

**"LOS CAMBIOS QUE SE DAN EN ALGUNAS ACTITUDES NEGATIVAS
QUE TIENEN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS DEPRIMIDOS,
POSTERIOR A SU PARTICIPACIÓN EN UN TALLER VIVENCIAL
SOBRE LA TERCERA EDAD".**



Informe Final de Investigación
presentado al Honorable Consejo Directivo
de la Escuela de Ciencias Psicológicas

POR

**SANDRA MARIBEL MERIDA RAMIREZ
SILVANA LISETT MERIDA RAMIREZ**

Previo a optar al título de

PSICOLOGAS

En el grado académico de

LICENCIATURA

Guatemala, Octubre de 1998

13
1 (1995)
0.2

TRIBUNAL EXAMINADOR

**Licenciado Abraham Cortez Mejía
DIRECTOR**

**Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA**

**Licenciada Loris Pérez Singer de Saiguero
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS**



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M5, Ciudad Universitaria, Zona 12
Tel: 4700700-4, 4700705, 4701 400-1
Dirección: 4700702, 4707212, Int. 4700014
CALLE IMPACTO SUCROEDUCATIVO
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. 4138-88

CODIPs. 874-98

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE
INVESTIGACION

23 de octubre de 1998

Señoritas Estudiantes
SILVANA LISETT MERIDA RAMIREZ
SANDRA MARIBEL MERIDA RAMIREZ
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señoritas Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes, el Punto DECIMO CUARTO (14o.) del Acta TREINTA Y NUEVE NOVENTA Y OCHO (39-98) de Consejo Directivo, de fecha 22 de octubre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO CUARTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "LOS CAMBIOS QUE SE DAN EN ALGUNAS ACTITUDES NEGATIVAS QUE TIENEN LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS DEPRIMIDOS, POSTERIOR A SU PARTICIPACION EN UN TALLER VIVENCIAL SOBRE LA TERCERA EDAD", de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

SILVANA LISETT MERIDA RAMIREZ CARNÉ No. 84-10576

SANDRA MARIBEL MERIDA RAMIREZ CARNÉ No. 84-10573

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Doctor Lionel Ardón Rodríguez y revisado por el Licenciado Carlos Orantes Troccoli.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente.

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

Licenciada *Miriam Elizabeth Ponce*
SECRETARIA



/Celina

[Handwritten Signature]
07.098

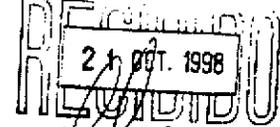


Guatemala, 16 de octubre de 1,998

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Bdo. M. S. Ciudad Universitaria, Zona 12
Tel. 4746790-4, 4760983, ext. 4760-1
Fax: 4769982, 4767219, ext. 4769914
e Mail: USACPSIC@eds.gp
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

INFORME FINAL

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLÓGICAS



[Handwritten Signature]
18:00 HORA

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Carlos E. Orantes T., ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

"LOS CAMBIOS QUE SE DAN EN ALGUNAS ACTITUDES NEGATIVAS QUE TIENEN LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS DEPRIMIDOS, POSTERIOR A SU PARTICIPACION EN UN TALLER VIVENCIAL SOBRE LA TERCERA EDAD"

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

ESTUDIANTE:

CARNE No.

SANDRA MARIBEL MERIDA RAMIREZ
SILVANA LISETT MERIDA RAMIREZ

84-10573
84-10576

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes, para obtener **ORDEN DE IMPRESION**.

Atepidamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Handwritten Signature]
LICDA. EDITH RIOS DE MARDONADO
COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA

ERDM/edr
c. c. Docente Revisor/a
archivo





ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M-3 Ciudad Universitaria, Zona 11
Tels. 4766770-1, 4766983, ext. 476-1
Dirección: 4769981, 4767219, Cas. 4769914
e-Mail: USACPSIC@edu.g
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

Guatemala,
16 de octubre de 1998

LICENCIADA
EDITH RIOS DE MALDONADO, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
EDIFICIO

LICENCIADA RIOS:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle
que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**,
titulado:

**"LOS CAMBIOS QUE SE DAN EN ALGUNAS ACTITUDES NEGATIVAS QUE TIENEN
LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS DEPRIMIDOS, POSTERIOR A SU
PARTICIPACION EN UN TALLER VIVENCIAL SOBRE LA TERCERA EDAD"**

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

NOMBRE

CARNE No.

SANDRA MARIBEL MERIDA RAMIREZ
SILVANA LISETT MERIDA RAMIREZ

84-10573
84-10576

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos
establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito
DICTAMEN FAVORABLE, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODAS"

LIC. **EMILIO C. ORANTIA**
DOCENTE REVISOR

CE07/edr

c. c. Archivo
Docente Revisor



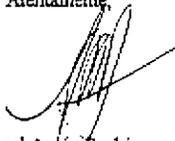
Guatemala, agosto de 1998

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio M-5

Señores miembros del Consejo:

Por este medio me permito informarles que he procedido a asesorar, durante el proceso de elaboración, el trabajo de investigación que se titula "LOS CAMBIOS QUE SE DAN EN ALGUNAS ACTITUDES NEGATIVAS QUE TIENEN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS DEPRIMIDOS HACIA LA VEJEZ POSTERIORES A PARTICIPAR EN UN TALLER SOBRE ENVEJECIMIENTO" presentado por las estudiantes SILVANA LISETT MERJIDA RAMIREZ carnet 8410576 y SANDRA MARIBEL MERIDA RAMIREZ, carnet 8410573, previo a optar el título de LICENCIADAS EN PSICOLOGIA.

Atentamente,



Dr. Lionel Ardón Rodríguez



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS "M. S. M. S."
CAMPUS UNIVERSITARIO, ZONA 13
TELEFONO: 50706. DE 1700000. DE
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

C.c. Control Académico
DEDIPs.
Archivo

REG. 4131-88

CCDIPs. 1105-88

DE APROBACION DE PROYECTO
Y NOMBRAMIENTO DE ASESOR

Enero 23 de 1989

Estudiantes
Sandra Maribel Mérida Ramírez
Silvana Lisett Mérida Ramírez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el Punto DECIMO SEGUNDO del Acta CUARENTA Y NUEVE OCTEN-
TA Y OCHO (49-88) del Consejo Directivo de fecha veintiocho de noviembre de
mil novecientos ochenta y ocho, que literalmente dice:

" DECIMO SEGUNDO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el
Proyecto de INVESTIGACION titulado: "LOS CAMBIOS QUE SE DAN EN ALGUNAS ACTI-
TUDES NEGATIVAS QUE PRESENTAN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS DEPRIMIDOS HACIA
LA VEJEZ POSTERIORMENTE A PARTICIPAR EN UN TALLER SOBRE ENVEJECIMIENTO", de
la carrera de Licenciatura en Psicología, presentado por las estudiantes:

Sandra Maribel Mérida Ramírez

Carnet No. 84-10573

Silvia Lisett Mérida Ramírez

Carnet No. 84-10576

El Consejo Directivo considerando que el Proyecto en referencia satisface
los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Investigacio-
nes en Psicología -DEDIPs-, resuelve aprobarlo y nombrar como asesor al Doc-
tor Lionel Ardón R."

Atentamente,

"ID Y HONOR A TODOS"

Licenciado Víctor Hugo Lemus
SECRETARIO

VHL/zladas



AGRADECIMIENTOS

- A: *Dios por permitirnos alcanzar nuestra meta.*
- A: *Nuestros padres por su apoyo incondicional a lo largo de nuestras vidas.*
- A: *Christian y Raúl por su amor y comprensión.*
- A: *Nuestros hijos, por ser la inspiración de nuestros esfuerzos.*
- A: *Lionel Ardón por su amistad y por todos los conocimientos compartidos.*
- A: *Hogar de Ancianos San Vicente de Paúl por permitirnos llevar a cabo el presente trabajo.*
- A: *La Escuela de Ciencias Psicológicas*

*"Aprender a envejecer
es el trabajo maestro de la sabiduría
y es uno de los capítulos más dignos
en el gran arte de vivir. "*

*Henri Frederic Amiel
Filósofo Suizo. 1874
(A los 53 años de edad.)*

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

Todos los esfuerzos que el ser humano ha realizado en la profundización de su conocimiento acerca de los fenómenos del universo han tenido, en términos generales, como fin último el lograr un mejor nivel de vida para el hombre: Llevarlo a que viva cada vez más satisfecho y feliz desde el inicio hasta el final de su vida. El anciano, quien se encuentra en la última fase de la existencia, tiene así mismo ese derecho a vivir esta etapa lo más feliz y satisfactoriamente que le sea posible y es responsabilidad de quienes en una u otra forma y medida trabajan con la ciencia, ayudarle a alcanzar dicho objetivo.

Este es el primer aspecto que justificó la realización de una investigación con la población de ancianos y más aún de ancianos institucionalizados deprimidos quienes presentan una problemática mayor que la que puede tener el anciano que cuenta con el apoyo de una familia. Es conveniente hacer notar que si dicha investigación se orientó a ofrecer una alternativa de solución para alguno de los problemas que presenta el anciano que se encuentra recluido en una institución, la importancia que reviste aumenta en gran medida.

Otro aspecto importante es el hecho de que, de acuerdo con los datos proporcionados por la OMS,¹ la población de ancianos muestra una marcada tendencia a aumentar como consecuencia de los avances en el campo de la salud y de algunos otros factores como son el control de la natalidad. Este aumento en la población de ancianos sugiere la idea de que si no se toman las medidas necesarias para asegurarle al anciano un lugar en la sociedad, los problemas con él relacionados tenderán también a aumentar o bien a agravarse y de que la decisión más acertada puede ser la de "curar en salud" siendo la mejor opción a elegir, un programa preventivo que permita alcanzar el objetivo de una vida sana y por consecuencia una vejez también sana.

¹ Ver: Informe de un grupo de la OMS, APLICACIONES DE LA EPIDEMIOLOGIA AL ESTUDIO DE LOS ANCIANOS. Ginebra 1984, p. 33

Por otra parte, hasta la fecha en el país son difíciles de contar por lo elevado del número de las investigaciones realizadas con poblaciones de niños y un poco menos de adolescentes y adultos mientras que, contrariamente, fácilmente se pueden contar las orientadas hacia la población de ancianos. Esto nos dió una razón más, para incursionar en un campo que presentaba aún muchos puntos oscuros susceptibles de ser aclarados y para brindar a una población, en mucho olvidada, la posibilidad de vivir en mejor forma una etapa por la que todos, salvo algunas excepciones, habremos de atravesar.

Ahora bien, cuando se hace un acercamiento al punto específico de la depresión, ésta se perfila como característica del anciano institucionalizado. Dicho acercamiento nos reveló gran parte de la sintomatología descrita en los libros y de la cual se enfatizó lo que, dentro del marco referencial de la Terapia Racional Emotiva, se constituye en el eje de la depresión: la triada cognitiva formada por una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, a lo que le denominamos en este caso "actitudes negativas", ante la vejez.

Tomando en cuenta lo anterior, en el anciano, las actitudes negativas hacia la vejez se expresan en una visión negativa de sí mismo en su condición de anciano con los consiguientes sentimientos de minusvalía e incapacidad; en una visión del mundo también negativa incluyendo aquí el mundo propio y el de los demás, así como las actitudes de los otros con respecto a la propia persona; y, por último, una visión negativa del futuro expresada en la ausencia de expectativas o bien en la pobreza de las mismas así como lo que se conoce como "la angustia ante la muerte".

Al inicio de la exposición del problema, se hizo mención de la importancia de encontrar soluciones a los problemas y, se puede agregar, de evaluar la eficacia y efectividad de dichas soluciones. Partiendo de esto y la ubicación dentro del contexto de las actitudes negativas que hacia la vejez puedan tener los ancianos institucionalizados deprimidos, se creó un taller que permitió conocer más sobre el proceso de envejecimiento y lograr una "vejez más feliz" mediante el cambio de aquellas actitudes negativas hacia la misma que pudieran estar interfiriendo en el logro de dicho objetivo, partiendo de un modelo cognitivo que explica el proceso de conceptualización de lo vivido y mediante la vivencia de la experiencia emocional correctiva que caracteriza al

trabajo de grupo y que se constituye en el punto de partida para cualquier cambio en el nivel cognitivo de la representación mental y de la interpretación de los fenómenos de la vida en sí. Después de creado y aplicado a la población investigada se procedió a la evaluación de los cambios que éste promovió en las actitudes mencionadas, así como su funcionalidad y aplicabilidad a la población de ancianos.

