados estos problemas con las terapias gestalt, racional-emotiva, terapia cognoscitiva del comportamiento.

También se dio apoyo al programa Materno Infantil, dando seguimiento a 5 casos de niños, los cuales presentaban problemas de bajo rendimiento escolar, en su mayoría por problemas socioafectivos, se brindó psicoterapia de juego, una vez a la semana, con una sesión mensual con los padres durante 3 meses, uno de estos casos presentaba características autistas, siendo remitido a Educación Especial; los otros casos fueron remitidos para continuidad.

b. Terapia de grupo:

Se llevó a cabo con la participación de personas que asistieron a terapia individual y personas que voluntariamente decidieron ser parte de este programa, con la finalidad promover la salud mental en los participantes ayudándoles a superar

conflictos personales acordes a su edad,. Asistieron 12 personas en su mayoría mujeres.

La iniciativa de implementar la terapia grupal surgió con la necesidad observada en las reuniones semanales, en relación a las personas que tienen problemas de adaptación social, así como la falta de tiempo para tratar con ellas individualmente. Se llevaron a cabo 5 sesiones, dando inicio con actividades rompehielos, continuando con técnicas de relajación y posteriormente aplicando técnicas gestálticas. Cada reunión se llevó a cabo quincenalmente, en las instalaciones de la parroquia San Miguel Febres Cordero.

Resultados:

Se consolidó el grupo con un total de 8 personas, de la cuales solamente uno es hombre, el resto son mujeres, en general manifestaron problemas de autoestima y altos niveles de frustración. Este grupo se remitió con la epesista entrante quien asistió a la quinta reunión como inserción a este grupo.

La participación masculina en la terapia grupal e individual es mínima, las mujeres aceptan con mayor facilidad la intervención profesional y expresan sus necesidades abiertamente.

c. Servicio organizacional

Durante el octavo mes de desarrollo del EPS de psicología, la trabajadora social que atiende el programa se retiró, la epesista de psicología en coordinación con la pedagoga asumieron la organización del grupo, teniendo así que coordinar las reuniones semanales de capacitación con toda la población, las actividades recreativas y de beneficencia fuera de la parroquia y el liderazgo interno del grupo. Se habían estado observando diversos problemas en el liderazgo del grupo por parte de los líderes internos constituidos por la junta directiva, como lo es la comunicación deficiente con los miembros y la autocracia, por lo que se elaboró un plan de abordaje estableciendo 3 fases:

1. Análisis de funcionamiento del equipo, con la junta directiva, lo cual se llevó a cabo en 3 sesiones de dialogo y capacitación con la junta directiva, con la finalidad de concientizarles acerca de su papel en el grupo.
2. Evaluación de la efectividad de la estructura del grupo, a través del FODA (análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) desarrollado con técnica de lluvia de ideas y trabajo en grupos, con la población total, en 4 reuniones.
3. Sesiones en las que se definió con la participación de toda la población un adecuado sistema organizativos basado en coordinaciones rotativa, el cual se estableció, con la autorización de la coordinación general de la pastoral social, junta directiva y equipo multidisciplinario del programa.

Resultados:

Después de las reuniones con la junta directiva, las mismas participantes optaron por proponer y aceptar un nuevo sistema de coordinación del grupo.

Dos de las participantes se mostraron ofendidas por el cambio y expresaron su deseo de retirarse del programa, ejecutando esta acción posteriormente.

En las reuniones de evaluación de la efectividad de estructura del grupo, asistió el 80% de la población mostrando un diálogo abierto, además de una amplia participación en todo lo necesario en pro del programa del adulto mayor, inicialmente los comentarios eran hostiles evocando situaciones personales y sucesos pasados, sin embargo, después de la primera reunión y las reflexiones hechas promoviendo la tolerancia y el pensamiento en el tiempo presente, las actitudes de los miembros mejoraron, se mostraron tolerantes y participativos en las siguientes reuniones.

La distribución de responsabilidades y de autoridad de grupo favoreció la motivación de los miembros, en su mayoría mostraron dinamismo y entusiasmo en las actividades realizadas participando activamente en cada una de ellas e involucrándose de diversas formas.

Como resultado a estas actividades se definió que el sistema de coordinaciones por áreas, es el más acertado para esta población y grupo en particular pues

permite la participación de todos los integrantes en las actividades y evita el recargo de responsabilidades sobre algunas personas solamente. Estableciéndose de la siguiente manera:

Coordinación de ornato y publicidad

Coordinación de alimentos

Coordinación de eventos especiales

Coordinación de actividades físicas (gimnasia y tai chi)

Se estableció que cada coordinadora deberá contar con su propio equipo de trabajo el requisito indispensable para cada miembro de la coordinación es: no participar de otra coordinación, y cada coordinación deberá informar rigurosamente al equipo multidisciplinario de sus necesidades y movimientos en el área financiera, puesto que el equipo multidisciplinario del programa deberá orientar y supervisar a cada coordinación.

3.2 Subprograma de docencia

a. Capacitación a equipo profesional:

Debido a las necesidades observadas por la coordinadora general, se solicitó la capacitación para el equipo multidisciplinario que trabaja en la parroquia, de esta manera la epesista de psicología impartió talleres de capacitación a los profesionales que atienden el Programa Materno Infantil, Programa de Talleres de Capacitación Técnica, Programa del Adulto Mayor y Programa de la Mujer Indígena, incluyendo los temas:

Trabajo en equipo, Relajación I y II, Control de emociones.

Resultados:

Se contó con la participación de toda la población, en total 15 profesionales, en un total de 4 sesiones, se realizó una evaluación por actividad las personas expresaron sentirse confrontadas a mejorar sus actitudes en los temas abordados, a la vez expresaron su inquietud por recibir más capacitaciones ya que estas motivan a los participantes. Este tipo de actividades contribuyó a mejorar las relaciones interpersonales del equipo, debido a que cada profesional tiene un

tiempo de servicio; para las Trabajadoras Sociales es de 6 meses, para los epesistas de humanidades es tiempo indefinido, para los epesistas de psicología es de un año, esto hace que el grupo siempre sea variante y difícilmente logra consolidarse.

b. Capacitación a personas del programa Adulto Mayor:

Se impartió una serie de temas dirigidos a las personas que asisten a las actividades semanales del programa del Adulto Mayor, con la finalidad de propiciar cambios en el estilo de vida de los participantes, brindando estrategias que les permitan detener o retardar la aparición y continuidad de enfermedades crónicas o degenerativas que se manifiestan en esta edad, a través de talleres y seminarios impartidos en reuniones semanales, utilizando técnicas de enseñanza adaptadas al nivel de atención, retención y comprensión del contenido según la edad de los participantes. En este aspecto se dio una reestructuración de los temas propuestos inicialmente en el Proyecto de Factibilidad, basados en la observación de la dinámica grupal y las recomendaciones de los profesionales establecidos en esta área. Se hizo notar que las actitudes de los adultos mayores eran hostiles consigo mismo y con el entorno, hipótesis que se confirmó con la experiencia clínica, muchos de ellos expresaron en las participaciones durante los talleres que no terminaban de aceptar la vejez. Por lo que fue necesario estudiar temas básicos en la salud mental desde la perspectiva gerontológica.

