UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

LA TERAPIA FUNCIONAL PSICOLOGICA, UNA GUIA DE COMO OCUPAR SATISFACTORIAMENTE EL TIEMPO LIBRE EN PACIENTES GERIATRICOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE DIA DE CAMIP

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

POR

JULIA ANTONIETA ORTIZ MAQUIZ
MAGDA CECILIA ALFARO DE LEON

Previo a optar el título de Psicóloga
En el grado académico de Licenciatura

Guatemala, Septiembre de 1999

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejia
D I R E C T O R

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
S E C R E T A R I A

Licenciada María Ileana Godoy Calzia
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS

AD DE SAN CARLOS
GUATEMALA

UELA DE
PSICOLOGICAS
dad Universitaria, Zona 12
L. 4760985, ext. 490-1
FAX, 4767319, fax 4769914
SACPSIC@edu.gt
A, CENTRO AMERICA

cc: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. 839-99

CODIPs. 1089-99

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE INVESTIGACION

Septiembre 16 de 1999

Señoritas Estudiantes
Julia Antonieta Ortiz Maquiz
Magda Cecilia Alfaro De León
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señoritas Estudiantes

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto NOVENO (9o.) del Acta CUARENTA Y OCHO NOVENTA Y NUEVE (48-99) de Consejo Directivo, de fecha 13 de septiembre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"NOVENO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "LA TERAPIA FUNCIONAL PSICOLOGICA, UNA GUIA DE COMO OCUPAR SATISFACTORIAMENTE EL TIEMPO LIBRE EN PACIENTES GERIATRICOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE DIA DE C.A.M.I.P.", de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

JULIA ANTONIETA ORTIZ MAQUIZ CARNET No. 90-13639

MAGDA CECILIA ALFARO DE LEON CARNET No. 91-14835

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Bertha Melanie Girard Luna y revisado por la Licenciada Mayra Friné Luna de Alvarez.

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 "

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA

" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "

D DE SAN CARLOS
ATEMALA

ELA DE
SICOLOGICAS
d Universitaria, Zona 12
4760988, ext. 4904
, 4767239, fax 4769014
CPSIC@edu.gt
CENTRO AMERICA

CIEPs. 84/99
REG. 839/97

Guatemala, 27 de agosto de 1999

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS
RECIBIDO
31 AGO. 1999
HORA

INFORME FINAL

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Mayra Friné Luna de Alvarez, ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

"LA TERAPIA FUNCIONAL PSICOLOGICA. UNA GUIA DE CÓMO OCUPAR SATISFACTORIAMENTE EL TIEMPO LIBRE EN PACIENTES GERIATRICOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE DIA DE C.A.M.I.P."

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

ESTUDIANTE:	CARNE No.
JULIA ANTONIETA ORTIZ MAQUIZ	90-13639
MAGDA CECILIA ALFARO DE LEON	91-14835

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LICDA. EDITH RIOS DE MALDONADO
COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
COORDINACION CIEPS
USAC

c.c. Revisor/a
Archivo
ERDM/edr

" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "

AD DE SAN CARLOS
UATEMALA

ELA DE
PSICOLOGICAS
dad Universitaria, Zona 12
4, 4760985, ext. 490-1
92, 4767219, Fax 4769914
IACPSIC@edu.gt
CENTRO AMERICA

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS
RECIBIDO
31 AGO. 1999
HORA

CIEPs. 83/99

Guatemala, 27 de agosto de 1999

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

LICENCIADA RIOS DE MALDONADO:

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

"LA TERAPIA FUNCIONAL PSICOLOGICA, UNA GUIA DE CÓMO OCUPAR SATISFACTORIAMENTE EL TIEMPO LIBRE EN PACIENTES GERIATRICOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE DIA DE C.A.M.I.P."

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

ESTUDIANTE:	CARNE No.
JULIA ANTONIETA ORTIZ MAQUIZ	90-13639
MAGDA CECILIA ALFARO DE LEON	91-14835

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 TODOS"

LICDA. MAYRA FRINE LUNA DE ALVAREZ
DOCENTE REVISORA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
COORDINACION
CIEPS
USAC

c.c. Archivo
Docente Revisora

MFLDA/edr

" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "

DE SAN CARLOS
ATEMALA

ELA DE
SICOLOGICAS
d Universitaria, Zona12
4760985, ext. 490-1
, 4767219, fax 4769914
CPSIC@edu.gt
ENTRO AMERICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 859-97

CODIPs. 819-98

APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION Y NOMBRAMIENTO DE ASESOR

Octubre 12 de 1998

Señoritas Estudiantes
Julia Antonieta ortiz Maquiz
Magda Cecilia Alfaro De León
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señoritas Estudiantes

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DECIMO NOVENO (19o.) del Acta TREINTA Y SEIS NOVENTA Y OCHO (36-98) de Consejo Directivo, de fecha 30 de septiembre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO NOVENO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: "LA TERAPIA FUNCIONAL PSICOLOGICA, UNA GUIA DE COMO OCUPAR SATISFACTORIAMENTE EL TIEMPO LIBRE EN PACIENTES GERIATRICOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE DIA DE CAMIP", de la carrera: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, elaborado por:

JULIA ANTONIETA ORTIZ MAQUIZ CARNET No. 90-13639

MAGDA CECILIA ALFARO DE LEON CARNET No. 91-14835

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs., resuelve aprobarlo y nombrar como asesor a la Licenciada Bertha Melanie Girard Luna."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CONSEJO DIRECTIVO
USAC

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA

Rosy

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Por haberme iluminado y guiado al logro de una de mis metas

A MIS PADRES:

Alberto Ortíz y Yolanda de Ortíz
Por su apoyo, amor y sabiduría

A MIS HERMANOS:

Ingrid y Luis Alberto
Con cariño y respeto

A MIS ABUELITOS:

Felipe Ortíz (+) Julia de Ortíz(+)
Daniel Maquíz(+) María de Maquíz(+)

A MIS AMIGAS:

Magda, Hilda, Ely, Verónica, Mynor, Aracely e Ingrid

A USTED ESPECIALMENTE:

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Por ser luz y guía en mi camino

A MIS PADRES: Jorge y Delfy
Por su dedicación, ejemplo y amor

A MI ESPOSO: Rolando Aníbal
Por su apoyo incondicional, entrega y amor

A MIS HIJAS: María Alejandra y Ana Cecilia
Como una inspiración en mi vida

A MIS HERMANOS: Delfy y Coqui
Por compartir todos los momentos de mi vida

A MIS ABUELITOS: María Lucila Mijangos de Alfaro (+)
Laura Fortún de León
Por sus sabios consejos

A MI TIA: Lishita
Con mucho cariño

A MIS PRIMOS: Hector y Saidy
Con cariño

A MIS AMIGAS: Nidia y Julia
Con cariño

A USTED ESPECIALMENTE:

AGRADECIMIENTO

A: Universidad de San Carlos de Guatemala

A: Escuela de Ciencias Psicológicas

A: Centro de Atención Médico Integral a Pensionados CAMIP IGSS

A: Revisora de Investigación
Licda. Mayra Luna

A: Asesora de Investigación
Licda. Bertha Melanie Girard Luna

A: Licda. Aura Marina Melgar de Perdomo

P R O L O G O

Con el presente trabajo, se pretendió hacer explicita la necesidad de reconocer, que el anciano es una persona que se está enfrentando a una experiencia única y original, que precisa de nuestra comprensión y ayuda para poder superar la marginación y el abandono a que han sido conducidos por una sociedad prejuiciada, ya que tienen el derecho a ejercer similares roles sociales, intelectuales y familiares al igual que los más jovenes. Desde el punto de vista psicológico, la vejez es un reflajo de las diferentes etapas del desarrollo humano, que indica cómo se ha conducido una persona, y que asociada a una situación psico-fisiológica y socio-económica concreta, y la interacción tanto de los factores biológicos, psicológicos y sociales van a determinar la personalidad del anciano.

Durante al desarrollo del estudio, se determinó que la muestra de pacientes del programa de Terapia Funcional Psicológica, que asistieron al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados CAMIP, presentó dentro de su problemática las siguientes aspectos: al inicio la mayoría de pacientes mostraron conductas de baja autoestima, poca

tolerancia a la frustración, rasgos hipocondriacos, aislamiento, depresión, negación. Estas caracteristicas de personalidad del paciente senecto, sirvieron para obtener el diagnóstico inicial de grupo y establecer así la necesidad de un programa de terapia psicológica, en donde los objetivos fueron: implementar actividades terapéuticas que orientaran a los pacientes a ocupar satisfactoriamente su tiempo libre y de esa manera, lograr que reconocieran y valoraran sus aptitudes, capacidades, habilidades, estimulando su autoestima, adaptación al medio ambiente y enseñarles a encotrar el camino para liberar las tensiones y stress que manifestaron.

Luego de haber concluído con el programa de Terapia Funcional Psicológica, podemos mencionar que el haberlo desarrollado, fue una experiencia muy satisfactoria, que enriqueció nuestro conocimiento profesional, en la cual se comprobó la importancia del papel que juega el Psicólogo en la Tercera Edad, concientizando a los pacientes de que aún con sus limitantes pueden valerse por si mismos y estar inmersos en un grupo social y a la vez demostrarles que el envejecimiento es un proceso en la vida del ser humano, que se inicia desde su nacimiento.

Agradecemos muy especialmente a la Universidad de San

Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicologicas, Centro de Atención Médica Integral para Pensionados CAMIP, dependencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, a Licenciada Mayra Luna, Revisora de tesis, a Licenciada Bertha Melanie Girard, Asesora de tesis, y a cada una de las personas que de una u otra manera, colaboraron para la realización del presente trabajo de investigación.

CAPITULO 1

INTRODUCCION

El origen de nuestra investigación se encontró en la observación de la realidad que vive la población jubilada y/o pensionada que asiste al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados CAMIP, dependencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, y que presentó dentro de sus múltiples problemas de salud, depresión, baja autoestima, crisis existencial, insomnio; y la adecuada interpretación de estos problemas, nos permitió establecer la eficacia de la terapia funcional psicológica para ocupar satisfactoriamente el tiempo libre en pacientes geriátricos que asisten al Centro de Día, CAMIP.

La Terapia Funcional Psicológica puede entenderse como: las tècnicas o actividades utilizadas, en el tratamiento de rehabilitación del paciente, tomando en cuenta su funcionalidad y grado de limitación, siendo una técnica ocupacional sistematizada, los síntomas pueden ser atenuados o el comportamiento controlado, mediante la relación estructurada del terapeuta y paciente.

La Terapia Funcional Psicológica como objeto de estudio en

personas de la Tercera Edad, puede ubicarse dentro de la Geriatría, como categoría general (asistencia médica, prevención, tratamiento de enfermedades de la vejez, asistencia psicológica y socioeconómica). Es necesario incluir el envejecimiento no sólo como una etapa de la vida, sino como un proceso en la vida del ser humano que se inicia desde su nacimiento.

Existen problemas afines con el objeto de estudio entre los que se puede mencionar: Problemas Educativo, Guatemala es un país con un alto índice de analfabetismo, la falta de conocimientos, ocasiona que en nuestra sociedad, se etiquete a la persona anciana, sin tomar en cuenta su edad, experiencia, sus limitaciones físicas, su proceso involutivo, sin tenerle el menor grado de respeto, también tiene relación con Problemas Familiares debido a la falta de independencia, esto ocasionado por problemas físicos y pérdidas de capacidades en general, la familia lo considera como un estorbo, tampoco puede dejarse de lado el Problema Económico, ya que el anciano debe de subsistir con la cantidad mínima que le ha sido asignada por su jubilación, acarreándole privaciones y serios problemas económicos y finalmente puede mencionarse el Problema Social, este aspecto estriba, en que el anciano se va apartando gradualmente de las cosas que le

resultan difíciles de realizar, limitando su vida al ambiente más inmediato e imprescindible, y teniendo que soportar el rechazo de la gente o población jóven, sin ningún apoyo de parte de autoridades, etc.

Dentro de las áreas del conocimiento que están relacionadas con la problemática de la vejez se encuentran ubicadas las siguientes: Social: El hombre es un ser esencialmente social, este no puede vivir aislado, y dentro de nuestra sociedad, se tiende a etiquetar a las personas según su condición e intereses, siendo las de los ancianos afirmaciones relativas a su aislamiento, soledad y dependencia. En cuanto a lo natural, la ley de la vida establece que toda persona debe pasar por varias etapas del desarrollo, culminando con la ancianidad, la cual muchas veces por poseer características de soledad, falta de afecto, temores, inseguridad, limitantes físicos es la etapa más difícil. Filosóficamente es un problema de la existencia humana, ya que es la concentración mediante la cual, el hombre llega a ser él mismo, por lo que la investigación lleva implícita la importancia de hacer conciencia en el anciano, el aceptar su realidad, ya sean ancianos sanos, o con dolencias crónicas o agudas, dependientes o independientes, situándose en la edad cronológica

correspondiente y así poner en práctica la experiencia adquirida, en cada una de las tareas o acciones que emprendan.

