

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“APOYO PSICOSOCIAL INTEGRAL AL ADULTO MAYOR DESDE UNA
PERSPECTIVA DE GÉNERO”**

GLORIA AURORA ZABALA DEL VALLE
MARTHA ZULIANA TRIBOULLIER GAITÁN

GUATEMALA, OCTUBRE 2011

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“APOYO PSICOSOCIAL INTEGRAL AL ADULTO MAYOR DESDE UNA
PERSPECTIVA DE GÉNERO”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

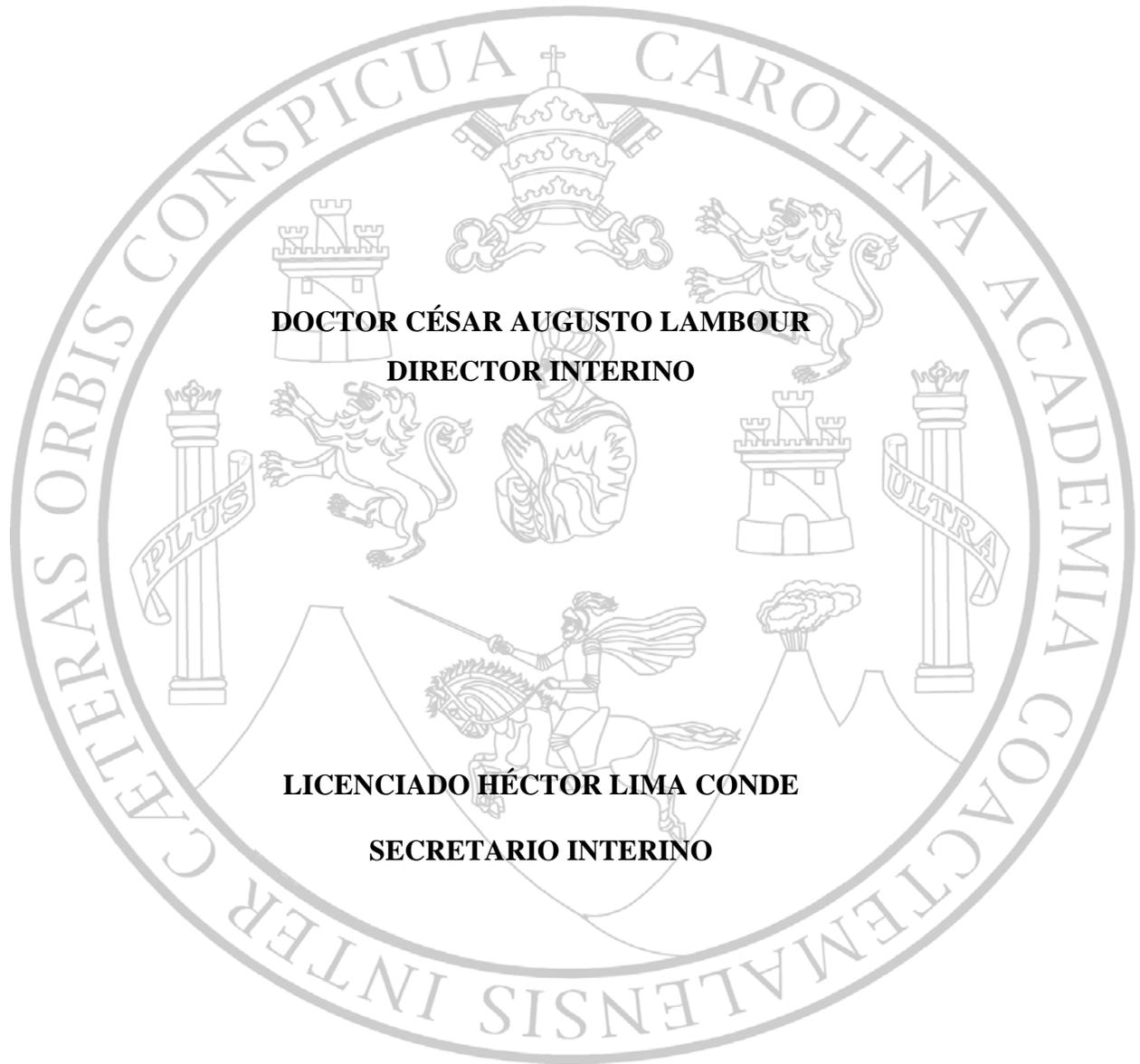
POR

**GLORIA AURORA ZABALA DEL VALLE
MARTHA ZULIANA TRIBOUILLIER GAITÁN**

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE PSICOLÓGAS
EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS**