En estas reuniones se impartieron los temas siguientes, distribuidos en módulos y abordados por la epesista de psicología:

AUTOESTIMA

El autoconocimiento, el autoconcepto, autoaceptación, autorespeto, autoestima.

VALORES

Los valores morales, en la familia, en la sociedad, en el adulto mayor, la proyección social.

LA PERSONALIDAD en el adulto mayor, sus modificaciones y problemas más frecuentes.

INTELIGENCIA EMOCIONAL, control, expresión e interpretación de emociones.

SOLUCION DE CONFLICTOS, la comunicación, entes involucrados, etc.

Resultados:

Se consiguió la participación constante de 30 a 35 personas todas las semanas y la participación de las mismas en cada taller, a través de diversas técnicas, como lo es el trabajo con grupos, lluvia de ideas, hojas de trabajo, dinámicas rompehielos, etc.

Las personas asistentes se adaptaron fácilmente a la metodología participativa, y se determinó que la metodología magistral y no participativa les provocaba sueño, y no prestaban atención.

La metodología participativa permitió que los integrantes del grupo interactuaran en cada reunión, esto favoreció la socialización de los mismo, posteriormente algunos sin previa motivación llevaron invitados a las reuniones.

3.3 Subprograma de investigación

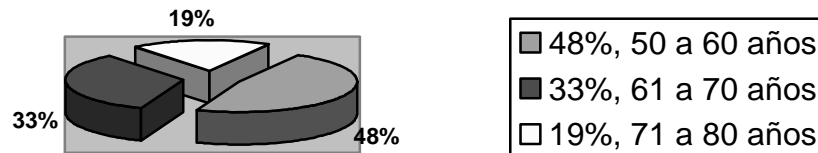
La investigación realizada tuvo como finalidad explicar y explorar los factores propician los problemas afectivos en el adulto mayor. Este tema surgió de la observación al grupo de personas del programa ya que sus expresiones afectivas generalmente eran negativas, manifestadas en críticas, ausencia de contacto físico y de afirmación.

La investigación se realizó en base a tres técnicas principales dirigidas a personas estratégicas dentro del programa. La primera técnica es la observación libre y encuesta aplicada al conjunto de personas que asisten regularmente al programa, la segunda técnica es el estudio de casos a través en la experiencia clínica, orientada a aquellos individuos que presentan dificultades emocionales que les afecta a nivel social y la tercera técnica es la entrevista aplicada a los profesionales que se dedican al trabajo en la parroquia. Los resultados obtenidos se describen a continuación:

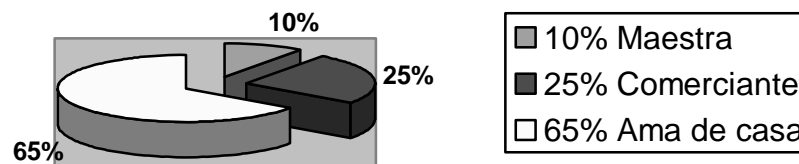
1. Los factores determinantes y comunes en la población general que asiste regularmente a las actividades semanales (35 personas), información recopilada a través de la observación grupal y una encuesta. La encuesta

se aplicó a toda la población con la finalidad de sintetizar la información general y a la vez particular de las personas, entre los ítems más importantes para esta investigación podemos mencionar:

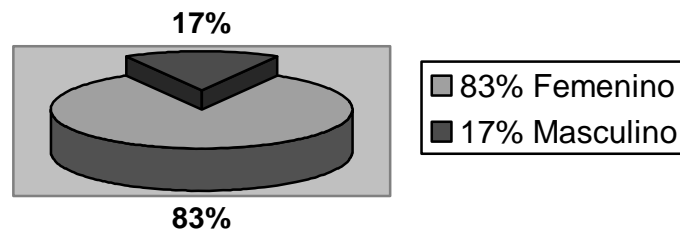
Gráfica de edades



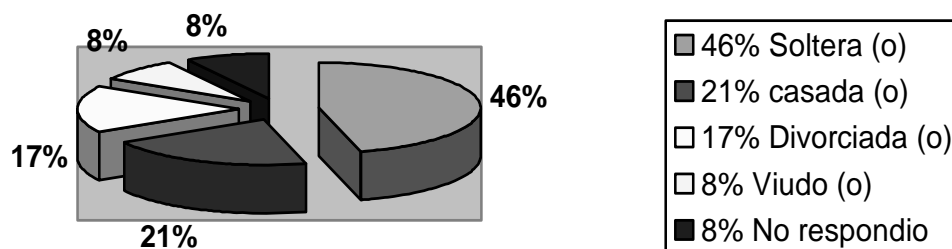
Gráfica de ocupaciones actuales



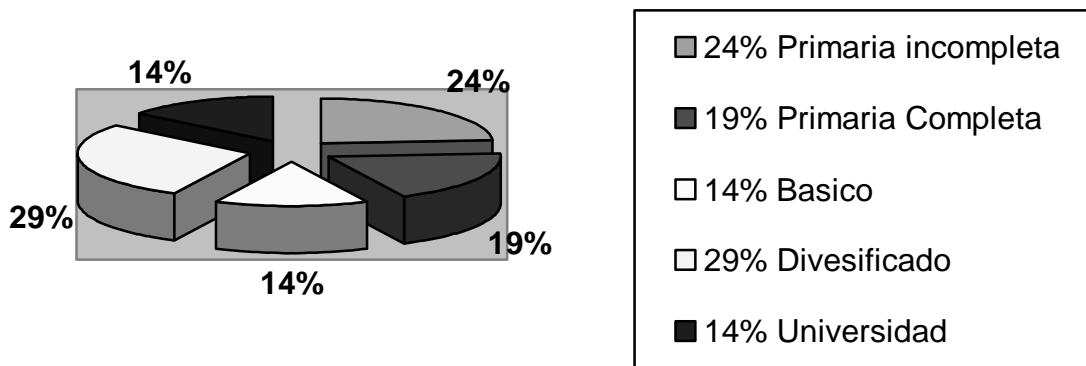
Gráfica de género



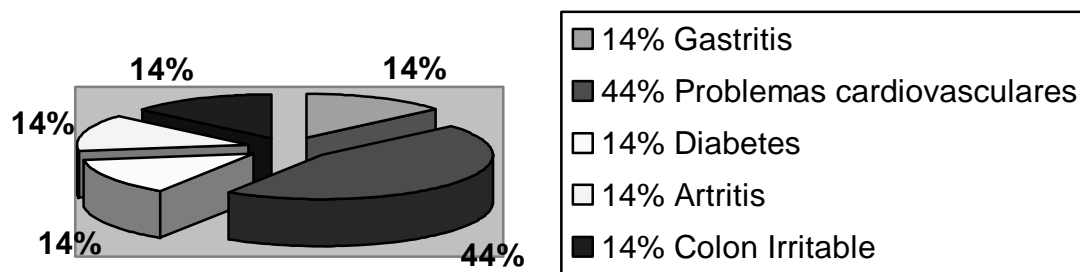
Gráfica del estado civil



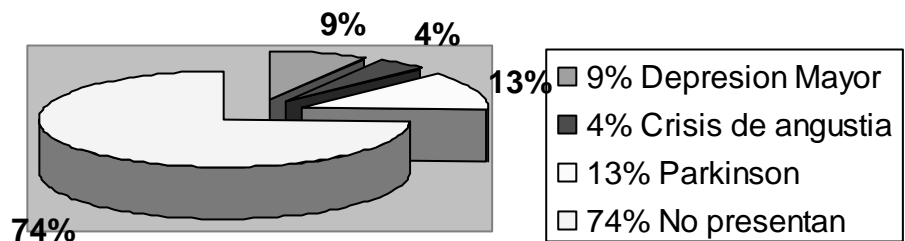
Gráfica de escolaridad



Enfermedades más comunes



Enfermedades psiquiátricas

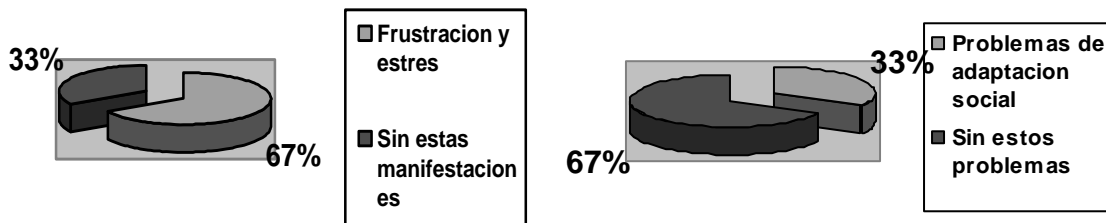


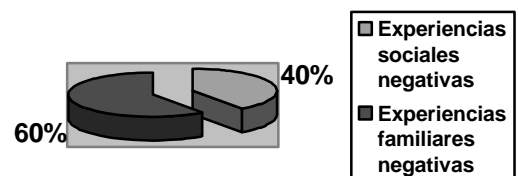
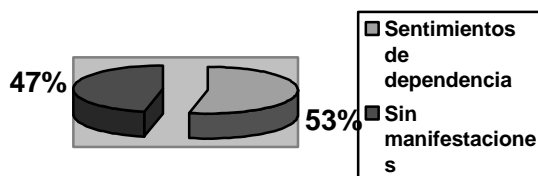
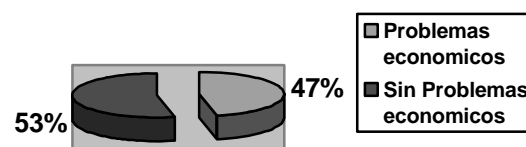
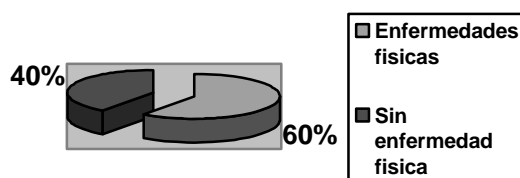
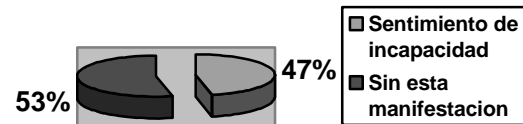
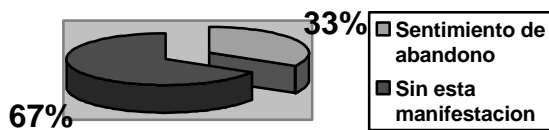
En cuanto a la observación grupal fue la técnica que permitió la selección de casos para tratamiento individual, entre otras. Además nos permitió constatar y relacionar los datos de la encuesta a las manifestaciones expresadas por las personas en grupo.

Resultados:

- La mayoría de participantes oscilan entre las edades de 50 a 60 años de edad.
- Más del 50% son amas de casa, esto implica que su tiempo está invertido en el hogar aunque el 71% de ellas es viuda, divorciada, o soltera.
- Más del 50% de las personas son profesionales y están desempleadas realizando labores del hogar o de comercio informal.
- La participación de los hombres es solamente del 17%
- La mayoría de personas sufren problemas físicos relacionados con orígenes psicológicos.
- Una cuarta parte de participantes sufren enfermedades psiquiátricas.

El segundo grupo de investigación está conformado por las personas abordadas en la experiencia clínica (14 personas), la información en esta sección se recopiló a través del estudio de casos con la elaboración de historia clínica, los datos más sobresalientes en esta sección son:





Resultados:

- Los adultos mayores que pertenecen al programa se ubican en dos grupos principales, quienes sufren problemas fuertes económicamente o quienes viven problemas familiares agobiantes.
- La manifestación de problemas relacionados a experiencias pasadas afectan gravemente, nótese los porcentajes en los problemas de sentimiento de abandono e incapacidad.
- La frustración y el estrés se marcan notablemente en mas del 60% de los participantes.

- La manifestación de sentimientos de dependencia llama la atención, a pesar de que la mayoría son personas que lideran sus hogares.
3. La opinión generada en entrevistas a los profesionales que están involucrados en la atención a la población del adulto mayor (6 profesionales). La modalidad de la entrevista fue libre, los entrevistados respondieron únicamente a la pregunta: ¿cuales cree usted que son los factores que afectan la expresión de la afectividad del adulto mayor?. Los entrevistados fueron profesionales pertenecientes al área social, dos psicólogas, dos trabajadoras sociales y dos pedagogos. Las opiniones generadas se resumen en las siguientes:
- Los factores biológicos alteran el comportamiento del adulto mayor, los procesos hormonales a consecuencia de la menopausia y andropausia, ya no funcionan de igual manera, ocasionando la irritabilidad, fatiga, inestabilidad emocional, entre otras.
 - La negación es el principal problema, muchos de ellos no aceptan que ya no son jóvenes, manifiestan regresiones o fijaciones en etapas de su vida que ya quedaron atrás, esto les causa sentimientos de frustración porque ya no pueden sustentar un estilo de vida ajeno al actual, por eso se proyectan afectivamente en forma negativa.
 - Es importante hacer notar que durante esta edad se sufre disgregación e inestabilidad familiar, incluso las pérdidas anteriores como la viudez, abortos en algunos casos, o la falta de madre o padre durante la infancia, resurgen como duelos no resueltos, la estructura familiar influye en el bienestar emocional del individuo.
 - La integración de la situación social, familiar, biológica y física afecta directamente la estabilidad emocional del adulto mayor, debe tomarse en cuenta cada esfera ya que si una está siendo afectada ésta perturbará a las demás, debemos recordar que los adultos mayores son considerados en nuestra sociedad como vulnerables, debido a la crisis emocional que se

experimenta en esa etapa de vida y debemos recordar que en Guatemala no se cuenta con servicios que atiendan sus necesidades en ninguna área.