En síntesis, se evaluaron los cambios obtenidos en las actitudes negativas que presentaban algunos ancianos institucionalizados deprimidos acerca de la vejez, posteriores a su participación en el taller, para lo cual se consideró como población de estudio la perteneciente al Hogar de Ancianos y Centro Ocupacional San Vicente de Paul, ubicado en la calle 25-28, zona 5 y en la cual se encuentran recluidos ancianos de ambos sexos, de condición socioeconómica baja, media baja y media, que carecen de familia o bien que sus familias los han recluido debido a su imposibilidad de hacerse cargo de ellos.

De esta población se seleccionaron los ancianos que llenaron los requisitos de la muestra, es decir, ancianos de ambos sexos, moderadamente deprimidos y en los que se detectaron algunas actitudes negativas hacia la vejez.

La tarea no resultó fácil, pero al mismo tiempo la falta en el medio de medidas directas y efectivas que buscaran solucionar, por lo menos, algunos de los problemas que enfrenta la vejez nos hizo pensar que cualquier intento por hacer más feliz la vida del hombre, y en este caso en la tercera edad, bien valía cualquier esfuerzo que se requiriera para lograrlo.

2. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

El estudio del envejecimiento es un punto que ha preocupado al hombre desde la antigüedad. Se encuentran los orígenes de esta preocupación en épocas remotas: es así que en los dos milenios transcurridos desde los días de Hipócrates, Padre de la Medicina, se han propuesto por lo menos 200 teorías acerca del proceso de envejecimiento y un número todavía mayor de remedios para retardar dicho proceso.²

En la actualidad y especialmente a partir del año 1982 en que se declaró el Día Mundial de la vejez, las investigaciones han sido orientadas más al conocimiento del anciano y sus problemas que a la búsqueda de la "Fuente de la eterna juventud".

Han sido las sociedades y los laboratorios gerontológicos los más orientados hacia el campo de la investigación en materia de ancianos. Un ejemplo, lo constituye el laboratorio de gerontología de la Unión Soviética, que ha realizado estudios sobre factores que determinan la longevidad de los habitantes de algunas partes del planeta. En ese mismo país también se han realizado trabajos sobre la jubilación y sus implicaciones en la vida del ser humano.

Por otra parte, la Asociación de Gerontología del distrito 13 de París ha hecho estudios sobre las necesidades que con mayor frecuencia presenta el anciano llegándose a la conclusión de que además de la atención y cuidados médicos, el anciano requiere de una oportunidad de seguir siendo útil y de participar en su propio proceso para alcanzar un mejor nivel de vida.³

Se han realizado, además, muchas otras investigaciones orientadas hacia las características y problemas propios de la vejez tanto físicos como biológicos, psicológicos y socio-económicos.

² Ver: Girón Mesa, Manuel Antonio. GERONTOLOGIA Y GERIATRIA SOCIAL. Editorial José de Pineda Ibarra, 1982. pp. 29-38

³ Ver: Selby, Philip. Griffiths, Adrián. GUIA PARA UN ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO. Paberman Publishing, Inglaterra 1986. pp. 141-161

Sin embargo, no todo ha sido avance en este campo ya que se han cometido errores que han llevado a retrocesos en lo que es el conocimiento del anciano. Por ejemplo, muchas de las primeras investigaciones realizadas en el campo de la vejez que intentaban determinar cuáles eran las características propias de esta etapa, fueron realizadas con grupos de ancianos atendidos en instituciones con lo que se borró aún más la frontera entre el envejecimiento propiamente dicho y los síntomas de enfermedades. Se hicieron además, con el mismo fin, comparaciones con grupos de niños y jóvenes atribuyéndose las diferentes diferencias resultantes al proceso de detenero propio del envejecimiento ignorando la posibilidad de las diferencias con respecto a la edad y a las generaciones.

Aunque a nivel internacional se ha investigado bastante sobre los ancianos, especialmente la OMS y las instituciones asociadas a ella, aún quedan muchos aspectos de la última etapa de la vida del hombre que no han sido estudiados de una manera científica.

En Guatemala se han realizado algunos trabajos sobre ancianos y sus problemas específicos tales como la neurosis y la depresión. En relación a las actitudes, se le han dedicado algunos comentarios en trabajos como la tesis presentada por la hoy licenciada Regina de Valdeavellano y que se refiere a "Efectos de la relación interpersonal entre ancianos institucionalizados y estudiantes de psicología sobre la depresión y el neurotismo";⁴ tesis presentada en la Universidad Francisco Marroquín y que tiene como punto central comprobar cómo la falta de relaciones afectivas lleva al anciano a agravar o desarrollar estados depresivos y/o neuróticos. Existen, además, algunos otros trabajos sobre la depresión en el anciano realizados como tesis en la Universidad Rafael Landívar, enfocados directamente a determinar la incidencia de la misma en la población de ancianos. En ellas, se hace énfasis generalmente en los prejuicios que rodean y que sirven de

⁴ Valdeavellano, Regina de. EFFECTOS DE LA RELACION INTERPERSONAL ENTRE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS Y ESTUDIANTES DE PSICOLOGIA SOBRE LA DEPRESION Y EL NEUROTISMO. Tesis presentada a la Universidad Francisco Marroquín, 1982.

base a las actitudes ante el anciano que se caracterizan casi siempre por ser negativas, desvalorizantes y pesimistas en cuanto a un cambio en las condiciones de vida del mismo.

Adicionalmente, la Unidad de Salud del Departamento de Bienestar Estudiantil de la Universidad de San Carlos de Guatemala, realizó una investigación sobre la longevidad y los factores que inciden en ella así como las actitudes de personas de más de 90 años y de sus familiares más cercanos ante la vejez.³ Los resultados obtenidos reflejan como el anciano hace propios muchos de los prejuicios que sobre él se tienen.

Definido el objeto del presente estudio como un problema de actitudes hacia la vejez, conviene conocer lo que el proceso de envejecimiento implica así como la definición de algunos conceptos que permitan posteriormente buscar los orígenes del mismo.

2.2 VEJEZ⁴

La vejez está considerada como representativa de una noción de tiempo asociada a la edad cronológica, pero que en sí no brinda gran información sobre el fenómeno del que forma parte.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, la vejez implica una noción de tiempo que no toma en cuenta las variaciones individuales que se dan en el proceso, variaciones que le dan al mismo dos aspectos: Uno no patológico que se refiere a la senectud y otro patológico representado por la senilidad.

Existe entonces una perspectiva distinta de la vejez ya no considerada simplemente como la antesala de la muerte o como una entidad nosológica más, sino como el aspecto cronológico de un proceso en el cual convergen otros muchos factores.

³ Unidad de Salud, Depto. de Bienestar Estudiantil. Estudio de longevidad. Universidad de San Carlos, 1985. p. 10

⁴ ver: Gerón Mena, Manuel Antonio. LIBERACION DE LA VEJEZ. Editorial José de Pineda Ibarra, 1987. p. 13

2.3 PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento no es un fenómeno repentino que se implante de un momento a otro sino que implica un proceso con un curso paulatino y gradual, mismo que varía de un individuo a otro, dadas las diferencias que entre ellos existen, ésto en lo referente a condiciones de desarrollo y experiencias.

Según Alberto Merani⁷, algunos autores consideran que el proceso de envejecimiento se inicia a partir del nacimiento. Desde que se nace se empieza a envejecer porque desde entonces el organismo comienza a funcionar y con ello a desgastarse.

Desde un punto de vista diferente, dicho proceso coincide con el inicio de la involución, es decir, cuando el desarrollo biológico del organismo termina y comienza el proceso de deterioro anatómico-fisiológico que se da a partir de los 21 ó 25 años.

Cual sea la posición que adoptemos, lo cierto es que llega un momento en la vida del hombre en el que todos los cambios que han ido gestándose en él ya sea desde el nacimiento o a partir de los 21 años, se hacen evidentes, momento que algunos llaman vejez y que nosotros mencionáramos anteriormente como senectud, entendida como:

La perspectiva biológica bajo la cual aparece en su edad avanzada el hombre que conserva los atributos de una salud perfecta y que constituye el aspecto no patológico de la vejez.

La senilidad, por el contrario, se caracteriza por ser un aspecto patológico que va instaurándose paulatinamente y que involucra cambios que hacen más marcadas las diferencias entre la edad madura y la senectud.

Las edades en las que se ubican tanto la senectud como la senilidad no están estrictamente establecidas ya que el proceso de envejecimiento depende en gran medida de las circunstancias particulares del individuo que lo sufre y por los factores que tanto el ambiente físico como el socio-cultural brindan y que podrían clasificarse en biológicos, psicológicos, socio-culturales, económicos, etc.⁸

⁷ Merani, Alberto PSICOLOGIA GENETICA. Editorial Grijalbo. México. 1962, p. 246

⁸ Ibidem, p. 250

Si hace necesario, sin embargo, previo a abordar dichos factores, conocer los cambios que en cada una de las esferas de la vida del hombre se dan como resultado del proceso de envejecimiento siendo estas esferas la de los cambios físicos y cambios psicológicos

2.3.1 CAMBIOS FISICOS*

Por muy favorable que sea el medio que le rodea, las células de todo organismo dejan de multiplicarse al cabo de unas 50 divisiones, pero la rapidez y la importancia de ese envejecimiento celular varía no solo de un sistema a otro, sino de un individuo a otro de la misma especie. Acabado el ciclo de la reproducción posible, a una edad característica para cada especie las células deben morir, desaparecer obligatoriamente del cuerpo en el estado de cadáver incluso sin que intervenga ninguna causa accidental. La muerte del organismo superior es la de todas sus células: comienza con las sexuales para continuar de manera precipitada y, a través del estado de decrepitud, con las demás. Sin embargo este periodo ofrece al hombre características psicobiológicas peculiares, puesto que el desarrollo de la inteligencia prolonga la vida útil del individuo mucha más allá de los límites de la capacidad sexual

En la madurez, se da un estado de equilibrio en el cual la concordancia exacta de las actividades fisiológicas asegura un funcionamiento óptimo de la máquina orgánica. No obstante, la regulación nunca es perfecta ni las restauraciones integrales, presentándose después alteraciones morfológicas y fisiológicas que en un principio era imperceptibles, luego sensibles y más tarde evidentes.

2.3.2 CAMBIOS PSICOLOGICOS

En la vejez, las células nerviosas del cerebro dejan de aumentar en número poco después del nacimiento y empiezan a morir muy pronto sin que otras las sustituyan al llegar a esta etapa, empiezan a pigmentarse, disminuye el espesor de la mielina, originándose en consecuencia, zonas en que las neuronas aparecen reemplazadas por neuroglia, tejido de sostén, sin funciones nerviosas. Gracias a la integración extrema de su funcionamiento, sin embargo, las células supervivientes asumen las funciones de las que

* Océano, Enciclopedia de Psicología: LA EDAD ADULTA, Tomo 4, Ediciones Océano, S.A. pp. 210-211

mujeres y las manifestaciones del envejecimiento cerebral (la dificultad para la comunicación verbal, por ejemplo) no aparecen sino hasta una edad bastante avanzada, aunque algunas funciones de gran complejidad como la memoria de sucesos recientes empiezan a decaer mucho antes. Por otra parte no es sólo el número de células sino la capacidad funcional de cada célula lo que disminuye con la edad. La intensidad de un estímulo (dolor o calor, por ejemplo), necesaria para activar las terminaciones de los nervios sensoriales, aumenta con el paso de los años y la velocidad de transmisión del impulso nervioso disminuye retrasando y debilitando la reacción de los centros nerviosos.