Las disciplinas con más predominio de estudio son las siguientes: Psicogerontología, rama de la psicología del desarrollo, comparable a la psicología infantil y en ocasiones a la psicología de la juventud, así como la Psicología del Desarrollo, que implica los procesos de aprendizaje al igual que los de pensamiento, al mismo tiempo podemos mencionar la Psicología del Envejecimiento, la cual trata de explicar los cambios que se producen en el comportamiento al llegar a la edad adulta, que son la percepción, memoria, aprendizaje, inteligencia, pensamiento y resolución de problemas, además de los condicionados por la edad, que se observan en las aptitudes y modelos de comportamiento como los que acompañan a las emociones y las relaciones interpersonales, no podemos dejar de mencionar la Gerontogeriatria, se refiere al tratamiento médico del anciano y sus enfermedades, es el estudio del proceso del envejecimiento originándose en las ciencias Biológicas y expandiéndose recientemente a las ciencias Sociales y de Conducta, así como la Geriatría que estudia los procesos patológicos de la vejez, la Gerontología que estudia el

envejecimiento en los aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos, económicos, y la profilaxis de la vejez. A la vez la Gerontología Preventiva o Gerocultura que trata de la prevención de las enfermedades de la vejez mediante la educación.

El presente estudio consistió en elaborar, fundamentar, aplicar y evaluar una guía de Terapia Funcional Psicológica como medida preventiva, curativa y de promoción a la salud, por medio de las técnicas efectivas de: Gimnasia Acuática (ejercicios terapéuticos), Terapia Recreativa (recreación), Ergoterapia (trabajos manuales), Gimnasia, Caminata y Técnicas de Relajamiento; estas técnicas les sirvieron a los pacientes para mejorar sus áreas psicológicas y físicas (tomando en cuenta stress, autoestima, depresión, funciones y/o capacidades intelectuales, capacidad física (resistencia, coordinación, amplitud articular, equilibrio), conduciéndolos a que ocupen satisfactoriamente su tiempo libre.

La población de pacientes que asistió al Centro de Día CAMIP, un total de 30 pacientes, de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 45 a 65 años, de una condición socioeconómica baja, con una escolaridad a nivel medio, quienes presentaron similares problemas tales como baja autoestima, depresión, crisis existencial e insomnio.

Fueron evaludados por el médico de Consulta Externa y referidos al Centro de Día (Psicología, Terapia Ocupacional, Fisioterapia), aquellos que presentaron problemas emocionales y que fueran pacientes independientes para el manejo de sus actividades de la vida diaria, y con interés de aprender técnicas psicológicas que les enseñara a ocupar satisfactoriamente su tiempo libre.

El programa de Terapia Funcional Psicológica básicamente consistió en diversas actividades en las cuales el paciente logró salir de una monotonía de rehabilitación, valorando su esfuerzo, capacidad, juicio crítico, lo que le ayudó a establecer buenas relaciones dentro de un grupo de pertenencia, orientándolo a ocupar satisfactoriamente su tiempo libre.

Los métodos utilizados en la evaluación del paciente para determinar su evolución consistieron en la observación, aplicación de entrevista, cuestionarios y ficha de evolución.

El tema de estudio fue amplio e interesante, ya que la terapia funcional psicológica, a través de sus técnicas, fue eficaz en el tratamiento con pacientes geriátricos, mejorándolos física y psicológicamente, conduciéndolos a ocupar satisfactoriamente su tiempo libre adaptándolos de una manera integral a su medio.

M A R C O T E O R I C O

La Vejez en la Historia

El presente trabajo, contiene temas que permiten un acercamiento inicial, para abordar una de las etapas de la vida "la vejez", sobre la cual existen hasta ahora escasos conocimientos.

A continuación se da a conocer la actitud, que la sociedad a lo largo de la historia, ha asumido con respecto a los ancianos.

En el plano biológico la noción de declinación tiene un sentido claro. El organismo declina cuando sus posibilidades de subsistir se reducen.

En los pueblos antiguos la medicina se confundió con la magia Sólo con Hipócrates conquista su originalidad, se convierte en creencia y arte, construye con la experiencia y razonamiento. El retoma la teoría pitagórica de los cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla, atrabilis; la enfermedad resulta de una ruptura de su equilibrio; la vejez también. Fue el primero en comparar las etapas de la vida humana con las cuatro estaciones de la naturaleza y la vejez con el invierno.

En varios de sus libros recogió información sobre los ancianos "Necesitan menos alimentos que los jóvenes, padecen de dificultades respiratorias, de catarros que provocan accesos de tos, dolores de las articulaciones, enfermedades de riñones, vértigo, apoplejía, caquexia, prurito generalizado, de somnolencia, expulsan agua por los intestinos, ojos, nariz, suelen tener cataratas, su vista disminuyen, oyen mal." (1)

En el siglo II, Galeno hizo una síntesis general de la medicina antigua. Considera la vejez como intermediaria entre la enfermedad y la salud. No es exactamente un estado patológico, sin embargo, todas las funciones fisiológicas del viejo están reducidas y debilitadas.

Durante la Edad Media, el desarrollo de la medicina fue casi nulo; en consecuencia la vejez siguió muy poco conocida. La escuela de Salerno, en donde nació y se desarrolló la medicina occidental, se dedicó a confeccionar "regimenes de salud y de longevidad". Hasta fines del siglo XIV las obras sobre la vejez son todas tratados de higiene.

---

(1).Simone De Beauvoir, La Vejez, (México: Editorial Hermes, 1983), p. 677

La rama de la medicina que hace un inmenso progreso a comienzos del Renacimiento es la Anatomia.
"Para Paracelso en el siglo XVI, el hombre es un compuesto quimico y la vejez resulta de una autointoxicación".(2) Hasta entonces las obras dedicadas a la vejez sólo se ocupaban de la higiene preventiva; sobre diagnóstico y terapéutica, contenian unas pocas indicaciones.

Durante el siglo XVIII se retoman las ideas mecanicistas de la antiguedad sobre la vejez; el organismo se degrada como se gasta una máquina cuando ha servido mucho tiempo. La medicina tenía graves dificultades teóricas, pero progresaba empiricamente. Las autopsias se habían multiplicado, la anatomía había hecho grandes progresos. El estudio de la vejez salía beneficiado.

A comienzos del siglo XIX los estudios sobre la vejez se hicieron precisos y sistemáticos. En 1840, Prus escribió el primer tratado sistemático sobre las enfermedades de la vejez. La Geriatría empieza a existir verdaderamente sin llevar ese nombre a mitad del siglo XIX. Se puede considerar que Salpetriere, fue el núcleo de la primera Institución

---

(2). Idem, p.26

Geriátrica. Allí dio Charcot célebres conferencias sobre la vejez, que se publicaron en 1886 y tuvieron una repercusión enorme. La medicina preventiva en conjunto, cedió el paso a la terapéutica: en adelante la preocupación era curar a los viejos, tanto más cuánto estos empezaban a ser cada vez más numerosos, primero en Francia, después en otros paises y los médicos vieron aumentar entre sus pacientes el número de enfermedades degenerativas que se desarrollan en un terreno senil.

Entre 1857 y 1860, Geist publicó una buena síntesis de la literatura geriátrica aparecida en Alemania, Francia e Inglaterra. Muy importantes también fueron en Alemania la obra de Burger, en Norteamérica los tratados Minot y de Metchnikoff aparecidos ambos en 1908 y el del Zoólogo Child en 1915.

A comienzos del siglo XX, Cazalis afirmó "El hombre tiene la edad de sus arterias"(3), hacía de la arteroesclerosis el factor determinante del envejecimiento. La idea más difundida era, la de que éste proviene de una disminución del metabolismo.

---

(3). Idem. p.29

Al norteamericano Nascher se le considera como el padre de la Geriatría. En 1909 publicó su primer programa, en 1912 fundó la Sociedad de Geriatría, en Nueva York y publicó en 1914 un nuevo libro sobre la cuestión, le costó encontrar un editor: no se consideraba interesante el tema.

Junto a la Geriatría se ha desarrollado recientemente una ciencia que se llama Gerontología, no estudia la patología de la vejez, sino el proceso de envejecimiento. A comienzos del siglo, las investigaciones biológicas sobre la vejez eran sólo el subproducto de otros trabajos. Mientras que la juventud y la adolescencia eran objeto de numerosas obras especializadas, la vejez no se estudiaba por sí misma, en gran parte a causa de los tabúes ya señalados. Era desagradable y provocaba malestar.

En el año de 1928, se funda en la Universidad de Harvard, un centro de investigación longitudinal: algunos médicos de distintas especialidades, en colaboración con diversos psicólogos, sociólogos y asistentes sociales, intentaron dilucidar el proceso del desarrollo humano, "hacerse mayor", a partir del estadio prenatal, mediante observaciones longitudinales. Los resultados aislados permitieron reconocer cierta relación entre la situación somática y la psicoespiritual.

En 1938 se celebró en Kiev una conferencia nacional sobre la senescencia. En 1939 un grupo de científicos ingleses y de profesores de medicina decidieron fundar un club internacional de investigaciones sobre la vejez. En este mismo año, "Max Burger, modificó el concepto de investigación de la senectud, por investigación del envejecimiento, y de psicología de la senectud, por psicología del envejecimiento." (4)

En 1945 se creó en Estados Unidos una Sociedad Gerontología que en 1946 editó la segunda publicación periódica dedicada a la vejez. En Inglaterra Lord Nuffield creó la Nuffield Foundation que dispone de créditos considerables: estudia la geriatría y también la condición de los ancianos en Gran Bretaña. En Francia, bajo la influencia de León Binet los estudios sobre la vejez han recibido un nuevo impulso.

En 1950 se creó en Lieja una Asociación Internacional de Gerontología. En 1953 aparece en Francia el tratado de Grailly y Destrem. En 1954 un index bibliográfico sobre

---

(4). Ursula Lehr. Psicología de la Senectud. (Barcelona: Editorial Herdes, 1980), p.14

gerontologia, establecido en Estados Unidos, daba 19,000 referencias. Ese mismo año se funda La Revue francaise de gerontologia. Y se constituyó en Paris una comisión especial de higiene social para hacer frente a los problemas de la vejez. Nuevamente en el año de 1955, aparece en Francia otro importante tratado el de Binet y Bourliere. La Sociedad Francesa de Gerontologia se constituyó en 1958. Ese mismo año se creó el Centro de Estudios e Investigaciones Gerontológicas que dirige el profesor Bourliere.

La Universidad de Chicago publicó en 1959 y 1960, tres tratados, que son verdaderas sumas sobre la vejez, desde el punto de vista individual y social en Norteamérica y Europa Occidental.

En la República de Guatemala, en el año de 1985, se crea el "Articulo 51: Derechos a la Vejez. Protección a menores y ancianos. El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos, les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación, seguridad y previsión social." (5)

---

(5). Manuel Antonio Girón Mena. Gerocultura. (Guatemala: 1991), p. 87

De acuerdo a nuestra realidad política, socioeconómica, filosófica, un gran número de ancianos ven perjudicados sus derechos: 1. Salud y nutrición: pues deben de acudir a recibir asistencia médica en clínicas particulares u hospitales nacionales, pero debido a la burocracia que se maneja, algunos no logran obtener el acceso o el espacio para ser atendidos inmediatamente, según lo amerite el caso, así mismo deben de adquirir medicina a un precio elevado, en relación a su posibilidad económica .

2. Trabajo: Algunos ancianos se ven obligados a seguir trabajando para subsistir, y deben de olvidarse del cansancio, enfermedades y limitaciones.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, recabados en el censo de 1994, más de 317 mil 510 personas en Guatemala pasan de los 65 años e integran el 3% del total de la población.

De éstos, 108 mil 679 perciben algún ingreso o se encuentran ocupados mientras que 208 mil 831, carecen de empleo o se encuentran en el desamparo.

3. Jubilación: Generalmente cuando se llega a una edad avanzada, es hora de retirarse a descansar y gozar de una jubilación, pero todo lo contrario sucede en Guatemala,

donde son muy pocos los que pueden darse ese lujo, debido a la minima pensión que reciben, la cual no les alcanza para satisfacer sus necesidades básicas.

4) Vivienda y Medio Ambiente: Esta situación es alarmante, porque mientras en otros paises reciben protección especial y beneficios, aqui se les denigra, se les hace pasar sacrificios y sufrimientos, además de tener que soportar un ambiente hostil, que se niega a brindarles una forma digna de vivir sus últimos años.

5. Educación: Al anciano no se le prepara para poder recibir la vejez de una manera positiva, lo que le ocasiona múltiples conflictos tanto a nivel personal como familiar.

Los derechos a la vejez, se van realizando mediante normas legales, que respaldan su vigencia y garantizan su existencia. Lo ideal como sucede en algunos paises, es incorporar estos derechos a la Constitución, dándoles fuerza legal y moral para su práctica y su exigencia. En Guatemala, la circunstancia de promulgarse una nueva Constitución, representó una oportunidad excelente, para que en su texto se incluyeran los derechos de la vejez.

Por lo que, recientemente se dio a conocer la aprobación de la Ley de protección a la persona de la tercera edad, cuyas reformas minaron los beneficios que contemplaba. En nuestro

pais, existen instituciones que trabajan para que se cumplan estas leyes, siendo estas: Asociación Gerontológica de Guatemala, Comite Nacional de Protección a la Vejez (Conaprov). Y como dependencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social I.G.S.S, se creó el Centro de Atención Médica para Pensionados C.A.M.I.P.

