

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

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central shield with a crown on top, a lion on the right, and a figure on the left. The shield is flanked by two columns. The Latin motto "ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADÉMIA CAETERAS INTER COACTEMALENSIS" is inscribed around the perimeter of the seal.

**"DEPRESION COMO CONSECUENCIA DE LOS FACTORES NEGATIVOS
QUE ENFRENTA EL ADULTO MAYOR ANTE LA FAMILIA Y LA
SOCIEDAD"**

GLADYS HAYDEE AGUILAR ORELLANA

GUATEMALA, MAYO DE 2008

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

**“DEPRESION COMO CONSECUENCIA DE LOS FACTORES NEGATIVOS
QUE ENFRENTA EL ADULTO MAYOR ANTE LA FAMILIA Y LA
SOCIEDAD”**

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

POR

GLADYS HAYDEE AGUILAR ORELLANA

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICOLÓGA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIATURA**

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

Doctor René Vladimir López Ramírez
Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTES DE CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS

Licenciada Loris Pérez Singer
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS

Ninette Archila Ruano de Morales
Jairo Josué Vallecios Palma
**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**

PADRINOS DE GRADUACIÓN

Licenciada Sonia Del Carmen Molina Ortiz
Psicóloga
Colegiado No. 066

Doctora Ana Ludvina Aguilar Orellana
Médico y Cirujano
Colegiado No. 8,577

Licenciado José Alfredo Aguilar Orellana
Abogado y Notario
Colegiado No. 4623

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por ser la fuente de sabiduría y fortaleza en mi caminar.

A MIS PADRES

JULIANA ORELLANA CHON Q.E.P.D.

Por ser un ejemplo a seguir de amor, perseverancia y superación.

PEDRO AGUILAR

Gracias por tu apoyo, amor y comprensión.

A MIS HERMANOS

Aracely, Magda, Ana, Rosario, Alfredo y Gustavo. Gracias por su apoyo, comprensión y consejos.

A MIS SOBRINOS

Que sea un ejemplo a seguir y luchar por los sueños.

A MIS CUÑADOS

Gracias por su apoyo incondicional.

A MIS TÍOS Y PRIMOS

Gracias por su cariño.

A MIS AMIGOS

Gracias por su apoyo en los momentos más difíciles y alegres de mi vida.

Y A USTED EN ESPECIAL

AGRADECIMIENTOS

A mis centros educativos:

En especial a la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, por brindarme la oportunidad de adquirir los conocimientos y así realizar mis sueños.

Centro de Salud No. 16 Zona 6:
Por permitirme realizar el EPS.

Grupo EVE:

Gracias por su apoyo, cariño y aprecio incondicional. Fue una experiencia positiva, la cual me brindo un crecimiento a nivel profesional como una sensibilización personal.

Licenciadas Sonia Molina, Magaly Zea, Claudia Castañeda, Rubí De Medina y licenciados Estuardo Espinoza, Rodolfo Aviles; por sus conocimientos, apoyo y cariño en este proceso.

A las entidades del Ingenio Pantaleón, Policía Nacional Civil (Unidad Material Móvil), Ballet Guatemala y a las siguientes personas; Sr. Roberto Camey, Sr. David Rodríguez, Sra. Mirna De Castillo, familia Rodas Del Cid, gracias por su apoyo y aporte en las actividades realizadas en beneficio para el grupo EVE del Adulto Mayor.

ÍNDICE

	Páginas
SÍNTESIS DESCRIPTIVA	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I ANTECEDENTES	
1.1 Monografía del Lugar	1
1.2 Descripción de la Institución	4
1.3 Descripción de la Población atendida	9
1.4 Planteamiento del Problema	10
CAPÍTULO II REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO	
2.1 Abordamiento Teórico Metodológico	13
2.2 Objetivos	31
2.2.1 Objetivo General	31
2.2.2Objetivos Específicos	31
2.3 Metodología de Abordamiento	32
CAPÍTULO III PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS	
3.1 Subprograma de servicio	37
3.2 Subprograma de docencia	40
3.3 Subprograma de investigación	43
3.4 Otras actividades y resultados	46
CAPÍTULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
4.1 Subprograma de servicio	49
4.2 Subprograma de docencia	51
4.3 Subprograma de investigación	54
4.4 Análisis de contexto	56
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones	59
5.1.1 Conclusiones generales	59
5.1.2 Conclusiones de servicio	60
5.1.3 Conclusiones de docencia	60
5.1.4 Conclusiones de investigación	61
5.2 Recomendaciones	61
5.2.1 Recomendaciones generales	61
5.2.2 Recomendaciones de servicio	62
5.2.3 Recomendaciones de docencia	63
5.2.4 Recomendaciones de investigación	63
BIBLIOGRAFIA	65
GLOSARIO	67
ANEXOS	69

SÍNTESIS DESCRIPTIVA

La presente investigación se realizó con el Programa del Adulto Mayor Grupo EVE, el cual es coordinado por el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Cultura y Deporte y la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, bajo la dirección del Centro de Salud No.16 Zona 6, desarrollando el Tema **“Depresión como consecuencia de los factores negativos que enfrenta el Adulto Mayor ante la familia y la sociedad”**, con el fin de brindar una salud integral a este grupo etéreo a través de los sub-programas de servicio, docencia e investigación, tanto a la población del Adulto Mayor como niños, adolescentes y adultos.

Se realizó con el fin de educar, socializar e integrar al Adulto Mayor con una actitud positiva a la sociedad, ejerciendo así sus derechos como lo estipula el Decreto 80-96 de la Ley del Adulto Mayor. Determinando en esta oportunidad que el adulto mayor es una persona importante en el desarrollo de la familia, comunidad y a un nivel macro de la sociedad, en la cual es una figura muy importante para la transmisión de valores morales, culturales y espirituales en las futuras generaciones, siendo su mayor valorización en el interior de la república y sobre todo en el grupo étnico maya, ya que en otros lugares del país se le despersonaliza, marginándolos.

Esta investigación fue desarrollada con éxito, llevando a cabo el proceso con una metodología e instrumentos adecuados a la investigación, alcanzando los objetivos y expectativas propuestas, comprobando así mismo la importancia de seguir luchando por este grupo que es vulnerable ante la sociedad, buscando una justa y equitativa norma social para el Adulto Mayor.

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de Investigación de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- se desarrolló en el Centro de Salud No. 16 de la Zona 6 de esta ciudad, cubriendo los programas de servicio, docencia e investigación establecidos por la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro de Salud.

En el sub programa de servicio se atendió a pacientes de diversos grupos etéreos, que solicitaron la atención psicológica para otras patologías, brindándoles una atención profesional y personalizada. La cual se trabajo conjuntamente con la Psicóloga Titular, Epesistas de Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala y la Universidad Mariano Gálvez.

En el sub programa de docencia se trabajó paralelo al de investigación con el Grupo EVE del Adulto Mayor, el cual estaba establecido por aproximadamente tres años. En el cual se desarrollaron diferentes actividades como lo fueron talleres, charlas, actividades recreativas y culturales, con el fin de motivar al Adulto Mayor de que es un ente productivo ante esta sociedad y así minimizar los procesos depresivos que ellos presentan, y el cual fue oportuno para realizar el tema de investigación con el titulo de **“Depresión como consecuencia de los factores negativos que enfrenta el Adulto Mayor ante la familia y la sociedad”**.

En este tema se analizaron los factores negativos que intervienen en el estado de depresión en personas de edades avanzadas. Al hablar de edades avanzadas nos referimos directamente al Adulto Mayor el cual se fija a los sesenta años como inicio de este periodo de la vida al cual se le denomina Tercera Edad.

Este término de Tercera Edad lo podemos enmarcar en diferentes ámbitos desde el punto de vista legal, como lo estipula el Decreto 80-96 Ley de Protección para las personas de la Tercera Edad, específicamente en su Artículo 3, nos define a las personas de la Tercera Edad, para efectos de dicha Ley, **como toda persona de cualquier sexo, religión, raza o color que tenga sesenta años o más de edad. Se consideran ancianos en condiciones de vulnerabilidad aquellos que careciendo de protección adecuada, sufran o estén expuestos a sufrir desviaciones o trastornos en sus estados físicos, mental o psicológicos y los que se encuentren en situación de riesgo.**

Motivo por el cual se creó la Defensoría del Adulto Mayor el 15 de marzo de 1998, hace diez años a la fecha actual, en este proceso de tiempo no se han dado los avances esperados, cumpliéndose lentamente un mínimo porcentaje de lo establecido en el Decreto 80-96, durante los últimos cuatro años.

Desde el punto de vista biológico – psicológico que van de la mano, cuando se habla de la Tercera Edad, Adulto Mayor o Vejez se refiere a los cambios que presentan todas las personas a través de los años y en su más amplio sentido comprenden todos los cambios biológicos producidos con el tiempo, abarca también aquellos cambios que resultan de la reducción de la capacidad funcional, del organismo maduro, cambios comúnmente denominados Envejecimiento. La geriatría una de las ramas de la medicina es la encargada de estudiar los problemas médicos del anciano. A nivel psicológico se maneja la pérdida de autoestima, eufatía, autonomía, anástasis y por último la pérdida del significado o sentido de la vida, como dice Víctor Frank: **“que el vacío existencial es la neurosis masiva de nuestro tiempo; ella se produce cuando el propio ser, la propia existencia carece de significación”**. Dependiendo como la persona se perciba y del ambiente en que se desenvuelva puede ser protagonista o sujeta a un estado depresivo.

Desde el ámbito social se han producido imágenes negativas sobre la vejez la cual la vinculan a la idea de una muerte social (retiro laboral) precursora de la muerte biológica, actualmente vivimos en una sociedad la cual es altamente competitiva, efectivista, masificada y acelerada, la cual va en busca de una transformación tecnológica, social, política y económica, marginando así al Adulto Mayor, vedando sus derechos como ciudadanos y sobre todo ocasionándoles una inestabilidad emocional o bien llevándolos a cuadros depresivos. Entre los paradigmas relacionados con la vejez, sin eufemismo el viejismo como una actitud aceptada en nuestra sociedad, hacen del Adulto Mayor un ser tremendamente vulnerable al maltrato y al abuso. Entre los cuales podemos distinguir los siguientes tipos de maltrato como lo es el físico, sexual, psicológico o emocional, patrimonial o económico, la negligencia o abandono, los cuales vienen a privar o deteriorar la salud integral del Adulto Mayor, provocándoles o haciéndolos vulnerables a la pérdida de un rol social, baja autoestima, niveles de dependencia como se menciono antes a cuadros depresivos.

En este último factor que es la depresión, es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profunda. Puede aparecer acompañada de varios síntomas con comitantes como lo es la pérdida del sueño y la comida, la pérdida de iniciativa, el auto castigo, el abandono, la inactividad, el anhedonismo (incapacidad para el placer) e ideas recurrentes de suicidio y muerte, quien en ocasiones pueden llevar efectivamente al suicidio. Las causas de depresión son el resultado de la acción de factores genéticos, biológicos y del entorno.

Durante el proceso del proyecto de investigación se aplicó en dos ocasiones la prueba para la medición de la depresión del Dr. William Zung, a cinco pacientes que asisten al Grupo EVE y que reciben terapia psicológica en la clínica del Centro de Salud. En la primera fase del proyecto se aplicó la prueba antes mencionada la cual consta de veinte

ítems para medir cuantitativamente la depresión valorando a los diagnósticos en estados de controles normales, deprimidos hospitalizados, deprimidos ambulatorios, reacciones de ansiedad, desórdenes de la personalidad y por último las reacciones de ajuste de situación transitoria, dando como resultado en la primera prueba un alto índice de deprimidos ambulatorios y reacciones de ansiedad. En base a estos resultados se brindó el servicio psicológico a nivel individual y grupal a través de charlas y talleres con el fin de minimizar los factores negativos que provocan cuadros depresivos.

En la segunda prueba que se aplicó a la misma población, los resultados presentaron índices bajos de estados depresivos y aumentaron los índices de controles normales, lo cual nos indica que los integrantes del Grupo EVE lograron identificar y minimizar los factores que provocan estados depresivos en ellos, como se menciono antes a través de actividades culturales, recreativas, festejos y charlas motivacionales entre otras, propiciando así en el Adulto Mayor una mejor salud física-mental y por ende una mejor calidad de vida, jugando un papel protagónico en nuestra sociedad.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

1.1 Monografía del lugar:

Guatemala (nombre oficial, República de Guatemala), república de América Central, limita al oeste y norte con México, al este con Belice y el golfo de Honduras, al sureste con Honduras y El Salvador, y al sur con el océano Pacífico. El país tiene una superficie total de 108.889 km². La ciudad de Guatemala se fundó en 1776 como tercera capital del país. La primera capital, hoy llamada Ciudad Vieja y establecida cerca de la actual por Pedro de Alvarado en 1524, fue destruida por una explosión volcánica en 1541. La segunda capital, actualmente llamada Antigua Guatemala y también situada en las cercanías de Guatemala, fue prácticamente destruida por un terremoto en 1773. Bajo el gobierno español, Guatemala llegó a ser la ciudad más importante de Centroamérica. Después de la independencia del país (1821), la ciudad se convirtió entre 1823 y 1831 en la capital de la Federación de las Provincias Unidas de Centroamérica (disuelta entre 1838 y 1840). La ciudad de Guatemala se reconstruyó de acuerdo a nuevos modelos de construcción y urbanización después de una serie de devastadores terremotos que se sucedieron entre 1874 y 1918. La zona norte de la ciudad fue de nuevo muy dañada durante otro gran terremoto en 1976 y se erigieron nuevas edificaciones en la parte sur de la ciudad. En todo el país domina el mismo tipo de clima, el cálido tropical, aunque las temperaturas varían con la altitud. Entre los 915 m y 2.440 m, zona en la que se concentra la mayor parte de la población, los días son cálidos y las noches frías; la temperatura tiene un promedio anual de 20 °C. El clima de las regiones costeras es de características más tropicales; la costa atlántica es más húmeda que la

del Pacífico, con una temperatura cuya media o promedio anual es de 28,3 °C. La estación de lluvias se presenta entre mayo y noviembre. Las precipitaciones anuales de la zona norte oscilan entre los 1.525 mm y los 2.540 mm; la ciudad de Guatemala, en las montañas del sur, recibe cerca de 1.320 mm de promedio anual.