GUATEMALA, OCTUBRE 2011

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



**DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR
DIRECTOR INTERINO**

**LICENCIADO HÉCTOR LIMA CONDE
SECRETARIO INTERINO**

**JAIRO JOSUÉ VALLECOS PALMA
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 370-2011
DIR. 1,610-2011

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

10 de octubre de 2011

Estudiantes

Martha Zuliana Tribouillier Gaitán
Gloria Aurora Zabala del Valle
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el **ACUERDO DE DIRECCIÓN MIL QUINIENTOS OCHENTA Y SIETE GUIÓN DOS MIL ONCE (1,587-2011)**, que literalmente dice:

"MIL QUINIENTOS OCHENTA Y SIETE": Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"APOYO PSICOSOCIAL INTEGRAL AL ADULTO MAYOR DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Martha Zuliana Tribouillier Gaitán
Gloria Aurora Zabala del Valle

CARNÉ No. 97-18003
CARNÉ No. 2002-10844

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Edgar Raul Santiago y revisado por la Licenciada Suhelen Patricia Jiménez. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

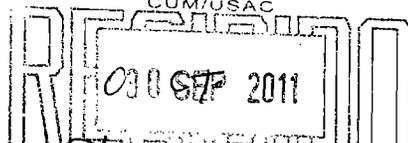
"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Doctor César Augusto Lambourizama
DIRECTOR INTERINO





Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



CIEPs

370-2011

REG:

242-2010

UREG:

242-2010

FIRMA: *[Signature]* HORA: 14:50 Registro: 242-10REG:

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

INFORME FINAL

Guatemala, 30 de Septiembre 2011

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Suhelen Patricia Jiménez ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN titulado:

“APOYO PSICOSOCIAL INTEGRAL AL ADULTO MAYOR DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO.”

ESTUDIANTE:
Martha Zuliana Tribouillier Gaitán
Gloria Aurora Zabala del Valle

CARNÉ No:
97-18003
2002-10844

CARRERA: Licencitura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 23 de Septiembre 2011 y se recibieron documentos originales completos el día 29 de Septiembre 2011, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciado **Helvin Orlando Velásquez Ramos**
COORDINADOR

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
Arelis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -C.U.M.-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPS 371-2011

REG: 242-2010

REG 242-2010

Guatemala, 22 de Septiembre 2011

Licenciado Helvin Orlando Velásquez Ramos: M.A. Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado Velásquez:

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

**"APOYO PSICOSOCIAL INTEGRAL AL ADULTO MAYOR DESDE
UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO."**

ESTUDIANTE:

Martha Zuliana Tribouillier Gaitán

Gloria Aurora Zabala del Valle

CARNE

97-18003

2002-10844

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 08 de Septiembre 2011 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Suhelen Patricia Jiménez
DOCENTE REVISOR



Arelis./archivo

Guatemala, 17 de agosto de 2011

Licenciada

Mayra Luna de Alvarez

Coordinadora Centro de Investigaciones en

Psicología –CIEPs- “Mayra Gutiérrez”

CUM

Estimada Licenciada Alvarez:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado “Apoyo psicosocial integral al adulto mayor desde una perspectiva de género” realizado por las estudiantes MARTHA ZULIANA TRIBOUILLIER GAITÁN, CARNE 97-18003 Y GLORIA AURORA ZABALA DEL VALLE, CARNE 2002-10844.

El trabajo fue realizado a partir del 9 de marzo de 2010 hasta el 16 de agosto de 2011.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Licenciado Edgar Raul Santiago
Psicologo
Colegiado No. 2219

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
HOSPITAL NACIONAL DE ORTOPEDIA Y REHABILITACION
DR. JORGE VON AHN

13 Calle 0-18, Zona 1, Guatemala, C.A.
Teléfonos: 2232-5742 • 2232-8090
hospitaldeorto@yahoo.com

Guatemala, agosto 10 del 2011
Of. Ext. No.184/11

Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPS- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas-CUM
Presente

Estimada Licda. de Álvarez:

Por este medio, me permito saludarla deseándole éxito al frente de sus labores diarias.

Al mismo tiempo hago constar que la estudiante, MARTHA ZULIANA TRIBOULLIER GAITÁN, carné No. 9718003 y GLORIA AURORA ZABALA DEL VALLE No 200210844, cumpliendo con el trabajo de investigación titulado **"Apoyo Psicosocial Integral del Adulto Mayor desde una Perspectiva de Género"**. Estudio realizado en el Asilo para Ancianitos de este Hospital, en el período comprendido del 05 de marzo al 29 de junio del presente año, en horario de 8:00 a 11:00 horas.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Atentamente,



[Handwritten signature]
Lic. Jesús Martín Giron Alemán
Jefe del Servicio de Psicología
Colegiado activo 3381

Vo.Bo.