- La cultura que los adultos mayores han aprendido conlleva mucha censura en el ámbito emocional, muchos de ellos tienen problemas para expresar su afecto por que asumen que aceptar posturas de ternura o cariño es sinónimo de debilidad.

Integración de resultados

La sociedad guatemalteca no está preparada para atender a las personas de la tercera edad, ni aun a nivel personal los guatemaltecos están preparados para afrontar la vejez, los participantes del programa no estaban preparados emocional, económica, ni familiarmente para afrontar esta etapa de vida, por lo tanto sufren problemas serios en las áreas mencionadas, en su mayoría no poseen ningún tipo de seguro médico o pensión económica, la soledad familiar les ha tomado por sorpresa, los cambios biológicos y físicos les afecta emocionalmente, todo esto produce en ellos sentimientos negativos y depresión.

Para muchos de los participantes el único refuerzo de las redes sociales es la asistencia al programa.

Con la atención clínica individual se obtuvieron resultados positivos, las personas que recibieron este servicio se mostraron anuentes en cuanto su participación en esta área, muchas personas solicitaron voluntariamente el apoyo profesional.

La historia de vida juega un papel muy importante al determinar los problemas dado que muchas personas sufren fijación o regresión a diversas etapas de su vida.

3.4 Otras actividades y resultados

Las actividades de ayuda, proyección social y recreación, fueron planificadas en respuesta a las demandas de la población, ya que a través de la experiencia se pudo constatar que estas actividades causan satisfacción en los

participantes. En cuanto a la proyección y ayuda social, le permitió a los participantes sentirse necesarios en la sociedad, compartir sus bienes materiales y espirituales con personas más necesitadas. En cuanto a las actividades de recreación, brindaron la oportunidad de consolidar el grupo, extender los lazos afectivos de los participantes hacia las personas próximas, generar sentimientos de empatía, a la vez permitieron contemplar diversas facetas del ambiente natural que nos rodea. Las actividades se enumeran a continuación:

- Visita y colaboración al Asilo de Ancianas San Vicente de Paúl.
- Visita y colaboración al Asilo de Ancianos de la orden de los hermanos de Belén.
- Presentación de Gimnasias en actividad social en Tikal Futura.
- Participación con poemas y gimnasias en el día del Abuelo y la Abuela.
- Celebración del día del niño en uno de los asentamientos vecinos.
- Excursión al Centro Recreativo Las Ninfas, Amatitlán.
- Altares Cívicos para el día de la Independencia Patria
- Convivio de fin de año

Resultados:

- La participación de las personas del programa alcanzó aproximadamente el 75% en las actividades realizadas.
- Los comentarios y evaluaciones posteriores a cada actividad fueron más positivas entre más participación tenían las personas.
- Las personas que presentaron problemas de adaptación al grupo siempre expresaron comentarios negativos.
- Los adultos mayores demostraron ser capaces de coordinar y desarrollar el trabajo con poca supervisión, sin embargo siempre es necesaria la supervisión ya que sin ella se manifestó el abuso de poder.
- La estimulación y aprobación verbal fue una técnica que permitió mejorar la actitud de los participantes en cuanto a su motivación.

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los objetivos propuestos para el Ejercicio Profesional Supervisado, se alcanzaron satisfactoriamente, puesto que se contó con el apoyo y disposición de las autoridades de la Pastoral Social de la Parroquia Febres Cordero, del equipo multidisciplinario que trabaja con el programa del Adulto Mayor y con el entusiasmo y participación de la población atendida en esta área.

4.1 Subprograma de servicio

a. Atención clínica individual:

Problemas atendidos:

En el grupo de personas que se reunían semanalmente, se manifestaban problemas serios en las relaciones interpersonales, manifestándose depresión, hostilidad, chismes, negativismo, aislamiento etc. Se observaron y definieron quienes eran las personas que promovían estos comportamientos y fueron referidas para la atención clínica.

También fueron atendidos los casos de personas que según el médico general necesitaban asesoría psicológica para controlar mejor sus emociones y sentimientos.

Se asistió a personas con cuadros clínicos manifiestos, que estaban bajo tratamiento psiquiátrico, se pueden mencionar cuadros de depresión mayor, crisis de angustia, entre otros.

Limitaciones encontradas al prestar el servicio de atención clínica individual:

Cuando se dio inicio la atención de casos individuales no se encontraron expedientes que informaran de la situación de las personas, aun aquellas que estaban siendo referidas para continuar el tratamiento, esto provocó cierto atraso puesto que en estas personas tuvo que iniciarse el proceso con la recopilación de datos generales, etc.

Fue un problema acoplar el tiempo para la atención clínica, debido a que todos los días habían actividades de grupo en los diversos servicios que brinda el programa

al adulto mayor, se estipularon dos días de atención a la semana, esto a pesar de todo fue muy poco tiempo, en relación a la demanda del servicio, aunque se prestó el servicio después de la hora establecida para la salida de la epesista.

En las instalaciones de la parroquia asignadas al adulto mayor, funcionan los servicios de Trabajo Social, pedagogía y psicología, fue necesario crear horarios rotativos para aprovechar el espacio, esto fue una limitante en la práctica clínica.

Se presentaron casos aislados de personas que se retiraron del tratamiento clínico debido a problemas personales tales como cuidar nietos, oportunidades de empleo formal, enfermedades crónicas o cambio de domicilio; a pesar de ello estas personas expresaron su pesar por apartarse del programa.

Logros alcanzados:

La atención clínica prestada, fue un soporte muy importante para el adulto mayor, se evidenciaron cambios en el comportamiento de las personas atendidas, beneficiando así la convivencia en el grupo.

Además la atención clínica individual, abrió campo para la atención clínica grupal, algunas personas que asistieron individualmente asistieron también a la terapia grupal.

Se estableció el control a través de los expedientes individuales, en el que se archivaron las pruebas, historias clínicas e información general de las personas atendidas.