El suelo, muy fértil, es el recurso más importante de Guatemala, que es básicamente un país agrícola y ganadero. Algunos de los minerales con que cuenta el país, aunque no todos suficientemente explotados, son hierro, petróleo, níquel, plomo, zinc y cromita; se han descubierto depósitos de uranio y mercurio. La región de El Petén proporciona especies arbóreas maderables y medicinales, como árbol del hule, chicozapote, ébano, caoba, palo de rosa y otros; la madera y sus productos se utilizan tanto para el consumo local como para la exportación. Los bosques cubren el 26,3% del territorio nacional. En las tierras bajas de Guatemala se encuentra la mayor parte de la flora característica de las áreas tropicales. En las partes más bajas de las regiones montañosas predominan los encinos, dando paso a los pinares a partir de los 2.135 metros de altitud. Las orquídeas y otras flores exóticas crecen de manera abundante en todo el país. Venados, monos y pecaríes son frecuentes, en especial en las tierras bajas escasamente pobladas. Otros animales salvajes, como el jaguar, el tapir y el puma, se encuentran en pequeños grupos; también hay cocodrilos, serpientes —como la serpiente toro o el mocasín, y lagartos el geco o el temacuil. La variedad de aves es extremadamente rica; algunos ejemplos son: agachadiza o agachona, carbonero, cardenal, reyezuelo y verdín. El quetzal, con su esplendoroso plumaje, es el ave nacional.

Guatemala tiene una población (según estimaciones para 2002) de 13.314.079 habitantes, con una densidad de 122 hab/km², aunque la mayoría se concentra en la región montañosa del sur del país. Los

grupos indígenas, entre los que destacan los quiché y cakchiqueles, viven en las tierras altas dedicados a la agricultura, la artesanía textil, la ganadería y el comercio local. En la década de 1990 Guatemala alcanzaba la tasa de natalidad más alta de Centroamérica; en 2002 era de 34,17 nacimientos por cada 1.000 habitantes. Guatemala se divide en 22 departamentos administrativos, cuyo gobierno está a cargo de un gobernador designado por el presidente. Son los siguientes: Alta Verapaz, Baja Verapaz, Chimaltenango, Chiquimula, El Progreso, Escuintla, Guatemala, Huehuetenango, Izabal, Jalapa, Jutiapa, Petén, Quetzaltenango, Quiché, Retalhuleu, Sacatepéquez, San Marcos, Santa Rosa, Sololá, Suchitepéquez, Totonicapán y Zacapa. Guatemala, la capital y ciudad más grande, tenía una población (según estimaciones para 2000) de 1.015.303 habitantes. El catolicismo es la religión que profesa la mayoría de los guatemaltecos; está presente también, de forma minoritaria, la Iglesia protestante, en especial la evangélica. El español es el idioma oficial, aunque se hablan unos 21 idiomas indígenas del tronco maya, principalmente quiché (idioma en el que se escribió el Popol Vuh), Mam, Kaqchikel (o kakchikel), Poqomam y Q'eqchi. En la costa del mar Caribe, la población de origen africano habla el idioma garífuna.

El 79,9% de adultos guatemaltecos estaban alfabetizados en 2001. La educación es gratuita para todos los niveles en instituciones públicas, pero, debido a la escasez de escuelas públicas, hay muchas instituciones de carácter privado. La educación es obligatoria entre los 7 y los 14 años. Guatemala conserva numerosas ruinas de esta civilización, como Tikal, Uaxactún, Quiriguá y Kaminal Juyú. A ello hay que añadir la influencia española, que se manifestó en la lengua, la religión, el arte y arquitectura. En Antigua Guatemala, la capital durante el periodo colonial, se conservan espléndidos edificios del barroco español, como su magnífica catedral. En relación a la población con la cual se trabajó, la mayor parte

vive en las colonias zona 6, la cual limita al norte con el municipio de Chinautla, al sur con la zona 1 y 5, al oeste con la zona 2 y al este con las zonas 17 y 18. En este último límite está bordeado por barrancos y por la calzada de las Buganblias, actualmente este acceso vial está cerrado por los derrumbes subterráneos y en el cual la municipalidad capitalina y otras entidades están trabajando. La zona 6 cuenta con 20 colonias y 14 asentamientos, 18,000 viviendas y una población de 76,580 personas (periódico Prensa Libre 21.02-05 pp.4). Actualmente cuenta con un centro comercial, fabricas y maquilas de toda índole, restaurantes, cafeterías, centro de salud, el IGGS, clínicas y hospitales privados, iglesias, mercados cantonales, centros nocturnos, estadio, parques recreativos, escuelas, institutos, colegios, sala de belleza, gimnasios, tiendas, abarroterías, farmacias, venta informal de comida entre otros. Los autobuses que prestan sus servicios a esta zona son las rutas 3, 4, 14, 65, 83, , 96, 203.

1.2 Descripción de la Institución u Organismo Requiriente:

Por acuerdo Gubernativo y en base a las políticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el 24 de julio del año 1,978, se fundó en la ciudad capital, y bajo la dirección del Doctor Alejandro Gramajo, El Centro de Salud No.16 ubicado actualmente en la 21 Ave. 13-75 de la zona 6, es una institución pública que actualmente está conceptuado como Centro de Salud, con acciones integradas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, con el fin de cumplir con el artículo No. 94 de la Constitución Política de la República.

VISIÒN

El Centro de Salud No. 16 de la zona 6, es una organización líder en salud, que cuenta con un modelo de atención y funcionamiento moderno y flexible, centralizado en una atención de calidad hacia el usuario, con recurso humano eficiente, eficaz, capacitado y socializado técnica y

profesionalmente con una cultura abierta al cambio de actitud y comportamiento organizacional, comprometidos a cubrir las demandas de la comunidad.

MISIÒN

Garantizar la atención médica integral en forma permanente y gratuita a través del fortalecimiento de los diferentes servicios y departamentos técnicos y administrativos, orientados a contribuir al mejoramiento de la atención a los usuarios.

OBJETIVOS

- ❖ Planificar y ejecutar programas orientados a la promoción, prevención y recuperación de la salud. Brindando una vigilancia epidemiológica a través de la ejecución de actividades programadas.
- ❖ Mejorar la capacidad de atención a la población en consulta externa, laboratorio y emergencias a través de la coordinación y colaboración del personal institucional.

El Centro de Salud No. 16 de la zona 6 está formado por 14 áreas de trabajo, en un terreno de 666.786 metros cuadrados, y están organizados de la siguiente manera:

- ❖ Recepción: encargado de llevar el control de archivo de los pacientes, envío y recepción de correspondencia, gestiones de licencias sanitarias y tarjetas de salud como atención al público.
- ❖ Clínica de Pre-consulta: su función específica es de tomar los signos vitales tales como; talla, peso, temperatura corporal y presión sanguínea, a la vez evaluar las emergencias.
- ❖ Consulta Externa: brinda la orientación en cuanto al servicio médico, psicológico y social a la población en general a niños

(as), personas jóvenes, adultos y de la tercera edad. Así mismo brinda el servicio de Control Pre y Post Natal de las mujeres, entre otros servicios como el exámen de papanicolau, exámenes relacionados con la salud-enfermedad de las mujeres, y métodos anticonceptivos.

- ❖ Clínica Odontológica: brinda el servicio de evaluación, extracción de molares y/o incisivos, realizan programas de salud bucal y fluorización en las escuelas, educación en salud bucal como parte de escuelas saludables.
- ❖ Clínica de Post-Consulta y Tratamiento: Brindan plan educacional de acuerdo a las indicaciones médicas según sea el caso.
- ❖ Farmacia: Proporcionando el medicamento disponible.
- ❖ Clínica de Hipodérmia: presta el servicio de vacunación de niños y niñas comprendidos entre las edades de 0 meses a menores de 5 años y a mujeres en edad fértil. Así mismo tratamientos inyectados, curaciones y cirugías menores.
- ❖ Laboratorio: se encarga de realizar exámenes de VIH, baciloscopias, frotos vaginales, glucosa, heces, orina y sangre, con el fin de orientar un buen diagnóstico médico.
- ❖ Área de Trabajo Social: el trabajo específico es investigar, evaluar y ejecutar planes, programas y proyectos de salud preventiva, coordinando la acción de promoción y educación del distrito de salud. Dicho trabajo se coordina con los estudiantes de Trabajo Social y Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- ❖ Clínica de Psicología: brinda el servicio psicoterapéutico a nivel individual y grupal, asesoría y orientación a padres de familia, maestros, y personas que soliciten el servicio.
- ❖ Saneamiento Ambiental: prestando los siguientes servicios;
 1. Vacuna contra la Rabia: la cual va dirigida principalmente al perro y a otros animales como el gato, conejos etc.,

este servicio lo prestan todos los días y sobre todo la jornada canina que es programada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

2. ETAS "Enfermedades de Transmisión Alimenticia", este servicio es el encargado de llevar el control y supervisión de la calidad de alimentos que se fabrican, almacenan y se colocan en el mercado al público, a la vez se brinda el curso de Manipuladores de Alimentos.
3. Control del agua
4. Desechos Sólidos: este servicio es coordinado con la Municipalidad de Guatemala para erradicar y controlar la creación de basureros clandestinos, control de mercados, parques y todo lo relacionado con la contaminación del ambiente.
5. Excretas: este servicio también es coordinado con la Municipalidad de Guatemala, para la adecuada disposición de aguas negras, aguas servidas entre otras.

- ❖ Farmacia Proam Venta Social de Medicamentos

- ❖ Sala de espera

Los anteriores programas descritos son coordinados por el equipo técnico del Centro de Salud, cuya función es dar prioridad a la reestructuración integral del servicio de salud a través de redefinir las responsabilidades dentro de su personal y extender a la vez la cobertura de los servicios básicos siguiendo las líneas de acción, como lo es la aplicación de los principios de ética, equidad, eficiencia, calidad total y sostenibilidad social, técnica y financiera, para lo cual ella realiza capacitaciones a su personal y facilitadores comunitarios, supervisión y asesoría a estudiantes de Trabajo Social y estudiantes que realizan el Ejercicio Profesional Supervisado de Psicología, elaboración de planificaciones anuales de

actividades, programas, informes entre otros.

Personal Técnico Administrativo Centro de Salud No. 16 de la Zona 6:

- 1 Médico Director
- 2 Médicos de 8 horas
- 2 Médicos de 4 horas
- 1 Odontóloga de 6 horas
- 1 Odontólogo de 4 horas
- 1 Psicóloga
- 1 Trabajadora Social
- 1 Inspector de Saneamiento Ambiental
- 1 Enfermero Profesional
- 6 Auxiliares de Enfermería
- 2 Técnicos de Laboratorio
- 3 Secretarias
- 1 Estadígrafo
- 1 Asistente Dental
- 1 Encargado de Bodega
- 2 Epesistas de Psicología
- 3 Estudiantes de Trabajo Social
- 2 Conserjes
- 1 Guardián

El Centro de Salud No.16 de la Zona 6, brinda sus servicios de lunes a viernes en horario de 7:00 a 15:30 horas. Organizado el servicio en 2 turnos, el primero a las 7:00 a.m., y el segundo a las 10:00 a.m. La proyección del Centro de Salud es social, por lo que se trabaja con diversos programas encaminados a las necesidades de la población, brindándoles una salud integral a través de los cumplimientos de las leyes del marco constitucional y legal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

1.2 Descripción de la Población Atendida:

La ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado, se llevó a cabo en el Centro de Salud No. 16 de la zona 6, con el Grupo EVE integrado por las personas de la Tercera Edad, en la cual se abordó el tema de la Depresión como consecuencia de los factores negativos que enfrenta el adulto mayor ante la familia y la sociedad. La población que se atendió está comprendida por 5 hombres y un aproximado de 35 mujeres, la cantidad de estas personas oscila (por ciertos periodos se presentan o se retiran debido a diversas circunstancias personales), entre las edades de 40 a 70 años de edad, procedentes de diversos lugares y áreas cercanas como lo es la colonia El Carmen, Los Ángeles, La Fraternidad, Las Alondras, El Barrio San Antonio, San Juan de Dios, 30 de Junio, La Reinita, Proyecto 4-3, Proyecto 4-4, Proyecto 4-10, Bienestar Social, La Pedrera, El Quintanal, José Antonio Márquez Noriega, El Ejército, Casco Urbano, La Ermita, Cipresales y Residenciales Cipresales. Así mismo se formaron asentamientos; La Paz, El Carmen, Jesús de la Buena Esperanza, La Joyita, Barrio San Antonio, Joyita San Juan, Santiago de los Caballeros, El Esfuerzo, 19 de Mayo, Renacer, 25 de Noviembre, Próspero Penados, Divina Pastora, Luz de la Mañana, Jordán y Los Ángeles. Actualmente parte de la población del Barrio San Antonio fue desalojado de sus viviendas ya que parte de ese territorio se ha derrumbado.

La población pertenece a los grupos ladinos y en su minoría a la etnia maya, siendo de escasos recursos económicos, ya que no cuentan con una pensión digna para sobrevivir los que son jubilados, pero también existen otros que no tienen este beneficio y dependen de la ayuda de los hijos casados o solteros, u otros familiares. Así mismo por la crisis económica que presentan se ven obligados a trabajar en distintas áreas; las mujeres venden comida, son dependientes de tiendas instaladas en su vivienda, hacen costuras entre otras, los hombres trabajan en

albañilería, carpintería, ayudan a cargar bultos en los mercados o bien se desempeñan como vendedores en el mercado ambulante ya que por su edad avanzada no les dan trabajo tanto en la iniciativa privada como del estado.