[Handwritten signature]
Dr. Adolfo Guillermo López Escobar
Director Ejecutivo



PADRINOS

MARTHA ZULIANA TRIBOUILLIER GAITÁN

ENRIQUE GÁLVEZ-SOBRAL APARICIO

Cirujano Dentista

Colegiado No. 2,703

MARIO ALBERTO GAITÁN FLORES

Ingeniero Agrónomo

Colegiado No. 40016

GLORIA AURORA ZABALA DEL VALLE

ZOILA DEL VALLE NAVAS

Abogada y Notaria

Colegiado No.4252

MANUEL ESTUARDO JIMENEZ QUIÑONEZ

Administrador de Empresas

Colegiado No, 6654

DEDICATORIA

A DIOS:

Porque siempre estas a mi lado y llenarme de bendiciones hasta hoy en día.

A MIS PADRES:

Rafael Rolando Tribouillier y María Otilia Gaitán Flores, por permitirme dar el don de la vida.

A MIS TIOS:

Mario Alberto Gaitán Flores y Ligia Margarita Gonzales de Gaitán, por su amor incondicional e instruirme para la vida.

A MIS HERMANOS:

Iván, Oscar, Ana, Sussely, Ligia y Mario, por estar conmigo en los momentos más felices de mi vida.

A MI ESPOSO:

Enrique Gálvez-Sobral, por su amor, por estar a mi lado en los momentos que más lo he necesitado y llenar mi vida de alegría.

A MI HIJO:

Gabriel Gálvez-Sobral, por ser la fuerza e inspiración para seguir adelante.

A MI FAMILIA:

En especial a mi tía Lena y Juanito, a mis primos Vini, Quiquito y Helen por su apoyo y consejos.

A MIS AMIGOS:

Angela Osoy, Leddy Hernández, Karina Alvarado, Evelyn Barrillas, Mishel Ramírez por los bonitos momentos que vivimos.

Martha Zuliana Tribouillier Gaitán

DEDICATORIAS

A DIOS

Ser supremo, único, el que nos dio la vida, las capacidades y talentos, por su guianza y sabiduría para llegar a este momento tan especial, a él dedico este triunfo.

A MI ESPOSO

Rolando Diéguez por su amor, tolerancia, apoyo, consejos, por los sacrificios, desvelos y esfuerzos, por los obstáculos que atravesamos y superamos juntos en nuestro matrimonio. Gracias mi amor.

A MI HIJO

José Daniel por ser mi inspiración, razón de vivir, la herencia más hermosa que Dios nos regaló y de ser un ejemplo de vida para él.

A MIS PADRES

Carlos Zabala que está en el cielo por sus enseñanzas, paciencia y dedicación para convertirme en lo que soy y Miriam Waleska del Valle por ser una mujer ejemplar, luchadora, mejor amiga, por ser la vía de mi existencia, amor y apoyo en todo momento esencial de mi vida.

A MI HERMANO Y FAMILIA

Manuel Zabala, Dyann Donis y Mía Isabella gracias por estar a mi lado y por su apoyo incondicional. Por los momentos difíciles y hermosos que atravesamos, te amo hermano mío. Por esa hermosa sobrina que me han dado Mía Isabella y que su hogar sea bendecido enormemente.

A MI PADRINO

Ricardo Zabala por su apoyo, amor, consejo y asesoría en todo momento. Que Dios lo bendiga enormemente.

A MIS ABUELITOS

Walfre Orlando del Valle, Zoila Navas, Gloria Barrios y Ricardo Zabala por transmitir su sabiduría, amor y enseñanzas que en paz descansen.

A MIS SUEGROS, CUÑADOS Y SOBRINOS

Rolando Diéguez Ramírez, María Antonia de Diéguez, Luis Fonseca, Eloisa de Fonseca, Luis Antonio y Luis Enrique por ser tan especiales, comprensivos y apoyarme en el recorrido para llegar a este momento.

A todos los que estuvieron apoyándome, dándome aliento y amor gracias.

Gloria Aurora Zabala del Valle

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Carlos de Guatemala por la oportunidad que nos da de enriquecer nuestro conocimiento y alcanzar esta victoria.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas, a cada uno de los catedráticos que nos imparten de su enseñanza, en especial a los licenciados en psicología Edgar Raúl Santiago y Suhelen Jiménez por la asesoría que nos otorgaron para realizar el Trabajo de Investigación paso a paso hasta llegar a su culminación.

A la Dirección del Hospital de Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Jorge Vonn Ahn” quien abrió sus puertas a los estudiantes de psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, para poner en práctica los conocimientos adquiridos y poder brindarle a la sociedad guatemalteca un aporte a la problemática que se desencadena en el adulto mayor cuando son institucionalizadas. A las Hermanas de la Caridad por su apoyo. A los ancianitos que fueron nuestro sujeto y objeto de investigación, quienes abrieron su corazón y compartieron sus experiencias e hicieron posible el presente estudio.

A todos y cada una de las personas que directa o indirectamente colaboraron en la realización del mismo.