Se contó con la asistencia constante de las personas favorecidas por el programa, gracias a la promoción del servicio psicológico para adultos mayores, el cual dio buenos resultados. Las labores relacionadas a la promoción del servicio se llevaron a cabo durante 3 años consecutivos, esto es, desde que se inauguró el servicio psicológico en este lugar, las acciones promocionales van desde la exposición de carteles, anuncios en las diversas reuniones y de manera verbal individualmente; estas técnicas han dado buen resultado pues las personas asistieron a recibir la atención brindada; las personas encargadas han sido las epesistas correspondientes a cada año. Durante estos años de servicio se alcanzó cierto prestigio en la comunidad, según expresan quienes se benefician

del programa, las constantes actividades que se realizan permiten percibir a los participantes que es un programa formal que brinda confianza.

El factor económico es muy influyente para la respuesta positiva en la asistencia de las personas al programa, porque muchos de los favorecidos reconocieron la necesidad que tienen de recibir atención en las diversas disciplinas profesionales, pero no cuentan con los recursos económicos necesarios para costear este servicio, las personas del Programa del Adulto Mayor en su mayoría son de escasos recursos, puesto que no son activas laboralmente, viven de una pensión de jubilación o negocios informales los cuales no son muy rentables, por lo tanto necesitan recibir esta atención gratuitamente o a un bajo precio.

b. Terapia de grupo:

Problemas atendidos:

La salud mental del adulto mayor se ve afectada por las diversas situaciones que vive, estas presiones emocionales se manifiestan de forma negativa, en su mundo social, como consecuencia de una proyección de la frustración que sufre internamente, la terapia grupal se implantó, buscando promover en los participantes la salud mental, tratada desde el grupo hacia el individuo, aplicando técnicas gestálticas.

Limitaciones encontradas al prestar el servicio de atención clínica grupal:

El tiempo que el programa requiere de cada integrante es intenso, se les solicita tres mañanas a la semana para actividades físicas (gimnasia y tai chi) y dos tardes a la semana, esto perjudica al momento de implementar nuevas técnicas o métodos de abordaje, tal es el caso de la terapia grupal la cual se vio afectada en cuestiones de asistencia ya que las personas tenían que asistir 3 tardes a la semana si pertenecían al grupo y fueron pocas las personas que se mostraron dispuestas a participar, lográndose únicamente la participación de 12 personas, de las cuales 4 se retiraron por falta de tiempo, a pesar de todo las personas fueron constantes hasta la culminación del abordaje grupal.

Logros alcanzados:

Durante las reuniones realizadas se alcanzó la consolidación del grupo, el cual fue remitido a la epesista entrante para darle el seguimiento.

En las reuniones realizadas se promovió la participación activa y verbal de todos los integrantes, lo cual se logró en muchos de ellos. En cuanto al manejo de la frustración muchos de ellos alcanzaron hacer catarsis en relación a muchas situaciones que han vivido que les ha afectado.

c. Servicio organizacional*Problemas atendidos:*

La problemática organizacional surgió luego que la junta directiva interna del grupo empezara a tomar acciones sin informar al equipo multidisciplinario, esta situación coincidió con la partida de la trabajadora social encargada, la cual se ausentó por problemas personales, esto hizo que la epesista de psicología y la epesista de humanidades tomaran la coordinación del grupo. Esta situación provocó mucha tensión en las personas, surgieron habladurías, molestias personales, entre las que podemos mencionar que algunos miembros del grupo se sintieron desplazados, etc.

Limitaciones encontradas al prestar el servicio organizacional:

El tiempo suele ser un problema ya que para prestar este servicio fue necesario tomar otra tarde, primero para las evaluaciones con el equipo multidisciplinario, junta directiva y posteriormente con todo el grupo de adultos mayores. A esto se sumó la falta de espacio físico, pues los días disponibles en el horario del programa ya estaba ocupado el salón por los otros programas.

Al principio hubo resistencia por parte de los participantes del programa, pero cuando se les hizo parte activa del cambio, mejoró su actitud y participación.

Logros alcanzados:

Como solución se implementó un programa de evaluación de efectividad estructural del grupo, la cual permitió la modificación del sistema de mando, distribuyendo la autoridad en la mayor cantidad de miembros posibles, implementando el sistema de coordinaciones, haciéndoles a todos responsables de los resultados de cada actividad y no solo al equipo profesional o junta

directiva, dos personas se molestaron con esta iniciativa y decidieron retirarse del programa, se les orientó pero solo una de ellas desistió de su retirada, la otra no aceptó la orientación.

De la aplicación de este sistema se obtuvieron resultados positivos evidenciados en la asistencia, colaboración y puntualidad en a las actividades. La efectividad de esta estrategia es atribuida a la cantidad de áreas que satisface en el adulto mayor, cabe considerar que en esta etapa de vida las personas manifiestan sentimientos de incapacidad y abandono, sienten que ya no son necesarios para la sociedad, abrir un espacio en el que la persona exprese sus ideas y se sienta responsable del éxito o fracaso de una actividad le permite alcanzar satisfacción social, emocional y personal.

4.2 Subprograma de docencia

a. Capacitación para equipo multidisciplinario

Problemas atendidos:

Las autoridades de la pastoral social descubrieron ciertas anomalías en la atención a la población por parte del quipo que brinda la atención directa, por lo que decidieron realizar una capacitación para equipo multidisciplinario, el enfoque fue buscar el crecimiento personal de los implicados, trabajando temas como: El control de las emociones, Relajación, Cómo trabajar en equipo.

Limitaciones encontradas al prestar el servicio organizacional:

Las personas de trabajo social terminaron su temporada de trabajo un mes después de impartida la capacitación, esto supone un problema pues vienen otras personas a cumplir el trabajo restante pero no han recibido asesoría ni capacitación.

Logros alcanzados:

Los participantes expresaron su satisfacción con los talleres recibidos, en relación a que la temática y metodología les favoreció, sugirieron realizar actividades de capacitación de forma constante.

b. Talleres y conferencias al grupo del Adulto Mayor:

Problemas atendidos:

La senectud requiere un cambio en ciertos estilos de vida que pueden perjudicar la salud física y mental del individuo, para este cambio es necesario poseer estrategias que permitan la adaptación a esas modificaciones físicas y mentales que se viven en esta etapa, a fin de detener o retardar la aparición de enfermedades crónicas y procesos degenerativos del organismo. Para lograr este objetivo fue necesario abordar a la población a través de la educación sistemática, impartiendo talleres y seminarios con temas que propicien este cambio.

Limitaciones encontradas al prestar el servicio organizacional:

Las actividades docentes en el Programa del Adulto Mayor se llevaban a cabo de forma monótona, con técnicas inadecuadas para personas de avanzada edad, se pudo evidenciar que las conferencias prolongadas propiciaban el desinterés de la audiencia, sin embargo gracias al trabajo conjunto con la epesista de Psicología, Pedagoga y la Trabajadora Social designadas al programa, se elaboró un proyecto de educación popular con técnicas didácticas y pedagógicas apropiadas para el adulto mayor tales como, lluvia de ideas, murales de expresión libre, trabajo en grupos, exposiciones particulares, etc, y temas relacionados con los problemas detectados en la etapa de observación y bibliografías consultadas.