El núcleo familiar está constituido por la pareja de esposos o bien, el adulto mayor con la familia del hijo o hija, en algunos casos viven con los nietos que les dejaron sus hijos por motivos de buscar una mejor calidad de vida emigraron hacia Estados Unidos.

El mayor porcentaje de las personas de la tercera edad, son víctimas de discriminación, violencia física, verbal, por negligencia, maltrato psicológico o emocional, por parte de sus familiares o bien por la sociedad en general, por lo que se ven afectados en varias áreas y sobre todo en lo emocional presentado a la vez depresión por las mismas situaciones.

1.3 Planteamiento del Problema

A través de la observación y la anterior evaluación diagnóstica que se realizó en el Centro de Salud No. 16 de la zona 6, se observó la problemática psicosocial del contexto en que se desenvuelven las personas de la tercera edad. Los adultos mayores son provenientes de hogares en los cuales solo viven ellos, viven con sus hijos casados, hijos solteros o bien con sus nietos los cuales fueron recomendados o abandonados por sus padres por distintas razones. Ellos viven en lugares aledaños a la institución.

En este tema se analizaron los factores negativos que intervienen en el estado de depresión en personas de edades avanzadas. Al hablar de edades avanzadas nos referimos directamente al adulto mayor en el cual se fija los 60 años como el inicio de este periodo de la vida, al cual se le denomina "tercera edad".

Es indudable que la actitud de la familia y de la sociedad frente al anciano está en crisis, y que oscila dentro de la tradición de respeto y protección,

que implica cierto grado de sacrificio y la intolerancia, el desapego que conducen al desprecio y marginación del anciano. Durante el proceso de envejecimiento, se presenta la reducción de la capacidad funcional del organismo, sin duda alguna influye también la calidad de vida, el funcionamiento físico, socioeconómico y psicológico, las cuales están relacionadas con las acciones y omisiones que desarrolla cada persona durante su vida. Tanto la sociedad como la familia deben prestar una ayuda eficaz al ser humano en la difícil tarea de envejecer con dignidad.

Es importante resaltar que aun en buenas condiciones de salud, pueden darse dentro de nuestra cultura estados graves de aflicción en la vejez, siempre situacionales, en los cuales el anciano sufre por falta de ubicación familiar y social, por ausencia de una economía propia y así mismo por el vacío afectivo que se establece a su alrededor propiciado a la vez por la mismos factores negativos. Estos estados de tristeza y preocupación funcionan como una verdadera enfermedad psicológica conocida como depresión, la cual está en estrecha relación con aspectos de organización familiar y social.

La depresión es la más frecuente de todos los trastornos mentales, que afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres y el adulto mayor son los más afectados, debido a periodos de crisis o a cambios biológicos importantes los cuales se caracterizan por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos. A diferencia de la tristeza normal, o el duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, existe la depresión patológica que es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Esta puede aparecer acompañada de varios síntomas relacionados como lo son las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer. Debido a esta situación por la que pasan las personas de la tercera edad

es necesario crear un entorno propicio y favorable para que puedan vivir dignamente, es necesario sensibilizar a toda la población para lograr tener una visión positiva del envejecimiento que conduzca a actividades que promuevan el respeto y valoración hacia las personas de la tercera edad. Es de suma importancia que tanto la familia, sociedad y encargados de la formación de los niños como futuras generaciones dediquen tiempo y nuevas formas de percibir, valorar y tratar a las personas de edad avanzada, ya que serán las nuevas generaciones las encargadas de cambiar los elementos culturales que han determinado la percepción de los adultos mayores. Motivo por el cual se realizó este proyecto, para disminuir la depresión, haciendo conciencia y sensibilizando al grupo para que se reconozcan y valoren como adulto mayor, que es un ente productivo ante una sociedad a la cual pertenecemos.

CAPÍTULO II

REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1 Abordamiento teórico-metodológico

El tema del adulto mayor ha adquirido gran preocupación en nuestra Guatemala en los últimos años, lo que tiene directa relación con el progresivo envejecimiento de la población. Esto ha llevado a la necesidad de preocuparse de problemas de toda índole que afectan a este grupo etáreo, y que si bien han existido siempre, sólo ahora se manifiestan en toda su magnitud, para lo cual se creó la Defensoría del Adulto Mayor la cual fue fundada el 15 de marzo de 1998, según acuerdo de Secretaría General. Tiene bajo su responsabilidad tutelar y velar por el pleno respeto de los Derechos Humanos de las personas adultas mayores; buscando siempre, que tengan un trato digno, tanto dentro del ámbito familiar como en la sociedad. Promueve la participación plena de esta población en el ejercicio y defensa de sus derechos como lo estipula el Decreto 80-96 Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad, específicamente en su artículo 3º, nos define a las personas de la tercera edad, para efectos de dicha ley, **como toda persona de cualquier sexo, religión, raza o color que tenga 60 años o más de edad**. Se consideran ancianos en condiciones de vulnerabilidad aquellos que careciendo de protección adecuada, sufran o estén expuestos a sufrir desviaciones o trastornos en su estado físico, mental o psicológico y los que se encuentren en situación de riesgo. Por otro lado en el artículo 9º del mismo decreto y referente al Régimen Social, nos menciona la **obligación de parte de parientes de asistir y proteger al anciano**, y en su artículo 11º, el cual nos indica que **las personas ancianas víctimas de maltratos pueden solicitar protección ante el juez competente**, ya que ante la sociedad no son vistos como personas productivas económicamente y comercialmente activa, y que de alguna manera puedan aportar algo

positivo dentro de la misma. Por ejemplo no son aceptados por lo regular para desempeñar alguna clase de trabajo; he aquí donde observamos la discriminación como principal factor negativo y por ende no pueden tener un sustento para poder mantenerse, por lo que encontramos a estas personas en el abandono total. La vejez consiste en una serie de cambios mentales y sociales, cambios que no provienen de un proceso biológico normal de envejecimiento, sin duda alguna influye también la calidad de vida, el funcionamiento físico, socioeconómico y psicológico, las cuales están relacionadas con las acciones y omisiones que desarrolla cada persona durante su vida. Por medio de este decreto se brinda una cobertura a través de las Auxiliaturas Departamentales, municipales y a nivel nacional. La Defensoría del Adulto Mayor, tiene sus oficinas en la sede central de la Procuraduría de los Derechos Humanos en la cual atiende denuncias relacionadas a violaciones de derechos humanos de personas mayores. Esta institución tiene como visión garantizar y reconocer el pleno respeto a los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores, a través de espacios de coordinación y enlace entre Instituciones del Estado y Sociedad Civil, promoviendo acciones, programas y proyectos que tiendan a involucrar a la población adulta mayor en el pleno ejercicio de sus derechos y como misión; apoyar el proceso y la estructura de políticas, a nivel social, cultural y económico que sean transformadoras de cambios, para lograr la participación y el pleno respeto de los derechos humanos de esta población, construyendo así una sociedad justa, más humana y solidaria con las personas adultas mayores. www.pnh.org.gt En Guatemala se conmemora el Día Internacional de las Personas de la Tercera Edad, el último domingo de septiembre, y el Día Nacional del Adulto Mayor el último viernes del mes de noviembre, las cuales tienen mayor relevancia entre otras actividades que existen para la participación

del adulto mayor.

Cuando se habla de la tercera edad, adulto mayor o simplemente vejez se refiere a los cambios que presentan todas las personas a través de los años y en su más amplio sentido comprenden todos los cambios biológicos producidos con el tiempo, abarca también aquellos cambios que resultan de la reducción de la capacidad funcional del organismo maduro, cambios comúnmente denominados envejecimiento. Pero no todas las personas envejecen de la misma manera. La calidad de vida y el funcionamiento físico, social y psicológico durante la vejez, están relacionados con las acciones y omisiones que desarrolla cada persona durante su vida. Es decir, el grado de bienestar durante el envejecimiento es el "resultado" de múltiples factores conductuales, socioeconómicos y físicos (estilo de vida, factores hereditarios, riesgos a los que se expusieron y problemas adquiridos en la juventud y madurez). En realidad el envejecimiento es un proceso complejo y heterogéneo que puede ser abordado por las más variadas disciplinas, pero principalmente por la geriatría. Cuando hablamos de Geriatría nos referimos a una rama de la medicina, es decir una especialidad médica como pudiera ser la Cardiología o la Pediatría. Tiene unas particularidades que la hacen hoy en día muy necesaria y atractiva, derivadas de lo que es su razón fundamental: el anciano.

La Geriatría es una especialidad joven comparada con otras, aunque no tanto como pudiera parecer. El término geriatría se usa por primera vez a comienzos del siglo XX en la literatura médica, para hacer referencia a las enfermedades que padecían los ancianos y sus tratamientos. Se comienza así a tener conciencia de esta particularidad. Sin embargo la especialidad o mejor dicho la práctica geriátrica moderna, nace en los años 40 en el Reino Unido gracias a la intuición de Marjorie

Warren, enfermera supervisora y posteriormente graduada en Medicina. Warren observó en las salas de crónicos de los hospitales donde trabajó, cómo existían muchos ancianos con enfermedades no diagnosticadas ni tratadas. Demostró cómo muchos de estos ancianos crónicos e inválidos, tras una correcta valoración y unos cuidados clínicos y de rehabilitación adecuada, obtenían grandes recuperaciones que les permitían integrarse de nuevo con su familia o en la comunidad. Este proceso iniciado por la Dra. Warren culmina con la creación de la especialidad en el Reino Unido en 1946. En España, en contra de lo que pudiera parecer y de forma pionera, nace muy poco después la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología presidida por el profesor Beltrán Báguena. Cuenta en su fundación con los auspicios de grandes figuras de la medicina española como Marañón y Teófilo Hernando entre otros.

La Geriatria se centra en los problemas médicos del anciano, de la forma que hemos descrito. Así mismo forma parte de un cuerpo científico más extenso y global que se denomina Gerontología. Por Gerontología se entiende la ciencia que estudia los procesos de envejecimiento. No se limita al estudio del hombre sino que más bien es el estudio del envejecimiento en todos los seres vivos. Abarca muchas disciplinas que van desde la investigación básica o experimental que se pueda ocupar de los aspectos biológicos del envejecer, hasta aspectos psicológicos, sociológicos, sociales. También y como hemos dicho anteriormente incluye aspectos clínicos. <http://www.sld.cu/eventos/longevidad>

El envejecimiento biológico se caracteriza por el deterioro y desgaste de los tejidos y funciones del organismo. Difícil determinar su comienzo ya que al principio es imperceptible. A continuación se presentan algunas de las teorías del envejecimiento:

Teoría de la alteración de la inmunidad: expone que la inmunidad es un sistema de defensa específico contra las agresiones externas. Al alterarse, la defensa será ineficaz y agentes externos van a ir produciendo deterioros, o bien un deterioro del sistema inmune provoca que el propio sistema inmune actúe sobre el organismo.

Teoría del desgaste: la cual ostenta aquellos factores que influyen en el proceso de envejecimiento; ejercicio, alimentación, actividad a lo largo de la vida, hábitos. Los tejidos para tener una buena fisiología necesitan estar bien nutridos y oxigenados, los microcapilares que se abren o se cierran según la necesidad del tejido. Si se hace ejercicio se abren los capilares retrasando el deterioro. La alimentación también es un factor a tener en cuenta, la arteriosclerosis junto a la obesidad son elementos que deterioran. Una persona estresada está en peores condiciones que una tranquila (tabaco, alcohol,...).

Teorías genéticas: la cual propone que los seres vivos envejecen debido a una propiedad que les diferencia de los seres inertes, la capacidad para sintetizar proteínas, esta es el sustrato de la capacidad de reproducción de las células y de la capacidad de utilizar los elementos externos, el agua y la energía que ellos necesitan (metabolismo). En esta síntesis de proteínas interviene el DNA realizado a través del RNA. Una alteración en el material genético produce alteración en los cromosomas por la edad o bien un progreso genético que conlleva la ancianidad. El deterioro es a nivel celular fundamentalmente, disminuye la capacidad mitótica de las células así como su capacidad de crecimiento. En muchos tejidos la capacidad celular es inferior al desgaste fisiológico y se produce atrofia. Disminuye la capacidad de especialización de las células y en muchos casos se produce una sustitución de las células de un tejido por tejido adiposo afectando a la funcionalidad del tejido. Disminuye el líquido

intracelular dando lugar a que sea más fácil la deshidratación. La vejez se acompaña de un mayor número de padecimientos que muchas veces coexisten a la vez. Además la expresión de las enfermedades en los ancianos es distinta. Así mismo existe una alta frecuencia de procesos degenerativos como deterioro cognitivo, enfermedades cardiovasculares, cáncer, limitaciones del aparato locomotor. Estos procesos degenerativos establecidos de forma crónica y perenne junto con la presencia de caídas, accidentes o alteraciones de los sentidos de la vista y oído llevan a un final común en muchos ancianos que son la invalidez y la dependencia. Por lo anterior se estima que la esperanza de vida al nacer en nuestro país, para un hombre sobrepasa ligeramente los 74 y 81 años para la mujer. Esto supone un número cada vez mayor de ancianos en los países desarrollados. Pero en los países en vía de desarrollo estas cifras se reducen por el nivel económico, cultural, social y sobre todo médico asistencial. Otro factor de suma importancia es la jubilación como un hecho social y proceso individual, así mismo supone una disminución de ingresos en los mayores, en un momento en que son mayores sus necesidades sociales y sanitarias. Esta falta de recursos puede ser parte de sus problemas socio familiares y sanitarios. Los cambios sociales han supuesto pasar de núcleos familiares rurales de estructura patriarcal a familias nucleares urbanas donde el papel del anciano está desplazado. Esto supone un riesgo de pérdida de lazos familiares y sociales que pueden llevar al anciano a situaciones de aislamiento, marginación y riesgo social.