Para estudiar mejor el tema relacionado con la Tercera Edad, a continuación se citan algunos de sus conceptos básicos: Envejecimiento, proceso que, tras el crecimiento y la edad adulta, conduce a la vejez o tercera etapa vital, aunque la causa es desconocida. Se sabe que se trata de algo condicionado genéticamente, pero se ignora su forma concreta de actuación. La pérdida de las funciones mentales y físicas en la vejez, el cual es considerado un período crítico que, según ciertos psicólogos acaecen en el hombre hacia aproximadamente a los 60 años, da lugar seguidamente a la Senectud, período de la vida que principia a los 60 años, es un término equivalente a la Vejez, y también aplicable a la Ancianidad, o último período de la vida del hombre, que termina con la decrepitud y se caracteriza por decadencia mental, pérdida progresiva de objetos necesarios y gratificantes, un estado de frustración, un estado de temor a

su futuro, a su involución biológica, disminución de sus relaciones sociales, actitud de rechazo de la sociedad y familia por considerarlo problemático. Para entender mejor las consecuencias del envejecimiento, los términos de geriatría y gerontología se superponen, hasta ser casi sinónimos; por lo tanto la Geriatría, trata del estudio clínico y tratamiento de las enfermedades de la vejez, en un sentido moderno, la asistencia médica; es decir, prevención y tratamiento de enfermedades de la vejez, asistencia psicológica y socioeconómica. Mientras que la Gerontología, es el estudio científico de los fenómenos de la vejez normal. Esta definición comprende desde los organismos unicelulares a los más complejos.

EDADES DE LA VIDA

Según las edades de la vida, se puede decir que el envejecimiento comienza con el nacimiento y hasta inmediatamente después de la constitución del huevo, puesto que ya entonces degeneran y mueren ciertas células, vida y muerte, están en continua confrontación. En Guatemala el grupo de niñez y pubertad, comprende casi la mitad de la población, mientras que la vejez representa aproximadamente

el quince por ciento de la población. La juventud comienza con el nacimiento y terminaría en torno a los 28 años. Desde el nacimiento a los 14 años se suceden diferentes etapas bien definidas. A los 7 años comienza la razón. A los 14 años, la pubertad, a los 21 ha terminado el crecimiento óseo y al sujeto se le considera mayor. "A los 28 años, se alza lo que J. Conrad llamaba la línea de sombra; termina el período de las niñerías, de las ilusiones." (6) La madurez, la segunda edad se extiende desde los 28 a los 56 años. Aquí los períodos no están bien determinados, los 35 años no nos señalan nada preciso. A los 42 años, se produce un cambio en el organismo que anuncia la menopausia en la mujer y la andropausia en el hombre. Dicho cambio se traduce a veces en lo que los novelistas denominan el "demonio del mediodía". A los 49 años, pueden aparecer enfermedades de la edad crítica: los infartos, la gota, la diabetes.

---

(6) Dr. P. R. Bize y C. Vallier, La Psicología Moderna. Una Nueva Vida: La 3a. Edad. Comprender Saber y Actuar, (Bilbao: Ediciones Mensajero, 1973), p.59

La tercera edad (58 años), seria el comienzo del otoño, es el momento en que empezamos a percatarnos de que no somos ya como antes. A los 63 años, nos encontramos plenamente en la tercera edad y pensamos que no tardará el día de la jubilación. A los 70 años se puede atravesar un período de crisis que los médicos conocen perfectamente. A los 77 años, las actividades están estabilizadas, la vejez organizada, en función de las posibilidades fisiológicas y financieras. Se destina más tiempo al descanso; pero se puede permanecer vigoroso y dinámico y conservar actividades especialmente intelectuales, todavía muy fecundas, lo cual va a depender de su economía. "Las edades de interés geriátrico son las siguientes: Presenil: de 45 a 60 años, Senectud Gradual: de 61 a 72 años, Vejez Declarada: de 73 a 90 años, Grandes Viejos: de 91 años en adelante." (7)

---

(7) Dr. Euquerio Guerrero López, Psicología de la Vejez, (INSEN), p. 24

TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO

Es necesario establecer una diferenciación entre la vejez como una etapa de la vida y el envejecimiento como un proceso en la vida del ser humano, que se inicia desde su nacimiento. Las explicaciones que el hombre ha dado al proceso del envejecimiento se sitúan en diferentes niveles, el biológico y el psicológico. Busse las ha clasificado en tres grupos: orgánicas, sociológicas y mixtas. Las teorías orgánicas mantienen que en el organismo estarían los factores que conducen al envejecimiento.

Las teorías sociológicas ponen en relación el envejecimiento con el tipo de sociedad, de forma que disminuiría en las dinámicas y aumentaría en las estáticas.

En las teorías mixtas se hace el proceso de estimulación continua que es el responsable de las alteraciones físicas que conducen a la vejez.

Dentro de las teorías biológicas se encuentran:
Teoría Nerviosa: Afirma que la muerte de las células nerviosas (neuronas) y su no regeneración da como resultado que los órganos ya no funcionen adecuadamente.
Teoría Mutacional o Clonal: Propone que el envejecimiento es

provocado por los cambios que sufren las células del organismo, al verse agredidas por agentes químicos, físicos, etc., del medio ambiente.

Teoría Enzimática: Nos dice que en la vejez existe una disminución de hormonas o sustancias enzimáticas; esto trae como consecuencia que las funciones del organismo se vean disminuidas.

Teoría del Desgaste Mecánico: Afirma que el uso continuo de todos nuestros órganos y tejidos, provoca un desgaste de los mismos de tal modo que no efectúan sus funciones tan eficientemente como antes.

Respecto a la cuestión relativa a la mejor forma de envejecer, la más lograda y que le proporciona al hombre el máximo de satisfacción, existen dos teorías psicológicas que se contraponen:

Teoría de la actividad: Los representantes de esta teoría parten de la hipótesis de que "sólo es feliz y se siente satisfecha la persona que es activa, que produce algún rendimiento y que es útil a otras personas. En cambio aquella que ya no es útil, que ya no desempeña función alguna en la

sociedad, se muestra desgraciada y descontenta." (8)

En nuestro mundo industrial se da, con los años, una pérdida de rol, pérdida de la función, lo cual supone, una limitación del radio de comportamiento y una creciente inactividad, que cubre de achaques la vejez. "Debido a la aparición de la llamada nivelación de generaciones, a la vejez no se le reconoce un importante caudal de experiencia, tan altamente apreciado en épocas anteriores y gracias al cual el sujeto de mayor edad se podía orientar y conducir con mayor seguridad." (9) En nuestro país, no se toma en cuenta esta teoría, ya que no respetan al anciano como una persona con experiencia y sabiduría, por el contrario lo relevan a un segundo plano.

Teoría de la Desvinculación: Se contrapone por completo a la anterior, pone en tela de juicio casi todos los principios de acción con los ancianos, al afirmar que la persona de edad, desea precisamente ciertas formas de aislamiento social, de

---

(8) Ursula Lehr. Psicología de la Senectud. (Barcelona: Editorial Herder, 1980), p.245

(9) Idem, p. 245

reducción de contactos sociales, y que al lograrlo se siente feliz y satisfecha. Rechaza la persistencia de la actividad en la senectud.

Si a la vejez se le garantizara seguridad, ayuda y suficientes servicios, lo determinante seria el deseo de desvinculación, pues entonces surgiría en los ancianos que se han desprendido de los contactos sociales, un mayor bienestar, en comparación con aquellos otros que permanecen aún firmemente ligados a la estructura social. "La teoría de la desvinculación sostiene que una importante premisa para una vejez plena y satisfactoria consiste en que la sociedad se muestre dispuesta a librar a los ancianos de sus roles sociales y de sus obligaciones, y que, al mismo tiempo, éstos deseen retirarse de la actividad social." (10)

MITOS SOBRE LA VEJEZ

El desconocimiento de esta etapa de la vida ha generado una serie de creencias a nivel popular, y aún a veces a niveles más altos, hacia lo que la senectud

---

(10) Idem. p. 248

representa. Esta serie de mitos son los que subyacen al comportamiento que la sociedad en general observa en el anciano. Si tomamos en cuenta que es a partir de esta visión deformada que se establece una relación en el anciano tenemos que atacar los mitos que existen sobre la vejez de modo que partamos de una imagen del anciano más objetiva. Algunos de los mitos más frecuentes acerca de la vejez son,

Mito del Envejecimiento Cronológico: Es la idea de que la edad se mide solamente por el número de años vividos. No se toman en cuenta los aspectos físicos, psicológicos y sociales que la determinan.

Mito de la Improductividad: Para que el anciano se mantenga productivo e interesado en la vida debe ser sano y no enfrentar demasiadas adversidades sociales, situaciones que no vemos resuelta en la mayoria de nuestra población senecta cuando el anciano se encuetra en una situación adecuada sigue siendo productivo, como lo demuestran las obras maestras que nos han legado grandes personajes, y que las han elaborado principalmente en su vejez.

Mito de la Desvinculación: Se refiere a la creencia de que la retirada progresiva de los intereses de la vida forma parte necesaria del proceso del envejecimiento.

Mito de la Inflexibilidad: Nos dice que el anciano es

incapaz de cambiar y adaptarse a situaciones nuevas; aunque este hecho puede estar más relacionado con el carácter del individuo que con la vejez.

Mito de la Senilidad: La senilidad se refiere a la pérdida de la memoria, a la disminución de la atención y a la aparición de episodios confusionales, pero no es una condición inherente a todos los ancianos. Sin embargo, se piensa que todos ellos presentan estas caracteristicas, incluso se tachan de senilidad manifestaciones como la depresión y la ansiedad, generada principalmente por las tensiones que enfrentan. También la desnutrición y las enfermedades físicas no reconocidas pueden producir una aparente conducta senil.

Mito de la Serenidad: Sitúa al anciano en una especie de Paraíso Terrenal; cuando en realidad se encuentran sometidos a un mayor stress que otros grupos de edades (enfermedades crónicas, jubilación, pérdida de seres queridos, soledad, etc.). Todo ello origina mayor tendencia a la ansiedad, a la depresión y a la pena, consecuentemente a la disminución de la autoestima, provocada también por la desvaloración de su rol.

LA VEJEZ EN EL ASPECTO BIOLOGICO

Algunas de las caracteristicas generales a nivel biológico en las personas ancianas son: evolución de las células, mayor dificultad de adaptación, etc., otras se refieren a los diferentes órganos del cuerpo; ojo, oído, aparato circulatorio, corazón. La medicina moderna ya no pretende asignar una causa al envejecimiento biológico, lo considera como inherente al proceso de la vida, con el mismo derecho que el nacimiento, el crecimiento, la reproducción, la muerte.

Hoy se estima que el envejecimiento es un proceso común a todos los seres vivos. Hasta estos últimos tiempos se había creído que las células mismas eran inmortales; sólo sus combinaciones se desharian con el curso de los años. Recientemente, han establecido que las células también se modifican con el tiempo.

"En el hombre, lo que caracteriza fisiológicamente y biológicamente la senescencia es lo que el Dr. Destrem llama una transformación peyorativa de los tejidos".(11) La masa de

---

(11). Simone De Beauvoir, La Vejez. (México: Editorial Hermez, 1983), p. 34

los tejidos metabólicamente activos disminuye, mientras que aumenta la de los tejidos metabólicamente inertes: tejidos intersticiales y febroesclerosos son objeto de una deshidratación y de una degeneración grasa. Se producen fenómenos bioquímicos : aumento de sodio, del cloro, del calcio, disminución del potasio, el magnesio, el fósforo y las síntesis proteícas. La apariencia del individuo se transforma y permite asignarle con un margen de pocos años una edad. El pelo blanquea y ralea, no se sabe por qué, se sigue ignorando el mecanismo de la depigmentación del bulbo capilar, el vello también encanece mientras que en ciertos lugares, empieza a proliferar. Por deshidratación y como consecuencia de la pérdida de elasticidad del tejido dérmico subyacente, la piel se arruga. Se caen los dientes. La pérdida de los dientes entraña un achicamiento de la parte inferior del rostro, de modo que la nariz, que se alarga verticalmente a causa de la atrofia de los tejidos elásticos, se acerca al mentón. La proliferación senil de la piel produce un espesamiento de los párpados superiores, mientras que se forman bolsas debajo de los ojos. El labio superior se afina, el lóbulo de la oreja crece. El esqueleto también se modifica. Los discos de la columna vertebral se comprimen y los cuerpos vertebrales se aplastan, entre los 45 y los 85

años, el busto disminuye 10 centímetros en el hombre, 15 en la mujer.

La anchura de los hombros se reduce, la de la pelvis aumenta. La atrofia muscular, la esclerosis de las articulaciones acarrean trastornos de la locomoción. Hay una relación recíproca entre vejez y enfermedad, esta acelera la senescencia y la edad avanzada predispone a los trastornos patológicos, sobre todo a los procesos degenerativos que la caracterizan.

Se cree sin tener seguridad, que la herencia desempeña un papel directo o indirecto en la longevidad, intervienen otros factores, las condiciones de crecimiento, alimentación, el medio y condiciones económicas. Toda sociedad tiende a vivir, a sobrevivir, exalta el vigor, la fecundidad, ligados a la juventud, teme el desgaste y la esterilidad de la vejez.

Durante la senectud se presentan una serie de cambios a nivel físico y biológico, que no son indice de enfermedad, pero que representan un descenso progresivo del vigor y resistencia con el paso del tiempo. La vejez se caracteriza por la atrofia, la hipofunción, pérdida de agua, aumento en enfermedades degenerativas que producen estados de invalidez. Entre los cambios normales de la ancianidad se tiene:

Alteraciones Histofisiológicas: La primera y principal modificación que se observa en la vida celular, es la identificación de los procesos, desgastes, o causas patógenas y lesiones. De esta manera, se ve que la cicatrización de una herida, la consolidación de una fractura, se torna más lenta y difíciles en personas de edad avanzada.