Uno de los obstáculos que se percibieron en el servicio de docencia fue la enorme diversidad en los miembros del grupo en cuanto al nivel académico, se encontraron desde personas egresadas de la universidad como personas analfabetas, esto provocaba que en actividades de lápiz y papel, como hojas de trabajo o exposiciones, algunas personas tuvieran dificultad al participar y otras encontrarán la actividad sencilla. A pesar de todo la aportación de las personas de alto nivel académico como las de menor nivel, fue enriquecedora para el programa.

Logros alcanzados:

Los talleres impartidos enfocados a los problemas propios del grupo permitieron la motivación del mismo, expresada en un alto interés, comentarios positivos, interacción con los miembros del grupo y adición de nuevos integrantes.

Es necesario entender que la educación para adultos requiere la participación docente en la distinción de modulador de ideas y orientador de actitudes, ya que las personas adultas cuentan con sus propias experiencias y conocimientos, los cuales son muy valiosos, no obstante sus apreciaciones en muchas circunstancias se ven afectadas o bloqueadas por componentes emocionales, es allí donde se hace valiosa la modulación y orientación del docente y se hace más enriquecedora la experiencia, a la vez la persona se siente instruida libremente, no impuesta y se siente valorada en cuanto a sus aportaciones.

Al observar la afluencia de personas al Programa del Adulto Mayor es fácil notar la ausencia masculina, la presencia de la misma es comparable con el 17% aproximadamente, la causa de este fenómeno podría ser la influencia de la cultura machista, las personas del Programa Adulto Mayor pertenecen a generaciones en las cuales se educaba bajo una cultura machista tanto en las mujeres para ser sumisas como en los hombres para gobernar, el Programa del Adulto Mayor es atendido únicamente por mujeres, lo cual podría afectar en cierta manera la aceptación del Programa en hombres de tan avanzada edad.

Existen ciertos aspectos en los que el Programa del Adulto Mayor favorece a los participantes, si analizamos la situación que ellos viven, podremos notar que el adulto mayor sufre una serie de cambios drásticos al atravesar esta etapa de vida, una de las áreas más afectadas es el área social, las redes sociales empiezan a desintegrarse. laboralmente llegan a la etapa de jubilación, esto implica que no van a tener rose social con los antiguos compañeros, la etapa del nido vacío se manifiesta en el hogar, los hijos se casan y se van a vivir a sus nuevos hogares, los amigos mueren debido a enfermedades crónicas causa de malos hábitos de vida, o procesos degenerativos de otra índole, de esta manera el adulto mayor experimenta soledad y sensación de vacío, el programa abrió espacio para la recuperación social del individuo, a través de conocer nuevos amigos, formar parte activa de una comunidad emprendedora y además ocupa su tiempo en diversidad de actividades.

4.3 Subprograma de investigación

El tema de investigación se definió tras la recurrencia de hechos que se manifestaban en el grupo, en relación a la expresión de la afectividad, resultó entonces interesante abordar este tema, buscando explorar y explicar los factores que propician los problemas afectivos en el adulto mayor, las técnicas seleccionadas para la investigación tuvieron como base el análisis circunstancial de la problemática estudiada.

La primera técnica que se aplicó fue la observación libre a todos los miembros del grupo en sus diversas actividades y contextos, la cual permitió la selección de los casos que presentaban la mayor recurrencia del problema, como la apatía en relación a su interacción con las otras personas del grupo, aislamiento o la hostilidad en la expresión verbal, signos de superioridad o total sumisión, además de personas que solicitaron voluntariamente el servicio psicológico individual. Algunos de los casos seleccionados nunca se presentaron a la sesión, sin embargo algunos de ellos buscaron el acercamiento informal con la epesista y expresaron sus inquietudes en relación a su comportamiento manifiesto. Esta técnica permitió definir el tema de la investigación, debido a la incidencia del problema en la población atendida.

La segunda técnica consistió en la aplicación de una encuesta a todo el grupo, la cual permitió conocer las situaciones generales que vive el adulto mayor, esta encuesta proporcionó la información en cuanto a edades, estado civil, ocupaciones, género, escolaridad, etc. Esta técnica permitió definir que la mayoría de personas que constituyen el estudio son mujeres que oscilan entre los 50 y 60 años de edad, amas de casa, aunque mas del 50% son profesionales jubiladas o desempleadas, el 21% de la población son casadas, el resto no tienen convivencia conyugal.

Se procedió al análisis de los casos clínicos, técnica que permitió la apreciación particular del problema y se definió una serie de factores que perjudican la expresión de la afectividad del adulto mayor, a nivel individual, manifestándose en el estudio, el uso por parte de las personas, de ciertos mecanismos de defensa como: la negación, de la etapa actual de vida, a los

individuos les parecía que la vejez era algo ajeno a ellos mismos, la sublimación de aquellas etapas de vida que fueron satisfactorias para sí, entre otras, así como duelos no resueltos, conflictos latentes, entre otros. Esta técnica permitió que no se confrontara a las personas para obtener esta información, más bien se analizaron, compararon y verificaron las situaciones particulares, obteniéndose así la información requerida y no se violó la discreción con las personas en cuestión. Los resultados obtenidos revelan que más de la mitad de participantes sufren alto grado de estrés, la mitad de ellos sufren sentimientos de incapacidad, problemas económicos, sentimientos de dependencia y enfermedades físicas. Algunos de estos problemas se relacionan entre sí, tal es el caso de los altos niveles de frustración y estrés los cuales repercuten ante las crisis económicas y de enfermedad física. Es aquí donde podemos retomar los datos obtenidos de las técnicas aplicadas, el 79% de la población atendida no tienen relación conyugal esto se puede relacionar al alto nivel de frustración y estrés, puesto que los adultos mayores no tienen con quien compartir sus problemas. El 100% de la población tiene padecimientos físicos de diversa índole, el estudio demuestra que económicamente más del 50% tiene problemas, lo cual puede ser consecuencia del alto costo del tratamiento médico para las enfermedades crónicas que padecen.

La opinión profesional desde las diversas disciplinas sociales permitió un enfoque completo de la situación del individuo, apreciado desde el enfoque psicológico, social y humanista. Para recabar esta opinión se acudió a una entrevista libre, la cual permitió la espontánea expresión de pensamientos; algunas ideas coincidían con las de otro profesional, es por eso que se muestra en el capítulo anterior un resumen de ideas y comentarios, sin embargo cada disciplina brinda un aporte muy valioso desde su perspectiva, la psicología nos permite percibir aquellos factores concernientes a la personalidad, como mecanismos de defensa, sentimientos negativos, la influencia del pasado en la forma de pensar. La disciplina social nos da una perspectiva concerniente a los factores ambientales que le afectan al adulto mayor como la desintegración familiar y los problemas económicos. Los profesionales en humanidades opinan

que es el conjunto de sucesos que atraviesa tanto ambientales como biológicos, mencionando entre otros la ausencia de ciertas hormonas, el deterioro del sistema nervioso central y de ciertas cualidades mentales como la memoria, el lenguaje, etc. De esta manera podemos decir que la situación del adulto mayor requiere un abordaje completo para el bienestar de las personas que han sembrado su vida a favor de la nuestra.