www.movimientosalud.com.ar

Desde el punto de vista social hace aproximadamente treinta años, dada la manera como nuestras sociedades se preocupan del envejecimiento colectivo e individual, se han producido imágenes negativas de este doble

fenómeno. Como numerosos sociólogos lo han constatado, las representaciones colectivas sobre la vejez vehiculan la idea de una muerte social, precursora de la muerte biológica. Las imágenes producidas socialmente que se plantean como muchas otras imágenes posibles de la vejez (desde el "flamante adulto" siempre bien erguido con más de 80 años, al viejo dependiente y/o demente), dan cuenta sobre los "procesos de diferenciación progresiva, de separación, de estigmatización" generados después que nuestras sociedades tomaron conciencia de su envejecimiento demográfico. De la tercera edad, inventada en los años 70, se pasó, en los años 80 a la cuarta edad, aquella en donde verdaderamente las cosas se degradan, donde la dependencia, las diversas pérdidas se instalan, cuando no se trata de la demencia llamada "senil", esperando la muerte anunciada. Hoy en día nos encontramos hablando del riesgo de "interrupción voluntaria de la vejez" (Vallejo, 1997, p. 67), denunciando el escándalo de los viejitos "desnutridos, deshidratados, infectados, llenos de escaras, postrados, confundidos", que invaden en los países en vías de desarrollo los hospitales públicos durante las fiestas de fin de año, recolectando testimonios cada vez más numerosos sobre el maltrato de las personas ancianas o recordando que ser viejo no es equivalente a estar enfermo o incapaz de aportar algo a la sociedad. Estas realidades y discursos, una vez evocados, aparecen poco tranquilizadores respecto de la percepción que tienen nuestras sociedades sobre la vejez. Las representaciones más corrientes de la vejez (esquemáticamente el "dependiente" y "el socialmente útil") ponen en juego una visión utilitarista de los viejos: en los dos casos, se les mide en función de lo que pueden aún aportar a la sociedad (los "buenos" viejos que ayudan a la sociedad a través del voluntariado y los "dependientes" que "cuestan", a pesar que su atención puede generar la creación de nuevos empleos). Sin embargo, estas representaciones empobrecen dramáticamente la realidad

de las viejas y de los viejos: más del 80% de estos no son ni dependientes, ni comprometidos con el mundo asociativo. Por ello aparecen como excluidos de las imágenes que circulan sobre la vejez, sin existencia social, ni reconocidos públicamente como una realidad. Es posible identificar "un movimiento colectivo buscando negar la vejez como una etapa específica en la trayectoria de vida y, por ese solo hecho, pudiendo existir sin tener que someterse a los imperativos de la economía mercantil y las exigencias de la ideología utilitarista". Paralelamente a esta percepción colectiva negativa de la vejez, se aprecia una dificultad real para los médicos y para el personal de salud en general, de comprender lo que se acostumbra llamar el "paciente geriátrico". No es raro ver, por otra parte, que los cercanos al paciente de edad rechazan la manera como los hospitales se encargan de estas personas: a menudo, por ejemplo, se critica a los equipos su incapacidad de considerar el paciente independientemente de un órgano enfermo. Tampoco es raro escuchar, de parte del personal de salud, el relato de situaciones en que las personas de edad avanzada, aunque también de las personas inconscientes, de las personas dementes o de los enfermos mentales, sufren de falta de respeto manifiesto y negligencias en los cuidados de salud: despersonalización (identificación sistemática a través de expresiones tales como "mamita" o "papito"), infantilización, tuteo sistemático, falta de información, ausencia de respeto de la autonomía, destrucción del espacio íntimo y privado. La medicina, el hospital, los profesionales de salud son parte de una sociedad y la negación social de la vejez constituye una razón convincente desde el punto de vista del fracaso, tanto como las razones médicas o personales. Para intentar comprender la noción de "fracaso" en el ámbito geriátrico es posible identificar factores psicológicos individuales, factores estructurales y factores de dependencia. Los factores psicológicos derivan, a menudo, del miedo a la muerte, lo que provoca reacciones de fuga o

de negación. Que a la vez conforman parte del maltrato al Adulto Mayor que cobra una gran relevancia y ha significado una preocupación permanente ha ciertos sectores de la sociedad.

A medida que nuestra sociedad envejece, que el porcentaje de adultos mayores aumenta aceleradamente, los temas que les atañen deben transformarse, cada vez más, en una preocupación nacional. Los paradigmas relacionados con la vejez, el viejismo como una actitud aceptada en nuestra sociedad, hacen del adulto mayor un ser tremendamente vulnerable al maltrato y al abuso. Sin embargo, al no existir un canal adecuado que permita derivar y resolver este tipo de situaciones, estas se seguirán produciendo ante la impotencia de quienes trabajan diariamente con éste grupo etáreo. Se reconoce que el adulto mayor se ve afectado por este problema social, el que se caracteriza por su invisibilidad y deficiente registro; la existencia de instituciones que no cuentan con sistemas de detección precoz o apropiada; así como también, la escasa comprensión de la dinámica de las relaciones violentas y de las experiencias de las personas mayores afectadas.

No obstante, en general, es posible distinguir los siguientes tipos de maltratos (Lowick, 1999):

- El maltrato físico
- El abuso sexual
- El maltrato psicológico o emocional
- El abuso patrimonial o maltrato económico
- La negligencia o abandono

Los anteriores tipos de maltrato afectan al anciano, como es el maltrato

físico, sexual y emocional, lo cual lo viene a privar o bien a deteriorar su salud integral. No se debe olvidar desde la perspectiva del maltrato psicológico o emocional que el adulto mayor, muchas veces, tiene resentida su autoestima, producto de la dificultad para enfrentar algunos cambios que se presentan en esta etapa. Por otro lado, la soledad y el aislamiento son unos de los mayores miedos de esta población etárea, lo que la lleva a aceptar condiciones absolutamente injustas e indignas para ella. Por último, algunos estudios indican que personas que han tenido historias previas de violencia intrafamiliar suelen repetir este patrón, y presentan, por lo tanto, mayor dificultad para darse cuenta que ese tipo de relación no es normal. Cuando se habla de abuso patrimonial o maltrato económico se refiere al "maluso o explotación de dinero o de las posesiones del anciano, así como el bloqueo de acceso a éste de dichos bienes" (Ruipérez, Llorente, 1996), lo que implica "daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o falsificación de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de las personas mayores". El otro tipo de maltrato que se puede referir es la negligencia o abandono, que se ha definido como "la no administración de los cuidados o supervisión necesarios respecto a alimentación, vestido, higiene, cobija y cuidados médicos apropiados" (Ruipérez y Llorente, 1996). En este sentido, es posible distinguir una negligencia o abandono pasivo y uno activo, dependiendo de si ésta es producto del desconocimiento o incapacidad del cuidador, o cuando el acto se realiza intencionalmente. Cualquiera de los anteriores tipos de maltrato atenta directamente contra el normal desarrollo de las actividades de la vida diaria del adulto mayor y va generando un deterioro en su calidad de vida. Para lo cual se trata de colaborar en el mejoramiento de la calidad de vida, se consideran los

factores que hacen del adulto mayor una persona vulnerable frente al maltrato:

- Pérdida de rol social
- Baja autoestima
- Niveles de dependencia, derivada de algunas patologías.
- Depresión

Este último factor que es la depresión, es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión, desesperanza profunda y abulia. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad, la incapacidad para el placer e ideas recurrentes de suicidio y muerte, que en ocasiones pueden llevar efectivamente al suicidio. (Vallejo, 1997, p. 54) Las causas de depresión son el resultado de la acción de factores genéticos, biológicos y del entorno, entre estos podemos hacer mención de:

Anormalidades de los Neurotransmisores; las causas básicas de la depresión están asociadas a anomalías en la liberación de cierto neurotransmisor clave (mensajeros químicos del cerebro) principalmente los siguientes: a) serotonina b) acetilcolina c) catecolamina (que constan de la dopamina, noradrenalina y epinefrina también llamada adrenalina). El grado en que estos mensajeros químicos están alterados puede ser determinado por otros factores, tales como anomalías estructurales cerebrales leves, trastornos del sueño o susceptibilidad genética.

Anomalías Hormonales; es muy probable que en las hormonas femeninas, los estrógenos y la progesterona, jueguen un papel en la depresión. Los niveles anormales de determinadas hormonas de stress y del crecimiento también pueden jugar un papel en la depresión.

Depresión y Estrategia Adaptativa; se considera que el estado de ánimo disminuido es una respuesta adaptativa a determinadas situaciones en las que las expectativas no se adaptan a los logros y los esfuerzos activos parecen infructuosos (como un enamoramiento no correspondido, fracaso profesional, o un compromiso de autoridad). En el estado normal, el dolor que produce la respuesta proporciona al individuo iniciativa para desconectar y también una respuesta pasiva, de abandono que permite al individuo tener un periodo de pensamiento profundo antes de realizar un cambio de dirección. *La depresión como alteración* (caracterizada por pesimismo insistente, baja autoestima y falta total de iniciativa) se puede desarrollar si hay constantes metas u objetos inalcanzables y si la persona no tiene ninguna relación positiva que le ayude a cambiar de dirección.

Estas situaciones se dan ciertamente en las sociedades altamente competitivas a las que les falta el soporte social y los medios de comunicación mantienen las imágenes inalcanzables como deseables.

Depresión en Ancianos: En general, un tercio de la población anciana está deprimida (de acuerdo con un estudio, sólo el 10% reciben tratamiento). El proceso de envejecimiento por si mismo no parece ser la causa en todos los casos. La severidad de la depresión en los ancianos puede estar estrechamente asociada con su capacidad funcional. Curiosamente, cuanto más pesimista es una persona mayor, menos probabilidad tiene él o ella de sufrir depresión. Estos individuos son más capaces de aceptar las experiencias negativas que aparecen con la edad que aquellos con una personalidad optimista. Cualquier persona que

experimente vivencias negativas acumuladas, enfermedades físicas, la muerte de un ser querido, deterioro funcional, o pérdida de independencia puede llegar a deprimirse profundamente y los ancianos son los más propensos a estos sucesos. Los trastornos depresivos son, por fortuna, los que presentan más tratamientos en psiquiatría, al haber sido ligados con la disfunción de dos de los principales sistemas de neurotransmisores cerebrales, la serotonina y la noradrenalina, por lo que se emplean dos tipos de fármacos: los antidepresivos tricíclicos tetracíclicos y los inhibidores de la MAO (monosaminooxidasa). Estos últimos requieren una dieta especial porque interactúan con la triamina, que aparece en los quesos, la cerveza, el vino, el hígado de pollo y otros alimentos, causando además un aumento de la tensión arterial. Los antidepresivos tricíclicos no requieren una dieta especial, pero tienen un efecto tóxico sobre el tejido cardíaco. Ambos tipos de fármacos actúan bloqueando la reabsorción de la serotonina y la noradrenalina en las neuronas, prolongando así los efectos de estos transmisores. Un avance en la farmacoterapia de la depresión ha sido el Prozac (fluoxetina), que inhibe la reabsorción de la serotonina en el cerebro. Introducido en 1986, este fármaco ha sido prescrito a más de 10 millones de personas en todo el mundo hasta 1994. Otro antidepresivo reciente, el Efexor (venlafaxina), actúa bloqueando la reabsorción tanto de serotonina como de noradrenalina en el cerebro, y se supone que tiene menos efectos secundarios. Ha mostrado su eficacia en el tratamiento de diversos tipos de depresión. También se emplea el carbonato de litio, un mineral común, para controlar las fases maníacas de las enfermedades maníaco depresivas. En pequeñas dosis, también se emplea para controlar las fluctuaciones anímicas de este trastorno bipolar. La terapia electroconvulsiva o electroshock, terapia de choque, pese a sus riesgos y efectos secundarios se sigue utilizando en depresiones que

no responden a la farmacoterapia antes descrita. En el otro extremo de este tratamiento agresivo estaría la psicoterapia, válida como seguimiento, tratamiento complementario y como prevención de las depresiones graves, así como para combatir las depresiones más leves (conocidas como depresiones neuróticas, por oposición a las psicóticas). La psicoterapia de diversos tipos, según varios paradigmas teóricos (desde los conductistas a los psicoanalíticos) cuenta con abundante apoyo empírico y clínico que la avalan como tratamiento optativo, ya que muchos trastornos depresivos tienen sus orígenes no tanto en disfunciones orgánicas sino en factores psicosociales (emocionales, conductuales y cognitivos) e incluso culturales. Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2003. © 1993-2002

Además de las terapias y tratamientos psiquiátricos los cursos libres se convierten no sólo en una opción educativa para los participantes; sino en espacios de convivencia, autoayuda y acompañamiento impregnados de confianza, compañerismo y solidaridad que fomentan el crecimiento humano y la realización personal. Entre las actividades están:

- ❖ El Tai Chi es un arte marcial oriental de coordinación para equilibrar cuerpo y alma, el cual ayuda a la persona adulta mayor a adaptarse a muchos de los cambios que experimenta a nivel corporal, funcional, emocional y social, entre otros.
- ❖ Aprender un nuevo idioma propicia el establecimiento de nuevas conexiones neuronales que previenen desórdenes mentales.
- ❖ El acceso a los avances tecnológicos mediante la computación permite superar estereotipos que relacionan la vejez con incapacidad para adaptarse a las condiciones modernas.
- ❖ Encuentros familiares e intergeneracionales

- ❖ Eventos sociales
- ❖ Talleres de autoestima
- ❖ Talleres de producción artística y deportivo recreativo.
- ❖ Terapia ocupacional / recreativa individual en talleres

Las actividades de creación y de expresión se proponen con una finalidad terapéutica. Se eligen en función del déficit, según se afecte por eje, la motricidad del miembro superior, la visión, o las funciones superiores, teniendo en cuenta las preferencias y la experiencia del paciente así, la motivación será tan fuerte que la persona pueda volver a sentirse útil. Esta motivación se mantiene si se comienza por etapas fácilmente realizables.