A medida que las personas envejecen, algunas funciones se alteran. La agudeza sensorial es una de ellas; esta función disminuye y sobre todo a causa de las modificaciones en el sistema nervioso y entre las alteraciones que se mencionan están:

La vista pierde agudeza, la audición en casos de edad muy avanzada, se pierde con frecuencia. Respecto al gusto, se ha comprobado que después de los 70 años, comienza a reducirse considerablemente las papilas gustativas. También disminuye la cantidad de receptores táctiles reduciéndose la sensibilidad al dolor.

Se observa, además, en este periodo el apareamiento de deficiencias irreparables en el funcionamiento de distintos órganos o sistemas orgánicos de modificación de orden psíquico (lentitud mayor de los procesos de aprendizaje, deterioro de la memoria y las facultades intelectuales); y alteraciones bioquímicas de los tejidos. Esas modificaciones graduales acarrea una baja general del rendimiento del organismo y de su capacidad para resistir sobrecargos funcionales y para adaptarse a cambios eventuales de las condiciones del medio. ¹⁸

La capacidad de síntesis acrecentada y la de análisis disminuida establecen un nuevo balance de los conocimientos, ya quedando de lado todo aquello que es provisorio y se destacan las estructuras fundamentales. El pensamiento del anciano cambia además, porque cuenta cada vez menos con el porvenir y

¹⁸ *Ibidem* pp. 210-211

sus representaciones del pasado se borran gradualmente. Esta imposibilidad de la anticipación y esta imperfección condicionan una falta de interés que no es indiferencia sino serenidad.

Las relaciones sociales no son menos imprescindibles en la vejez. La radio y la televisión son medios de seguir en contacto con el mundo, pero no superan la falta de compañía y de contacto humanos.

2.4 FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO¹¹

2.4.1 BIOLOGICOS

La falta de ejercicio, tanto en los años jóvenes como en la vejez, los hábitos perjudiciales como el cigarrillo, el alcohol y el uso excesivo de drogas; la inmovilización prolongada como consecuencia de la idea errónea de que el anciano debe moverse lo menos posible y, por último, los accidentes y traumatismos, son todas posibles causas que reducen en gran medida el periodo vital de un individuo y que aceleran o agravan el proceso de envejecimiento.

Muchos de los problemas que le son achacados al proceso de envejecimiento no son más que el resultado de descuidos en la salud que se han dado ya sea antes o durante la vejez.

2.4.2 PSICOLOGICOS

El alejamiento de los hijos que lleva a la sensación de una vida vacía de sentido; las neurosis que se presentan con rasgos característicos de pasividad, el repliegue sobre sí mismo, el estrechamiento del campo de acción, el olvido de sus propias posibilidades y los estados de pasividad considerados a menudo como inherentes al comportamiento de las personas de edad avanzada y que no son más, en la mayoría de los casos, que reacciones depresivas menores hijas de situaciones crónicas determinadas.

¹¹ Ver: Krassovitch, Miguel. PSICOTERAPIA GERIATRICA. Editorial Fondo de Cultura, México. pp. 23-52

En el caso de las senilidades, estarán condicionadas por aspectos como traumatismos físicos y emocionales, infecciones, etc. En ella, las llamadas grandes funciones: apetito y sueño, disminuyen aunque a veces, por excepción, aparecen exaltadas. La ineficacia de los movimientos, el temblor que se traduce por una escritura incierta, una voz cansada, la hipoacusia y la presbicia que señalan alteraciones sensoriales, la senilidad general obtusa, la pérdida de los reflejos tendinosos y oculares revelan que las lesiones fundamentales corresponden a las relaciones mioneuronales.

Otro factor psicológico lo constituye la soledad que aumenta con la edad¹², pérdida de consideración o de rango, la imposibilidad de llenar una función útil, la pérdida de seres queridos todo lo cual puede llevar a crisis depresivas y de patía, a experimentar temores y, en el peor de los casos, a la pérdida de los vínculos que las creencias, las aspiraciones y las actividades comunes crean entre un ser humano y sus semejantes lo que conduce en gran parte de los casos al suicidio. El paso de la edad madura a la vejez también es fuerte, si hay una actitud negativa hacia la vejez, de problemas como la frustración, la rigidez de espíritu y el apocamiento. Generalmente en estos factores convergen dos situaciones: las menores posibilidades ofrecidas a la persona de edad avanzada y la demencia de sus facultades intelectuales y de su capacidad de adaptación como consecuencia muchas veces de problemas emocionales no resueltos.

2.4.3 SOCIO-ECONOMICOS¹³

El ritmo tan rápido de las sociedades actuales que no permite que el anciano logre acomodarse a él, la inactividad profesional o la jubilación que puede considerarse como el resultado de los efectos que el proceso de envejecimiento tiene sobre la producción individual. Con la jubilación se suprime toda actividad laboral y el individuo busca por lo general nuevas actividades que sustituyen a las anteriores y de no encontrarlas se incrementan los problemas de adaptación llevando al individuo o bien a recluírse en su casa o a refugiarse en los bares.

¹² El 20% de personas entre los 65 y 69 años de edad declaran sentirse solos a veces o con frecuencia. Este porcentaje sube al 30 o 40% en las personas de 80 o más.

¹³ Ver. Krassolevitch, Miguel. PSICOTERAPIA GERIATRICA. Editorial Fondo de Cultura, México. pp. 26-27

Según Havighrst.¹⁴ hay tres fases que siguen a la jubilación:

- 1) Sentimiento de frustración y estado de ansiedad.
- 2) Inquietud del comportamiento orientado hacia la búsqueda de un nuevo cometido ocupacional, social o simplemente psicológico que pueda sustituir el trabajo cancelado.
- 3) Estabilización durante la cual el sujeto ejecuta y desarrolla una nueva ocupación y se da entre los 6 meses y el año después del retiro.

Muchos de los problemas que acompañan a la jubilación, son consecuencia de que en el ámbito social se haga una identificación de la productividad económica con la valía personal del individuo. Negar a los ancianos el derecho a un trabajo retribuido equivale, por tanto, en nuestra sociedad a denigrarlos y vienen a repercutir en las esferas biológicas y emocionales de la vida del hombre.

2.5 ACTITUDES ACERCA DE LA VEJEZ

Son diversas las actitudes que una sociedad puede tener ante la vejez, éstas varían de acuerdo con los tipos de sociedad, cultura, raza, etc. e inclusive cada uno de los individuos actuará de manera diferente ante dicho proceso. La introducción a este tema consistirá en la definición de lo que es la actitud.

2.5.1 ACTITUD¹⁵

Es aquella orientación general y persistente del individuo respecto a su medio, puede ser tanto positiva como negativa. En el caso del anciano, se adoptan generalmente actitudes negativas, o sólo por parte de la sociedad en general sino que incluso por parte del anciano mismo y si se toma en cuenta que "el envejecimiento no es sólo un proceso físico, sino también una actitud mental que está empezando a experimentar una transformación revolucionaria"¹⁶ se ve la importancia de las actitudes como una fuente de esperanza en el caso de la vejez.

¹⁴ Citado por Ortells Ediciones, ENCICLOPEDIA DE LA VIDA SEXUAL. Editorial Pansé, S. A. Barcelona, 1971. p. 382

¹⁵ Ver: Whitaker, James. LA PSICOLOGIA SOCIAL EN EL MUNDO DE HOY. Editorial Trillas, México, 1979. pp. 237-238

¹⁶ Ver: Organización Mundial de la Salud, Salud Mundial: REMOZAR LA VEJEZ. Febrero- Marzo, 1982. p. 13

2.5.2 AGEISMO¹⁷

Se conoce como ageismo a aquellos pensamientos errados o prejuicios que se tienen con respecto al anciano y que determinan en gran medida la forma en que es visto por los demás miembros de la sociedad.

El origen del ageismo se encuentra en la falta de conocimiento que sobre el proceso de envejecimiento y del anciano se tiene.

Los ageismos más comunes son los que se refieren a las incapacidades tanto físicas como mentales del anciano, se les considera como inútiles desde el punto de vista productivo, que deben ser incluso tratados como niños o que son incapaces para las labores intelectuales lo que hace que al llegar a la vejez se de un estancamiento del cual es imposible salir.

La vida sexual es otra fuente rica de ageismos. La idea de que una persona anciana conserve su interés en el sexo y más aún, la de que mantenga una vida sexualmente activa, parecen ser prácticamente inaceptables.

En general se percibe a la vejez como "castigo" que todos tendrán algún día que sufrir sin poder eludirlo.

¹⁷ Ver: Krasnoievitsh, Miguel. PSICOTERAPIA GERIATRICA. Fondo de Cultura Económica, 1993. p. 27

2.5.3 ACTITUDES DE LA SOCIEDAD ANTE EL ANCIANO

La creencia de que una persona anciana no tiene las mismas facultades y que por ende no podrá desenvolverse dentro de su sociedad hace que los ancianos se vean reemplazados en sus puestos de trabajo por otros más jóvenes lo que da lugar a que se vean como inútiles, que su trabajo ya no satisface, que nadie se preocupa por ellos, que perderán sus amigos, etc. En este tipo de sociedades, son las actitudes hostiles hacia la vejez las que a la larga determinarán el status del anciano haciéndolo desarrollar una personalidad deprimida, desesperanzada con respecto al futuro y, en los demás miembros de la sociedad, desarrollando tristeza y temor a envejecer.²²

En algunas sociedades, se ve al anciano como una carga, algo de lo que no puede sacarse provecho y, más que todo, como un estorbo, que es necesario alejarlo de la sociedad activa; esto da lugar a la creación de hogares, casas o centros de anciano donde las familias pueden llegar a visitados y donde estarán con otros ancianos. Sin embargo, existen otros ancianos que no tienen familia y que están totalmente desamparados y buscan acogerse a instituciones de caridad y asistencia social o finalmente mendigan en las calles.

A pesar de todo lo ya mencionado, aún existen culturas que dejan sentir la necesidad del anciano en las que es tratado con mucho respeto y aprecio, tal es el caso de la comunidad indígena, donde la mayoría de ellos están bajo el cuidado de sus familias y muchos de ellos se mantienen dentro el hogar. Este tipo de actitud también se puede observar en algunos países en desarrollo. Sin embargo, estos países en desarrollo pueden caer en el mismo error que los otros y con esto dar lugar a la exclusión del anciano de la vida cotidiana de la comunidad. Esto sería lamentable, especialmente ahora que los países industrializados vuelven a descubrir el valor humano de los ancianos y tratan que, en lo posible, vivan dentro de la comunidad y no reclusos en instituciones.

²² Ver: Girón Mesa, Manuel Antonio. GERONTOLOGIA Y GERIATRIA SOCIAL. Editorial José de Pineda Ibarra, 1982. pp. 51-52

2.5.4 ACTITUDES DEL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO DEPRIMIDO

A través de observaciones empíricas y mediante investigaciones realizadas se ha podido determinar que en gran cantidad de casos el hablar del anciano institucionalizado obliga forzosamente a tocar el punto de la depresión, cuya presencia se constituye en la regla más que en la excepción en el caso de los ancianos recluidos en una institución.

Estas actitudes negativas estarán caracterizadas por 3 elementos incluidos en el esquema cognitivo de la depresión: una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, la que se expresará en sentimientos de incapacidad, pobreza o inexistencia de expectativas para el futuro.¹⁸

2.6 ALTERNATIVAS DE SOLUCION

La revisión del proceso de envejecimiento y de las actitudes que se desarrollan ante el mismo; particularmente por parte del anciano institucionalizado deprimido que se caracteriza por tener más comúnmente actitudes negativas, adquiere sentido solamente en la búsqueda de alternativas de solución.

Una de ellas puede ser un taller encaminado a "lograr una vejez más feliz" que tenga como base en primer lugar la información recabada a través de un contacto directo con el anciano y los diferentes profesionales que lo atienden. En segundo lugar, las características propias de cada etapa de la vejez descritas en la bibliografía disponible. Un tercer punto lo constituyen los conceptos que dentro del marco de la terapia Racional Emotiva fundamentan el enfoque cognitivo de la depresión y por último, aquellos aspectos terapéuticos que deben encontrarse presentes en todo trabajo de grupo encaminado a lograr cambios en la vida de los individuos.