La vida del adulto mayor está viciada de cambios, transformaciones que afectan su vida económica, física, mental, emocional, conyugal y espiritual. El cuerpo empieza un proceso degenerativo que produce discapacidades mayores y menores, como consecuencia de enfermedades o estilos de vida malsanos, esta situación afecta directamente la vida emocional y mental de individuo, surgen allí los sentimientos de minusvalía, dependencia médica, frustración, estrés, entre otros. Es necesario recordar que el círculo familiar en esta etapa se ha reducido a su alrededor, aunque en número ha crecido con la adición de yernos, nueras, nietos, etc. Ahora vive solo y en su mayoría tiene que enfrentar sus crisis, generalmente, en soledad, esto estimula un rechazo a la sociedad, vivenciando un sentimiento de haber sido utilizado y luego desechado, esto provoca en muchos casos depresión, agresividad, hostilidad.

4.4 Análisis de contexto

La parroquia Febres Cordero se encuentra ubicada en la colonia Venezuela zona 21, está rodeada de diversas colonias, algunas de estas compuestas por casas formales y espaciosas, otras por edificios multifamiliares y otras son construcciones informales pues son asentamientos formados por personas en situación extrema de pobreza. Las personas que asistieron a las actividades pertenecen a estas colonias, lo que indica que el nivel económico y social de la población fue tan variado como los alrededores mismos de la parroquia. A través de la experiencia del Ejercicio Profesional Supervisado se pudo constatar que muchas de las personas asistentes al programa tienen problemas con la economía. El programa del adulto mayor tiene especial atención en el sentido económico, en la parroquia se colabora con la población proporcionando raciones

alimenticias mensuales las cuales son donaciones del extranjero y son canalizadas por Caritas Arquidiocesananas de Guatemala.

Las instalaciones de la parroquia son muy amplias y facilitan la planificación de actividades que requieran espacio amplio para trabajar.

Las manifestaciones de violencia en nuestro país también se revelan en este sector de la capital, incluso en diversas actividades dentro de la parroquia se desaparecieron objetos que personas desconocidas extrajeron sin que los encargados del programa se percataran. Esto provocó estrés en la población.

Culturalmente, los miembros del programa son de diversas regiones de la república esto asegura la diversidad cultural entre ellos, asistieron personas mayas de por lo menos 4 etnias y personas ladinas, también se contó con la participación de personas extranjeras residentes en Guatemala, como salvadoreñas y hondureñas.

El nivel social de la población incluía personas de nivel medio y bajo, algunas personas contaban con las prestaciones por parte del IGSS (Instituto de Seguridad Social Guatemalteco) y jubilación, esto les brindaba cierta estabilidad económica, a pesar de ello más del 50% de participantes no contaban con estos beneficios o algún sistema de prestaciones, lo cual les obligaba a depender de parientes cercanos o trabajos informales y mal remunerados.

La ubicación de la parroquia es muy accesible, la ruta del transporte público circula justamente frente a la parroquia, sin embargo para muchos de los participantes resultaba difícil el traslado, por el mal servicio por parte de los pilotos de los autobuses, los cuales no se estacionaban adecuadamente o no les proporcionaban el tiempo adecuado para bajar del autobús. Para algunas personas que vivían en asentamientos, el acceso era difícil porque no existían rutas de buses en dirección a la parroquia por lo que tenían que caminar amplias distancias, pero a pesar de sus enfermedades, la asistencia de ellos fue constante.

El presente Ejercicio Profesional Supervisado, beneficio a la comunidad brindando la atención psicológica gratuita, a todas las personas que lo necesitaran, además sustenta una investigación que explora y explica los factores

de propician los problemas afectivos en el adulto mayor. También se contribuyó con actividades socioculturales y de beneficencia favoreciendo así a otras personas en la comunidad.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

5.1.1 Conclusiones generales

- El Ejercicio Profesional Supervisado de Psicología realizado en la parroquia San Miguel Febres Cordero, con el Programa del Adulto Mayor, contribuyó al mejoramiento de la salud mental de los participantes, proporcionando los servicios de atención primaria y secundaria en el área psicológica, lo cual permitió elevar su calidad de vida permitiendo al adulto mayor tener acceso a una atención preventiva y curativa en este ámbito.
- La atención primaria y secundaria en salud mental es de suma importancia para el bienestar de los adultos mayores debido a que ayuda a fortalecer su personalidad ya que muchos de ellos sufren desequilibrio emocional al no estar psicológicamente preparados para afrontar los constantes cambios que se presentan a nivel social, psicológico, físico y familiar en esta etapa de vida.
- El reforzamiento de las redes sociales es beneficioso para el adulto mayor ya que le permite formar una actitud positiva, fortaleciendo su autoestima y proveyéndole soporte emocional para las dificultades que pueda afrontar.

5.1.2 Subprograma de servicio

- La intervención clínica individual ayuda a las personas adultas mayores que sufren problemas emocionales a lograr el equilibrio emocional.
- La terapia grupal es de beneficio para los adultos mayores debido a que es una forma efectiva de promover la salud mental fortaleciendo las redes sociales entre los integrantes, además contribuye positivamente a la salud del adulto mayor lo que permite que los participantes alcancen procesos catárticos más efectivamente que en la terapia clínica individual.

- El sistema organizacional aplicado en el grupo del adulto mayor, generó actitudes positivas dentro del grupo como la puntualidad, asistencia, participación y motivación.
- El sistema organizacional por coordinaciones rotativas promovió la participación activa de los integrantes del grupo, este sistema ayudó a combatir los sentimientos de incapacidad y abandono en los participantes.

5.1.3 Subprograma de docencia

- Los talleres de capacitación impartidos al equipo multidisciplinario relacionados al crecimiento personal de los participantes son necesarios para la salud mental de los profesionales que atienden a las personas.
- Los talleres teórico prácticos impartidos, proyectados a orientar al adulto mayor en cuanto a cambios de estilos de vida saludables en el ámbito de la salud mental, provocaron el interés de la audiencia, alcanzando una participación interesada, persistente y activa, lo cual permite concluir que los adultos mayores están interesados por conocer la dinámica emocional que experimentan y elevar su calidad de vida.
- La capacitación brindada a los líderes internos del programa permitió que los participantes reconocieran y aceptaran nuevas modalidades de abordaje hacia la población permitiendo ejercer valores morales que facilitaron la consolidación del grupo.