Alteraciones Anatómicas: Se presentan en primer lugar, en la piel que progresivamente se arruga y reseca, tornándose quebradiza, pálida, perdiendo su frescura y brillo natural. Los cabellos pierden pigmentación y caen con facilidad, no siendo sustituidos, más en el sexo masculino. La disminución del tono muscular lleva el tronco hacia cifosis o lordosis, inclinándose poco a poco la cabeza hacia adelante y hacia abajo.

Se limita la extensión de los movimientos, por rigidez en las articulaciones. En cuanto al aparato cardiovascular, es propio de las fases avanzadas de la vejez, la dilatación del cayado aórtico y la hipertrofia o dilatación del ventrículo izquierdo del corazón.

Alteraciones Fisiológicas: Se observa la lentificación del pulso del ritmo respiratorio, de la digestión, de la asimilación. La actividad sexual, no cesa en la vejez sino que, sigue un lento declive, que se inicia en el hombre hacia

los treinta años y en la mujer a los cuarenta y cinco años.

LA VEJEZ EN EL ASPECTO PSICOLOGICO

La edad adulta según la Psicología del Desarrollo: La limitación de la psicología del Desarrollo a los primeros diez años de vida y eventualmente a los diez siguientes, era comprensible, pero mediante ciertos estudios biográficos y análisis sistemáticos de las biografías se llegó al conocimiento de que determinados acontecimientos y vivencias ejercen un efecto de troquel sobre la personalidad, incluso después de la primera infancia y hasta en la vejez, dicho conocimiento posibilita y exige precisamente la inclusión de la adultez y de la vejez en la investigación propia de la psicología del desarrollo, pues si el desarrollo implica tanto los procesos de aprendizaje, como los procesos de pensamiento; si el desarrollo se logra en la primera infancia por medio del enfrentamiento con un entorno muy determinado, la limitación del objeto de la psicología del desarrollo al primero y segundo decenios de la vida aparece como arbitraria.

A idéntica conclusión puede llegarse mediante algunas reflexiones sobre la personalidad. La personalidad como configuración, constantemente cambiante, de pensamientos,

sentimientos y actos que tienen lugar en el entorno social y que persisten toda la vida, no es captada adecuadamente por una psicología que considera que el final de toda modificación se alcanza hacia los 15 ó 18 años, y que en algún momento, entre los 50 y los 90 años surge un estado deficitario al parecer definitivo.

"Para una teoría dinámica de la personalidad al estilo Rubinstein, Murray y Thomae, la psicología de la personalidad ha de partir de continuo de la comparación del comportamiento en tres unidades temporales: el acto aislado, el curso diario y el curso de la vida"(12). La psicología de la adultez y de la senectud es elemento básico y necesario de toda psicología de la personalidad.

Esto demuestra que todo individuo, experimenta tareas vitales típicas, de acuerdo a su edad, según vaya desarrollando, va modificando su personalidad; sus

---

(12) Ursula Lehr. Psicología de la Senectud. (Barcelona: Editorial Herder, 1980), p.42

pensamientos, sentimientos y actos, tienen lugar en su entorno social y persisten toda la vida. no se puede estudiar y entender al ser humano, aislando una ciencia de la otra.

Los datos obtenidos acerca de los procesos de la psicología del desarrollo, de acuerdo con los logros de las recientes investigaciones realizadas con personas en diferentes etapas de la vida, exigen el abandono de la "representación de modelos" del proceso de desarrollo, que han encontrado hasta ahora gran aceptación. El individuo en vias de desarrollo experimenta una confrontación con ciertas tareas vitales, tipicas de acuerdo con la edad, provienen en primer lugar, de la situación corporal, del estado del desarrollo biológico y del estado de salud, en segundo lugar, dependen de las normas y expectativas culturales de la sociedad y quedan definidas a partir de la situación social; en tercer lugar, de las expectativas particularmente individuales y juicios de valor propios de la personalidad. La solución a dichas tareas, exige un enfrentamiento con la nueva situación y una nueva orientación; significa el desarrollo en el sentido de una modificación de las vivencias y del comportamiento humano en el curso de un proceso vital que abarca desde el nacimiento hasta la muerte.

LA EDAD ADULTA SEGUN LA PSICOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO

La Psicología del envejecimiento, trata de explicar los cambios que se producen en el comportamiento al llegar a la edad adulta, que son la percepción, memoria, aprendizaje, inteligencia, pensamiento y resolución de problemas, además de los condicionados por la edad, que se observan en las aptitudes y modelos de comportamiento como los que acompañan a las emociones y las relaciones interpersonales. En esta etapa los ancianos presentan una modificación de su personalidad en el sentido de una mayor prudencia, conservadurismo, pasividad, introversión, perseverancia, rigidez, egocentrismo, dependencia, servilismo, conformidad, necesidad de órden, etc.

Muchos ancianos encuentran dificultades cuando se hallan ante tareas que implican, ausencia de guías sensoriales, lo que les obliga a apoyarse en punto s de referencias visuales y a mirar lo que están haciendo.

Ausencia de secuencia lógica, en la presentación de las informaciones, sobre todo cuando su número es considerable y todos los datos se ofrecen al mismo tiempo.

Ausencia de todo apunte esquemático, cuando el número

de hechos que hay que retener y de datos que hay que emplear es elevado.

Un grado de abstracción demasiado elevado, cuando por ejemplo hay que comprender y expresar mediante símbolos, las relaciones por una parte entre la dirección, la fuerza y la forma de una acción y por otra su efecto. Las personas de edad avanzada encuentran dificultad para substituir con una nueva respuesta otra vieja; siguen sus tendencias habituales, antes de comenzar una tarea, se rodean de numerosas garantías y elaboran mentalmente un método. La característica principal de las personas de edad es la lentitud, lentitud que no está ligada a un mayor deseo de precisión, es un fenómeno fundamental, en relación directa con la senescencia del sistema nervioso. El envejecimiento de las aptitudes es un hecho innegable y de un mecanismo complejo: hay que tener en cuenta las causas fisiológicas, el nivel socio-cultural, los hábitos contraidos, las actitudes ante las dificultades y acaso también, la cualidad del equipamiento personal en más contrarrestadas.

Cuando se habla de una hermosa vejez, de una vejez lozana, significa que el hombre de edad ha encontrado física y moralmente su equilibrio, no que su organismo, su memoria,

su capacidad de adaptación psicomotriz, sean las de un hombre joven.

Ningún hombre que viva mucho escapa a la vejez, se trata de un fenómeno ineluctable e irreversible.

ALTERACIONES PSICOLOGICAS

En la vejez los signos de decadencia en la memoria, atención y juicio, son característicos de la fase extrema de la vejez o de los casos patológicos, siendo estos: Lentitud de los procesos configurativos, asociativos y reactivos: La velocidad del impulso nervioso, disminuye con la edad y hace la atención más lenta, los cursos del pensamiento, son lentos así como los movimientos y respuestas verbales.

Concentración de los intereses, egocentrismo afectivo y mayor vulnerabilidad emocional: Debido a la mayor lentitud perceptiva y asociativa, se escapan a la mente de los ancianos, muchos datos que le favorecían en cualquier aprendizaje, y por esto progresivamente, renuncian a seguir atentos a los acontecimientos y van limitando sus intereses, reducen el campo de la captación y atención a estímulos, lo que contribuye a dar la impresión de pérdida de la memoria inmediata.

Pérdida de la fluidez mental: Consiste en la dificultad que experimenta el anciano en movilizar de una manera general sus operaciones intelectuales.

Dificultad de adquisiciones nuevas: El viejo poco evolucionado, desde el punto de vista intelectual, no sabe aprovechar las horas libres de la vejez para adquirir nuevos conocimientos, mientras que en los sujetos inteligentes se observa una fijación de interés que limita los problemas que anteriormente le habían interesado.

Dificultad creciente de adaptación a las nuevas situaciones: Esta dificultad deriva directamente del envejecer de las aptitudes, que coloca al hombre anciano en estado de inferioridad frente a toda situación imprevista, pero esta a veces se trata de una actitud racional de un rechazo derivado, de un sentimiento de inferioridad y no de una imposibilidad absoluta de adaptación.

Chochez y machaconería: La fijación de la actividad mental, se experimenta clínicamente, por un rasgo específico del viejo, que le lleva a hablar siempre de las mismas cosas, a volver la conversación escrita y verbal sobre los mismos asuntos.

Modificación de la afectividad: La modificación afectiva más importante, es la disminución del control de las reacciones

emotivas, la efectividad profunda está sobre todo debilitada y orientada hacia un egocentrismo y un egoísmo que reduce poco a poco los sentimientos.

Reacciones de compensación del viejo: Su menor facultad adaptación, la reducción de sus medios físicos y psíquicos engendran en el viejo los rasgos propios de su psicología, que los síndromes psicopatológicos de los seniles no harán más que aumentarlos.

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

Desde el punto de vista psicológico, durante la Tercera Edad, las modificaciones orgánicas llevan a la formación de un concepto distinto del propio Yo. Al comienzo de la vida, cada uno se crea una imagen de sí mismo que tiene una relación importantísima con la idea de lo corporal, de modo que todas las modificaciones biológicas que implica el hecho de envejecer acarrea una alteración de la imagen del cuerpo, y por lo tanto es lógico que se produzcan procesos de pérdida o disminución de la autoestima.

Los ancianos soportan pérdida de miembros de la familia y amigos, pérdida de trabajo por retiro, menores ingresos, a veces pérdida de status y prestigio, aparte de las pérdidas implícitas en los cambios somáticos. Para soportar todas las

pérdidas es necesario una gran flexibilidad en el dominio del Yo, y la respuesta depende por supuesto, del tipo de estructura psíquica de cada anciano.

La psique humana es como un aparato, constituído por tres instancias o sistemas, el Ello, el Yo y el Super-Yo. El Ello constituye el lugar hipotético en el cual las pulsiones instintivas y los conflictos reprimidos permanecen inmodificados fuera del tiempo. Allí coexisten el amor y el odio. Como las pulsiones son intemporales, el envejecimiento no las modifica, pero si modifica la relación entre las tres instancias. Y la reacción, el Yo, ante el mundo externo es diferente. El Yo, se desarrolla y modifica, durante toda la vida; en la vejez utiliza mecanismos de defensa como la regresión, la negación, ansiedad realista, racionalización, aislamiento y resistencia, para ciertas satisfacciones como son las pulsiones sexuales y también, la relación ante otras personas en la vida diaria. El Super-Yo, parecería que también se va modificando, la necesidad que tienen los ancianos de aportes narcisistas directos, se relaciona con una tendencia del Super-Yo, a volver a las etapas iniciales del desarrollo.

LA VEJEZ EN EL ASPECTO SOCIAL

El hacerse viejo exige una adaptación a las esferas intelectual, social y afectivoemocional. La índole y el grado de adaptación a tales dimensiones están determinados por las circunstancias biológicas, sociales y específicas de la personalidad; le imprimen, además, un sello especial los factores de la época, biográficos y de situación. Si se consigue captar la estructura pluridimensional de los determinantes que condicionan los procesos de adaptación a las esferas intelectual, social y afectivaemocional, que circulan de un modo distinto intraindividual e interindividualmente, se tendrán las bases para predecir y asi mismo, influir en el proceso de envejecimiento, sin ignorar la presencia de sus variantes individuales. "Ya que el arte de envejecer consiste en vivir lo más sano posible, para morir lo más tarde posible". (13)

Dentro de los problemas psicosociales que afectan con mayor frecuencia a los ancianos están: Puede seguir siendo

---

(13) Manuel Antonio Girón Mena. Gerocultura. (Guatemala: sin Edit., Noviembre, 1991) p.58

un individuo enérgico, alerta y confiable, hasta el momento de su muerte. Sin embargo, muchos ancianos, no se encuentran capacitados para resistir las tensiones socio-económicas, físicas y psicosociales, que intervienen con su funcionamiento y que se hayan operantes en su medio. Las presiones del ambiente y la forma de actuar de la sociedad influyen psicológica y socialmente en el comportamiento del anciano, y debido a esto, se siente incapacitado para resistir las tensiones socio-económicas, físicas y psicosociales, presentando una inadaptación social, que es uno de los grandes problemas de la actualidad.

Entre los problemas psicosociales tenemos: depresión, ansiedad, rechazo familiar y social, autoabandono, crisis existencial y otros. "La ansiedad puede ser provocada, por cualquier suceso o situación potencialmente temible, en particular, por algo que ocurrió alguna vez y fue desagradable." (14)

La depresión es otro de los trastornos más frecuentes

---

(14) Philip Selby y Adrian Griffiths, Guía para un Envejecimiento Satisfactorio, (Inglaterra: Editorial Parthenon Publishing, 1986), p. 75

entre las personas de edad avanzada, puede surgir espontáneamente, como una enfermedad o como una reacción a situaciones ambientales, puede presentarse a cualquier edad, pero es más frecuente en la vejez. Si es leve, hace que la persona se sienta pesimista, infeliz e indiferente, y le priva del placer de vivir. La depresión grave, puede ser perjudicial, tanto mental como físicamente, de modo que es muy aconsejable tratar de evitarla.