¹⁸ Ver: Dami, Eleon. UN ENFOQUE DE LA DEPRESION, Documento. Universidad de San Carlos de Guatemala. Unidad de Salud, Area de Psicología, 1989. p. 1

2.6.1 **TALLER**

Es una actividad en grupo detalladamente estructurada y utilizada como medio de aprendizaje y reaprendizaje al igual que en psicoterapia de grupo -dice Lionel Ardón-. Taller es la actividad grupal que tiene objetivos comunes y en común para alcanzar a través de técnicas y procesos vivenciales (aprendizaje por experiencia) un cambio que busca como producto final la obtención de una actitud, sentimiento, pensamiento o conducta determinada. También se puede decir que es: acción en que se trabaja dinámicamente con un método o conjunto de reglas para hacer bien una cosa basada en experiencia vivencial o práctica, buscando mejorar o cambiar conductas, pensamientos o sentimientos que desarrollen una habilidad, destreza o talento

2.6.2 **TALLER VIVENCIAL**

En él se usan técnicas vivenciales -y agrega-, entiendo por técnicas a un conjunto de procedimientos para una ciencia, y por vivencial a el resultado de tres variables:

- 1. La persona vive la técnica aplicada dentro del grupo.*
- 2. Se manejan procesos de aprendizaje a través del involucramiento emocional y racional.*
- 3. La forma de adquisición y manejo de la técnica por parte del instructor.*

En este tipo de taller se maneja y no se manipula la conducta y los efectos, propiciando en un momento dado que el sujeto viva experiencias y se centre en el aquí y el ahora.²⁰

2.6.2.1 **INFORMACIÓN DE FUENTE DIRECTA**

Obtenida a través del contacto directo con ancianos institucionalizados así como producto de la información proporcionada por enfermeras, psicólogos y personal que tiene a su cargo la atención de sus necesidades dentro de la institución. Destacan problemas como: depresión, aislamiento, conflictos interpersonales, egoísmo y, en algunos casos, agresividad y alcoholismo.

En el plano físico, existen limitaciones como: dificultad para caminar, sordera, ceguera, diabetes y algunos otros padecimientos.²¹

²⁰ Ardón, Lionel Dr. Concepto dado verbalmente

²¹ Información proporcionada por el personal del hogar de ancianos

2.6.2.2 CARACTERISTICAS DE CADA ETAPA DE LA VEJEZ

a. EGOISMO ²²

Uno de los mecanismos que puede ser utilizado por el anciano es el de regresión que resulta ser un reforzador del narcisismo. Se observa entonces individuos egocéntricos, preocupados por sí mismos y por su cuerpo y despreocupados por los sucesos del entorno. Suelen ser inseguros y demandantes.

En ocasiones, el reforzamiento narcisista se utiliza como una coraza protectora ante los embates internos o externos. De aquí que el anciano aparezca como un personaje egocéntrico, sólo interesado en lo que a él le sucede, en su cuerpo y sus pertenencias. Las ideas depresivas o hipocondríacas, la hostilidad hacia los demás, son constituyentes de este reforzamiento narcisista.

b. ENFERMEDAD GENERALIZADA

La aparición de quejas hipocondríacas durante la vejez puede ser un indicador no sólo de depresión sino de riesgo suicida así como de una enfermedad física seria que pasó inadvertida.

En muchos casos tiene una función adaptativa cuando la ansiedad se desplaza (y por lo tanto se somatiza) a partir de situaciones externas amenazantes (restricciones de la sociedad, pérdida de status) lo que confiere al paciente un papel más aceptable que le provee simpatía y ayuda. En otros casos, las quejas hipocondríacas parecen representar la expiación de sentimientos de culpa provenientes de una hostilidad inaceptable hacia el entorno. Una tercera posibilidad adaptativa, evidente en algunos pacientes, es la satisfacción autoerótica o narcisista que proporcionan los cuidados corporales que se brinda al sujeto. ²³

²² Ver: M. Lewis. Ueda, Goro. TREATMENT PLANNING IN PSYCHIATRY. American Psychiatric Association, 1982. pp. 49-51

²³ Ver: Skaas Muriel. PROTECTING THE HEALTH OF THE ELDERLY. World Health Organization, Dismarck 1983. pp. 125-130

c. MUERTE

En los ancianos se da muchas veces una muerte psicológica como la que experimentan los sobrevivientes de grandes catástrofes. El sentimiento de sobrevivir a la muerte de los demás acompañado en ocasiones de culpabilidad. Otra forma de muerte psicológica se produce por una enajenación total de sí mismo, comparable a la sensación de estar viviendo en un sueño. Los ancianos que viven aislados o institucionalizados pueden experimentar.

Muchos ancianos están convencidos que viejo y moribundo son sinónimos. Sólo 10% temen a la muerte, el mayor temor es a una enfermedad prolongada, al encierro en una institución, el sufrimiento, la violencia y la muerte del cónyuge (Mishara y Rieel, 1984).²⁴

Mecanismos utilizados: negación (exclusión de la conciencia), regresión y retraimiento (alejamiento de la fuente de ansiedad). En el último, se pueden manifestar preocupaciones hipocóndriacas, que son al mismo tiempo solicitudes de atención y apoyo. Conductas contrafóbicas evidenciadas en comportamientos y vestimentas que intentan disimular los signos de envejecimiento. A veces la negación se refuerza con defensas maníacas (ancianos hiperactivos, joviales, que se dedican a entretenimientos y viajes) las que hay que diferenciar del impulso creativo y adaptativo real.

d. ENSEMISMADO²⁵

A medida que una persona envejece aumentan las pérdidas. Los amigos y la familia, el sistema de apoyo, pueden ser menos accesibles. Como resultado puede sentirse solitaria.

Inclusive aunque no haya perdido los seres amados, a veces puede sentirse solitaria en medio de toda la gente que la rodea. Si las relaciones que tiene son inapropiadas, puede sentir soledad echando de menos diferentes formas de relaciones: amigos, alguien con quien compartir tareas o responsabilidades, ser objeto

²⁴ Citado por Underwood, Richard. Underwood, Brenda. SALUDABLE DESPUES DE LOS 55. Editorial Norma, Colombia 1990. p.40

²⁵ Ibidem. pp. 68-69

de amor, alguien con quien reñir o ser un compañero sexual. Ser aceptado es un componente importante de la vida y quien no se considere aceptado puede sentirse solo.

En ocasiones puede darse una soledad autoimpuesta en la cual hay incapacidad para adaptarse a los cambios normales del envejecimiento o de superar desengaños y pérdidas volviéndose amargadas, resentidas, irónicas y a menudo se alejan de quienes puedan estar tratando de ofrecerles apoyo. El aislamiento está asociado a la falta de creatividad, la moral baja y la salud física o mental inadecuada.

La enfermedad física también puede propiciar el aislamiento por las limitaciones sociales que impone el sujeto. Cuando el aislamiento resulta de la combinación de una enfermedad física y una pérdida activa se presenta con frecuencia un episodio depresivo con un alto riesgo de suicidio.

e. FALTA DE METAS

Generalmente la vida es emocionante y satisfactoria cuando se está aportando algo. Si esto proviene del trabajo y este no existiera es lógico buscar otra forma de realización.

La vida cronológica es una manera de computar las edades del ciclo vital del hombre por años; sin embargo, no son los años ni los rasgos físicos y psicológicos que se entremezclan en las diversas edades, lo que diferencian de una forma precisa a un hombre joven del maduro, ni al maduro del viejo, ya que existen jóvenes viejos y viejos jóvenes.

Es por ello importante considerar que muchas veces la causa de un envejecimiento prematuro del cuerpo y del espíritu lo constituye la falta de metas cortas, ya que la inactividad o la ociosidad dan lugar a pereza, falta de imaginación y de creatividad²⁸

²⁸Ver: Cirón Mesa, Manuel A. GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA SOCIAL. Editorial José de Pineda Ibarra. Guatemala pp.89-115

f. DEBILES ²⁷

El envejecimiento es la acumulación de las experiencias y los cambios de toda una vida. Comienza con la concepción y termina con la muerte. Es otra etapa del desarrollo en la cual se debe aprender maneras de enfrentar los cambios que ocurrirán.

Envejecimiento y enfermedad no son sinónimos, y la idea de que la senilidad es un signo normal de envejecimiento es errónea. Es por ello importante reconocer cuales son los cambios normales que se dan por causa del envejecimiento y cuales no.

Cambios en el cuerpo: El envejecimiento fisiológico se refiere a los cambios en la estructura y el funcionamiento del cuerpo que ocurren en el lapso de la vida. Entre los más frecuentes se encuentran: sistema cardiovascular, respiratorio, muscular, esquelético, metabólico, digestivo, neurológico, genitourinario, sensorial, etc.

Cambios en la función mental: La memoria no se altera totalmente. La memoria primaria o reciente parece que permanece estable con el envejecimiento. La secundaria requiere que la memoria primaria se transfiera a un sistema de almacenamiento, de suerte que pueda recuperarse algún tiempo después. Existe cierta correlación entre la depresión y una mala memoria.

Cambios en la imagen de sí mismo: Eric Erikson, afirmaba que la tendencia más nociva de los ancianos es la renuncia a aceptar los cambios que experimenta el organismo. Este rechazo en realidad puede ser físicamente perjudicial ya que impide que la persona se responsabilice de su salud y que no tomen las medidas necesarias para promoverla. No aceptar los cambios físicos puede ocasionar que las personas se aislen emocionalmente.

²⁷ Underwood, Richard. Underwood, Brenda. SALUDABLE DESPUES DE LOS 55. Editorial Norma, Colombia 1990 pp. 4-7

Quizás el reto más grande es el enfrentar cambios ocasionados por la jubilación o por enfermedad, cambios en la imagen o en la apariencia corporal, financieros y la muerte de personas cercanas pueden hacerlos sentir impotentes.

g. BAJA AUTOESTIMA

La depresión es la patología más frecuente en los ancianos. Este síndrome puede permanecer encubierto por quejas y signos somáticos. Sus principales síntomas son: tristeza, pesimismo, falta de ánimo, pérdida de interés del entorno, sentimientos de auto desprecio, soledad, irritabilidad, fatiga, anorexia, insomnio, quejas o dificultades en la concentración y la memoria y ruminaciones de tipo depresivo.

2.7 ENFOQUE COGNITIVO DE LA DEPRESION *

El modelo cognitivo de la depresión difiere de la visión tradicional, la cual sostiene que los síntomas son secundarios al desorden afectivo básico. El postulado central del modelo cognitivo es que las concepciones distorsionadas e idiosincráticas del paciente deprimido son centrales en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología depresiva. De particular importancia es la "Triada cognitiva" que consiste en una visión negativa de sí mismo, del mundo en general y del futuro.

2.7.1 Una visión negativa de sí mismo: El individuo deprimido muestra una tendencia marcada a verse a sí mismo como deficiente, inadecuado o desvalorizado y de atribuir sus experiencias implacenteras o desvalorizantes a un defecto físico, mental o moral en su persona. Además, por este supuesto defecto tiende a rechazarse a sí mismo (y a pensar que otros lo rechazan) por ello.

2.7.2 Una visión negativa del futuro: El mundo es visto desde una perspectiva negativa y gira alrededor de estas expectativas negativas. El paciente deprimido considera que sus problemas presentes continuarán en

* Damián, Elana. UN ENFOQUE DE LA DEPRESION. Documento. Universidad de San Carlos de Guatemala, Unidad de Salud, Área de Psicología, 1989. p. 1

forma indefinida y que él seguirá siendo cada vez más una carga para las otras personas significativas en su vida.

2.7.3 Una visión negativa del mundo: Sus interacciones con el medio son interpretadas como representando pérdida, deprivación o denigración. Considera que el mundo le hace demandas exorbitantes y le presenta obstáculos, los cuales interfieren con el logro de sus metas.