Como compañeras en nuestra carrera de Licenciatura en Psicología, por el desempeño y esfuerzo dedicado a realizar nuestro trabajo de investigación, en los que se tuvieron desvelos, alegrías, satisfacciones, preocupaciones, sustos, sobresaltos y trabajando como equipo, razones por las que este agradecimiento es mutuo, ya que no hubiera sido posible realizarlo de otra manera.

ÍNDICE

	Pág.
Resumen del Proyecto	1
Prólogo	2
I. Planteamiento del Problema y Marco Teórico	3
I.1. Planteamiento del Problema	3
I.2. Marco Teórico	4
I.2.1. Etapas de Desarrollo Humano	4
I.2.2. La Tercera Edad	6
I.2.3. Salud Mental en la Tercera Edad	10
I.2.4. Derechos Humanos y Relaciones Humanas	12
I.2.5. Salud Mental y Género en la Tercera Edad	14
I.2.6. Género	15
I.2.7. Comportamientos Psicosociales	18
I.3. Delimitación	23
II. Técnicas e Instrumentos	24
II.1. Técnicas	24
II.2. Instrumentos	26
III. Presentación, análisis e interpretación de resultados	28
III.1 Características del lugar y de la población	28
III.1.1 Características del lugar	28
III.1.2 Características de la población	29
IV. Conclusiones y Recomendaciones	40
IV.1 Conclusiones	40
IV.2 Recomendaciones	41
V. Bibliografía	42
Anexos	

APOYO PSICOSOCIAL INTEGRAL AL ADULTO MAYOR DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Autoras

Martha Zuliana Tribouillier Gaitán

Gloria Aurora Zabala del Valle

Resumen

El propósito de la investigación es el fortalecimiento y mejora de la salud mental en el adulto mayor en el asilo Niños de Praga; enfocándose primordialmente a los trastornos afectivos tales como la depresión y la ansiedad, desde una perspectiva de género. En un período de tres meses (Marzo, Abril y Mayo) se completó el proceso por el cual se cumplieron los objetivos trazados, asistiendo tres veces por semana de 8:00 a 11:00 hrs. (tres horas diarias), dentro de los métodos que se implementaron están los siguientes: talleres de sensibilización, manuales de apoyo, ludoterapia, entrevistas, observaciones, asimismo establecer una relación de confianza (rapport), motivación, autoayuda, reforzamiento positivo en sus vidas, autoconcepto, una autorrealización, donde se compensaron sus verdaderas necesidades, construir otra manera de ser y estar en el mundo, así como establecer relaciones sobre bases de igualdad de derechos y deberes lo que significa una revisión profunda de sí mismos y de la propia trayectoria de vida. En su mayoría, los trabajos acerca del adulto mayor son extremadamente similares en cuanto al hecho de realizar una investigación sobre problemas psicológicos que afectan a su desarrollo emocional, físico y social. Esta investigación marca una diferencia en relación a las otras investigaciones en el aspecto donde se desarrollo un programa de apoyo psicosocial en base a los resultados obtenidos con el adulto mayor del Asilo Niño de Praga, esto se laboró en base a un trabajo conjunto con el personal profesional que atiende a dicha población, mediante las técnicas o herramientas utilizadas y así alcanzar las mejoras en la salud mental.

Así mismo, se brindó un estilo de vida donde ellos se sintieron capaces de poder integrarse dentro de la sociedad.

PRÓLOGO

Apoyo psicosocial integral al adulto mayor desde una perspectiva de género en el Asilo Niños de Praga, situado en la ciudad de Guatemala, durante los meses de marzo de 2011 a junio de 2011. La misma fue elaborada con la finalidad de obtener el título de licenciadas en psicología, de conformidad con los estatutos de la Universidad y contribuir al mejoramiento de la salud mental en el adulto mayor.

Las condiciones de vida de los pacientes en el asilo son muy precarias y se visualiza muy pobre lo que conduce a tomar conciencia de que debe lograrse obtener un ambiente adecuado y propicio para el ejercicio de sus facultades físicas y mentales.

Se realizaron los talleres establecidos y se modificaron de acuerdo a las capacidades físicas y cognitivas de los pacientes, tomando en cuenta que la mayoría presentaban minusvalías o enfermedades degenerativas que los limitaban a dar un mejor funcionamiento en su desarrollo intelectual.

Se logro crear el programa de apoyo psicosocial para un mejora en su salud mental, sin embargo, este no puede ser desarrollado en la institución por falta de personal capacitado y carencia de presupuesto.