De esta forma por ejemplo, algunos pacientes de la tercera edad pueden, pintar grandes cuadros haciéndolos en pequeños trazos de forma progresiva. A pesar de estas indicaciones y orientaciones existe a veces un tiempo de aprendizaje largo y difícil. Es necesaria la repetición de explicaciones y ensayos de la actividad propuesta, pero se debe dejar en libertad al paciente para que pueda realizar espontáneamente sus reacciones. El descomponer una actividad en pasos y tareas facilita el aprendizaje. A veces es necesario suprimir pasos demasiado técnicos. La actividad debe cambiarse según los progresos del paciente pero deben evitarse los cambios bruscos que puedan ocasionar falta de comprensión y desorientación en la persona. Estos cambios o evolución está más justificada cuando se trate de actividades terapéuticas y no recreativas.

Tipos de actividades:

- Cestería: se utiliza en la rehabilitación y recuperación de los movimientos finos de la mano y el control del codo y del hombro.
- Tejido es de fácil aprendizaje y es útil en la rehabilitación del déficit

manual.

-Cartonaje y encolado sobre tejido: la persona utiliza material y herramientas conocidas y les es útil cuando se quiere realizar movimientos y pinza fina de los dedos y mano.

-Juegos: apilamiento de cono ejercita la pinza fina, gruesa y la garra.

-La selección de perlas de diferentes tamaños y colores requiere concentración memorización y función visual.

-Pintura y escultura: se ejercita la garra, las pinzas y la sensación de percepción de espacio.

❖ Terapia Ocupacional en grupo:

Las actividades en grupo son muy útiles en pacientes de la tercera edad por su potencial de resocialización (comunicación, tolerancia mutua, respeto de reglas) y de estimulación (emulación, ánimo entre los propios compañeros). Estos grupos deben ser muy pequeños (3 a 6 personas) supervisados por uno o varios monitores o por un terapeuta ocupacional por persona. Asocia las ventajas de una terapia ocupacional individual con las de una actividad en grupo. La reagrupación de pacientes que presentan discapacidades de la misma naturaleza facilita la adaptación de los ejercicios hacia un fin terapéutico. Las sesiones no duraran más de 30 a 45 minutos, para no provocar fatiga ni trastornos de la concentración.

Es recomendable elegir un monitor, conductor o facilitador que dinamice y estimule el grupo haciendo menos necesaria la participación de un terapeuta ocupacional profesional, pero recomendable será la supervisión de uno de ellos, para conservar la calidad de las actividades y orientación de las mismas.

Si la actividad lo permite, las personas se sentaran en círculo alrededor de una mesa o de la persona encargada de la actividad lo cual facilita la

comunicación entre los participantes y delimita el espacio. El facilitador supervisa la actividad, vigilando que cada uno participe activamente en la elaboración de la actividad. Al mismo tiempo que guía a las personas, respeta sus deseos y espontaneidad. Procura dosificar el clamor propio de una persona delante de las demás. La base de la actividad es una manualidad artesanal.

Las funciones superiores se estimulan sistemáticamente en las siguientes áreas:

- Comunicación escrita y oral: lectura, comprensión de la actividad, discusión oral sobre el método que se ha de seguir, etc.
- Memoria: llamar a las otras personas por su nombre, acordarse de lo sucedido después de la sesión anterior.
- Orientación temporo espacial: lugar y horarios fijos, utilización de los tres planos del espacio, realización de actividades en relación con fechas determinadas (Navidad, Semana Santa, etc.).
- Además de las actividades artesanales, se pueden utilizar otras actividades de grupo tales como:

1. Gimnasia: permite el mantenimiento físico (movilidad, reflejos, respiración) en forma de juegos musicales, de pelota etc., las funciones psíquicas se estimulan también en la conversación.
2. Lavabo: evaluación y entrenamiento de los gestos para el aseo (lavarse la cara)
3. Inserción social: se practican diversas actividades tales como:
 - 3.1 Lectura del periódico e intercambio de opiniones sobre los temas que les haya interesado a las personas.
 - 3.2 Creación de un boletín del centro en cuya redacción

participen las personas que participan en el programa.

3.3 Juegos de cartas y otros de salón.

- ❖ Expresión y estimulación: actividades simples y creativas participan en la lucha contra la pérdida de iniciativa, la ausencia de la expresión, el retraimiento, elementos de regresión psicomotora (confección de pequeñas bolsas, pintura) etc.
- ❖ Jardinería: a numerosas personas de la tercera edad les gusta la jardinería. Esta actividad estimula la comunicación (elección de cultivos), la memorización la orientación temporal (qué plantar, en qué tiempo) y la habilidad manual.
- ❖ Cocina (con fines terapéuticos) en esta actividad se alcanza varios objetivos entre ellos podemos mencionar:
 - a. rehabilitación de destrezas finas y motoras.
 - finas: pinza y garra con destrezas manuales.
 - motoras: equilibrio en posición de pie, coordinación, caminar.
 - b. Recuperación de la sensibilidad táctil (reconocer texturas, discriminar frío y calor).
 - c. Estimular lectura y comprensión, orientación en tiempo y espacio. Actividades relacionadas con el que hacer de la cocina en la vida diaria.

Estas actividades propician una salud mental estable, desarrollando un papel protagónico en el adulto mayor para mantenerse en forma autónoma de acuerdo a su funcionalidad. Teniendo presente que a la vez somos adultos mayores a futuro, por lo que la educación para un envejecimiento satisfactorio no se debe hacer en la vejez 60 o 65 años en forma arbitraria sino desde que vamos creciendo e incorporándonos a la vida social.

<http://www.naya.org.ar/congresos/info@naya.org.ar>

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 OBJETIVO GENERAL

Promover y educar en Salud a la población en general y brindar una atención psicológica para propiciar una mayor higiene mental, mejorando la calidad de vida, con énfasis en la población adulta mayor.

2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

SUB PROGRAMA DE SERVICIO

- ❖ Apoyar emocionalmente al adulto mayor y población en general, brindándoles un tratamiento digno y de respeto de acorde a sus necesidades, con el fin de que logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y movilidad.
- ❖ Propiciar un servicio con ética profesional.

SUB PROGRAMA DE DOCENCIA

- ❖ Fortalecer la autoestima del adulto mayor, por medio de talleres, conferencias y actividades a nivel grupal.
- ❖ Desarrollar acciones de sensibilización y conocimiento del adulto mayor sobre los procesos de deficiencias que pueden llegar a presentar a nivel físico, social o psicológico, las cuales van dirigidos principalmente al grupo EVE (Ejercitándonos Vencemos Enfermedades).
- ❖ Propiciar un cambio de actitud positiva e influir en el proceso de integración del adulto mayor a la sociedad.

SUB PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

- ❖ Determinar los diversos factores negativos que propician la depresión del adulto mayor que asiste al grupo EVE (Ejercitándonos Vencemos Enfermedades), del Centro de Salud No.16 zona 6.

2.3 METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO

El proyecto del Ejercicio Profesional Supervisado –EPS- se realizó durante ocho meses tiempo completo en el Centro de Salud No. 16 zona 6, dirigido principalmente al Adulto Mayor, grupo EVE (Ejercitándonos Vencemos Enfermedades), y población en general que solicitó el servicio de psicología a través de acciones y procedimientos los cuales fueron divididos en tres sub programas, entre los cuales se impartieron el programa de Servicio, Docencia e Investigación, iniciando el 17 de mayo de 2,007 y finalizando el día 17 de enero de 2,008 en horario de 8:00 a.m., a 3:30 p.m. para cubrir las necesidades de dicha población.

SUB PROGRAMA DE SERVICIO:

Este programa se llevó a cabo principalmente a brindar la atención psicológica a los adultos mayores que pertenecen al grupo EVE del Centro de Salud No. 16 zona 6 y población en general (niños, adolescentes y adultos, de ambos sexos), que solicitaron o bien fueron referidos al servicio por diversas causas, este servicio se realizó en la clínica de psicología del Centro de Salud, los días lunes, miércoles y viernes en los horarios de consulta que es de 8:00 a 12:00 y de 13:00 a 15:30 horas, de forma individual, familiar o grupal según lo ameritó el caso. La recepción de nuevos casos y de seguimiento al servicio, se procedió con la apertura de expediente del caso clínico, entrevista inicial, establecimiento de rapport, etc., en las siguientes sesiones se brindó el apoyo psicológico al paciente que lo requirió utilizando técnicas de psicoterapia, de apoyo,

conductual, ludoterapia, logoterapia entre otras, o dependiendo de sus necesidades se aplicaron pruebas psicológicas, estas sesiones tuvieron una duración de 45 a 60 minutos una vez a la semana, además se les motivó para que continuaran el tratamiento psicológico en dicho centro.

Pasos para la apertura de caso clínico según la política del Centro de Salud:

1. Solicitud de carné directamente en la clínica de Psicología
2. Apertura de expediente para el caso clínico
3. Calendarización de primera consulta
4. Primera consulta
 - Entrevista inicial
 - Historia clínica
 - Establecimiento de rapport
5. Siguiete consulta
 - Evaluación
 - Tratamiento
 - Evolución del caso
 - Recomendaciones al paciente y familiares (en algunas ocasiones se les brindaba guías de trabajo para realizarlas en casa).
6. Cierre y remisión de expedientes
7. Extensión de informes a distintos destinos (en algunos casos cuando lo solicitaban).

SUB PROGRAMA DE DOCENCIA:

El programa del adulto mayor el cual ya estaba establecido aproximadamente tres años por iniciativa del personal del centro de salud, estudiantes epevistas de la escuela de Psicología y estudiantes de Trabajo

Social. Se llevó a cabo la realización de este proyecto de EPS con los adultos mayores que pertenecen al grupo EVE del Centro de Salud No. 16 zona 6, los cuales recibieron temas de su interés los días martes y jueves en horario de 8:00 a 12:00 a.m., aproximadamente después de la actividad de Tai-Chi que es impartido por el instructor del Ministerio de Cultura y Deportes.

Se realizaron talleres y charlas sobre los procesos depresivos que puede enfrentar el adulto mayor, estrategias para mejorar la autoestima, estrategias para la sensibilización del adulto mayor entre otros, los cuales fueron apoyados con un fundamento teórico a la vez utilizando técnicas de exposición oral y en una forma dinámica, cumpliendo con su objetivo de educar, informar y a la vez de proponer un cambio de actitud positiva e integración del adulto mayor a la sociedad, todo este proceso fue apoyado por las licenciadas Magaly Zea, Claudia Castañeda, del Centro de Salud, la licenciada Sonia Molina de la Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala y practicantes de la Escuela de Trabajo Social de la misma universidad.

Se realizaron viajes con la finalidad de que en el grupo hubiera mayor unión, confianza, compañerismo y sobre todo recreación, ya que muchos de los integrantes no tienen los medios económicos para realizar este tipo de actividades. También se realizaron actividades de tipo manual en la cual una señora nos apoyó incondicionalmente en la enseñanza de manualidades como lo fueron: pintura en tela, vidrio, madera, elaboración de flores de foamy, velas aromáticas, filigrana, tarjetas navideñas y paletas de chocolate entre otras.

Por otro lado el Ministerio de Cultura y Deportes invitaba al grupo a participar a: caminatas a diversos lugares, super clase de baile, celebraciones, elección de reinas, IX torneo de coreografía, posadas entre

otras, en las cuales los integrantes acordaban la fecha, hora y lugar de reunión para presentarse a las actividades en forma grupal.

SUB PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:

Este proyecto se realizó con el fin de determinar los diversos factores negativos que propician la depresión del adulto mayor que asisten al grupo EVE del Centro de Salud No.16 zona 6, los días martes y jueves, en sus respectivos horarios. La población está formada por aproximadamente 35 mujeres y 5 hombres entre las edades de 40 a 70 años de edad.

Se llevó a cabo este proyecto de investigación paralelo al sub programa de docencia, tomando como referencia a una muestra de tipo no aleatoria de cinco personas que asisten al grupo EVE del adulto mayor y que llevan un tratamiento psicológico de forma individual en la clínica, en base a las necesidades que mostraron estas personas de la muestra se fueron dando los temas y talleres en forma grupal. Durante el proceso del proyecto de investigación se aplicó dos veces una prueba para la medición de la Depresión del Dr. William Zung. Se utilizó la investigación de tipo cualitativo para determinar los factores negativos que propician la depresión en el adulto mayor, los cuales se fueron tratando o bien eliminando, como se mencionó anteriormente a través de talleres, charlas motivacionales y actividades recreacionales.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

3.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

Este programa se desarrolló en el departamento o clínica de psicología del Centro de Salud No. 16 de la zona 6. Los pacientes fueron atendidos por la licenciada Claudia Castañeda psicóloga titular, epesista de Psicología de la Universidad San Carlos de Guatemala y practicante de psicología de la Universidad Mariano Gálvez. Los pacientes atendidos estaban comprendidos entre la edad preescolar, niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores de ambos sexos, provenientes de lugares aledaños principalmente de la zona 6, en ocasiones referidos por el médico de consulta externa del Centro de Salud, familia o centro educativo. El horario de atención a pacientes fue los días lunes, miércoles y viernes, de 8:00 a 12:00 y 13:00 a 15:30 horas, para lo cual se les dejaba previa cita, en caso de que no asistieran a su cita los pacientes de seguimiento, se atendía a pacientes nuevos que requerían el servicio de psicología.

ACTIVIDADES:

Apertura de expediente de caso clínico (ficha y carné de inscripción).

Establecimiento de rapport.