Es importante notar que la cognición de la persona deprimida refleja una tendencia sistemática en contra de sí mismo. Por este énfasis excesivo en el dato negativo se llega al punto de casi excluir totalmente los aspectos positivos lo que da la designación de "distorsión cognitiva" que es la forma más apropiada de describir a los pacientes deprimidos.²⁶

2.8 ESQUEMAS COGNITIVOS Y LA DEPRESION²⁷

Los conceptos del individuo, realísticos al igual que los irrealísticos surgen de sus experiencias, de las actitudes y opiniones comunicados a él por los otros con los que interactúa y de sus identificaciones (o modelos de roles sociales).

Después que un concepto (actitud o suposición) específico ha sido formado, éste puede influenciar los juicios subsecuentes y de este modo volverse más firmemente establecido. Cada juicio negativo, sin considerar el criterio objetivo, tiende a reforzar el concepto negativo. De tal modo se establece un círculo: cada juicio negativo, refuerza el auto-concepto negativo, el cual a su vez facilita la interpretación negativa de las experiencias subsecuentes. A menos que este auto-concepto negativo sea alterado, este se estructuraliza,

²⁶ *Ibidem*, p. 1

²⁷ *Ibidem*, p. 4

es decir, se convierte en una parte permanente de la organización cognitiva. Después que un concepto se estructuraliza, éste se mantiene presente aunque puede encontrarse en forma inactiva.

Una observación del estilo de pensamiento de los pacientes deprimidos muestra que éstos típicamente presentan un desorden del pensamiento. Los tipos de errores en el pensamiento que se presentan incluyen los siguientes:

Inferencia arbitraria: Este es el proceso de deducir una conclusión cuando falta evidencia o cuando la evidencia es contraria a la conclusión. Este tipo de pensamiento disfuncional usualmente toma la forma de personalización (o de referencia a la persona). Por ejemplo, un paciente deprimido que observó el señó fruncido en una persona que pasó a su lado en la calle pensó: "algo en mí le disgustó".

Sobregeneralización: Consiste en generalizar con base en un sólo incidente. Este es el caso del individuo que piensa "yo nunca podré tener éxito en nada" después de una experiencia de fracaso.

Magnificación: Es la propensión a exagerar el significado de un evento particular. Por ejemplo, una persona con miedo a la muerte puede interpretar cualquier sensación desagradable o de dolor en el cuerpo como señal de una enfermedad fatal como el cáncer, ataques al corazón o hemorragia cerebral.

2.9 FACTORES CURATIVOS DE LA TERAPIA DE GRUPO²¹

Existen varios factores curativos dentro de un grupo entre ellos:

²¹ Yalom. FACTORES CURATIVOS DE LA TERAPIA DE GRUPO. Documento. Universidad de San Carlos de Guatemala, Unidad de Salud, Área de Psicología, 1989 p. 1

Instalación de la esperanza

Universalidad

Impartimiento de información

Altruismo

Desarrollo de técnicas de socialización

Conducta imitativa

Aprendizaje interpersonal

Cohesión de grupo

2.9.1 Instalación de la esperanza: Ha habido investigaciones que demuestran que entre más fe tiene el paciente al principio de la terapia, mejor es el resultado de la misma. Aquí se debe recordar que la fe ayuda mucho a curar en tratamientos con placebos, es decir que el paciente puede curarse sólo por la fe en el terapeuta. En cada grupo hay individuos en diferentes niveles de curación, es decir que hay continuo de bien o mal. El hecho de que los pacientes que están al principio de ese continuo vean a los individuos que ya se curan, les ayuda a tener fe en el proceso, es decir que piensan que en la realidad la terapia es curativa porque hay otros miembros en el grupo que ya se han curado. Es también muy importante que el terapeuta crea en sí mismo y crea que en realidad el mismo pueda producir el cambio positivo en los miembros del grupo.

2.9.2 Universalidad: Los pacientes al principio de la terapia tienen la idea de que ellos son los únicos raros, los únicos que tienen tantos problemas, y en realidad esta idea la comprueban por los muchos problemas en sus relaciones interpersonales, lo cual los lleva a aislarse socialmente, por lo cual no ha tenido ocasión de validar el hecho de que él no es la única persona con esos problemas.

2.9.3 El impartimiento de información: Esto se refiere a información didáctica sobre salud mental, enfermedad mental y factores psicodinámicos dados por el terapeuta, al igual que sugerencias o guías directas sobre los problemas de la vida ofrecidas por el terapeuta o por los pacientes, o sea que son ideas, consejos,

sugerencias, instrucción didácticas dados ya sea por el terapeuta o por los pacientes. A veces el proceso educativo es implícito, ya que la mayoría de ellos no ofrecen información explícita en la interacción del grupo. Generalmente se va aprendiendo a medida que los miembros van dando retroalimentación sobre el proceso.

2.9.4 El altruismo: Es muy importante sentirse útil en el consenso terapéutico de otros pacientes. El paciente recibe terapia por medio de dar apoyo, sugerencias, de proporcionar *insight* y por medio de compartir los problemas con otros. También es muy importante que el paciente se da cuenta de que los otros miembros del grupo le estén dando este apoyo, esta sugerencia, este *insight*. En suma es sentirse útil y reconocer que se está recibiendo esta clase de apoyo.

2.9.5 Desarrollo de técnicas de socialización: Los pacientes aprenden habilidades sociales explícitas. También puede llegar a conocer la impresión que su conducta causa en otros miembros.

2.9.6 Conducta imitativa: El proceso imitativo es bastante difuso porque los pacientes pueden modelar aspectos de su personalidad en imitación de los miembros del grupo o del terapeuta. La importancia de la conducta imitativa en el proceso terapéutico es difícil de medir pero recientes investigaciones en psicología social indican que ese factor puede estar subestimado.

2.9.7 Importancia de las relaciones interpersonales: Desde tiempos primitivos el hombre ha necesitado relacionarse con otros miembros de su especie. Es para él tan importante el contacto con los demás que llega a someter sus propios intereses a los del grupo. Como dice Goldschmidt:²² *La necesidad que el hombre tiene de afecto puede expresarse como un deseo de contacto, de reconocimiento y de aceptación, de estima, o de poder.* No se trata únicamente de ser gregario; el ser humano tiene una terrible necesidad de ser notado y lo que es importante de ser notado en forma favorable.

²² Citado por Yalom en el documento FACTORES CURATIVOS DE LA TERAPIA DE GRUPO. Universidad de San Carlos de Guatemala, Unidad de Salud, Área de Psicología, 1989. p. 3

La terapia es pues interpersonal en la mayoría de sus aspectos. Se observa que las primeras metas: alivio de ansiedad o depresión, pronto cambian y lo que se persigue es el deseo de poder comunicarse con otros, de poder confiar y ser más honrado con los demás.

2.9.8 Cohesividad de grupo:²⁹ Lo importante de esto es que da la oportunidad de compartir afectivamente el mundo interno propio y luego la aceptación de los demás lo que se considera de importancia vital. El ser aceptado por los demás lo que cuestiona las creencias del paciente de que él es básicamente repugnante, inaceptable o no digno de ser amado.

El grupo aceptará al individuo sin considerar su vida pasada: sus transgresiones, defectos o fracasos en su vida social. La membresía del grupo, aceptación y la aprobación son de la mayor importancia en el desarrollo del individuo. Existe dependencia de los demás no sólo por la aprobación y aceptación sino que también por validación continua de los más importantes sistemas de valores.

Algunos de los ancianos se encuentran deprimidos debido precisamente a cierto grado de rechazo que perciben, tanto por parte de sus familiares, como del medio en general.

En la población de ancianos institucionalizados hay dos tipos de población: una de clase media y la otra baja. De estos dos tipos de ancianos es el de clase media que con mayor frecuencia se ve deprimido ya que de alguna manera ha cambiado su medio de vida (económico, familiar, etc.), bajando el nivel al cual estaba acostumbrado, mientras que en el anciano de condición baja que siempre había estado en situaciones difíciles, dentro de la institución encuentran todo lo que podría necesitar, razón por la cual se encuentra feliz.

²⁹ *Ibidem*, pp. 2-5

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este trabajo de investigación se encaminó precisamente hacia la población de ancianos debido a las varias y diversas situaciones por las cuales éste no encuentra motivos para sentirse feliz, manteniéndose por lo mismo con un bajo estado de ánimo, en lo cual contribuye, además, el tipo de actitud negativa que él mismo puede tener hacia su proceso de envejecimiento.

Existen muchas opciones para prestar atención y ayuda al anciano institucionalizado, dentro de ellas se planteó la alternativa de un taller vivencial, diseñado para que el anciano pueda cambiar algunas de sus actitudes negativas ante la vejez. El tiempo de duración del taller fue de 8 horas, impartidas durante 2 meses (septiembre y octubre), los días sábados, con sesiones de 1 hora cada una.

Durante la aplicación del taller se presentaron algunas limitantes, siendo las principales:

- a. Recursos: No se contó con el ambiente apropiado, ya que se trabajó en el comedor de la institución, dando lugar a algunas interrupciones por parte del personal o de otros internos que no formaban parte del grupo de trabajo.
- b. Horarios: En ocasiones surgieron actividades propias de la institución que se traslapaban con el horario establecido para el taller, por lo cual hubo que postergar sesiones ya planificadas para esos días, lo que dio lugar a un atraso en la fecha programada para la finalización del mismo además de romper la continuidad del proceso.
- c. Limitaciones físicas de los participantes: La mayoría de los ancianos pertenecientes a la población objeto de estudio presentaba problemas físicos entre ellos: dificultad para ver, oír y/o caminar lo que implicaba utilizar más del tiempo planificado para la sesión (1 hora).
- d. Deserción de algunos de los participantes

4. HIPOTESIS

4.1 Hipótesis general:

Las actitudes negativas que presentan ancianos institucionalizados y levemente deprimidos se ven modificadas posteriormente a su participación en un taller vivencial sobre la tercera edad.

4.2 Hipótesis de investigación:

a. Hipótesis de trabajo

Se producen cambios significativos en las actitudes negativas que presentan los ancianos institucionalizados levemente deprimidos, posteriormente a su participación en un taller vivencial.

b. Hipótesis Nula

No se producen cambios significativos en las actitudes negativas que presentan los ancianos institucionalizados levemente deprimidos, posteriormente a su participación en un taller vivencial.

4.3 Operacionalización de la Hipótesis:

- a. Variable independiente: Taller vivencial
- b. Variable dependiente : Actitudes negativas

4.4 Indicadores de la variable dependiente²⁴:

- 1 Abandono de intereses
- 2 Sentimientos de impotencia
- 3 Sentimientos de inutilidad
- 4 Poca energía
- 5 Desesperanza
- 6 Aislamiento
- 7 Percepción más positiva de otros
- 8 Confusión mental

²⁴ En la percepción de estos indicadores tenemos en cuenta tanto actitudes conscientes como otras formas de la actividad psíquica que implican actitudes subconscientes.

- 9 Sin expectativas futuras
- 10 Vida vacía
- 11 Pensamientos molestos
- 12 Tristeza
- 13 Llantanto
- 14 Excesiva preocupación
- 15 Insatisfacción con su vida
- 16 Aburrimiento
- 17 Mal humor
- 18 Intranquilidad
- 19 Problemas con memoria
- 20 Preocupación por el pasado
- 21 Dificultad para empezar proyectos nuevos
- 22 Falta de energía al levantarse
- 23 Dificultad para tomar decisiones

CAPITULO II

CAPITULO II

1. Técnicas e instrumentos:

1.1 **Población objeto de estudio:** El grupo de trabajo estuvo compuesto por ancianos institucionalizados, que asistieron al taller durante el mes de septiembre y octubre de 1997. Asistieron al total de sesiones del taller 8 ancianos pertenecientes al Hogar de Ancianos San Vicente de Paúl, ubicado en la zona 5 de esta capital.

REFERENCIAS

PARTICIPANTES	SEXO	CONDICIONES ESPECIALES
3	M	Problemas visuales
1	F	Problemas auditivos
1	M	Problemas auditivos y visuales
2	F	Problemas motores
1	F	Sin limitaciones

El total de participantes fue de 4 personas de sexo femenino y 4 de sexo masculino resultantes del grupo original de 10 participantes el que se redujo por condiciones propias de los participantes (ver Análisis Cualitativo, pag. 40). Asistieron al taller durante 8 sesiones (los días miércoles y sábado) por espacio de una hora efectiva, en horario matutino.