Es por ello, que con el presente estudio, obtuvimos como resultado que las manifestaciones de depresión y ansiedad son mayores en el género femenino, debido a que son más emocionales, es mayor la población, son menos atendidas y demuestran un compañerismo negativo. En cambio, el género masculino se demuestra mayor racionalidad y la mayoría no presenta mayor impedimento físico, lo que los lleva a sentirse útiles. Se pretende utilizar una serie de actividades planeadas que orienten a garantizar mejores condiciones de vida para los pacientes del asilo, tratando de que su área neurológica se mantenga en actividad para un bienestar psicológico y físico.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1 Planteamiento del problema

Algunas patologías son particularmente relevantes en la etapa de vejez (trastornos cognitivos, trastornos afectivos, en especial la depresión, trastorno por ansiedad, abuso y dependencia de alcohol, y los trastornos de personalidad). Si bien, algunas investigaciones se centran en la resolución de estos trastornos, queda mucho por hacer en este terreno y en especial en el área de los trastornos afectivos. Al enfocarse en cómo se pueden investigar estos trastornos depresivos y de ansiedad desde la perspectiva de género lleva a pensar en que la vida cotidiana está estructurada sobre las normas de género, el desempeño de cada uno depende de su comportamiento y del manejo de esa normatividad. Los contenidos de las relaciones entre mujeres y hombres, los deberes, las prohibiciones para las mujeres por ser mujeres y para los hombres por ser hombres. La categoría de género es adecuada para analizar y comprender la condición femenina, masculina y su situación vital. Es decir, el género permite comprender a cualquier sujeto social cuya construcción se apoye en la significación social de su cuerpo sexuado con la carga de deberes y prohibiciones asignadas para vivir, y en especialización vital a través de la sexualidad. Enfocándolo en el adulto mayor hay un momento en donde la persona está ocupada con las tareas de la paternidad y también con la maduración o consolidación de sus profesiones. “La persona también se enfrenta con una etapa de estancamiento lo cual motiva a pensar en estabilizarse, es en este punto donde abrimos paso a la siguiente etapa que es la vejez, un tiempo para ver un motivo de vida integrado y recordar hechos pasados de la vida. El adulto mayor cuenta con la integridad para sostener sus propias convicciones, también se da un fracaso en resolución como tener disgustos con la vida, deseos de comenzar de nuevo, miedo a la muerte, pareciera que su vida es insignificante, en estas etapas”¹ se involucro el género ya que se abarcaron muchos factores que pueden motivar o iniciar en la persona manifestaciones depresivas y/o ansiosas, ya sea por los

¹WOOLFOLK, ANITA. Psicología Educativa. Editorial Pearson Educación. Novena edición 2006. “ **Las ocho etapas del desarrollo psicosocial según Erik Erikson**”

roles que hayan desempeñado durante su trayectoria de vida individual, amorosa, familiar, laboral y dentro de la sociedad como antes se ha mencionado su vida cotidiana. El problema a investigar hace algunas reflexiones y valoraciones acerca de los trastornos afectivos en el anciano y deja abierta algunas interrogantes que serán de valor en el campo de la investigación, el diagnóstico y el abordaje de la ansiedad y la depresión en la tercera edad desde una perspectiva de género.

1.2 Marco Teórico

1.2.1 ETAPAS DE DESARROLLO HUMANO:

Se refiere a los ciertos cambios que ocurren en los seres humanos desde la concepción hasta la muerte. Se puede dividir el desarrollo humano en varios aspectos:

Desarrollo físico: Tiene que ver con los cambios corporales

Desarrollo personal: Es el término que por lo general se utiliza para referirse a los cambios de personalidad de un individuo.

Desarrollo social: Se refiere a los cambios en la forma en que un individuo se relaciona con los demás.

Desarrollo cognoscitivo: Se refiere a los cambios en el pensamiento.

Al unir estas etapas puede indicarse que el adulto mayor procesa cada una de ellas en su ambiente de vida, ya que al igual que tiene cambios corporales manifiesta conductas diferentes que varían su personalidad, comprobándose que algunos manifiestan cierta reserva de acercarse con otros dificultando un tanto su relación interpersonal, asimismo, en cuanto a su manera de conocer las personas o cosas en algunos casos su mente se encuentra en otro lado.

1.2.1.1 Teoría psicosocial de Erickson

Erickson considera el desarrollo como el paso a través de una serie de etapas, cada una con sus metas, intereses, logros y riesgos particulares.

Este Psicoanalista propone ocho etapas en el ciclo vital y las denomina las etapas del hombre. La séptima etapa de desarrollo de Erickson generatividad contra estancamiento es análoga a la madurez.

Para esta la generatividad tiene que ver con la expansión del ego, lo cual incluye desinterés, productividad y creatividad. De este modo una persona generativa puede cubrir sus propias necesidades y también las de la generación futura. La persona que muestra una generatividad madura se implica dentro de una comunidad en diversas actividades para hacer del mundo un lugar mejor en el que vivir. La generatividad puede alcanzar un equilibrio entre las actividades que realiza en el entorno social y en el hogar. La persona que concluye las tareas evolutivas de esta etapa:

1. Muestra una visión positiva de la vida en general
2. Puede aceptar tanto la debilidad como la fuerza personal
3. No muestra un sentido aplastante de culpa, si no vive con un arreglo a sus ideas.
4. Sabe cuando resistir y cuando ceder
5. Sigue luchando por su propia actualización
6. Puede equilibrar el trabajo más que con la dirección
7. Puede soportar una cantidad razonable de estrés y ansiedad
8. Conoce la importancia de desarrollar una filosofía de vida y un código ético.
9. No teme la siguiente etapa de desarrollo

Una persona que no realiza las tareas evolutivas de la generatividad entra en la etapa de estancamiento o involución el otro extremo de lo continuo, enfrentándose también a emprender el entusiasmo por la vida, a deprimirse, muestra actividad derrotista hacia la

vida en general, se hace pasiva, ensimismada y depresiva, falsa intimidad, regresiones y con comportamientos infantiles.