Un síntoma de ansiedad o depresión es el insomnio, trastorno del sueño, cuya sintomatología más relevante, consiste en la sensación subjetiva del anciano, de dormir poco durante la noche, pudiendo presentar, en consecuencia cansancio y somnolencia diurna excesivos, que repercuten en su conducta durante las horas correspondientes a la vigilia. Se presenta también el problema de la crisis existencial, el sufrimiento de la vida sin sentido, una frustración existencial, con un complejo de falta de sentido y un sentimiento de vacío existencial, el anciano ignorando lo que tiene que hacer, y lo que debe de ser, y lo que quiere en el fondo; cae en el conformismo, y sólo hace lo que los demás quieren de él, olvidándose de sí mismo como persona, cayendo en el totalitarismo.

El abandono es un problema evidente de nuestra sociedad, la tendencia social a la disgregación de las grandes familias y el predominio de la familia nuclear, son factores que aumentan el sentimiento de desvalorización del anciano. A medida que envejecen las personas, se vuelven irritables y molestas, se sienten rechazadas, se van separando de sus hijos, creándose un círculo vicioso de resentimiento y aislamiento. Por lo general, los ancianos se vuelven exigentes, quieren que los demás se hagan cargo de sus necesidades, y esto puede motivarles sentimientos de culpa y pérdida de su autoestima.

Los problemas de los ancianos se originan no sólo en lo que ocurre con sus capacidades, sino en lo que la sociedad les permite hacer. A los ancianos normales es la sociedad, la que le causa problemas, en cuanto que su evolución es incompatible con su involución. El anciano consume poco, ya no es productivo y carece de medios económicos, ya no es ni rentable ni eficaz en la sociedad.

El problema principal de los ancianos es vencer los obstáculos y resolver las dificultades que plantea la adaptación a los cambios psicológicos y sociales que acontecen con los años. Luego la falta de adaptación lleva a

la senilidad, al deterioro progresivo y desintegración de su personalidad.

Por lo que todo el mundo lo sabe, la condición de los ancianos es hoy escandalosa. Antes de examinarla en detalle hay que tratar de comprender, por qué razón, la sociedad se desentiende fácilmente de ella.

El anciano, salvo excepciones, ya no hace nada. Se define por una exis, no por una praxis. La condición del anciano es simétrica con la del niño, con la cual el adulto no establece reciprocidad. Y esto depende de la relación de los hijos con los padres y sobre todo, de la relación que los hijos tienen, a través de su madre, con su padre.

Lo que caracteriza a la actitud práctica del adulto con respecto a la del anciano, es su duplicidad. Al adulto le conviene tratar a los ancianos, como seres inferiores y convencerlos de su decadencia. El adulto tiraniza de una manera solapada, al anciano que depende de él.

JUBILACION

Respecto al trabajo en nuestra sociedad, donde lo único que se tiene en cuenta es el lucro, los empresarios prefieren, evidentemente la explotación intensiva de los asalariados, cuando están acabados se los desecha y se toma

a otros, descansando en el Estado, para pagarles una limosna.

Verse brutalmente precipitado de la categoría del individuo activo a la de inactivo, clasificado como anciano, sufrir una disminución consternante de los recursos y del nivel de vida, es, en la inmensa mayoría de los casos, un drama que acarrea, consecuencias psicológicas y morales.

Las mujeres por lo general, viven más tiempo que los hombres, y son las ancianas solitarias, las que constituyen la capa más desfavorecida de la población. Pero en conjunto, la mujer de edad se adapta mejor que su marido a su condición.

La jubilación y la ruptura de la célula familiar, se suman para hacer solitaria, inútil, siniestra la condición del anciano. La jubilación es la época del tiempo libre, pero es también, la época del aburrimiento.

Además, el saber que el monto de la pensión no se ajusta a la realidad económica que se tiene que enfrentar, es el primer pretexto que esgrime el anciano para no jubilarse. Independientemente de este hecho real, se tienen que analizar las repercusiones que a nivel personal y familiar se presentan.

El no disponer del dinero suficiente para vivir, resulta humillante para el anciano, que antes fue autosuficiente en

este aspecto. Esta situación puede llevarlo a depender económicamente de sus hijos, que entonces empezarán a considerarlo una carga, factor que también alterará la relación con ellos.

Para la mujer del jubilado, su retiro supone menores ingresos, mayor trabajo en casa y la modificación de una rutina en la que no se encontraba presente el hombre, situaciones que repercuten en la convivencia de la pareja y de los hijos que aún viven con ellos.

El número de mujeres que se enfrentan al hecho de su propia jubilación, es aún reducido. El papel de la ocupación laboral para la mujer, puede ser importante pero no es el único ni el principal. Ella es la encargada del funcionamiento del hogar, ocupación para la cual no hay jubilación obligatoria y que le permite continuar con una serie de actividades independientes del trabajo.

La jubilación origina problemas principalmente a aquellas personas cuya fuente máxima de satisfacciones, por tanto de seguridad, estaba representado por su trabajo.

Esta situación provoca que se descuiden otras fuentes potenciales de satisfacción, como son la familia y la ocupación del tiempo en actividades alternativas al trabajo. Las personas que se sentían satisfechas con su trabajo, pero

que también encaminaron sus esfuerzos a obtener logros en otros aspectos, son las que pueden desligarse sin muchas complicaciones de su ocupación laboral, pues pueden construirse una nueva rutina en otros campos.

Los conflictos mencionados podrían evitarse si estuviera prevista la llegada a ellos, sobre todo en lo que respecta a lo económico, a través del ahorro y del manejo adecuado de los recursos materiales disponibles. Los conflictos personales y familiares podrían resolverse con una preparación adecuada a nivel social respecto a la senectud, así como la disponibilidad de alternativas de actividades para los ancianos que les permitan establecer nuevos planes de acción. Por ejemplo: a traves de la Ergoterapia (aprendizaje y realización de determinados trabajos adaptados al anciano, carpintería, cestería, etc.) de la terapia educativa (pintura, idiomas, pintura al óleo, etc.), terapia recreativa (audiciones musicales, exhibición de películas, juegos de mesa, etc.), que permiten al senecto, plantearse nuevas metas y adaptarse a un nuevo estilo de vida.

Según todos los gerontólogos, vivir los últimos 20 años de la vida, en buen estado físico, pero sin ninguna actividad útil, es psicológica y sociológicamente imposible.

La vejez, es lo que ocurre a las personas que se vuelven

viejas. imposible encerrar esta pluralidad, en un concepto o incluso en una noción. La dificultad más grave, es la interferencia, ya comprobada de los factores que definen la condición del viejo: cada uno encuentra su verdadero sentido en su relación con los demás. El individuo de edad, se siente viejo a través de los otros, sin haber experimentado, serias mutaciones, interiormente, no se identifica con el rótulo que le han pegado, ya no sabe quién es.

Se puede definir al viejo, como un individuo que tiene una larga vida detrás de si, y delante, una esperanza de supervivencia limitada.

La sociedad de hoy, como hemos visto, les da a los ancianos, tiempo libre, quitándoles los medios materiales de utilizarlos.

En la vejez, los explotados están condenados si no a la miseria, por lo menos, a una gran pobreza, a alojamientos incómodos, a la soledad, lo que les produce un sentimiento de decadencia y una ansiedad generalizada.

REHABILITACION GERIATRICA

El enfoque integral de la rehabilitación en Geriatría debe dirigirse a la aplicación de las técnicas terapéuticas al anciano. Y para lograrlo se debe de luchar contra una

serie de factores que dificultan la aplicación terapéutica:
Conducta pasiva: Por lo general los ancianos han perdido el interés por cualquier tipo de actividad, habrá que estimular al desarrollo y práctica de las mismas, buscándoles incentivos, para que puedan encontrar satisfacción y recreo al realizarlas.
Dependencia: El anciano suele hacerse dependiente, como refugio de su soledad interior. Se debe forzar al máximo la consecución de una total independencia para el desarrollo de todas las actividades, tanto personales como colectivas.
Alejamiento: Este es otro problema que plantea el anciano, el alejamiento de todo contacto social, siendo necesario, el estímulo para una convivencia, que en muchas ocasiones será el resultado de una terapia de grupo bien dirigida.
Existencia de mitos: Es frecuente, en estas edades oir frases como: "a mi edad ya no sirvo para nada", "debería morirme". Se debe demostrarles por todos los medios, con sus propias actividades, que aún son útiles, para el desarrollo de varias funciones que pueden reanudar en beneficiio propio y de los demás.

Dentro de la Rehabilitación geriátrica, el ejercicio terapéutico, es necesario para evitar la aparición de una serie de limitaciones que, sin constituir secuelas de una

patologia, si va a impedir, o al menos limitar, la realización de una serie de actividades. Es decir lo que se trata de hacer es una Prevención. El ejercicio terapéutico se basa en la reeducación: desarrollar una conciencia motora y una respuesta voluntaria, desarrollar la fuerza y elevar el umbral de fatiga en tipos de movimientos necesarios, efectivos y seguros. En la Tercera Edad, el ejercicio debe ser: sencillo, progresivo y no debe producir molestias. Los objetivos del ejercicio terapéutico en la tercera edad deberán de ir dirigidos a evitar la aparición de deformidades mantener una capacidad respiratoria adecuada y mantener una independencia.

Sin embargo, todos sabemos, que no es fácil mentalizar al anciano, para el desarrollo de actividades terapéuticas, ya que presentan: falta de confianza en sí mismos, falta de decisión y motivación, aislamiento, como consecuencia de la falta de relación con el mundo exterior.

Por ejemplo, cuando a pesar de las dificultades que entraña el desarrollo de ejercicios físicos y deportivos, correctamente realizados por personas de la tercera edad, poniéndolos en práctica, descubren que recuperan la alegría de jugar y la alegría de vivir. Además de esto, se persigue aumentar la agilidad, coordinación, estabilidad, conseguir

una potencia muscular suficiente para el desarrollo de una actividad normal, conseguir la adquisición de reacciones defensivas, ante estímulos externos que puedan desencadenar algún peligro.

En otro aspecto, como medida preventiva terapéutica, se deben de realizar actividades sociales en personas de la tercera edad, para evitar la soledad y el aislamiento social. Estos no son aspectos ligados directamente a la salud física y mental de los ancianos, pero pueden desencadenar la involución y deterioro del estado de salud y validez.

En el tratamiento terapéutico, para determinar la edad funcional de cada persona, se debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:

a) La edad biológica, que se mide por las reservas remanentes de vida, que en cada momento conserva el organismo o el individuo.

b) La edad psicológica, que se determina por la capacidad plástica del individuo, para adaptarse a nuevas condiciones internas o externas.

c) La edad social, que corresponde a la capacidad del sujeto para realizar los roles sociales que le son requeridos. Estas tres edades nos proporcionan el índice de la edad funcional, que se manifiesta como la habilidad para adaptarse

competente y eficazmente a las exigencias ambientales y a las condiciones de trabajo y vida.

En la rehabilitación en Geriatría, es necesario, establecer una diferencia, entre aquellos procesos favorecidos por la ancianidad biológica y los que son resultado de la instauración o desarrollo de una ancianidad patológica. El anciano suele sufrir enfermedades con mayor facilidad y frecuencia que el individuo joven, y sus recuperaciones son más lentas e incompletas. Esta lentitud reparadora debe tenerse en cuenta, para la valoración del pronóstico temporal rehabilitador.

En la Gero-Rehabilitación existen tres tipos de procesos patológicos que inciden en el anciano:

1. Síndromes invalidantes, que aunque con sus características y frecuencias propias, no son privativos de la tercera edad.
2. Enfermedades no invalidantes en sí, pero que en el anciano se recuperan lentamente, favoreciéndose por los efectos desastrosos de la inactividad física, mental y social, por lo que deben ser ayudados para recuperar su independencia.
3. Síndromes involutivos y degenerativos, propios del envejecimiento biológico, al que habría que sumar, frecuentes y diversos factores sociológicos que inciden negativamente sobre el estado de salud del anciano.

Los procesos que con más frecuencia presentan en el anciano algún tipo de patología invalidante y por tanto son subsidiarios de rehabilitación son:

1. Síndromes neurológicos: presididos por el accidente vasculocerebral agudo con secuela de hemiplegia y en ocasiones con trastornos del lenguaje, los síndromes extrapiramidales como el Parkinson y los derivados de la arteriosclerosis senil.

2. Síndromes del aparato locomotor: traumatismos que ocasionan fracturas, presididas por las de cadera y columna vertebral, tan frecuentes en estas edades, vasculopatías periféricas que determinan con frecuencia la amputación, como necesidad terapéutica y los síndromes reumáticos de tipo inflamatorio o degenerativo.

3. Síndromes cardiorespiratorios: con las insuficiencias cardiorespiratorias agudas, bronquitis, enfisemas y asma bronquial, entre otros.

La rehabilitación del anciano debe mantenerse lo más cerca posible de una jornada de trabajo completa, en la que todo el personal, trabaje con una clara identificación de medios y finalidades, como es propio de un verdadero equipo.

Es necesario que no se presenten alteraciones o

anormalidades en su autovaloración, ni en sus relaciones con la familia, debiéndose evitar las actividades superprotectoras o agresivas, las cuales podrían arruinar gran parte de la labor terapéutica y psicoterápeuta.

Los objetivos inmediatos en la rehabilitación geriátrica son:

1. Valoración de las capacidades residuales, se ha de tener en cuenta la antiguedad del proceso, la edad del paciente, el peso, la región afectada, el estado mental, las complicaciones, el tipo de vida que llevaba con anterioridad el paciente, y su medio socio-familiar.
2. Conseguir la independencia para el desarrollo de todas las actividades cotidianas y de su propia movilidad.
3. Mantener la integración en el medio socio-familiar, para lo que las hospitalizaciones, han de ser lo más breves posibles. El tratamiento rehabilitador, podrá ser continuado en cualquiera de los niveles de asistencia ambulatoria.
4. Desarrollar el interés para la práctica de diversas actividades, con el fin de que el anciano esté entretenido y se distraiga. Al mismo tiempo, pueda apreciar cierta utilidad en el trabajo que desarrolla.