5.1.4 Subprograma de investigación

El proceso de investigación permitió definir una serie de factores que perjudican la expresión de la afectividad del adulto mayor, estos resultaron ser:

- Los mecanismos de defensa como: la negación, la regresión, la sublimación, evasión, perjudica la expresión afectiva del adulto mayor.
- Los adultos mayores no saben como controlar el estrés, por lo que se convierte en un factor que afecta sus relaciones interpersonales.
- La situación socio económica que vive el adulto mayor es uno de los principales estresantes que afecta su salud mental.

- Las situaciones familiares específicas afectan emocionalmente al individuo repercutiendo en sus expresiones afectivas, con la sociedad en general.
- La falta de aceptación de las enfermedades y procesos degenerativos naturales en la adultez tardía producen altos niveles de frustración en las personas.
- Los conflictos psicológicos no resueltos causan estrés, hostilidad y depresión en las personas mayores perjudicando su salud mental.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 Recomendaciones generales

Es muy importante implementar más centros de apoyo para el adulto mayor, en diversos puntos de la ciudad, puesto que la esperanza promedio de vida para los guatemaltecos es baja, existen un porcentaje considerable de personas mayores que habitan la ciudad capital y necesitan asesoría en salud, tanto mental, como social y física.

Es necesario que el servicio de atención psicológica se implemente en las parroquias que funcionan con Pastoral de la Caridad Social, que aun no cuentan con este servicio, y se debe considerar como necesario para el bienestar de la población guatemalteca e implementar en las parroquias el servicio psicológico estratégico, para alcanzar a la población más necesitada.

Para llevar a cabo acciones a favor del adulto mayor se recomienda tomar en cuenta su vulnerabilidad física y médica, así como la problemática existencial y emocional, el puesto que ya no tienen en la sociedad y la familia, el sistema económico, que no produce para sus gastos mínimos.

Los adultos mayores además, son personas con capacidades excepcionales las cuales son competentes para brindar sabiduría, dirección, productos manufacturados de alta calidad, así como productos de atributo espiritual como la caridad y el amor. Es recomendable no dejar de tomar en cuenta estas cualidades.

5.2.2 Subprograma de servicio

- La capacitación constante a los miembros del equipo multidisciplinario es necesaria, esta contribuye a la motivación de los participantes.
- Que se de continuidad al servicio psicológico individual, considerando que muchas de las crisis emocionales que sufren los adultos mayores tienen que ver con etapas de vida no satisfechas, fijaciones o duelos no resueltos.
- Es adecuado continuar con las terapias grupales, el adulto mayor necesita refuerzo emocional y social; esta modalidad permite el abordaje de ambas situaciones.
- Se recomienda que los puestos de liderazgo sean rotativos dentro del grupo, para estimular la empatía en los participantes y evitar el abuso de poder.
- Es recomendable, la evaluación constante cualitativa del método de coordinación grupal.

5.2.3 Subprograma de docencia

- Es necesaria la orientación pedagógica en cuanto a las técnicas y métodos adecuados para la educación de las personas adultas, ya que se pudo comprobar que la participación activa estimula la actitud positiva en los adultos mayores.
- Los temas trabajados con esta población deben ser enfocados específicamente a los conflictos que ellos viven, proveyendo soluciones o ayudas prácticas para contribuir con la solución de sus problemas.
- Es necesario continuar con el apoyo psicológico y el refuerzo social ya que esto permite a los adultos mayores reemplazar malos hábitos, en sus estilos de vida.
- Recibir capacitación sobre geriatría y gerontología es necesario para los profesionales de las diversas disciplinas que atienden al adulto mayor, por lo que se recomienda que se proporcione orientación adecuada, a los nuevos integrantes del equipo profesional multidisciplinario que atenderá esta área.

- Los adultos mayores deben conocer los pormenores de la dinámica emocional que se maneja a nivel de grupos con las especificaciones de edad, es necesario que la capacitación, sea constante para los líderes internos de grupos.

5.2.4 Subprograma de investigación

- En vista que el abuso, en el uso de mecanismos de defensa, perjudica la expresión afectiva en el adulto mayor, es necesario que se implemente la atención clínica individual y grupal para contrarrestar estos efectos.
- Se recomienda implementar talleres de relajación, respiración y otras técnicas para controlar el estrés.
- Además de la ayuda económica que los adultos mayores reciben de la parroquia en función de granos básicos y talleres ocupacionales de producción, se recomienda fortalecer los espacios de terapia grupal, además de crear espacios con grupos de autoayuda para que superen los sentimientos negativos que se generan ante los problemas económicos, familiares y físicos que afrontan continuamente.
- Que se sensibilice a los adultos mayores sobre la importancia del tratamiento psicológico para tratar conflictos no resueltos y elevar su calidad de vida.

3.1 Bibliografía

1. Alimentación en la tercera edad. (En línea)
<http://www.pesoideal.com.ar/articulos/edad.htm>
2. Aquiles Cruz, Rolando. Psicología, gerontológico y geriátrica. Editorial Científico-técnica. La Habana 1996 Pp. 115
3. Confort, Alex. Una buena edad, la tercera edad. Editorial Blume. Barcelona 1977 Pp. 280
4. Forciea, Ann Mary / Lavizzo Mourey, Risa. Secretos de la Geriátria. Editorial McGraw Hill Interamericana. México D F 1999 Pp. 309
5. Girón Mena, Manuel Antonio. Gerontología y Geriátria Social. Editorial José de Pineda Ibarra. Guatemala 1989 Pp. 155
6. J.L. Guijarro Las enfermedades en la ancianidad. Servicio de geriatría. Pamplona (en línea)
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple8.html>
7. Kastenbaum, Robert. La psicología y tu, vejez años de plenitud. Editorial Larouse México 1979, Pp. 129
8. Leder, Ursula. Psicología de la Senectud. Editorial Herder. Barcelona 1988. Pp. 432
9. Morales Calatayud, Francisco. Introducción a la psicología de la Salud. Editorial Paidós Buenos Aires Argentina 1999 Pp. 250
10. Material de apoyo departamento de practica de licenciatura, Escuela de Ciencias psicológicas. 1996.
11. Prieto Ramos, Osvaldo. Gerontología y Geriátria. Breve resumen histórico www.socgeriatria.cl/body/comlag_iag/documentos/historia.doc

Índice

Introducción	1
Síntesis descriptiva	3
Capítulo I	
1.1 Monografía del lugar	5
1.2 Descripción de la institución	7
1.3 Descripción de la población	17
1.4 Planteamiento del problema	19
Capítulo II	
2.1 Abordamiento Científico teórico	21
2.2 Objetivos general y específicos	37
2.3 Metodología de abordamiento	38
Capítulo III	
Presentación de actividades y resultados	44
Capítulo IV	
Análisis y discusión de resultados	58
Capítulo V	
Conclusiones y recomendaciones	69
Bibliografía	74