La octava etapa de la vejez según Erickson: plantea lo que es la Integridad vs Desesperación lo que para muchos la vejez es un tiempo para pasar revista a las 7 etapas anteriores, para ver un motivo de vida integrado y recordar al mismo tiempo hechos pasados de la vida. Los ancianos cuentan con la integridad para sostener sus propias convicciones. Relaciones significativas: la humanidad. Modalidades psicosociales: ser por haber sido. Éxito en su resolución: comprensión del ciclo vital, sabiduría, regidos éticamente. Los fracasos en su resolución: disgustados con la vida, deseos de “comenzar de nuevo”, miedo a la muerte, ven la vida que les queda sin significado.

1.2.2 LA TERCERA EDAD:

Es necesario establecer una diferencia entre la vejez como una etapa de la vida y el envejecimiento humano, que se inicia desde la concepción, la infancia, la adolescencia y vejez finalizando en la muerte.

La palabra envejecimiento se emplea al ser humano a lo largo de su vida y que comienza mucho antes de la vejez. “La vejez no es una enfermedad, es una continuidad de la vida.”² La vejez afecta a las personas de distintas maneras, variando la expectativa de vida entre las distintas sociedades y sobre todo, varía la calidad de vida que ofrecen estas sociedades, y que luego afecta al individuo a través del tiempo. Se dice que la vejez es el último estadijo de la vida adulta, que se fija a partir de los 60 años en adelante, esta edad puede variar dependiendo del ambiente donde se desarrolle.

²Robert.S Felman, Psicología con aplicación para Iberoamérica; Segunda Edición, 576pp

La vejez se va desarrollando en tres procesos de vida:

a. La vejez en el aspecto biológico

Algunas de las características generales a nivel biológico en las personas ancianas son: cambio celular, mayor dificultad en la adaptación, etc. Otras se refieren a diversos órganos del cuerpo: ojos, oído, aparato circulatorio, corazón, Hay una transformación proyectiva de los tejidos metabólicamente activos, disminuye mientras que aumentan los tejidos metabólicamente inertes: Los tejidos interarticulares y fibroesclerosos son objeto de una deshidratación y una degeneración de grasa. Se manifiestan fenómenos bioquímicos: aumento de sodio, del cloro, del calcio, disminución del potasio, el magnesio, el fósforo y las síntesis de proteínas, despigmentación del bulbo capilar, deshidratación y por consiguiente la piel se arruga. Por lo cual, lo mencionado anteriormente son cambios característicos de inicio de la vejez.

Durante la vejez se presentan una serie de cambios a nivel físico y biológico, que no son índice de enfermedades pero que representan un descenso progresivo del vigor y resistencia con el paso del tiempo. La vejez se caracteriza por la atrofia muscular, la hipofunción y pérdida de agua, aumento en enfermedades degenerativas que producen estados de aumento en enfermedades degenerativas que producen estados de invalidez, se limita la extensión de los movimientos, por rigidez en las articulaciones. En las alteraciones fisiológicas, se observa la lentificación del pulso, del ritmo respiratorio, de la digestión, de la asimilación y la actividad sexual.

Hay un momento de la vejez crítica de la biología humana en donde entra a funcionar la Geriatria y gerontología y estas se clasifican en las siguientes ramas:

- Gerontología Preventiva o Gerocultural: Se trata de prevenciones de las enfermedades de la vejez normal mediante la educación.
- Gerontología Clínica: se trata del estudio clínico y enfermedades de la vejez.
- Gerontología Social: Estudia los aspectos demográficos de la vejez.
- Gerontología Experimental: Son investigaciones biológicas aplicadas a la Gerintología.

- Gerocultural: Estudio permanente cultural, al cambio, mediante la educación para la vejez.
- Geriatría: estudia las enfermedades de la vejez y se preocupa de la prevención y tratamiento.