Historia clínica:

- Datos generales
- Motivo de consulta
- Historia personal
- Examen mental
- Aplicación de pruebas proyectivas (en algunos casos que lo ameritaban).
- Impresión clínica
- Tratamiento

Se brindó diversidad de tratamientos de acuerdo a las problemáticas de cada paciente entre las cuales están:

- Condicionamiento
- Cognitivo-conductual
- Breve y de emergencia
- Logoterapia
- Terapia Racional Emotiva
- Ludoterapia
- Técnicas de relajación
- Terapia de parejas
- Terapia grupal a jóvenes y adultos mayores
- Terapia familiar
- Manejos de duelo entre otros.

**Población Atendida en la Clínica de Psicología
Centro de Salud No. 16 Zona 6**

Cuadro No. 1

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
De 04 a 12 años	33	17	50
De 13 a 21 años	05	05	10
De 22 a 30 años	03	07	10
De 31 a 39 años	01	04	05
De 40 en adelante (adulto mayor)	00	06	06
TOTAL	42	39	81

Fuente: EPS. Población atendida durante el año 2007 en el Centro de Salud No. 16 zona 6.

**Incidencias más frecuentes de problemáticas según el CIE-10,
que presentaron los pacientes**

Cuadro No. 2

Código CIE-10	Descripción de diagnóstico
Z61.5	Problemática relacionado con abuso sexual
F98.8	Otros trastornos emocionales y comportamiento en la infancia y adolescencia
F32.0	Depresión leve
F93.3	Trastorno de rivalidad entre hermanos
F81.3	Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje
Y09	Violencia intrafamiliar
Z61.2	Alteración en el patrón de la relación familiar
F91.1	Problema Emocional
F98.0	Enuresis No Orgánica
F81.2	Trastorno Especifico del Cálculo. Trastorno de Estrés Pos-traumático.
Z63.3	Duelo No Resuelto
Y09.9	Agresividad
F70.0	Retraso Mental Leve

Fuente: EPS. Diagnósticos más frecuentes según el CIE-10, que presentaron los pacientes atendidos durante el año 2007, en el Centro de Salud No. 16 zona 6.

RESULTADOS:

En base a la población atendida y según su diagnóstico se brindó el tratamiento adecuado, como se mencionó antes se abordaron las terapias de condicionamiento principalmente en niños para modificar conductas inadecuadas a través de fichas, hojas de control, premios o castigos

dependiendo de su conducta, se iba avanzando. Ludoterapia o terapia de juego la cual fue dirigida especialmente para niños de 4 años los cuales algunos daban indicios de maltrato infantil, en algunas ocasiones casos de abuso sexual, fue de gran apoyo ya que por medio de esta terapia los niños expresaban lo que les sucedía a la vez se les iba dando el tratamiento psicológico y el seguimiento legal. Terapia breve y de emergencia especialmente en pacientes que iban con crisis (depresión, angustia, ansiedad entre otros) y los cuales eran referidos por los médicos de la institución u otros.

Logoterapia la cual se utilizó en pacientes adultos los cuales presentaban cuadros depresivos, buscando el sentido de sus vidas, se trabajaron varias guías y terapias grupales para que tomaran conciencia que no solo ellos tenían ese problema.

Técnicas de relajación las cuales se brindaron a los pacientes que manejaban crisis de ansiedad, estrés, depresión, problemas de sueño entre otras. Se abordaron otras técnicas las cuales fueron de gran beneficio para esta población para que logaran alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía, por ende el objetivo principal se llegó a cubrir en el paciente.

3.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

Este programa fue dirigido a la población del adulto mayor grupo "EVE". Las actividades de mayo a septiembre se realizaron conjuntamente con la colaboración de la compañera de trabajo social pero por razones personales ella no pudo continuar su práctica, quedando a cargo de la epesista las actividades, con el grupo se trabajo los días martes y jueves de 8:00 a 11:00 ò 12:00 horas, en el parqueo ubicado en el Centro de Salud.

ACTIVIDADES:

- a) Charlas motivacionales
 - Autoestima
 - El duelo
 - Juego de poder
 - Relaciones humanas
 - Control de emociones
 - El chantaje
 - Reciclaje psicológico
 - El trabajo en equipo
 - El rol de los abuelos, entre otras.
- b) Charlas sobre salud-enfermedad
 - Insuficiencia cardíaca
 - Alimentación en el adulto mayor
 - La rabia
 - La ansiedad
 - Enfermedades respiratorias en el adulto mayor
 - Alzheimer
 - La depresión
 - La diabetes
 - Salud en la tercera edad y su importancia
- c) Charlas dirigidas por los integrantes del grupo
 - Remedios caseros
 - Participación ciudadana
 - La Navidad desde el punto de vista espiritual y comercial.
 - Mesas redondas con diversos temas.
- d) Actividades culturales
 - Presentación del Cascanueces del Ballet Guatemala.
- e) Actividades recreativas, festejos y despedidas.

- Excursión a Sabana Grande
 - Excursión a Ingenio Pantaleón celebrando el mes de la ternura y una segunda vez celebrando el convivio navideño.
 - Despedidas de compañeros en diversos lugares.
 - Celebración día del padre, día del adulto mayor, aniversario del grupo EVE, entre otras.
- f) Acompañamiento al grupo EVE a diversas actividades que realizó el Ministerio de Cultura y Deportes
- Elección de madrinas. En esta oportunidad las dos candidatas que representaban al Centro de Salud ganaron.
 - Encuentros deportivos, superclases de baile en complejo Gerona y parque La Democracia.
 - IX Torneo de coreografía
- g) Manualidades
- Arreglos de globos
 - Arreglos de foamy diversidad.
 - Pintura en tela, vidrio y madera.
 - Velas aromáticas
 - Tarjetas navideñas entre otras.
- h) Repostería
- Paletas de chocolate.

RESULTADOS:

En base al trabajo que se realizó en este subprograma se logró que el adulto mayor tomará en serio su realidad y su papel protagónico ante esta sociedad la cual es altamente competitiva, efectivista, masificada y acelerada, la cual solo busca una transformación tecnológica, social, política y económica, marginando así al adulto mayor, vedando sus

derechos como ciudadanos y sobre todo ocasionándoles inestabilidad emocional llevándolos a cuadros depresivos. Por ende se abordaron diversidad de temas y actividades llevando al adulto mayor a tener:

- Papel protagónico ante esta sociedad
- Aumentar su autoestima
- Tener sentido de vida
- Capacidad de estabilidad y continuidad (cualidad del adulto mayor de ser una persona digna de confianza, capaz de recibir confidencias y de entregar consejos sabios).
- Facilidad de adaptación
- Salud física y psíquica
- Desarrollo de una actitud abierta
- Manejo de los estados depresivos por medio de los ejercicios de Tai-Chi que incluye la respiración – relajación, y otras actividades.
- Y sobre todo envejecer con dignidad, orgullo, irradiando esperanza, y preparándose a “bien morir” (“Que el Señor endereza a los que ya se doblan”, salmo 145,8., es la experiencia del que sabe y siente que la vida, el amor, es más fuerte que la muerte, que esta no tiene la última palabra sino el hombre y Dios como un ser superior como cada quien lo conciba).

3.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

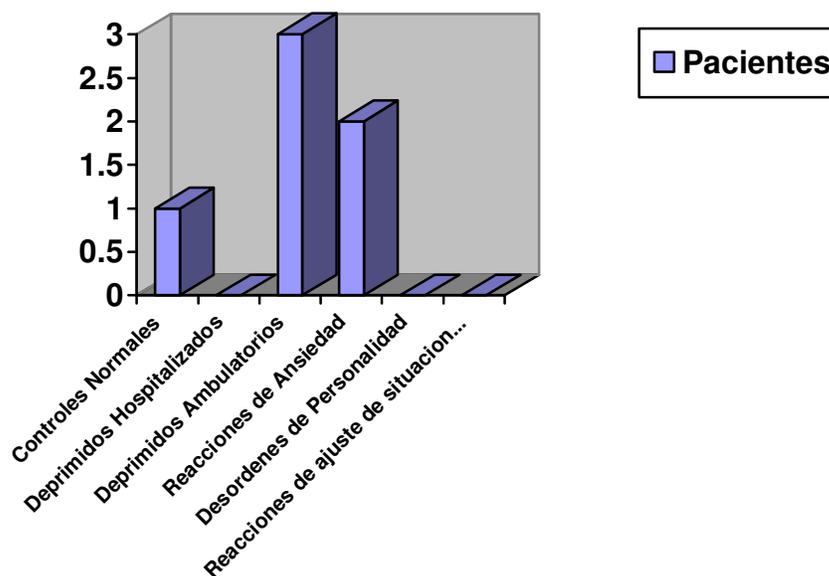
Este se trabajó paralelamente con el subprograma de docencia y servicio, se realizó con el fin de determinar los diversos factores negativos que propician la depresión del adulto mayor que asisten al grupo EVE del Centro de Salud No.16 zona 6, los días martes y jueves, en sus respectivos horarios.

ACTIVIDADES Y RESULTADOS:

Durante este proceso del proyecto de investigación se aplicó en dos ocasiones la prueba para la medición de la Depresión del Dr. William Zung., a cinco pacientes que asisten al grupo EVE y que reciben terapia psicológica en la clínica del Centro de Salud. En la primera fase del proyecto se aplicó la prueba antes mencionada, la cual constó de 20 ítems para medir cuantitativamente la depresión valorando a los diagnósticos en estados de controles normales, deprimidos hospitalizados, deprimidos ambulatorios, reacciones de ansiedad, desordenes de la personalidad y por último las reacciones de ajuste de situación transitorias. Dando los siguientes resultados en la primera prueba:

Cuadro No. 3

1era. Prueba Diagnóstico de Desordenes Depresivos

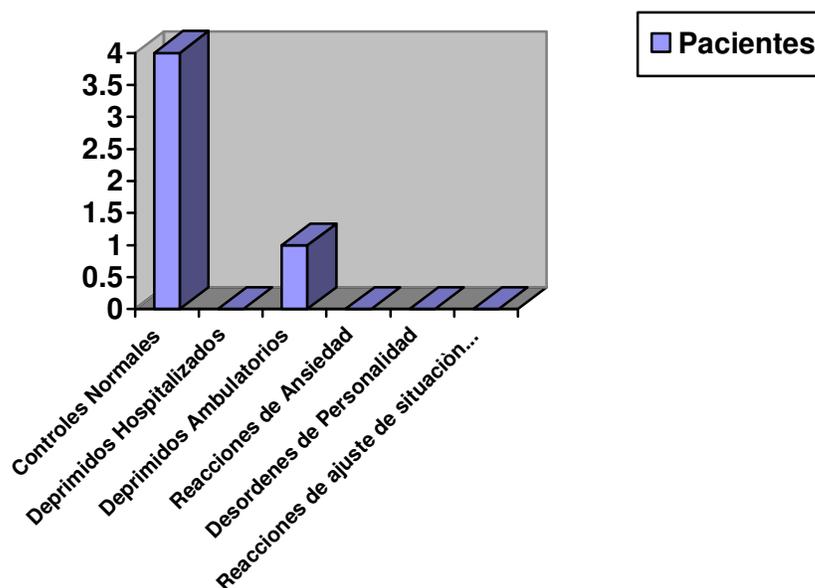


En base a estos resultados se evidenciaron estados depresivos motivo por el cual se les brindó el servicio psicológico y en relación a sus expectativas y necesidades se fueron brindando en el subprograma de docencia charlas y talleres a nivel grupal, eliminando los estados depresivos y erradicando los factores negativos que provocan la misma.

En la segunda fase se aplicó nuevamente la prueba para la medición de la Depresión del Dr. William Zung., a la misma población dando los siguientes resultados:

Cuadro No. 4

2da. Prueba Diagnósticos de Desordenes Depresivos



Los resultados en la segunda prueba nos muestran índices bajos de estados depresivos en relación a la primera prueba. Esta investigación se llevó a cabo como se menciona anteriormente, realizando un trabajo integral, con los sub-programas de investigación, servicio y docencia.

En servicio se estudiaron los cinco casos que a la vez sirvieron de muestra, en el cual los pacientes lograron identificar de forma individual las causas o factores que se asociaron a los estados depresivos, así mismo en el subprograma de docencia a través de charlas, terapias de grupo y encuentros intergeneracionales los integrantes del grupo EVE identificaron y minimizaron los factores que provocan los estados depresivos en ellos.

Entre los factores negativos se pueden mencionar:

- Desempleo o ausencia de una economía propia.
- Jubilación.
- Falta de vivienda propia.
- Enfermedades propias de la edad.
- Abandono por parte de la familia.
- Una sociedad de familia nuclear.
- Discriminación.
- Pérdida de autoestima, empatía, autonomía y anástasis.

Para minimizar estos factores o causas asociadas a estados depresivos se realizaron actividades culturales, recreativas, festejos, charlas motivacionales entre otras, propiciando en el adulto mayor una mejor salud física-mental y por ende una mejor calidad de vida.

3.4 OTRAS ACTIVIDADES Y RESULTADOS

a) Charlas con diversidad de temas a promotores de salud en varias escuelas públicas como lo fueron Escuela Maria Cristina Bennet de Roltz, Escuela República de España, Escuela Francisco Fuentes y Guzmán. Temas que se abordaron:

- Autoestima
- Los valores
- Juego de poder
- Autocontrol
- La rabia entre otros.

- b) Apoyo en la jornada de vacunación contra la Rabia.
- c) Celebración del mes de la ternura con el personal del Centro de Salud.
- d) Apoyo en dar charlas a los grupos que fueron dirigidos por compañeras de trabajo social.
- e) Celebración día del niño en el Centro de Salud con pacientes de consulta externa y pacientes de psicología.
- f) Escuela de vacaciones para niños cubriendo a niños de 10 a 12 años de ambos sexos.
- g) Clausura de pacientes de psicología.