1.2 Técnica de Recolección de datos

El instrumento utilizado fue la Escala Geriátrica de Depresión (G.D.S.), Autor Yesavage en 1983.

compuesta por 30 preguntas con dos alternativas de respuesta (Si o No). El mismo fue aplicado a toda la población de ancianos para poder seleccionar la muestra representativa de los levemente deprimidos. Esta misma prueba fue aplicada a la población seleccionada al finalizar el taller, con el objeto de establecer si hubo o no cambios.

1.3 Técnica de Análisis Estadístico

Se usó el procedimiento estadístico de la misma muestra medida dos veces, donde se compara el tiempo uno (antes del taller) con el tiempo dos (después del taller) del mismo grupo para descubrir si hubo un cambio significativo en las personas que asistieron al taller. Para establecer con precisión la diferencia se usó un nivel de confianza de 0.05.

CAPITULO III

CAPITULO III

1. Referencia del grupo investigado

No.	Edad	Sexo	Años de Institucionalizado	Fechas de Aplicación
1.	77 años	M	2 años 6 meses	7/8/97 - 3/11/97
2.	85 años	F	9 años	8/8/97 - 4/11/97
3.	84 años	M	1 año	8/8/97 - 4/11/97
4.	83 años	M	2 años 6 meses	9/8/97 - 3/11/97
5.	84 años	F	2 meses	26/8/97 - 4/11/97
6.	79 años	F	2 años	18/8/97 - 3/11/97
7.	84 años	M	2 años	11/8/97 - 3/11/97
8.	84 años	F	3 años	7/8/97 - 4/11/97

Este cuadro muestra el grupo de ancianos participantes en el taller durante el mes de septiembre y octubre de 1997.

2. Análisis Estadístico

La población objeto de estudio está compuesta por ancianos institucionalizados, comprendidos entre las edades de 77 a 85 años, 4 del sexo masculino y 4 femenino.

El grupo completo asistió a las 8 sesiones del taller llevadas a cabo todos los días sábado, con una duración de 1 hora, durante 2 meses.

En el análisis de resultados se usó la comparación de la misma muestra medida dos veces (Antes -

Después).

2.1 CUADRO DE COMPARACION

No.	Participantes	X1	X2	(X1-X2) D	D2
1.	A	17	19	2	4
2.	B	17	19	2	4
3.	C	12	13	1	1
4.	D	13	15	2	4
5.	E	14	15	1	1
6.	F	16	17	1	1
7.	G	13	14	1	1
8.	H	8	10	2	4
		$\Sigma X1 = 110$	$\Sigma X2 = 122$	$\Sigma D2 = 20$	

2.2 Proceso Estadístico

1. Encontrar la media en los dos momentos:

$$\bar{X}_1 = \frac{X_1}{N} = \frac{110}{8} = 13.75$$

$$\bar{X}_2 = \frac{X_2}{N} = \frac{122}{8} = 15.25$$

2. Desviación Estándar

$$s = \sqrt{\frac{\Sigma D^2}{N} - (\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2}$$

$$s = \sqrt{\frac{20}{8} - (13.75 - 15.25)^2}$$

$$s = \sqrt{2.5 - (-1.5)^2}$$

$$s = \sqrt{2.5 - 2.25}$$

$$s = \sqrt{0.25}$$

$$s = 0.5$$

3. Error Estándar de la diferencia

$$\sigma_{\text{dif}} = \frac{s}{\sqrt{N-1}} = \frac{0.5}{\sqrt{8-1}} = \frac{0.5}{\sqrt{7}} = \frac{0.5}{2.64} = 0.189$$

4. Diferencia entre medias muestrales, error estándar de la diferencia

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma_{\text{dif}}} = \frac{13.75 - 15.25}{0.1893} = \frac{1.5}{0.1893} = 7.93$$

5. Grados de libertad a un nivel de confianza de 0.05

$$GI = N - 1$$

$$GI = 8 - 1 = 7$$

6. Comparar la razón t obtenida con la razón t de la tabla C.³⁵

Razón t obtenida	7.93
Razón t de la tabla C	2.36
Grados de Libertad (Gl)	7
Nivel de Confianza (P)	0.05

Debido a que la razón t obtenida es mayor a la razón que aparece en la tabla C , el proceso anterior muestra que hay una diferencia en la actitud de los individuos antes y después de haber participado en el taller. Comprobrándose la hipótesis siguiente:

Se producen cambios significativos en las actitudes negativas que presentan los ancianos institucionalizados levemente deprimidos, posteriormente a su participación en un taller vivencial.

³⁵ Levin, Jack. FUNDAMENTOS DE ESTADÍSTICA EN LA INVESTIGACION SOCIAL. México, 1982. Segunda Edición, Editorial Harla, p. 283

ANALISIS CUALITATIVO

3. ANALISIS CUALITATIVO

3.1 DISEÑO DEL TALLER

El taller vivencial fue diseñado tomando como base aquellos factores que, de acuerdo con lo descrito en la bibliografía disponible, representaban los problemas más frecuentes en ancianos deprimidos comprendidos entre las edades de 70 a 85 años. Inicialmente este taller constaba de cuatro sesiones de dos horas cada una, situación que se cambió cuando al evaluar las condiciones de atención y fatiga del anciano se determinó que las sesiones deberían tener una duración máxima de una hora por lo que el mismo se extendió a ocho sesiones.

El taller contempló actividades vivenciales orientadas a desvirtuar falsas creencias con respecto a la vejez.

3.2 SESIONES

El taller se llevó a cabo con la muestra seleccionada al azar dentro del grupo que cumplía las características previamente establecidas. Para ello, inicialmente se evaluaron a los 62 ancianos residentes en el hogar con el fin de elegir a quienes cumplieran con la condición de estar levemente deprimidos. De ellos, surgió un grupo de 20 ancianos los que, al azar, fueron integrados en un grupo experimental y otro control. Lamentablemente y como consecuencia de la limitación en el tiempo autorizado para efectuar el trabajo de campo, no fue posible realizar la evaluación final con el grupo control por lo que el mismo quedó fuera del estudio.

Por otra parte, el grupo con el que se trabajó se vio modificado debido a que una de las personas incluidas en él se enfermó de gravedad y permaneció hospitalizada por largo tiempo. Otro miembro del grupo, del sexo femenino, se retiró luego de participar en una sola sesión debido, en parte a que su pareja no estaba incluido en el grupo. En contraposición, algunos residentes se integraban a las diferentes sesiones ocasionalmente con excepción de unode ellos, del sexo femenino, quien participó en 7 de las 8 sesiones por lo que pasó a formar parte del grupo de estudio.

Otro cambio en el proyecto de investigación propuesto fue el de alargar el taller de 4 sesiones de dos horas a 8 sesiones de una hora. Esto obedeció a la consideración de lo limitado del nivel de atención del anciano y lo cansado que resultaría para ellos dos horas continuas de trabajo.

El cronograma inicial del taller también se vio modificado por la necesidad de ajustarse a las actividades propias del hogar y otras eventualidades surgidas durante el tiempo que duró el estudio. Con relación a los horarios, estos también fueron alterados como consecuencia de la dificultad de reunir al grupo por sus problemas físicos los que dificultaban su rápida movilización.

Todo lo anterior, de una u otra manera limitó el grado de significancia del estudio desde el punto de vista estadístico. No obstante, la información recibida por parte del personal del hogar así como la observación del comportamiento de los participantes, permitió determinar que tuvieron lugar algunos cambios tales como:

Algunos ancianos que se negaban a salir de su habitación participaron activamente en el taller, de igual manera un participante que se negaba a utilizar su aparato para la sordera optó por usarlo para mejorar su participación. Las limitaciones físicas (ceguera y sordera) que inicialmente eran muy marcadas, poco a poco fueron perdiendo importancia al ser compensadas por otras capacidades. Se observó también un aumento en el nivel de comunicación e intimidad entre los miembros del grupo y un mayor sentido de pertenencia al mismo.

PRIMERA SESION

Calendarización: Sábado, 6 de septiembre
Inicio: 10:30 a.m.
Finalización: 12:00 p.m.

No. de participantes: 8

Objetivos:

- Rompimiento del hielo
- Clarificación de objetivos
- Integración del grupo

Actividades:

- Presentación
- Clarificación de objetivos
- Clarificación de días, horarios y duración del taller
- Ejercicio grupal

Aspectos Trabajados: - Rapport

Desarrollo:

Se procedió a clarificar con todo el grupo los objetivos, días, horarios y duración del taller. En cuanto al objetivo, se les indicó que la actividad estaba orientada a *hacer cosas que les ayudarían a estar mejor.*

Como parte del rapport se procedió a la presentación de cada uno de los integrantes, quienes debían contar algún aspecto a cerca de su vida. A este respecto, todas las historias se circunscribieron a su vida, antes del ingreso al hogar, destacándose en ellos sentimientos de nostalgia, tristeza y frustración, enfocándose en las dificultades que debieron vencer y resaltando las limitaciones que actualmente enfrentan, las que en su mayoría fueron de índole física (dolor en una pierna, dificultad para escuchar, poca capacidad visual).

Durante esta primera sesión se les observó serios, intranquitos, un tanto desconfiados y con poca disposición a colaborar.

No se logró la integración, a excepción, en el caso de 3 personas del sexo femenino que tenían una relación previa, ya que eran compañeras de habitación.

Se logró establecer que no existía comunicación entre ellos, pese a que sí se habían visto dentro del hogar.

SEGUNDA SESION

Calendarización: Miércoles, 10 de septiembre
Inicio: 10:30 a.m.
Finalización: 12:30 p.m.

No. de participantes: 10

Objetivo:

- Integración del grupo
- Modificación de la visión negativa de si mismos
- Identificación de capacidades versus limitaciones

Actividades:

- Revisión de tarea anterior
- Integración de nuevos participantes
- Trabajo con bloques por parejas
- Revisión y análisis de la actividad
- Tarea

Aspectos trabajados:

- Continuación del rapport
- Enfermedad generalizada
- Egoísmo
- Comunicación en pareja

Desarrollo:

Se inició con la presentación y bienvenida de los nuevos integrantes, recapitulación de los objetivos del taller, del número de sesiones y de las restantes.

Se formaron parejas para un trabajo que consistió en armar una torre con bloques. Se incluyeron los elementos de la *división del trabajo*, en el sentido de que un miembro de la pareja tenía a su cargo proveer el material mientras el otro debía construir la torre, y la *competitividad* con respecto a las otras parejas. La tarea involucró una actividad física, al tener que movilizarse para alcanzar los bloques que fueron colocados en un lugar distante lo que les forzó a superar sus limitantes en el plano físico, a la vez que se trató de fomentar la comunicación y el trabajo en equipo. Inicialmente se observó, por parte de dos personas del sexo femenino, rechazo a integrarse como pareja, generándose cierto grado de conflicto que finalmente fue resuelto por otro integrante del grupo.

Pudo observarse que los participantes, en general, se sobrepusieron a sus impedimentos motivados por el deseo de ganar. Al finalizar la tarea mostraron sentimientos de satisfacción por el logro alcanzado, mismos que fueron reforzados por las conductoras de la actividad.

Finalmente, se les asignó una tarea en la que se les pidió iniciar una conversación para establecer comunicación con otros residentes del hogar.

TERCERA SESION

Calendarización: Miércoles, 17 de septiembre

Inicio: 10:30 a.m.

Finalización: 12:00 p.m.

No. de participantes: 11

Objetivo: - Reforzar capacidades versus limitaciones
- Concientizar sobre las ventajas del trabajo en equipo

Actividades: - Revisión de tarea anterior
- Tarea física realizada individual y posteriormente la misma tarea realizada en grupo
- Ejercicio de los sentidos

Aspectos trabajados: - Egoísmo
- Conducta ensimismada
- Poca comunicación
- Enfermedad generalizada (sentimientos de incapacidad)
- Debilidad

Desarrollo:

Se inició con la revisión de la tarea que consistió en comunicarse con otros residentes del hogar, misma que no llevaron a cabo justificándose por la falta de tiempo para poder realizarla. Se observó un franco rechazo a tomar la iniciativa en el inicio de la comunicación especialmente con otros residentes del hogar.