El estudio de campo con pacientes de síndromes involutivos y degenerativos se realizó en el Centro de

Atención Médica Integral para Pensionados, CAMIP, dependencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), Institución Semiautónoma, que fue creada en febrero de 1984, cubriendo los servicios de invalidez, vejez y sobrevivencia.

Dentro de los programas que ofrece a los pacientes geriátricos, jubilados o pensionados están: Consulta Externa, Visita Domiciliaria y Centro de Día.

En la Consulta Externa, se da asistencia por especialidades como: Ginecología, Traumatología, Cirugía, Oftalmología, Odontología, Reumatología, Cardiología, Rehabilitación, Asistencia Farmacéutica, examenes de laboratorio y examenes complementarios.

El programa de Visita Domiciliaria, presta atención médica a domicilio a los pensionados que por su estado patológico o por su misma senectud sean incapaces de ambular, y ya no puedan asistir al CAMIP.

El programa de Centro de Día, presta asistencia social en rehabilitación física, psicológica y psicomotriz, integrado por el equipo multidisciplinario (Psicología, Psiquiatría, Terapia Ocupacional y Recreativa, Fisioterapia, Trabajo Social, Enfermería y Fisiatría).

La vejez es una experiencia que se vive de acuerdo al

estilo de vida que se ha observado a lo largo de la vida. Por eso, es indispensable la educación en la vejez, conocer lo que ésta depara, de tal manera que no lo encuentre desprevenido, poder aceptarla y encontrar los caminos adecuados para seguir manifestando la energía y la creatividad de que aún se dispone, en la Tercera Edad.

ANTECEDENTES

En el año de 1,993, periodo comprendido de marzo a octubre, se realizó el trabajo de investigación titulado "La Gimnasia Terapeútica Acúatica y Recreativa como una alternativa de la Terapia Ocupacional y Recreativa en pacientes Geriátricos con problemas de Insomnio en el CAMIP", elaborado por Magda Cecilia Alfaro y Julio Cesar Sánchez. Se utilizó como técnica de tratamiento la Gimnasia terapeútica acuática, hecho que dio buen resultado, obteniendo dentro de sus conclusiones que ésta es efectiva para estimular la sociabilidad de los pacientes, mantener el funcionamiento físico-psicológico y porque es una nueva modalidad de rehabilitación para el paciente insomne. Asi mismo en el año de 1,996, en el período comprendido de febrero a abril, se realizó el trabajo titulado: "La importancia del Terapista Ocupacional y Recreativa, en un

Club de pacientes geriátricos con Osteoartritis", elaborado por Verónica Figueroa y Julia Antonieta Ortíz Maquíz.

Se utilizó como técnicas de tratamiento, la Terapia de Autoayuda, Ergoterapia y Recreación; las cuales ayudaron al tratamiento de pacientes geriátricos con osteoartritis, mejorando su sociabilidad, funcionamiento físico-psicológico. Se tomó la idea de aplicar estas mismas técnicas, incluyendo Caminata, Gimnasia, Técnicas de relajamiento, con pacientes geriátricos, que presentaran problemas de baja autoestima, depresión, crisis existencial, insomnio como ayuda de tratamiento psicológico mejorándolos física y psicológicamente.

Después de haber presentado los elementos teóricos del presente trabajo se planteó la siguiente Hipótesis:

HIPOTESIS

La Terapia Funcional Psicológica, a través de sus técnicas: Terapia Acuática, Terapia Recreativa, Ergoterapia, Técnicas de Relajación, Gimnasia y Caminata es efectiva, en pacientes Geriátricos, mejorándolos física y psicológicamente y de esa manera conducirlos a que ocupen satisfactoriamente su tiempo libre.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Terapia Funcional Psicológica

INDICADORES

-Recreación -Ejercicio terapéutico -Trabajos manuales -Gimnasia acuática -Gimnasia -Caminata -Técnicas de relajamiento

VARIABLE DEPENDIENTE

Mejorar a los pacientes Geriátricos en sus áreas Psicológica y Física, conduciéndolos a que ocupen su tiempo libre satisfactoriamente.

INDICADORES

-Stress -Depresión -Autoestima

-Frustración -Funciones y/o Capacidades Intelectuales

-Capacidad Física: -resistencia -amplitud articular -coordinación -equilibrio

CAPITULO II

TECNICAS E INSTRUMENTOS

El Centro de Atención Médica Integral para pensionados CAMIP, fue creado por el Consejo Técnico del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en febrero de 1,984, para cubrir a los pensionados por el programa de protección relativa, invalidez, vejez y sobrevivencia, del IGSS.

El Centro de Atención Médica Integral para Pensionados, cubre los servicios de: Consulta Externa, Visita Domiciliaria, Centro de Día, en donde asiste regularmente una población total de 5,000 pacientes.

Para la realización del trabajo de campo, llevamos a cabo los trámites pertinentes: Se obtuvo una carta de aprobación por parte de la Dirección del Centro de CAMIP, seguidamente se trasladó a oficinas centrales al departamento de docencia e investigación, quienes le dieron el visto bueno.

De la población total, se seleccionó una muestra de tipo intencional o de juicio (aquella muestra que reuna las características o cualidades que elegimos previamente), de 30 pacientes, los cuales fueron referidos por los departamentos de Terapia Ocupacional y Fisioterapia,

quienes reunieron las siguientes caracteristicas: pacientes jubilados o pensionados, que fueran independientes para el manejo de las actividades de la vida diaria, con problemas de depresión, baja autoestima, crisis existencial, insomnio y stress.

Dentro de la muestra de estudio encontramos pacientes de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 45 a 65 años, consideramos que en su mayoria fueron de una condición socioeconómica baja, con escolaridad a nivel medio.

TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

En el estudio acerca de la eficacia de la Terapia Funcional Psicológica, una guia de cómo ocupar satisfactoriamente el tiempo libre, contamos con la ayuda de diversas técnicas e instrumentos para alcanzar los objetivos propuestos y comprobar la hipótesis de estudio, las que describimos a continuación:

Cuestionario: Instrumentos que se utilizan para obtener un mayor conocimiento de lo que sabe una persona, según sea el tema de estudio. Elaboramos y aplicamos dos cuestionarios estructurados, en donde los pacientes expresaron sus ideas, acerca de la manera en que, como personas jubiladas o pensionadas ocuparon su tiempo libre tanto en el circulo familiar como social. El primero aplicado

al inicio y el segundo al final del programa, en forma grupal. Para aplicarlos dimos las instrucciones necesarias a los pacientes, indicándoles que deberían de llenar las hojas con sus datos generales. Luego procedimos a leerles las preguntas, y si el caso lo meritaba ayudamos a los pacientes, a responder por escrito cada una de sus respuestas. Tomamos como indicadores de la variable dependiente: autoestima, frustración, stress, independencia, para determinar el estado emocional del paciente y obtener el diagnóstico incial del tratamiento a seguir, y la efectividad del mismo. (Ver anexo 1 y 2).

Observación: Es una técnica que se utiliza para conocer las actitudes y/o aptitudes de las personas, en diversas situaciones. Fue participativa, y nos permitió experimentar junto con los pacientes los resultados del programa de terapia funcional psicológica, y comprobar así su eficacia. Tomamos como indicadores de la variable dependiente: stress, depresión, autoestima, capacidades intelectuales y físicas. Para llegar así a conocer las características del grupo.

La observación la realizamos cada jueves en un horario de nueve a once de la mañana, en un término de 3 meses. (Ver Anexo No.3)

Entrevista: Es una conversación planeada en la cual intervienen dos personas, el entrevistador y el entrevistado, con el objetivo de dar y recibir información. Proceso de comunicación personal en el que se transmite la información por medio del lenguaje. Entrevistas libres, con las cuales obtuvimos bases sólidas acerca de la evolución de cada uno de los pacientes dentro del programa. Las realizamos 2 veces durante cada mes y tomamos como indicadores de la variable dependiente: autoestima, depresión, stress, funciones intelectuales.

Ficha de Evolución: Instrumento muy útil, para llevar un mejor control de la evolución del paciente, la cual sirve para realizar comparaciones confiables del tratamiento de cada paciente. Fichas de evolución, que nos permitieron llevar un control riguroso de cada paciente, tomando como indicadores de la variable dependiente: stress, autoestima, capacidad fisica, funciones intelectuales, depresión. (Ver Anexo No.4)

Metodología utilizada en el desarrollo del programa:

Para la realización de este trabajo utilizamos las siguientes técnicas: CONFERENCIAS: Expusimos temas acerca de conceptos básicos en relación a la Tercera Edad, con los cuales logramos despejar algunas dudas y despertar el interés

de los pacientes hacia el trabajo de grupo; entre los cuales podemos mencionar: Autoestima, La Soledad, Relaciones Interpersonales, Edades de la Vida, Cómo administrar mejor su dinero, Vejez y Ejercicio. TERAPIA ACUATICA: Método de tratamiento preventivo que tiene como objetivo la liberación de tensiones reconocimiento y valoración de capacidades e incapacidades, adaptación al medio ambiente.

Cada sesión de Terapia Acuática la llevamos a cabo en la piscina de CAMIP, con una duración de una hora, en donde se siguió con el órden estipulado de esta técnica: gimnasia fuera del agua (calentamiento), introducción al agua y gimnasia dentro del agua, ejercicios de relajación y recreación dentro del agua. (Ver Anexo No. 5).

TERAPIA RECREATIVA: Tratamiento rehabilitativo que tiene como objetivo principal incrementar el interés del paciente hacia tareas útiles, estimular la sociabilidad, capacidades y habilidades, perseverancia, confianza en sí mismo. Estas actividades las llevamos a cabo en el área verde de CAMIP, con una duración de una hora, en el siguiente órden: dinámicas de presentación, integración, competencia, relajación y despedida. (Ver Anexo No. 5).

ERGOTERAPIA: Método de reeducación activa cuyo objetivo principal es enseñar al paciente a ocupar su tiempo libre,

desarrollar o mantener capacidades o habilidades, elevar el autoestima, mejorar la sociabilidad e incrementar la tolerancia a la frustración. Llevamos a cabo dos sesiones, en el salón de usos múltiples de CAMIP, con una duración de una hora, por sesión.
(Ver Anexo No.5).

GIMNASIA: Técnica rehabilitativa que tiene como objetivo mantener las capacidades vitales y el bienestar físico y psicológico del paciente, mejorar la coordinación, equilibrio y amplitud articular. Las llevamos a cabo en el departamento de Fisioterapia con una duración de media hora. (Ver Anexo No. 5).

CAMINATA: Deporte muy apropiada para la tercera edad por ser una técnica sencilla que no necesita equipo ni instalaciones específicas. Las realizamos en las instalaciones de CAMIP, con una duración de media hora. (Ver Anexo No. 5)

TECNICAS DE RELAJAMIENTO: Tiene como objetivo aliviar y modificar la vida del paciente por medio del encuentro del aparato psiquico y orgánico. El lugar apropiado para llevarlas a cabo fue el salón de usos múltiples de CAMIP, con una duración de cuarenta y cinco minutos. (Ver Anexo No. 5).

TECNICAS DE ANALISIS ESTADISTICOS

DESCRIPCION E INTERPRETACION DE DATOS

Con los resultados obtenidos, en base a los instrumentos de recolección de datos, realizamos un adecuado análisis descriptivo.

Como primer paso sumamos los resultados obtenidos, de los cuestionarios aplicados, en base a cada una de las respuestas dadas, ya sea afirmativas o negativas sobre cuestiones de la Tercera Edad. Seguidamente procedimos a tabular los resultados y asi poder seguir con un órden lógico. Ya con los resultados elaboramos dos diagramas de barra, uno por cada cuestionario aplicado. En base a los resultados realizamos el diagnóstico cualitativo, para comprobar la eficacia del programa que llevamos a cabo.

El estudio fue más de tipo cualitativo que cuantitativo.

CAPITULO III

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

El trabajo de campo lo realizamos en el Centro de Atención Médica Integral para Pensionados CAMIP, dependencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGGS, específicamente en el Centro de Dia, con la colaboración de los departamentos de Terapia Ocupaciónal y Fisioterapia.

A continuación se da un análisis cualitativo y cuantitativo de los resultados obtenidos en base a los intrumentos utilizados en la realización del trabajo.