RESULTADOS:

- a) Crecimiento profesional a nivel interdisciplinario.
- b) Se contribuyó con la institución brindado en algunas oportunidades el servicio de psicología a escuelas o en actividades con diversos grupos que solicitaban el servicio.
- c) Se compartió momentos gratos tanto con el personal de la institución como con los diversos grupos atendidos.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

A pesar de que la Psicología, como ciencia social humanística, ha tomado en estas últimas décadas mayor auge e importancia, en nuestra sociedad existe un cierto rechazo a la misma ya que se manejan ciertos criterios como lo son "yo no estoy loco", "para que va a psicología y sigue igual", "para que le voy a contar mis cosas a extraños mejor me los quedo yo". Todo lo anterior se evidencia en la población que asiste a la clínica de psicología siendo la mayor parte de esta niños, los cuales son referidos por los maestros a través de los problemas de aprendizaje que presentan en la escuela, la otra parte y mínima son los adolescentes, adultos y adultos mayores de los cuales son mujeres, aunque lo negemos vivimos en una sociedad machista, en el cual el hombre delega a la mujer como encargada de velar por la educación y bienestar de la familia, en algunas oportunidades se ha observado que en las sesiones de padres de familia en las escuelas, en hospitales o bien la cita con el psicólogo, la persona que acompaña al niño es la madre o encargado, nos preguntamos ¿en dónde está el padre?, trabajando, o bien en casa ya que ellos refieren "eso no es para mi, para eso esta tu mamá que te acompañe ella". Se necesita trabajar con los padres de familia haciéndoles conciencia de los roles que cada uno tiene que llevar a cabo para la formación de sus hijos y romper esquemas que limitan desde un individuo hasta una sociedad a que sean entes productivos a la misma. En nuestra sociedad guatemalteca se maneja varios tipos de familia como lo son; la familia de tipo nuclear, extensa, de un solo padre, padres divorciados, padres a larga distancia (los padres se encuentran trabajando en el extranjero), entre otros. En muchas de las diversas familias antes mencionadas existe un cierto rechazo o una ambivalencia por parte de la pareja del matrimonio hacia

el adulto mayor en relación a el cuidado y apoyo que ellos pueden brindar a la familia del hijo(a), y se cuestionan ¿Por qué el o ella tiene que cuidar a nuestros hijos? ¿Por qué no alcanza el presupuesto?, este es un ejemplo de las muchas preguntas de la cual podríamos cuestionar llegando a un punto de vista donde automáticamente se desvaloriza al adulto mayor, porque en un 80% únicamente son utilizados para cubrir las necesidades familiares. No se dan cuenta que estas personas juegan un papel importante, como entes que transmiten valores morales, espirituales, culturales etc., aunque no reconocemos el valor que ellos tienen, nos ayudan a contribuir con la economía del hogar. La mayor parte de los abuelos cuidan a los nietos, realizan tareas domésticas no remuneradas y en algunos casos aportan dinero al hogar por medio de su trabajo o bien por su pensión alimenticia que reciben de su jubilación.

Posiblemente a un futuro cercano, una de cada 10 personas va a tener la oportunidad de saber qué es tener un abuelo(a), el cual apoyado a sus experiencias va a transmitir sentimientos positivos a las futuras generaciones venciendo prejuicios y estereotipos sociales a los cuales nos enfrentamos día a día. Por otro lado dentro de los casos con más incidencia que se presentaron en el Centro de Salud clínica de Psicología fueron los problemas de aprendizaje, trastornos emocionales y de comportamiento, enuresis, violencia intrafamiliar, rivalidad entre hermanos entre otros en relación a la población infantil. Así mismo las incidencias en la población adolescentes, adulto y adulto mayor se relacionaron con duelos no resueltos, abuso sexual, depresión leve y trastornos por estrés postraumático entre otros.

Las anteriores problemáticas se deben a los inadecuados patrones de crianza, la discriminación (a niños, mujeres y sobre todo al adulto mayor por ser una persona que no aporta nada económicamente a la familia y a la sociedad), un sistema educativo deficiente, a una sociedad o cultura

del silencio a causa del conflicto armado de 36 años, en la cual un porcentaje considerable de la población que habitaba en las áreas del conflicto, emigraron hacia otros países como México, Estados Unidos, Bolivia, Francia, entre otros, pero un porcentaje emigró hacia la ciudad capital; muchos de ellos formando lo que actualmente llamamos asentamientos en los cuales no se conciben los servicios básicos para un ser humano, por ende es un limitante al desarrollo integral de cada uno, lo antes expuesto se pudo evidenciar en algunos casos de pacientes que requirieron terapia psicológica para integrarse a la sociedad sin temores y con una esperanza de una vida digna, a la cual todo ser humano tiene derecho, si bien es cierto que este proceso no se puede cambiar de un momento a otro, es posible cambiarlo creando una conciencia positiva para el bien de nuestra sociedad respetando los derechos humanos y acuerdos de Paz.

4.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

En este subprograma se le dió el seguimiento al programa del Adulto Mayor que ya estaba establecido por los anteriores epesistas de Psicología y practicantes de Trabajo Social, por ende esta población estaba familiarizada con los temas de psicología, por lo tanto ellos ya esperaban que se continuara con dicho proceso. En los primeros meses se abordaron temas de su interés como lo fueron las charlas motivacionales sobre la autoestima, los valores, los juegos de poder, reciclaje psicológico, promoción, educación e información sobre la Ley del Adulto Mayor entre otros, siempre iniciando con dinámicas rompe hielo, dramatizaciones con el show de "Laura en Guatemala" donde varias expresaron sus sentimientos y cualidades artísticas, también se implementó el famoso baile del "Merequeté" el cual les divertía y cambiaba la rutina así mismo al inicio o a mitad de la actividad se les regalaba una paleta, galleta, rellenito o un vaso de atol, algunas veces los integrantes del grupo llevaban

las galletas o lo que se fuera a compartir. En otras oportunidades se realizaron talleres de manualidades, repostería, en las cuales se compartieron momentos agradables, en una ocasión cuando se plasmaba una pintura en tela uno de los integrantes se pintó el pantalón pero lo tomó con una actitud positiva ante esta situación, no se enojó como muchos esperaban. En relación a las actividades recreativas y culturales fuera de la institución, los integrantes del grupo EVE se sentían alegres y motivados a seguir asistiendo, entre las actividades realizadas fueron dos viajes al Ingenio Pantaleón celebrando el mes de la Ternura y el convivio navideño, en los cuales se ejecutaron juegos como rally, el tesoro escondido, la cuchara y el limón, la mejor pareja de baile entre otros. En los últimos meses del año supuestamente iba a disminuir la participación de los integrantes del grupo ya que los nietos salen de vacaciones de la escuela y ellos los cuidan, en cierta forma fue así pero ellos se las ingeniaron y continuaron participando en casi un 75% de las actividades. Fue un aprendizaje de doble vía, ya que obtuve conocimientos sobre las experiencias de ellos, y por mi parte los conocimientos teóricos- prácticos los cuales se impartían a la vez dándoles un espacio en el cual se les motivaba a que participaran opinando, en varias ocasiones algunos integrantes realizaban catarsis motivo por el cual se aplicó la Regla de Oro la cual funciona de la siguiente manera **“Lo que aquí se dice, aquí se queda”**, la cual fue de suma importancia, porque las personas hablaban con naturalidad y sin preocupaciones de que otros se iban a enterar de lo que estaba pasando, además cada uno le brindaba un consejo o bien una palabra que lo motivaba a seguir adelante. Tanto fue así su unión que se llegaron a consolidar como una segunda familia, se apoyaban en todo, de lo más mínimo hasta lo más complejo, desde prestarse material en una actividad manual hasta llorar juntos en la muerte de un ser querido, así es el grupo EVE, una verdadera familia.

En este programa se trabajó los 10 mandamientos de una vejez feliz.

1. Cuidarás tu presentación todos los días, vístete bien, arréglate como si fueras a una fiesta. Que más fiesta que la vida.

2. No te encerrarás en tu casa ni en tu habitación. Nada de jugar al enclaustrado o al preso voluntario. Saldrás a la calle y al campo de paseo. El agua estancada se pudre y la máquina inmóvil se enmohece.

3. Amarás al ejercicio físico como a ti mismo. Un rato de gimnasio, una caminata razonable dentro o fuera de casa. Contra inercia, diligencia.

4. Evitarás actividades y gestos de viejo derrumbado. La cabeza gacha, la espalda encorvada, los pies arrastrándose. ¡NO! Que la gente diga un piropo cuando pasas.

5. No hablarás de tu vejez ni te quejarás de tus achaques. Con ello, acabarás por creerte más viejo y más enfermo de lo que en realidad estás. Y te harán el vacío. Nadie quiere estar oyendo historias de hospital. Deja de autollamarte viejo y considerarte enfermo.

6. Cultivarás el optimismo sobre todas las cosas. A mal tiempo buena cara. Se positivo en los juicios, ten buen humor en las palabras, se alegre de rostro, amable en los ademanes. Se tiene la edad que se ejerce. La vejez no es cuestión de años sino estado de ánimo.

7. Serás útil a ti mismo y a los demás. No eres un parásito ni una rama desgajada voluntariamente del árbol de la vida. Bástate hasta donde sea posible y ayuda. Ayuda con una sonrisa, con un consejo, un servicio.

8. Trabajarás con tus manos y tu mente. El trabajo es la terapia infalible.

Cualquier actitud laboral, intelectual, artística... Medicinas para todos los males, la bendición del trabajo.

9. Mantendrás vivas y cordiales las relaciones humanas. Desde luego que las que anidan dentro del hogar, integrándose a todos los miembros de la familia. Ahí tienes la oportunidad de convivir con todas las edades, niños, jóvenes, adultos, el perfecto muestrario de la vida. Luego ensancharás el corazón a los más amigos, con tal que los amigos no sean exclusivamente viejos como tú. Huye del bazar de antigüedades.

10. No pensarás que todo tiempo pasado fue mejor. Deja de estar condenado a tu mundo y maldiciendo tu momento. Alégrate de ser parte del mismo y poder ver muchas cosas lindas y nuevas.

No te olvides de reír a menudo para mantener la salud.

En base a estos mandamientos los integrantes del grupo se motivaron día a día, fomentando un ambiente y una actitud positiva dentro del grupo y fuera del mismo.

4.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

En este subprograma se logró establecer a través de la prueba aplicada en dos ocasiones a la muestra, que existe una mayor incidencia en estados depresivos ambulatorios y reacciones de ansiedad por diversos factores equivalentes a un nivel afectivo, fisiológico, psicológico y ambiental, en la primera fase. En base a los resultados de esta, se empezó a trabajar como se mencionó anteriormente con charlas, talleres y actividades recreativas; las cuales fueron de gran beneficio para muchas de estas personas que manejaban estados depresivos relacionados con baja autoestima, pérdida del significado o sentido de la vida, como dice Víctor Frankl: "que el vacío existencial es la neurosis masiva de nuestro tiempo; ella se produce cuando el propio ser, la propia existencia carece de

significación". Dependiendo de cómo la persona se perciba y del ambiente en que se desenvuelva puede ser protagonista o sujeta a estos estados.

En base a la segunda aplicación de la prueba los resultados cambiaron relativamente, los controles normales aumentaron y los deprimidos ambulatorios, reacciones de ansiedad disminuyeron. Todo lo anterior nos da indicios que tanto la muestra de estudio como el grupo EVE lograron identificar y minimizar los factores que pueden propiciar los estados depresivos, como lo son la ausencia de una economía propia, enfermedades propias de la edad, abandono por parte de la familia, discriminación, pérdida de autoestima, eupatía, autonomía y anástasis. A la vez se les dio un tratamiento adecuado según su necesidad, propiciando seres autónomos, pero que en algún momento podrán encontrar algunas limitantes y solicitar nuevamente la ayuda de un profesional de la psicología sin temor alguno. Se brindó un tratamiento personalizado a pacientes que lo requirieron inmediatamente como fueron algunos casos en que fallecieron familiares o seres queridos de los mismos, problemas de toda índole, abandono, entre otras; con el objetivo de apoyar al adulto mayor a desarrollarse a un nivel individual, familiar y social, viviendo cada día como si fuera el último con alegría y optimismo.

Este subprograma fue un punto clave ya que en base a este estudio preliminar se pudo atender las necesidades del grupo en general como lo fueron las siguientes actividades, el tiraje del Periódico del Grupo EVE, el cual no se llevó a cabo por la limitante de factor tiempo y la inversión de la misma, por falta de patrocinadores, pero los integrantes del grupo quedaron con la inquietud e iniciativa de seguir adelante con este proyecto que más adelante se dará, en el cual ellos podrán expresarse y contar a las nuevas generaciones las experiencias de sus años dorados de una forma más abierta. Este proyecto del periódico estaba siendo respaldado y apoyado por médicos del Centro de Salud los cuales contribuían con

notas medicas-científicas entre otras, lo cual fue un gran paso para la relación del grupo con el personal de la institución.

Otra de las facetas de suma importancia del grupo fue la promoción y reeducación de que existe un decreto que vela por sus derechos como personas de la tercera edad, del cual muchos de ellos ignoraban. Por medio de la prueba salieron muchas dudas e inquietudes por parte de la muestra y en la cual ellos expresaron ¿qué, cómo, dónde, se podían abocar o respaldar ante los abusos que cometían en contra de su persona? En base a estas preguntas y otras se dio seguimiento y se exhortó a la población de la tercera edad a que exijan sus derechos, los ejerzan y que lo divulguen a la sociedad en general.

4.4 ANÁLISIS DE CONTEXTO

El Centro de Salud No.16 zona 6, donde se realizó el Ejercicio Profesional Supervisado EPS, es un lugar en el cual se percibe la armonía y calidez humana del personal, a través del cumplimiento de sus objetivos, misión y visión de la institución.

El trabajo de EPS se realizó en tres subprogramas o áreas como lo son; servicio, docencia e investigación. En relación al programa de servicio se cubrió atendiendo pacientes en la clínica de psicología, este espacio físico se compartió con la licenciada titular Claudia Castañeda, epesistas y practicantes de psicología, dando cobertura a diversas patologías a través de un servicio profesional y personalizado. En relación a los subprogramas de docencia e investigación se trabajaron conjuntamente, en el espacio físico el cual fue el parqueo, patio posterior y sala de espera de la institución, y en algunas ocasiones en la clínica de profilaxis.