Luego se les pidió que, de manera individual, movieran una de las mesas del salón; tarea que realizó cada uno con dificultad y posteriormente se les solicitó realizar la misma tarea integrados como equipo. Seguidamente se discutió al respecto de las diferencias encontradas en ambas situaciones. Finalmente, el grupo concluyó en que el trabajo se facilitaba con la ayuda de otros. Se reforzó esa conclusión a la vez que se les motivó a buscar su aplicabilidad en otras situaciones de su vida, tales como aceptar ayuda para movilizarse o realizar alguna actividad que se dificulte por sus limitantes físicas.

El siguiente ejercicio consistió en limitar un canal sensorial (inicialmente, el visual y luego el auditivo) a fin de forzarles a utilizar los restantes. Como parte de la reflexión posterior al ejercicio se habló de las capacidades que aún no estaban dañadas en ellos y que podrían compensar en parte sus limitaciones.

Se observó aún rumiación de ideas negativas siempre asociadas con sus problemas físicos manifestadas en comentarios tales como que no veían ni escuchaban bien o quejas al respecto de lo que no podían hacer por esas limitaciones y por algunas enfermedades. Tarea a realizar para la próxima sesión: Manualidad en parejas (Utilizando el material proporcionado, elaborar un porta lápices).

CUARTA SESION

Calendarización: Miércoles, 24 de septiembre
Inicio: 10:45 a.m.
Finalización: 12:00 p.m.

Na. de participantes: 7

Objetivos: - Fomentar autoestima
- Superación de obstáculos

Actividades: - Revisión de tarea anterior
- Ejercicio de obstáculos

Aspectos trabajados: - Autoestima
- Debilidad
- Creatividad

Desarrollo:

Cuatro de los participantes cumplieron con la tarea, pero en forma individual. El trabajo en pareja o grupo parece aceptable únicamente como parte de las actividades dentro del taller.

Se trabajó en forma individual buscando por medio de un ejercicio elevar la autoestima. Este consistió en señalar una ruta a seguir, al final de la cual se colocó una meta la que deberían alcanzar luego de superar los obstáculos ubicados a lo largo de la misma. Se premió el esfuerzo sin importar la forma como fue realizado el ejercicio, ni el tiempo utilizado.

Los participantes mostraron preocupación por los problemas físicos de los demás, cuando jugaban el rol de observadores. En su rol de participantes, no manifestaron quejas, se mostraron motivados a realizar la actividad propuesta y, en algunos casos, tomaron la iniciativa de eliminar obstáculos.

Se observó, además, apoyo por parte de algunos miembros del grupo y crítica por parte de otros.

Finalmente, como tarea se les pidió decorar la medalla con la que se les premió para lo cual se les entregó el material necesario. Se les indicó que utilizaran su creatividad en la realización de esta actividad.

QUINTA SESION

Calendarización: Sábado, 27 de septiembre
Inicio: 9:30 a. m.
Finalización: 11:30 a.m.

No. de participantes: 8

Objetivo: - Promover visión positiva del mundo
- Desarrollar la creatividad como nueva fortaleza

Actividades: - Revisión de tarea anterior
- Observación e identificación de elementos positivos dentro de su medio
- Collage

Aspectos trabajados: - Debilidad
- Creatividad
- Visión negativa del medio
- Metas

Desarrollo:

Como parte de la tarea, seis participantes presentaron sus medalla decoradas lo que se aprovechó para dar retroalimentación positiva por parte de los conductores y del grupo.

Posteriormente, se realizó un ejercicio de observación orientado a reflexionar al respecto de que se pasan por alto muchas cosas que nos rodean. Seguidamente, se les pidió enfocar su atención en aquellas cosas que les eran bonitas o agradables como preparación para el desarrollo del collage; este se realizó dividiendo a los participantes en dos grupos.

A cada grupo se le entregó material y se les indicó el tema del collage, el cual fue: *las cosas bonitas de la vida*. Finalmente un representante de cada grupo explicó el trabajo realizado.

En este ejercicio se observó un alto grado de motivación, buena capacidad de trabajo en equipo, creatividad, identificación como grupo, así como sentimientos de satisfacción y logro.

Como tarea se les pidió identificar algo agradable y significativo que quisieran compartir con los demás en la próxima sesión.

SEXTA SESION

Calendarización: Miércoles, 1 de octubre
Inicio: 10:00 a.m.
Finalización: 12:00 p.m.

No. de participantes: 6

Objetivo: - Trabajar autoestima
- Abordar tema de la muerte (primer acercamiento)

Actividades: - Revisión de tarea anterior
- Caricias positivas
- Ejercicio: cómo me gustaría ser recordado

Aspectos trabajados: - Baja autoestima
- Poca comunicación
- Muerte

Desarrollo:

Cuatro de los participantes presentaron, como parte de la tarea, algunos objetos que les eran agradables, tales como fotografías familiares y regalos de amigos o parientes. Esto le dio un tono afectivo al ejercicio y provocó una charla más íntima sobre aspectos personales.

Luego se procedió al primer ejercicio el que consistió en caricias positivas, dirigidas inicialmente hacia sí mismos y posteriormente hacia un compañero. Se evidenció en algunos de ellos cierta dificultad para identificar aspectos positivos en sí mismos, así como para aceptar los provenientes de sus compañeros. Se observó también, insistencia en hablar de sus limitaciones.

La comunicación grupal ha mejorado, lo que se manifiesta en bromas y chistes entre ellos, conversaciones, incluso con personas del sexo opuesto.

Para finalizar, se retomaron las cualidades expresadas y se les pidió elegir aquella por la cual quisieran ser recordados después de su muerte. Este ejercicio sirvió de preámbulo para abordar el tema de la muerte: sus temores, creencias y puntos de apoyo.

Como tarea se les pidió observar todo lo positivo que encontraran dentro del hogar.

SEPTIMA SESION

Calendarización: Miércoles, 8 de octubre
Inicio: 9:30 a.m.
Finalización: 11:45 a.m.

No. de participantes: 10

Objetivo: - Manejo de la muerte

Actividades: - Revisión de la tarea anterior
- Ejercicio de introspección dirigida

Aspectos trabajados: - La muerte

Desarrollo:

Para iniciar, se procedió a revisar la tarea relacionada con la observación de lo positivo que encontraran en el hogar así como a reforzar los aspectos positivos que surgieron como parte de la misma. Entre estos mencionaron el contar con la atención de sus necesidades tanto de alimentación, limpieza, vestuario, techo, al igual que la atención médica recibida. Ya como parte de la actividad se les entregó un objeto que simbolizaba la vida a la vez que se creaba el ambiente propicio para la introspección. Luego, mediante la dirección de uno de los conductores se reflexionó sobre la muerte, su aceptación y la preparación para la misma.

Contrariamente, a lo descrito en los libros, en los cuales se menciona el temor y no aceptación, temor ante la muerte, se observó una actitud de tranquilidad y de aceptación ante la posibilidad de morir. Sin embargo, manifestaron preocupación por no recibir las consideraciones esperadas para su muerte y sepultura (un entierro digno, ceremonias religiosas, etc.).

Como tarea a realizar se les entregó una flor la cual debían de cuidar y observar hasta la próxima sesión.

OCTAVA SESION

Calendarización: Sábado, 11 de octubre
Inicio: 10:30 a.m.
Finalización: 12:15 p.m.

No. de participantes: 8

Objetivo:

- Promover el altruismo
- Promover la autodirección
- Desarrollar la creatividad

Actividades:

- Revisión de la tarea anterior
- Trabajo manual
- Despedida

Aspectos trabajados:

- Egoísmo
- Creatividad
- Despedida

Desarrollo:

Se procedió a revisar la tarea de cuidar y observar una flor misma que fue realizada por todos los asistentes a la sesión anterior haciendo una reflexión sobre su similitud con la propia vida: su belleza y como deben cuidarla.

Ya, como parte de la actividad se hizo entrega de material a cada participante, consistente en bases para servilletas, flores, listón de colores y pegamento para que elaboraran una manualidad, haciendo uso de su creatividad. Durante el desarrollo de este ejercicio se presentaron 3 personas miembros del personal del hogar, quienes contribuyeron a la misma al expresar opiniones y comentarios positivos respecto del trabajo que estaban desarrollando los ancianos. Esto los estimuló a esforzarse un poco más.

Para finalizar, se les indicó que era la última sesión y se les motivó a continuar comunicándose y relacionándose entre ellos. Por último, se planificó una despedida para la cual cada uno se comprometió a colaborar.

3.3 PARTICIPANTES

Entre las características de los participantes observadas durante el desarrollo del taller encontramos:

1. Marcada preocupación por las limitaciones físicas.
2. Centrados en el pasado
3. Necesidad de hablar sobre si mismos
4. Negativismo
5. Respuesta ante estímulos de competitividad
6. Rechazo a relacionarse con el sexo opuesto

3.4 CAMBIOS DE ACTITUDES

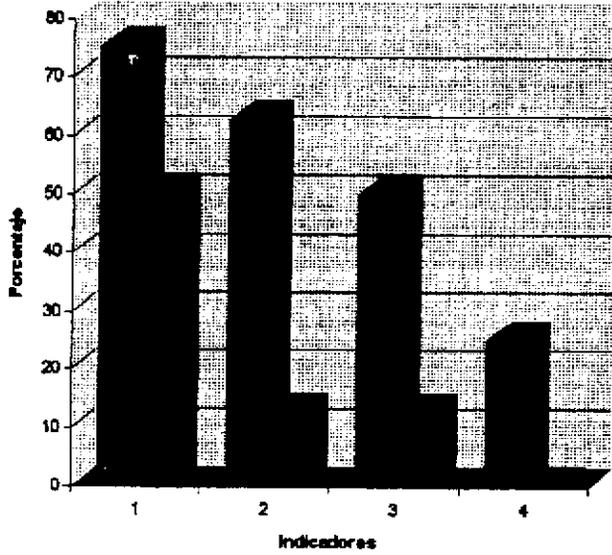
Aunque en términos generales se comprueba la hipótesis en el sentido de que se presentaron cambios en las actitudes de los ancianos posteriormente a su participación en el taller, estos cambios se circunscribieron a la visión que tenían de ellos mismos como impotentes e inútiles así como en su preferencia por aislarse. También se observan cambios, aunque en menor escala, en la percepción de su capacidad para iniciar nuevos proyectos o tareas.

Otros cambios, observados durante la realización del taller fueron una disminución en la importancia que daban a sus limitaciones físicas, motivación en algunos participantes que antes del taller se negaban a salir de sus habitaciones. Por otra parte, la sordera y la limitación visual que, inicialmente constituyeron un obstáculo para el desarrollo del taller, fueron poco a poco disminuyendo en importancia hasta el punto de que ya no requirieron de una atención especial. Se observaron mejoras en la comunicación tanto en su fluidez como en la calidad de la misma.