Las edades que esta cubre son:

- a. Edades intermedias: cubre aproximadamente de los 45 a los 60 años, también llamada “edad presenil” primer envejecimiento o crítica. Apareciendo en ella los primeros síntomas de envejecimiento que representa una predisposición al desarrollo de varias enfermedades que requieren medidas preventivas,
- b. Senectud Grupal: Período aproximado de los 60 a los 70 años y se caracteriza por aparición de enfermedades clínicas típicas de la tercera edad, que requieren diagnóstico y tratamiento oportuno.
- c. Senilidad o vejez declarada: esta es al rededor de los 70 años. Problemas crecientes de problemas existenciales a nivel médico, social y sobre todo de rehabilitación por los estados de discapacidad provocados por las enfermedades y su cronicidad.

b. La vejez en el aspecto Psicológico:

Según la psicología del desarrollo, implica tanto en los procesos de aprendizaje, como los del pensamiento; y 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 primer y segundo decenio de la vida aparece como arbitraria. A idéntica conclusión puede llegarse mediante algunas reflexiones sobre la personalidad. La personalidad como configuración, constantemente cambiante, de pensamiento, sentimientos y actos que tienen lugar en el entorno social y que persisten toda la vida. 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 pensamientos, sentimientos y actos, tiene lugar en su entorno social y persisten toda la vida. No se puede estudiar al ser humano aislando una ciencia de otra.

El individuo en vía de desarrollo experimenta una confrontación con ciertas tareas vitales, típicas de acuerdo con la edad, proviene en primer lugar, de la situación corporal, del estado de desarrollo biológico y del estado de salud, en segundo lugar depende de las normas y expectativas culturales de la sociedad y quedan definidas a partir de la situación social, en el tercer lugar de las expectativas particularmente individuales y juicio de valores propios de la personalidad.

La psicología del envejecimiento trata de explicar los cambios que se producen en el comportamiento al llegar a la edad adulta y que estas incluyen lo que son la percepción, memoria, aprendizaje, inteligencia, pensamiento y resolución de problemas, además de los condicionados por la edad, que se observan en la aptitud y modelados del comportamiento como los que acompañan a las emociones y las relaciones interpersonales. En esta etapa los ancianos presentan una modificación de la personalidad en el sentido de una mejor prudencia, conservadurismo, pasividad, introversión, perseverancia, rigidez, egocentrismo, dependencia, servilismo, conformidad y necesidad de orden, etc. La ausencia de secuencia lógica, las alteraciones Psicológicas en la vejez son los signos de decadencia en la memoria, atención y juicio. Lentitud en el proceso configurativo, asociativo y reactivo, egocentrismo afectivo y mayor vulnerabilidad.

c. La vejez en el aspecto social

El hacerse viejo exige una adaptación a las esferas intelectuales, sociales y afectivo emocional. Dentro de los problemas psicosociales que afectan con mayor frecuencia a los ancianos están: Que puede seguir siendo un individuo enérgico, alerta y

confiable, hasta el momento de su muerte. Sin embargo muchos ancianos no se encuentran capacitados para resistir las tensiones socioeconómicas, físicas y psicosociales, que intervienen con el funcionamiento y que se hayan operantes con el medio. Las presiones del ambiente y la forma de actuar de la sociedad influyen psicológicamente y socialmente en el comportamiento del anciano manifestando depresión, ansiedad, rechazo familiar y social, auto abandono, crisis existencial y otros; debido a esto se sienten incapacitados para resistir las tensiones socioeconómicas, físicas y sociales, presentando una incapacidad social, que es uno de los problemas de la actualidad.

1.2.3 SALUD MENTAL EN LA TERCERA EDAD:

Para poder lograr una línea adecuada de prevención primaria sobre la enfermedad mental en la tercera edad es necesaria una vigilancia de los aspectos socioculturales. Es indispensable que mediante la investigación pueda hacerse un diagnóstico de las necesidades que plantean los ancianos.

1.2.3.1 Acercándonos al concepto de Salud Mental

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”³. Sin embargo, esta definición aunque deja entrever que la salud no es ausencia de enfermedad propone comprenderla como una situación integral que exige un acercamiento psicosocial a este fenómeno. Algunas reflexiones señalan que “la salud mental debe ubicarse en el contexto histórico en donde cada individuo elabora y realiza su existencia en la telarañas de las relaciones sociales”, más adelante también refieren que la perspectiva de la salud mental y de los trastornos mentales debe cambiarse “viéndolos

³ Organización Mundial de la Salud, **Formulación de Estrategias con el fin de alcanzar la Salud para todos en el año 2000**, 1979, pág. 7.

no desde dentro hacia fuera, sino de afuera hacia adentro; no como la encarnación de un funcionamiento individual interno, sino como la materialización en una persona o grupo del carácter humanizado o alienante de una estructura de relaciones históricas”.⁴ Derivado de lo anterior, se entiende entonces que la salud mental en la persona mayor debe considerarse como el historial de la vida del mismo, en la que en determinado momento le permitirá vivir su luz o su oscuridad.

Hablar de Salud Mental implica reconocer los aspectos humanos que influyen en ella. Todo lo que nos pasa como personas afecta las relaciones en las familias y en la comunidad.