El programa del Adulto Mayor estaba establecido por aproximadamente 3 años, al cual se le dió seguimiento a través de la promoción por medio de volantes, y afiches en los cuales se brindaba la información de los días y horarios en que se llevaba a cabo dichas actividades. En estos

espacios de la institución se llevaron a cabo charlas en las cuales ellos eran entes activos, colaboradores, tenían iniciativa dando propuestas de solución ante algunos problemas que enfrentaron más de una vez el grupo. Les gustaba participar en actividades de festejos dando a conocer que muchos de ellos tienen habilidades artísticas como lo son el drama, el canto, la poesía, el baile en las personas que son más extrovertidas pero en el caso de las introvertidas no se quedaron atrás, ellas también demostraron ser unas artistas en el arte culinaria, de manualidades entre otras. Pero siendo personas introvertidas o extrovertidas demostraron tener una gran sensibilidad, la capacidad de perdón que muchos hemos perdido y sobre todo tener resiliencia ante lo negativo. En lo personal fue de gran satisfacción haber trabajado con el grupo EVE, el tiempo pasó tan rápido que no lo sentí fue algo agradable el compartir y convivir con ellos, me sentí en confianza, entre amigos y en familia. Cada una y uno se dio a querer de forma distinta, ahí se aprendió a dar un abrazo sin ser rechazado, a llorar sin ser señalado, en una charla nos hicimos una pregunta ¿Cuál es la parte más importante de nuestro cuerpo?, muchos respondieron; los ojos, las manos, los pies, la boca, los oídos, en fin muchos opinaron, pero se les dio una respuesta en la cual muchos quedaron admirados cuando se les dijo “es el hombro”, “es ahí donde apoyamos a nuestros amigos, seres queridos que están desconsolados y lloran, donde damos palmaditas y le decimos, no te preocupes todo va a salir bien”. Pero todo un comienzo tiene un fin y tenemos que dar la oportunidad a otro u otra compañera a que continúe este programa para el beneficio del Adulto Mayor.

CAPÍTULO V

5.1 CONCLUSIONES

5.1.1 CONCLUSIONES GENERALES

Se llegó a la conclusión que el programa del Adulto Mayor, es una base fundamental para las personas de la Tercera Edad que participan en él, y por ende para la sociedad guatemalteca, apoyando así a que se cumplan y se respete sus derechos como lo estipula el decreto 80-96 Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad.

El Programa del Adulto Mayor y el servicio clínico psicológico generó actitudes positivas ante situaciones en las personas que enfrentaron el conflicto armado, violencia social, desastres naturales (el hundimiento que se produjo en el Barrio San Antonio Zona 6) propiciando nuevas expectativas de vida para su futuro.

Una de las facetas importantes de la estudiante epesista fue cubrir en el área estudiantil la orientación, prevención y educación en proyectos relacionados con salud mental, creación de espacios de convivencia a nivel individual, familiar y comunitario, integrando a personas participantes con menos niveles de agresividad y menos discriminativos.

Como estudiante epesista fue una de las mejores experiencias que una puede tener en la vida, el poder convivir con el Grupo de la Tercera Edad, y así observar, analizar y ayudar de una forma profesional y humanitaria.

5.1.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

Se creó un espacio o ambiente apropiado para garantizar una mayor atención integral a la población que solicitó el servicio de psicología.

Se coordinó a nivel institucional la implementación de programas de salud-enfermedad en escuelas, promotores de salud en mercados e individual.

Se promocionó e informó a la población estudiantil, padres de familia y comunidad sobre el servicio de psicología y los beneficios que esta proporciona para alcanzar una mejor calidad de vida u óptimo desempeño en su vida cotidiana.

5.1.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

En las diferentes actividades que se llevaron a cabo en el Programa del Adulto Mayor se observó un cambio de actitudes positivas para mejorar su calidad de vida.

Se estimuló diversas áreas a un nivel físico a través de los ejercicios de Tai Chi, Gimnasia Rítmica, caminatas y encuentros deportivos, a nivel intelectual-emocional se promocionó la participación en diversos temas, expresando sus criterios constructivos sin miedo a ser rechazados por los participantes.

Se propició una salud mental más estable a través del desarrollo de un papel protagónico del Adulto Mayor, manteniendo de una forma autónoma su funcionalidad en la sociedad.

5.1.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

La palabra envejecimiento atemoriza a muchas personas, ya que en cierta forma provoca una neurosis de angustia y frustración, actualmente vivimos en una sociedad la cual está siendo sujeta a una transformación tecnológica, social, política y cultural, la cual demanda una productividad en las personas y por ende el Adulto Mayor no encaja supuestamente en esta, provocando una despersonalización.

Se observó al convivir con el grupo de la Tercera Edad, que son personas que demuestran energía y experiencia, siendo un ejemplo a seguir para la juventud, pero la sociedad los hace sentir desvalidos y dependientes, lo cual hace que presenten estados depresivos.

Se promovió la participación del Adulto Mayor en los diversos ámbitos en el cual se desenvuelve, mejorando su salud física-mental y por ende una mejor calidad de vida.

5.2 RECOMENDACIONES

5.2.1 RECOMENDACIONES GENERALES

Es de suma importancia que la Universidad de San Carlos de Guatemala conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Cultura y Deportes y otras entidades no lucrativas den continuidad a los Programas de salud-enfermedad que se llevan actualmente con esta población.

Sensibilizar y educar a la población a que participen de forma activa en los procesos de cambio en la sociedad, aportando criterios constructivos a la misma.

Se insta a las autoridades encargadas de llevar a cabo estos programas, especialmente el del Adulto Mayor, a otros espacios a nivel nacional, para integrar al Adulto Mayor a esta sociedad ejerciendo sus derechos.

Se recomienda que se promueva por todos los medios de comunicación la importancia de que el Adulto Mayor participe en las actividades que realizan estas instituciones para mejorar su calidad de salud y así mismo de vida.

RECOMENDACIÓN AL CENTRO DE SALUD No. 16 ZONA 6 O ENTIDAD RESPONSABLE

Se recomienda crear ambientes adecuados para la atención de pacientes de una forma privada y personalizada dentro de la institución y proporcionar los insumos necesarios que se utilizan en la clínica.

Se recomienda crear un espacio adecuado para las actividades que se llevan a cabo, ya que actualmente no cuentan con un espacio propio que brinde privacidad y protección de los estados naturales.

5.2.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

Coordinar con instituciones gubernamentales y no gubernamentales para propiciar e implementar los programas de salud-enfermedad en escuelas, promotores de salud en mercados, a nivel comunitario, individual e institucional.

Promover el servicio a través de los medios de comunicación en escuelas, mercados, comunidades, etc., para que las personas asistan y así mismo romper ciertos paradigmas negativos a estas.

5.2.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

Se recomienda seguir con el servicio del Programa del Adulto Mayor para brindarles una mejor calidad de vida y por ende hacer conciencia a la población de lo importante que son dichas personas.

Se recomienda darle continuidad a las inquietudes que el grupo presentó, como lo fue el tiraje del Periódico del Grupo EVE, que por factores de tiempo y económicos no se pudieron llevar a cabo.

5.2.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

Incentivar a los estudiantes epeistas a que exploren temas relacionados a la salud-enfermedad propios del adulto mayor, la resiliencia ante las problemáticas de cualquier índole que enfrentan, programas para aumentar la autoestima en el adulto mayor, entre otros temas a investigar para que principalmente la población del Adulto Mayor salga beneficiada y así mismo logren su objetivo en el EPS.

Se insta a ambas instituciones a que sigan apoyando y orientando a los estudiantes epeistas en el proceso de investigación, propiciándole las técnicas o métodos necesarios para llevar con satisfacción dicha actividad.

BIBLIOGRAFIA

- ❖ Jiménez R, S. Y Román G., Norbel. "Los problemas del abuso que presentan las personas mayores de 60 años, atendidas en los servicios de valoración y consulta externa del hospital nacional de geriatría y gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes", Costa Rica, 1996.
- ❖ Ruipérez Cantera, I. Y Llorente Domingo, p. " Los malos tratos", Cáp.22, en guía para auxiliares y cuidadores del anciano. Fundamento y procedimiento. Ed. Mac Grawhill, España, 1996.
- ❖ Russell Avalos, Jenny Lowick, " Maltrato en la Vejez, orientaciones generales para su investigación y un estudio local exploratorio". Serie estudios y documentos Centro de Capacitación C.E.C., Santiago, 1999.
- ❖ Vallejo, J. Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Ed. Salvat. Madrid, 1997.
- ❖ Biblioteca de Consulta Microsoft. Microsoft Corporation. Encarta 2003.
- ❖ <http://www.naya.org.ar/congresos/info@naya.org.ar>
- ❖ <http://www.sld.cu/eventos/longevidad>
- ❖ www.pnh.org.gt
- ❖ www.movimientoysalud.com.ar

GLOSARIO

- ❖ Abulia: deterioración de la voluntad de actuar que se traduce en indecisión y en sentimiento de impotencia. La abulia es una perturbación propia de la depresión y de la melancolía que, psicoanalíticamente, remite a una inhibición.
- ❖ Anástasis: palabra griega que significa “levantarse, ponerse en pie”. Consiste en sentir, experimentar que a pesar de todo lo negativo nada le impide mantenerse de pie.
- ❖ Anhedonismo: estado o condición del sujeto incapaz de sentir y experimentar placer.
- ❖ Atrofia: disminución en el tamaño o número, o en ambas cosas a la vez, de uno o varios tejidos de los que forman un órgano, con la consiguiente minoración del volumen, peso y actividad funcional, a causa de escasez o retardo en el proceso nutritivo. Degenerativa; La que va acompañada de un proceso destructor de las células de un tejido. Fisiológica; La de algunos tejidos u órganos que en la evolución natural del organismo resultan innecesarios. Senil; la de los tejidos y órganos cuando el individuo llega a edad avanzada.
- ❖ Degenerativo: que causa o produce degeneración. Atrofia.
- ❖ Envejecer: hacer viejo a alguien o algo. Dicho de una persona o de una cosa: Hacerse vieja o antigua. Durar, permanecer por mucho tiempo.

- ❖ Estigmatizar: afrentar, infamar.
- ❖ Etario: dicho de varias personas, que tienen la misma edad. Perteneciente o relativo a la edad de una persona.
- ❖ Eupatía: palabra griega que significa "sentirse bien". Consiste en sentirse y aceptarse a sí mismo como radicalmente valioso.
- ❖ Geriatria: estudio de la vejez y terapia de sus enfermedades.
- ❖ Gerontología: ciencia que trata de la vejez y los fenómenos que la caracterizan.
- ❖ Inerte: inactivo, ineficaz, incapaz de reacción, inmóvil, paralizado, sin vida.
- ❖ Jubilación: acción y efecto de jubilar o jubilarse. Pensión que recibe quien se ha jubilado.
- ❖ Neurotransmisor: dicho de una sustancia, de un producto o de un compuesto: Que transmite los impulsos nerviosos en la sinapsis.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO DE SALUD No.16 DE LA ZONA 6
GLADYS HAYDEE AGUILAR ORELLANA
PSICOLOGIA EPS

ENCUESTA

Edad: _____ Sexo: _____
Fecha: _____ Lugar de procedencia _____

Instrucciones: a continuación se presenta una serie de ítems, marque con una "x" la respuesta.

1. ¿Hay diálogo entre usted y sus familiares?
Si___ No___
2. ¿Hay diálogo entre usted y sus vecinos?
Si___ No___
3. ¿Se comparten ratos comunes de diversión en su familia?
Si___ No___
4. ¿Se reconocen y estimulan sus cualidades en la familia?
Si___ No___
5. ¿Cuándo se enferma lo(a) cuidan sus hijos?
Si___ No___
6. ¿Se toma en cuenta la opinión de usted en casa?
Si___ No___
7. ¿En algún momento de su vida tuvo un encuentro desagradable con su familia?
Si___ No___
8. ¿Le piden perdón a usted cuando le han lastimado u ofendido?
Si___ No___
9. ¿Tienen algún detalle, regalo o felicitación para usted en su familia?
Si___ No___
10. ¿Se siente triste la mayor parte del tiempo?
Si___ No___

Oración de un(a) joven anciano(a) centenario(a)

Mi señor Jesús, en ti confío y a ti me confío con todos mis hijos, nietos y biznietos en general, y cada uno en particular.

Te ruego que me concedas la gracia de los Dones del Espíritu Santo para saber pensar, saber hacer, saber decir, saber escuchar y callar, y saber hablar oportunamente.

Que aprenda a entender y comprender a los demás; a tener esperanza y ser solidaria; enséñame a tener paciencia, a ser fuerte y saber dar consejo; que siempre ame y sirva a Dios ayudando a quien pueda, haciéndolo con amor y en su nombre.

Enséñame a saber aceptar lo de cada día; a saber caminar pisando firme, para andar por el camino que conduce a la paz temporal, y sobre todo a la eterna.

Por Jesucristo Nuestro Señor. AMEN.





Celebración del Mes de la Ternura en el Ingenio Pantaleón



Quiebra de la piñata en la celebración del mes de la ternura



Dinámica de la Cuchara y el limón en la celebración del mes de la ternura



Se compartió un delicioso pastel en la celebración del mes de la ternura; a la vez se cantó el feliz cumpleaños a todos los integrantes del grupo EVE



Celebración Día del Abuelo en el Centro de Salud, Zona 6



Bailes, Dinámica y mucha alegría en la celebración del Día del Abuelo



Ultima clase de repostería en la cual se trabajó paletas de chocolate



Baile el Merequito despedida de EPS



Palabras de despedida por culminación de EPS



Despedida por culminación de EPS en el Centro de Salud Enero 2008