Con respecto al estudio realizado, a una muestra de pacientes Geriátricos, a quienes les aplicamos un cuestionario inicial, referente a cómo se desenvolvían tanto en los aspectos familiar como social; y conjuntamente con la observación y entrevistas libres aplicadas, pudimos determinar el diagnóstico inicial de grupo:

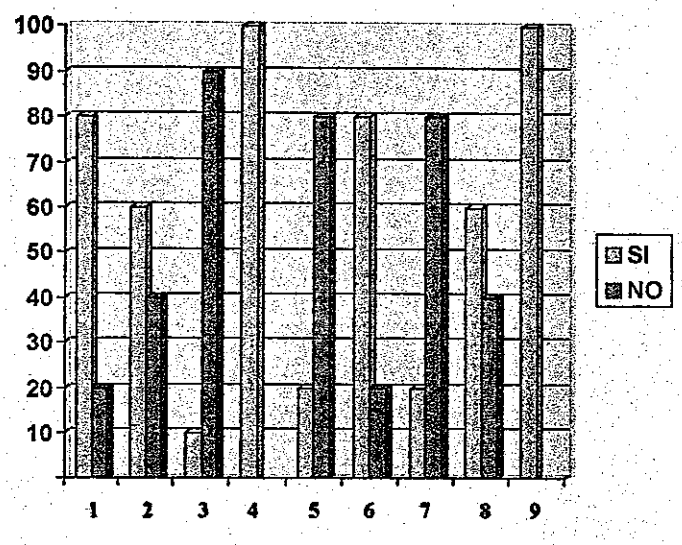
Durante la primera sesión del programa de Terapia Funcional Psicológica, la mayoría de pacientes no se presentaron puntuales a su cita, y respecto a su aspecto físico, la mayoría llegó con sus prendas de vestir algo sucias. Pudimos observar mucha ansiedad en ellos, falta de confianza

en si mismos, conductas vagas, depresión. Al aplicarles el cuestionario número 1, la mayoría respondieron que padecían de molestias o enfermedades como artritis, angina de pecho, hipertensión, gastritis, problemas de visión, audición, etc., por lo cual nos comentaron que debido a problemas de salud, problemas económicos, por carecer de trabajo y una entrada fija de salario y viudez, estaban muy solos, tristes y desvalorizados como personas, hasta el extremo de sentirse una carga para su familia, con quienes la mayoría de ellos compartía su hogar. Además, debido a todo esto, los pacientes presentaron baja autoestima, insomnio, crisis existencial, frustración, lo que repercutió en sus funciones intelectuales y capacidad física. La mayoría de pacientes fue independiente para el manejo de sus actividades de la vida diaria, por ejemplo observamos que la mayoría de ellos, pudieron llegar solos a su cita, sin ningun familiar que los acompañara, pero contradictorio a esto, ninguno afirmó que tuviera una vida social activa, o que supiera la manera correcta de cómo ocupar satisfactoriamente su tiempo libre, ya que se dedicaban a pasar el día encerrados en sus hogares, escuchando música, o bien viendo la televisión. Por lo que expresaron que les gustaría aprender técnicas que les enseñaran a ocupar satisfactoriamente su tiempo libre. (Ver gráfica No. 1)

GRAFICA No. 1

Diagnóstico inicial de los 30 pacientes del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados CAMIP, evaluados antes del programa de Terapia Funcional Psicológicas.

Guatemala, Junio de 1998



1. Se vale por sí mismo
2. Es una carga para su familia
3. Ocupa su tiempo satisfactoriamente
4. Padece de alguna molestia o enfermedad
5. Goza de una vida social satisfactoria
6. Mantenerse ocupado le ayudaría a llevar una vida satisfactoria
7. Vive solo
8. Participaría en actividades Psicológicas
9. Participaría en actividades para ocupar su tiempo libre

Debido a esto, como medida preventiva de tratamiento psicológico, se integró el grupo de Terapia Funcional Psicológica, una guía de como ocupar satisfactoriamente el tiempo libre en pacientes geriátricos, con el fin de mejorarlos en sus áreas biológica, psicológica y social. El programa de Terapia Funcional Psicológica, se valió de 6 técnicas terapéuticas, para poder comprobar su eficacia en el tratamiento psicológico con pacientes geriátricos, siendo estas:

Terapia Acuática: Esta técnica rehabilitativa la llevamos a cabo durante la cuarta sesión del programa, fue realizada en el área de la piscina de CAMIP, con una duración de una hora. Siguiendo con los requisitos establecidos, procedimos en primer lugar a realizar los ejercicios de calentamiento fuera del agua, utilizando de fondo música pop. Luego los pacientes se introdujeron a la piscina y se siguió con el órden de ejercicios estipulados: gimnasia, ejercicios de relajación y recreación dentro del agua.

Durante estas actividades observamos que los pacientes se mostraron bastante incómodos al inicio, ya que debieron despojarse de sus prendas de vestir por las de traje de baño, pero poco a poco, con los ejercicios, cada uno fue formándose un concepto nuevo de la técnica, y al estar dentro del agua,

el paciente pudo expresarse mejor, ya que la realización de los ejercicios, y la convivencia con sus compañeros por medio del juego, fue un medio eficaz para que liberaran el stress existente.

Dentro de las alteraciones psicológicas que observamos en el paciente, estuvo la dificultad de adquisiciones nuevas y modificación de la afectividad, ya que, el hecho de experimentar una situación nueva para ellos y el tener que mantener un contacto físico con sus compañeros, les produjo ansiedad al inicio de la actividad. Pudimos evaluar en los pacientes, su capacidad física, resistencia, coordinación, amplitud articular, equilibrio, dependiendo de cómo se desenvolvían para realizar cada uno de los ejercicios, tomando en cuenta el grado de dificultad de los mismos. Su autoestima, de acuerdo a la manera en que se expresó de sí mismo y cómo se comportó en frente de su grupo de trabajo. La memoria, interés y atención según la capacidad demostrada para poder seguir con las instrucciones dadas, o bien dependiendo de si su participación en cada ejercicio fue activa o de tipo pasivo, todo esto lo evaluamos por medio de la observación participativa; al realizar cada uno de los ejercicios indicados por nosotras, en donde al final

de la sesión los pacientes se mostraron más atentos y colaboradores.

Terapia Recreativa: Esta técnica la llevamos a cabo durante la primera, tercera, octava, décima y onceava sesión, la desarrollamos en el área verde de CAMIP, y en el Salón de Usos Múltiples, dependiendo del tipo de actividad, es decir dinámicas competitivas o dinámicas de relajación, con una duración de una hora. En cada una de estas actividades nos valimos de la observación y participación activa, para evaluar en los pacientes, capacidades fisicas: según el grado de dificultad que tuvieran para realizar movimientos corporales ya fueran gruesos o finos, capacidades intelectuales: atención, memoria, interés, perseverancia, al momento de seguir con las instrucciones dadas, y la manera en que se ubicaron en tiempo y espacio; en su memoria inmediata, y de acuerdo a qué tiempo utilizaban para realizar cada juego, si se daban por vencidos muy rápido, o bien si intentaban realizar su máximo esfuerzo.

Apreciamos al inicio del programa, que el paciente fue poco expresivo, no aceptó tan fácilmente el contacto con sus compañeros, y la mayoría de las veces mostraron una actitud egocéntrica, pero poco a poco el estar inmersos en un grupo

de tratamiento psicológico, les ayudó a adquirir mayor confianza en si mismos y pertenencia de grupo. Al final del programa el paciente colaboró más fácilmente, se expresó mejor, aceptó el contacto con sus compañeros y demostró bastante interés por las actividades recreativas.

Ergoterapia: Esta técnica la llevamos a cabo durante la segunda y décima sesión, en el Salón de Usos Múltiples, con una duración de una hora. Durante el desarrolló de la misma apreciamos, que la mayoría de pacientes mostraron cierto temor al decir que no estaban acostumbrados a realizar trabajos manuales y se limitaron a seguir con las instrucciones dadas, sin poner en práctica su creatividad. Dentro de las alteraciones psicológicas observamos decadencia en la atención y memoria, una lentitud perceptiva y asociativa y una dificultad creciente en la adaptación de nuevas situaciones. Durante la décima sesión, el paciente se comportó más seguro, poniendo en práctica su creatividad, se mantuvo más atento al trabajo que realizó, demostrando mayor interés, fue más expresivo con su grupo de compañeros, mostró bastante dedicación en la elaboración del trabajo, y sobre todo ya no se escuchó ningun comentario negativo, en cuanto a que ellos ya estaban muy grandes y viejos para poder

elaborar algo bonito. Nos valimos de la observación y participación activa, para poder evaluar la frustración existente en el paciente, al demostrar muy poco interés y entusiasmo para realizar el trabajo; capacidades intelectuales, atención, memoria, perseverancia, en la manera en que siguieron instrucciones y lo terminaron a pesar de las dificultades que se les presentaron, por ejemplo, en el desarrollo de movimientos muy finos y por último coordinación, al realizar movimientos gruesos; en la elaboración de los dos trabajos manuales.

Gimnasia: Esta técnica la utilizamos durante la séptima, novena y onceava sesión, en el área de Fisioterapia, con una duración de 30 minutos. Durante estas sesiones de gimnasia contamos con la ayuda del Fisioterapista encargado, quien dirigió a los pacientes del programa de Terapia Funcional Psicológica. El objetivo de estas sesiones fue el de mejorar las capacidades vitales, coordinación, equilibrio, amplitud articular, de los pacientes. Realizamos actividades con ejercicios de calentamiento, cabeza, cuello, hombros, miembros superiores e inferiores. Durante la primera sesión de esta técnica, los pacientes mostraron rechazo hacia la actividad y comentaron que sintieron verguenza de realizar cada uno de los ejercicios, ya que no les gustaba

bailar, o bien que ya estaban grandes para ese tipo de actividades. Observamos en ellos, cierto grado de dificultad para poder seguir con las instrucciones del fisioterapista y durante la primera sesión, la mayoría se quedaba parado observando al grupo de sus compañeros; el stress manejado por los pacientes fue bastante notorio, la mayoría reía descontroladamente, se veían sudorosos y un poco molestos. Durante la tercera sesión de gimnasia, el paciente se desenvolvió con más seguridad, y le fue más fácil seguir con las instrucciones y el ritmo del fisioterapista. Observamos que el paciente fue capaz de liberar su stress, pues no tuvo miedo ni verguenza de desenvolverse libremente, en frente de su grupo de trabajo, el paciente pudo gritar, reir, y aplaudir fuertemente junto con el fisioterapista. Por medio de la observación pudimos evaluar la capacidad física, resistencia, coordinación, amplitud articular y equilibrio. Observamos como alteración psicológica una dificultad de adquisición de nuevas situaciones, ya que evidentemente la gimnasia, implicaba que los pacientes realizaran ejercicios con música, sabiendo llevar un ritmo, algo que era nuevo para todos.

Caminata: Esta técnica rehabilitativa la llevamos a cabo durante la tercera y sexta sesión, la realizamos en el área

verde de CAMIP, con una duración de media hora; para lo cual pedimos a los participantes se presentaran con ropa y calzado adecuado. Observamos que los pacientes disfrutaron de la caminata, paisaje y ejercicio. Pudieron establecer contacto como grupo, siguiendo un orden adecuado en la marcha; fueron bastante atentos con sus compañeros que necesitaron de ayuda, por ejemplo, al subir una rampa, observamos sus rostros bastante sonrientes y serenos. Pudimos evaluar la capacidad física del paciente, ya que aquí el ejercicio por ser muy completo requería una buena coordinación de movimientos, equilibrio en el terreno quebrado y resistencia para poder terminar con el recorrido que se había estipulado.

Técnica de relajamiento: Esta técnica la llevamos a cabo durante la séptima sesión, en el Salón de Usos Múltiples, con una duración de cuarenta y cinco minutos. El grupo de pacientes, mostraron bastante entusiasmo e interés en dicha técnica y comentaron que la misma les sería de mucha útilidad al ponerla en práctica en su hogar. Observamos que los pacientes pudieron experimentar una sensación de paz y tranquilidad, ya que la técnica fue de gran ayuda como medio de escape a los problemas de su vida cotidiana. En

esta sesión observamos a algunos pacientes llorando, y con signos depresivos, otro comentó que se había logrado quedar dormido, y que al despertar se sentía lleno de energía y vitalidad, para afrontar cada una de las actividades de ese día.

Pudimos evaluar la autoestima al escuchar comentarios positivos de los pacientes, observamos un mejor arreglo personal y una actitud más positiva en los mismos. La atención, al comprobar la manera correcta en que siguieron con las instrucciones dadas, y por último coordinación, para poder realizar diferentes movimientos corporales, indispensables en dicha actividad. Al incio de la actividad observamos en los pacientes cierto grado de stress y frustración, como consecuencia de problemas familiares y de su existencia; los pacientes se presentaron muy serios y bastante aislados. Pero poco a poco, al entablar contacto con su grupo de terapia, dicha actitud cambió, por una más positiva.

Observamos durante la duración del programa de Terapia Funcional Psicológica, un mayor desarrollo en el área social de cada uno de los pacientes, apreciamos una mejor autoestima en ellos; en donde los signos depresivos se

aliviaron en la mayoría de casos, en general fueron más comunicativos, atentos, colaboradores, expresivos, lograron mantener un contacto más estrecho con su grupo, y nos comentaron, que el estar en el programa de terapia funcional psicológica era muy importante para ellos, pues les hacía sentirse útiles, y tener una ilusión para poder salir de sus hogares, arreglarse y sobre todo compartir aprendiendo cosas nuevas.

En general fue muy satisfactorio el poder comprobar que los objetivos planteados, se cumplieron con el grupo de terapia funcional psicológica.