**3.5 INDICADORES DE DEPRESION EN UN GRUPO
DE 8 ANCIANOS LEVEMENTE DEPRIMIDOS**

NO.	INDICADORES	ANTES		DESPUES	
		F	%	F	%
1	Abandono de intereses	7	87.5	7	87.5
2	Sentimientos de impotencia	6	75	4	50
3	Sentimientos de inutilidad	6	62.5	1	12.5
4	Poca energía	2	25	2	25
5	Desesperanza	3	37.5	3	37.5
6	Aislamiento	4	50	1	12.5
7	Percepción más positiva de otras	4	50	4	50
8	Confusión mental	2	25	2	25
9	Sin expectativas futuras	2	25	2	25
10	Vida vacía	2	25	2	25
11	Pensamientos molestos	2	25	2	25
12	Tristeza	6	75	6	75
13	Lento	4	50	4	50
14	Excesiva preocupación	4	50	4	50
15	Inatisfacción con su vida	1	12.5	1	12.5
16	Aburrimiento	3	37.5	3	37.5
17	Mal humor	1	12.5	1	12.5
18	Intranquilidad	3	37.5	3	37.5
19	Problemas con memoria	1	12.5	1	12.5
20	Preocupación por el pasado	1	12.5	1	12.5
21	Dificultad para empezar proyectos nuevos	2	25	0	0
22	Falta de energía al levantarse	1	12.5	1	12.5
23	Dificultad para tomar decisiones	2	25	2	25

INDICADORES DE DEPRESION EN EL GRUPO DE ESTUDIO



■ Antes

■ Después

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

1. Se comprobó la hipótesis de trabajo: "Se producen cambios significativos en las actitudes negativas que presentan los ancianos institucionalizados levemente deprimidos, posteriormente a su participación en un taller vivencial."
2. Los ancianos levemente deprimidos responden mejor a una combinación de actividades prácticas y un análisis breve.
3. El planteamiento de retos dentro de un marco de competencia favorece la disminución de la importancia que da el anciano levemente deprimido a sus limitaciones físicas.
4. Un 25% de la población objeto de estudio mejoró su autopercepción con relación a sus sentimientos de impotencia.
5. Los sentimientos de inutilidad mejoraron en la población evaluada en un 50% bajando de un 62.5% a un 12.5%
6. Los sentimientos de aislamiento se redujeron de un 50% en la evaluación previa al taller a un 12.5% en la evaluación posterior al mismo lo que equivale a una reducción del 37.5%.
7. La dificultad para iniciar nuevos proyectos que inicialmente se encontró en dos personas lo que equivalía a 25% de la población evaluada, disminuyó en su totalidad posteriormente a la realización del taller.

RECOMENDACIONES

1. Efectuar un trabajo de seguimiento al grupo objeto del presente estudio con el fin de evaluar la consistencia, en el tiempo, de los cambios obtenidos como consecuencia de su participación en el taller.
2. Efectuar un estudio más a fondo con el fin de perfeccionar el taller y cada una de las actividades desarrolladas como parte del mismo.
3. Establecer un programa permanente de actividades encaminadas a lograr la integración del grupo de ancianos del hogar.
4. Considerar los factores en los que se produjeron cambios asociados a la participación en el taller propuesto en la presente investigación para que sean utilizados como base para la realización de nuevos talleres o nuevas investigaciones.
5. Dejar copia de la presente investigación en instituciones o dependencias relacionadas con el estudio y/o atención del anciano a fin de que sea una contribución al mejoramiento de sus condiciones de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. B. F. SKINNER
DISFRUTAR DE LA VEJEZ
Editorial Martínez Roca (Libros Universitarios y profesionales)
2. BEAUVOIR DE SIIMONE
LA VEJEZ
Editorial Hermes (México)
3. GIRON MENA, MANUEL ANTONIO
GERONTOLOGIA Y GERIATRIA SOCIAL.
Editorial José de Pineda Ibarra, Guatemala
4. INFORME DE UN GRUPO DE LA OMS
APLICACIONES DE LA EPIDEMIOLOGIA AL ESTUDIO DE LOS ANCIANOS
Serie de informes técnicos 706. OMS, Ginebra, 1984
5. MERANI, ALBERTO
PSICOLOGIA GENETICA
Editorial Grijalbo, México, 1978
6. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
LA SOCIEDAD Y LOS ROBLEMAS DE LA VEJEZ
abril 1982
7. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
SALUD MUNDIAL, REMOZAR LA VEJEZ, OMS
febrero-marzo de 1982
8. PARREÑO, J. R. Y OTROS
TERCERA EDAD SANA
Colección Rehabilitación , Instituto Nacional de Servicios Sociales, España 1985
9. SANCHEZ HIDALGO, EFRAIN Y LUDIA AYENDE DE SANCHEZ
LA VEJEZ
Facultad de Pedagogía, Universidad de Puerto Rico, 1971
10. SELBY, PHILIP Y ADRIAN GRIFFINS
GUIA PARA UN ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO
Parthenon Publishing group Limited, Inglaterra, 1986

11. SKEST MURIEL
PROTECTING THE HEALTH OF THE ELDERLY
World Health Organization Regional Office For Europe, Dinamarca 1983
12. ARAGON GONZALEZ G.
APRENDAMOS A ENVEJECER SANOS
Manual de Auto cuidado y educación para la salud en el envejecimiento
Editorial Costa-Arnie Editores, S. A. México
13. GIRON MENA, MANUEL ANTONIO
LIBERACION DE LA VEJEZ (Ensayo)
Impreso I.G.S.S. mayo 1986
14. REVISTA GERONTOLOGICA EN ACCION
Costarricense de Seguro Social
Apdo. 10105, San José Costa Rica
15. REVISTA VISION
20 de abril de 1987
Volumen 68, No. 8
16. SEMINARIO DE FORMACION EN GERONTOLOGIA SOCIAL
San José Costa Rica, 23 de septiembre al 5 de octubre de 1985
Ministerio de Salud de Costa Rica
17. HOOKER, SUSAN
LA TERCERA EDAD
Editorial Gedisa Mexicana, S. A., México, D. F.
18. BURNET, MACTARLANE
LA ENTERESA DE VIVIR
Fondo de Cultura Económica, México, D. F.
19. UNDERWOOD RICHARD, UNDERWOOD BRENDA
SALUDABLE DESPUES DE LOS 55
Editorial Norma, Colombia, 1990.
20. VALDEAVELLANO, REGINA DE
EFECTOS DE LA RELACION INTERPERSONAL ENTRE ANCIANOS
INSTITUCIONALIZADOS Y ESTUDIANTES DE PSICOLOGIA SOBRE LA DEPRESION
Y EL NEUROTISISMO (TESIS)
Universidad Francisco Marroquín, 1985.
21. UNIDAD DE SALUD, DEPTO. DE BIENESTAR ESTUDIANTIL
ESTUDIO DE LONGEVIDAD
Universidad de San Carlos de Guatemala, 1989.
22. DUMIT, ELENA
UN ENFOQUE DE LA DEPRESION (DOCUMENTO)
Universidad de San Carlos de Guatemala, Unidad de Salud, Area de Psicología. 1989.

23. YALOM, I. D.
FACTORES CURATIVOS DE LA TERAPIA DE GRUPO (DOCUMENTO)
Universidad de San Carlos de Guatemala, Unidad de Salud, Area de Psicología 1989.
24. THOMAE, H.
MODALIDADES DE ADAPTACION EN LA TERCERA EDAD
Tribuna Médica, Panamá, 1984. Tomo XXXV, No. 411.
25. FUNDACION SANDOZ PARA INVESTIGACIONES GERONTOLOGICAS
REPORT
Editorial Sandoz, Basilea, Suiza.
26. WHITTAKER, JAMES
LA PSICOLOGIA SOCIAL EN EL MUNDO DE HOY
Editorial Trillas, México, 1979.
27. GIRON MENA, MANUEL ANTONIO
PLAN DE EDUCACION PARA EL ENVEJECIMIENTO EN GUATEMALA
Guatemala, 1987.
28. VAN KEEP, P.A. Y L. JASZMANN
COMO AFRONTAR LOS AÑOS DIFICILES
Editorial Argos Vergara. Barcelona, 1979.
29. M. LEWRS. USDIN, GENE
TREATMENT PLANNING IN PSYCHIATRY
American Psychiatric Association, 1982.
30. RAABE CERCONI, CARLOS
ALGUNOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE NECESIDADES DE LOS
ANCIANOS. Seminario: Investigaciones sobre envejecimiento en Costa Rica.
Consejo Nacional de la Tercera Edad, Centro Latinoamericano de Demografía, 1987.
31. KRASSOIEVITCH, MIGUEL
PSICOTERAPIA GERIATRICA
Fondo de Cultura Económica, 1993.

ANEXO

ANEXO No. 1

G.D.S. ESCALA GERIATRICA DE DEPRESION Edad _____ Sexo: M F

1. Está usted satisfecho con su vida? SI / NO
2. Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades? SI / NO
3. Siente que su vida está vacía? SI / NO
4. Se siente usted frecuentemente aburrido SI / NO
5. Tiene usted mucha fe en el futuro? SI / NO
6. Tiene pensamientos que le molestan? SI / NO
7. La mayoría del tiempo está de buen humor? SI / NO
8. Tiene miedo que algo malo le vaya a pasar? SI / NO
9. Se siente usted feliz la mayoría del tiempo? SI / NO
10. Se siente usted a menudo impotente? SI / NO
11. Se siente a menudo intranquilo? SI / NO
12. Prefiere quedarse en su cuarto su vez de salir? SI / NO
13. Se preocupa usted a menudo sobre el futuro? SI / NO
14. Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás? SI / NO
15. Cree que es maravilloso estar viviendo? SI / NO
16. Se siente usted a menudo triste? SI / NO
17. Se siente usted inútil? SI / NO
18. Se preocupa mucho sobre el pasado? SI / NO
19. Cree que la vida es muy interesante? SI / NO
20. Es difícil para usted empezar proyectos nuevos? SI / NO
21. Se siente lleno de energía? SI / NO
22. Se siente usted sin esperanzas? SI / NO
23. Cree que los demás tienen más suerte que usted? SI / NO
24. Se siente usted muy nervioso sobre cosas pequeñas SI / NO
25. Siente a menudo ganas de llorar? SI / NO
26. Es difícil para usted concentrarse? SI / NO
27. Está contento de levantarse por la mañana SI / NO
28. Prefiere evitar grupos de gente SI / NO
29. Es fácil para usted tomar decisiones SI / NO
30. Está su mente tan clara como antes SI / NO

Observaciones: _____

 Fecha: _____

INDICE

CAPITULO I

1. INTRODUCCION	2
2. MARCO TEORICO	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Vejez	7
2.3 Proceso de Envejecimiento	8
2.3.1 Cambios Físicos	9
2.3.2 Cambios Psicológicos	9
2.4 Factores que intervienen en el Proceso de Envejecimiento	11
2.4.1 Biológicos	11
2.4.2 Psicológicos	11
2.4.3 Socioeconómicos	12
2.5 Actitudes acerca de la vejez	13
2.5.1 Actitud	13
2.5.2 Agetismo	14
2.5.3 Actitudes de la Sociedad ante el Anciano	15
2.5.4 Actitudes del Anciano Institucionalizado Deprimido	16
2.6 Alternativas de Solución	16
2.6.1 Taller	17
2.6.2 Taller Vivencial	17
2.6.2.1 Información de Fuente Directa	17
2.6.1.2 Características de cada etapa de la vejez	18
a. Egoísmo	18
b. Enfermedad Generalizada	18
c. Muerte	19

d. Ensistimado	19
e. Falta de metas	20
f. Debiles	21
g. Baja Autoestima	22
2.7 Enfoque Cognitivo de la Depresión	22
2.7.1 Visión negativa de sí mismo	22
2.7.2 Visión Negativa del futuro	22
2.7.3 Visión Negativa del mundo	23
2.8 Esquemas Cognitivos y la depresión	23
2.9 Factores Curativos de la Terapia de Grupo	24
2.9.1 Instalación de la Esperanza	24
2.9.2 Universalidad	25
2.9.3 El impartimiento de Información	25
2.9.4 El Altruismo	26
2.9.5 El desarrollo de Técnicas de Socialización	26
2.9.6 Conducta Imitativa	26
2.9.7 Importancia de las Relaciones Interpersonales	26
2.9.8 Cohesividad de Grupo	27
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
4. HIPOTESIS	29
4.1 Hipótesis General	29
4.2 Hipótesis de Investigación	29
4.3 Operacionalización de la Hipótesis	29
CAPITULO II	
1. Técnicas e instrumentos	32
1.1 Población objeto de estudio	32
1.2 Técnicas de recolección de datos	32

CAPITULO III

1. Referencia del grupo investigado	35
2. Análisis Estadístico	35
2.1 Cuadro de Comparación	36
2.2 Proceso Estadístico	36
3. Análisis Cualitativo	40
3.1 Diseño del Taller	40
3.2 Sesiones	40
3.3 Participantes	50
3.4 Cambio de Actitudes	50
3.5 Cuadro	51
3.6 Gráfica	52

CAPITULO IV

1. Conclusiones	54
2. Recomendaciones	55
3. Bibliografía	56
4. Anexo	60