ANALISIS DE RESULTADOS DESPUES DE PARTICIPAR EN EL PROGRAMA

Luego de haber aplicado una segunda evaluación al grupo de pacientes de Terapia Funcional Psicológica, y después de haber concluído con el programa de estudio, pudimos comprobar que positivamente, se lograron mejorar varios aspectos de su personalidad. Siendo estos: la autoestima, ya que el paciente geriátrico cambió de manera pensar, acerca de la Tercera Edad, aceptando que el envejecimiento no es más que un proceso en la vida del ser humano, que se incia desde su nacimiento, el cual está lleno de un cúmulo de experiencias adquiridas y satisfacciones personales. A la vez la mayoría de pacientes nos comentaron que sus molestias o enfermedades habían disminuído en gran escala, debido a que el mantener la mente y cuerpo ocupados positivamente, les ayudó a darles las pautas para olvidar tensiones, problemas y cualquier molestia que perturbara su tranquilidad, por lo que las conductas hipocondríacas disminuyeron también en los mismos; y aceptaron positivamente que el saber ocupar satisfactoriamente su tiempo libre y no sólo el hecho de pasar su tiempo libre, les había dado nuevas expectativas de

vida, mejorando así su relación con sus familiares, vecinos, amigos, y grupo de terapia. Tuvimos la oportunidad de conversar con familiares de dos pacientes, en donde también ellos confirmaron los logros alcanzados por los mismos, ya que tendrían tips o bien instrucciones necesarias para poderse desempeñar de manera activa dentro de sus hogares, en donde como principal aspecto, habia mejorado su calidad de vida. La mayoría de pacientes, pudieron aprovechar las ventajas de estar dentro de un grupo de terapia psicológica, el cual les sirvió, como medio de escape de stress y ansiedad existentes, nos comentaron que, después de mucho tiempo, nada les habia proyectado tanto dinamismo y positivismo, expresaron sentirse más jóvenes y buenos, en donde el amor por el prójimo se encendió nuevamente al tratar de olvidar rencores y resentimientos pasados. Al final del programa pudimos observar personas con más entusiasmo, alegria, positivismo, dedicación, colaboración, fueron mucho más pacientes y supieron reaccionar de manera más serena e inteligente ante los obstáculos que se le presentaron en cada momento. Por lo cual nos comentaron que la Terapia Funcional Psicológica sí fue efectiva para orientarlos a ocupar satisfactoriamente su tiempo libre, y que ese sería el inicio para poder participar de nuevas

técnicas rehabilitativas, y seguir a la vez con el programa de Terapia Funcional Psicológica.

Fue bastante satisfactorio para nosotras el poder mejorar en todos los aspectos a los pacientes, ya que por medio del programa, se trató a cada uno de la muestra de estudio como persona, y no simplemente como un número de afiliación, tuvimos la oportunidad de platicar con cada uno de ellos, y compartir así sus gustos, aficiones, temores, miedos, éxitos, ideales etc. Al finalizar el programa de terapia funcional psicológica, orientamos a cada uno de los pacientes, de acuerdo a su afición, para que siguiera dentro de un programa de terapia rehabilitativa que ofrecía el Centro de Atención Médica Integral para Pensionados CAMIP, especificamente en el Centro de Dia. (Ver gráfica No. 2)

El programa de Terapia Funcional Psicológica, lo llevamos cabo una vez por semana, en un horario de 9:00 a 11:00 horas, en un término de 3 meses. En el desarrollo de la guia, los pacientes nos expresaron sus logros y satisfacciones, y comentaron que si les gustaria seguir con este tipo de tratamiento psicológico.

Lo expuesto anteriormente lo comprobamos a través de la observación, participación activa, entrevistas libres,

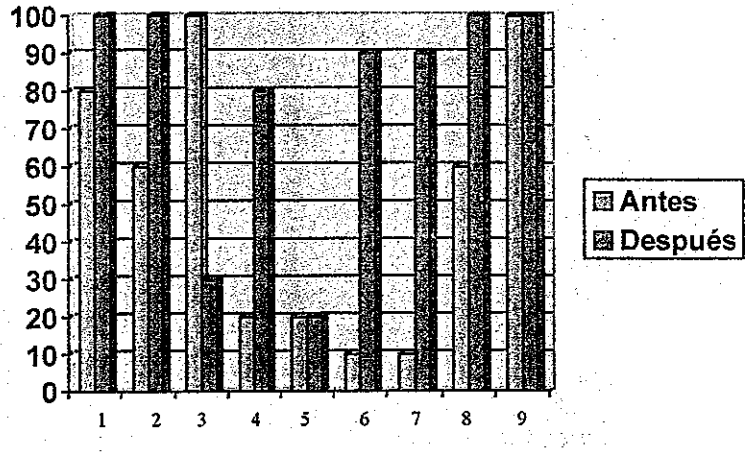
cuestionarios y fichas de evolución, aplicadas a la muestra de estudio.

Para lograr la evolución físico-psicológica de los pacientes, realizamos nuestro trabajo con iniciativa, responsabilidad y creatividad, logrando así, que tuvieran una participación positiva, actuando con mucho empeño y voluntad.

GRAFICA No. 2

sultados significativos en 30 pacientes del CAMIP después haber participado en el programa de Terapia Funcional cológica.

Guatemala, Septiembre de 1998



Independencia
Autoestima
Salud
Vida social activa
Vive solo
Realiza actividades diversas
Ocupa satisfactoriamente su tiempo libre
Participa en actividades psicológicas
Le gustaría participar en otras actividades terapéuticas

C A P I T U L O I V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

C O N C L U S I O N E S

1. La hipótesis planteada en este trabajo, referente a que la Terapia Funcional Psicológica, si es efectiva, en el tratamiento de pacientes Geriátricos, al orientarlos a cómo ocupar satisfactoriamente su tiempo libre, fue aceptada en un 83.33%.

2. El porcentaje de disprobación de la hipótesis se debe a variables, no controladas: ausencia, enfermedad, situación económica.

3. Los resultados obtenidos en el presente trabajo no pueden ser generalizados a toda la población del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados CAMIP, ya que se aplican únicamente y exclusivamente a la muestra estudiada.

4. La muestra evaluada logró reconocer sus habilidades, aptitudes y capacidades, al orientarlos a ocupar satisfactoriamente su tiempo libre, estimulando asi su autoestima y adaptación a su medio ambiente.

5. La Terapia Funcional Psicológica, a través del conjunto de actividades rehabilitativas, hace conciencia en el anciano, de que aún con sus limitantes, es una persona capaz de producir y estar inmerso en un grupo social.

R E C O M E N D A C I O N E S

1. Al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados CAMIP, especificamente al Centro de Dia, para que pueda crear un programa de divulgación acerca de la Terapia Funcional Psicológica, como tratamiento rehabilitativo en pacientes geriátricos y lograr por medio de éste, educar a la poblacion en general, acerca de los cambios normales e irreversibles, que acarrea con el paso del tiempo llegar a la Tercera Edad.

2. A la Escuela de Ciencias Psicológicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, para que sus profesionales y estudiantes, que participen en el tratamiento de pacientes geriátricos, utilicen la Terapia Funcional Psicológica, como medida preventiva, curativa y de promoción a la salud, en una forma efectiva.

3. A los familiares de pacientes geriátricos, para que reconozcan las capacidades, habilidades y experiencias adquiridas por sus familiares ancianos y les permitan asi, poder desempeñarse activamente dentro de su circulo familiar, haciéndolos sentir cómodos y útiles.

4. A la Universidad de San Carlos de Guatemala, para que despierte nuevas inquietudes investigativas, en el tratamiento de pacientes geriátricos, y poder hacer conciencia en el lector, sociedad y futuras generaciones de profesionales, de que las personas ancianas tienen el mismo derecho a ejercer similares roles sociales, intelectuales y familiares, al igual que las más jóvenes.

B I B L I O G R A F I A

Bize, P.R. y C. Vallier, La Psicología Moderna una vida nueva: La Tercera Edad. Bilbao: Ediciones Mensajero, 1973. Comprender, Sabesr y Actuar. 255 pp.

De Beauvoir, Simone, La Vejez. Traducción de Aurora Bernárdez. México: Editorial Hermes, 1983. 677 pp.

Ey, Henry, y otros, Tratado de Psiquiatría. 8a. edición. Barcelona: Toray-Masson, S. A. 1978. 1,100 pp.

Feighener J. P. y W. F. Boyer, Diagnóstico de la Depresión. Gran Bretaña: John Wiley S. y Sons, 1991. 365 pp.

Fiske, Marjoire, Edad Madura. México: Editorial Harla, 1980. 244 pp.

Girón Mena, Manuel Antonio, Gerocultura. Guatemala: 1991. 182 pp.

Guerrero López, Euquerio, Psicología de la Vejez. INSEN, 69 pp.

Hooker, Susan, La Tercera Edad. Traducción de Joaquin Adsuar. México: Editorial Gedisa Mexicana, 1983. 209 pp.

Lehr, Ursula, Psicología de la Senectud. Barcelona: Editorial Herder, 1980. 429 pp.

Parreño, J. R. Tercera Edad Sana. España: Editorial Artegraf, 1985. 471 p.p.

Philip Selby y Adrian Giffiths, Guía para un Envejecimiento Satisfactorio. Inglaterra: Editorial Parthenon Publishing, 1986. 205 pp.

Solares, Julio, Seminario de Formación Gerontológica. Guatemala: (Ministerio de Salud Pública), 1989. 43 pp.

Solomon, Philip y Vernon D. Patch, Manual de Psiquiatría. 2a. Edición. Trad. Dr. Armando Soto R. México: Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V., 1976. 466 pp.

ANEXO 1

CUESTIONARIO No. 1

Nombre: _____ No. de afiliación: _____

Ocupación: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

1. Cree usted que la persona de la 3era. Edad puede valerse por si misma.

   SI _____ No _____

2. Cree usted que la persona de la 3era. Edad es una carga para su familia.

   SI _____ No _____

3. Considera que la persona de la 3era. Edad puede ocupar su tiempo libre satisfactoriamente.

   Si _____ No _____

4. Padece de alguna molestia o enfermedad.

   Si _____ No _____

5. Considera que tiene una vida social activa satisfactoria.

Si _____ No _____

6. Cree que el mantenerse ocupado le ayuda a llevar una vida más satisfactoria.

Si _____ No _____

7. Actualmente vive usted solo.

Si _____ No _____

8. Ha participado en actividades psicológicas de técnicas preventivas y rehabilitativas.

Si _____ No _____

9. Le gustaría participar en actividades en las cuales le enseñe a ocupar su tiempo libre satisfactoriamente.

Si _____ No _____

ANEXO 2

CUESTIONARIO No. 2

Nombre: _____ No. de afiliación: _____

Ocupación: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

1. Considera que como persona de la Tercera Edad, es capaz de vivir independientemente dentro de su medio familiar y social.

   Si _____ No _____

2. Considera que la Tercera Edad es otra etapa más de la vida la cual está llena de satisfacciones y actividades para realizar.

   Si _____ No _____

3. Han disminuido o desaparecido sus molestias con la Terapia Funcional Psicológica.

   Si _____ No _____

4. Ha mejorado su vida social, después de haber participado activamente en la Terapia Funcional Psicológica.

   Si _____ No _____

5. Ha aprendido nuevas actividades con la Terapia Funcional Psicológica, que haya puesto en práctica en su hogar.

Si _____ No _____

6. Actualmente vive usted solo.

Si _____ No _____

7. Ocupa satisfactoriamente su tiempo libre.

Si _____ No _____

8. Participa en actividades psicológicas, que le enseñen y orienten a ocupar su tiempo libre, y liberar stress.

Si _____ No _____

9. Le gustaría seguir con el tratamiento de la Terapia Funcional Psicológica, como programa ya establecido dentro de CAMIP.

Si _____ No _____

ANEXO 3

B O L E T A D E O B S E R V A C I O N

Nombre : _____

No. de Afiliación: _____

Ocupación: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

1. Participa el paciente en las actividades recreativas:

_____

_____

2. Colabora el paciente en el trabajo individual, dentro del grupo: _____

_____

3. Cómo se observa en el paciente el autoestima: _____

_____

4. Cómo se observa la apariencia física del paciente, al realizar los ejercicios físicos terapéuticos: _____

_____

5. Cómo maneja el paciente el stress, en su vida diaria:

_____

_____

ANEXO 4

FICHA DE EVOLUCION

HOJA No. _____ No. de Afiliación: _____

Nombre del paciente: _____

Ocupación: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Diagnóstico: _____

FECHA	EVALUACION	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES: _____

_____

EVALUO: _____

ANEXO 5

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

1era. Sesión:

-Presentación y conformación del grupo de Terapia Funcional Psicológica

-Aplicación de cuestionario No. 1

-Dinámicas de integración

2da. Sesión:

-Plática, tema de interés "Autoestima"

-Elaboración de trabajo manual "Collage de revistas

-Entrevistas

3era. Sesión:

-Mesa redonda, tema: "La soledad"

-Caminata

4ta. Sesión:

-Gimnasia terapéutica acuática

-Plática, tema: "Relaciones Interpersonales"

5ta. Sesión:

-Exhibición de película motivacional "Aladino y la lámpara maravillosa"

6ta. Sesión:

-Caminata

-Plática, tema: "Edades de la vida"

7ta. Sesión:

-Gimnasia

-Técnicas de relajamiento

8ta. Sesión:

-Dinámicas competitivas

-Plática, tema: "Cómo administrar mejor su dinero"

9a. Sesión:

-Gimnasia

-Plática, tema: "Vejez y Ejercicios"

10a. Sesión:

-Sociodrama: "No todo lo que brilla es oro"

-Elaboración de trabajo manual "Cuadros decorados con papel de aluminio, portapapelero de tela y encaje"

11a. Sesión:

-Dinámicas competitivas

-Gimnasia

-Aplicación de Cuestionario No. 2

12a. Sesión:

-Evaluación de las actividades del programa

-Clausura

I N D I C E