Tomar en cuenta que los derechos humanos y el desarrollo humano implican relacionar: Lo biológico con lo psicológico y con lo social. Además, debemos considerar todo lo que se relaciona con las capacidades que tiene cada persona para interactuar con otras y su relación con el medio, es decir, con su realidad. Por eso es importante considerar que la Salud Mental está ligada a: el individuo con sus relaciones con otras personas y su realidad. Puede haber diferencias entre lo que para cada uno de nosotros es la salud mental, pero es importante que nos pongamos de acuerdo sobre aquello en lo que coincidimos.

Todo lo que afecta positiva o negativamente la Salud Mental no sólo se origina dentro del individuo, sino que se asienta en condiciones y relaciones sociales, en la realidad que vive cada persona con su entorno y en la percepción que tiene del mundo. Es básico reconocer que vivir en condiciones que no satisfacen las necesidades básicas mínimas de bienestar que necesita un ser humano para crecer y desarrollarse, afecta su salud mental.

Por ejemplo, las condiciones de pobreza y de exclusión pueden fomentar la anulación de la espontaneidad, la creatividad, el gozo, el buen humor y además provocar los trastornos del ánimo, del sueño, el hambre etc. Todas estas condiciones tienen que ver

⁴ Baro, Martín. Psicología Social de la Guerra El Salvador 1990.

con que las personas no se desarrollen adecuadamente, bloqueando el proceso de sus capacidades humanas. Esto influye en el deterioro de las relaciones familiares y grupales.

1.2.4 Derechos Humanos y Relaciones Humanas:

Hablar de salud mental en Guatemala, implica hablar de derechos humanos. Si los derechos humanos pretenden garantizar la realización integral de la persona, proponiendo condiciones para una convivencia pacífica y solidaria, el contexto de violencia que se ha vivido antes, durante y después del conflicto vulnera tales derechos afectando directamente la salud mental. Afirmar que se tienen derechos porque se reconoce que todos y todas, como seres humanos, son portadores de ciertos valores que conforman la dignidad.

De diferentes formas, desde hace miles de años, las culturas han reconocido que los seres humanos, por el simple hecho de serlo, merecen consideración y respeto. De igual forma, en diversos lugares, se han formulado acuerdos en los que el poder político reconoce lo que hoy se llama “derechos humanos” y crea mecanismos para protegerlos. Aunque puede apuntarse que se tienen derechos porque hay leyes que los reconocen, también puede decirse que la libertad, la igualdad (que conlleva trato igual ante la ley así como igual acceso a las oportunidades), la solidaridad, la justicia... son valores importantes de donde surgen normas que los protegen, a lo que usualmente se le llama derechos humanos.

1.2.4.1 ¿Qué son los derechos humanos?

Los derechos humanos se basan en el reconocimiento de la dignidad de hombres y mujeres, se relacionan estrechamente con la promoción del desarrollo humano, con la búsqueda de mejores relaciones interpersonales y con la construcción de condiciones para una convivencia pacífica y solidaria.

Los Estados se imponen la obligación de respetar, defender, garantizar y promover los derechos humanos al reconocerlos en sus propias constituciones y al firmar tratados internacionales, que forman el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

En el caso de Guatemala, dichos tratados tienen preeminencia, de acuerdo al Artículo 46 de la Carta Magna. Los derechos humanos se aplican en todas partes, y a todas las personas sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, según se establece en el Artículo 2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Dicha declaración nació después del gran sufrimiento vivido en la II Guerra Mundial, el 10 de diciembre de 1948; fue proclamada con la esperanza de que todos los pueblos y naciones respeten y promuevan los derechos humanos.

Fromm dice específicamente: “La salud mental se caracteriza por la capacidad de amar y de crear, por la liberación de los vínculos incestuosos con el clan y el suelo, por un sentimiento de identidad basado en el sentimiento de sí mismo como sujeto y agente de las propias capacidades, por la captación de la realidad interior y exterior a nosotros, es decir, por el desarrollo de la objetividad y la razón.”⁵”

Por supuesto, cuando Fromm habla de “objetividad y razón” no quiere decir indiferente desapego o racionalización, sino más bien el logro de una potencialidad primaria para aprender, para conocerse a uno mismo y a los otros de una manera profunda, básica y completa. Propone que el hombre llega a ser capaz de valerse de sí mismo para el logro de sus potencialidades biológicas y fisiológicas.

⁵ Singer, Erwin. “Conceptos fundamentales de la psicoterapia”. Editorial Fondo de Cultura Económica. México

1.2.5 Salud Mental y Género en la Tercera Edad

El género como una construcción social que define la diferencia de las relaciones sociales y vínculos entre hombres y mujeres, al hacer un análisis de estas relaciones; de las semejanzas y diferencias en los problemas objeto de estudio, busca establecer una visión más integral de la realidad. También dará espacio al estudio de la situación y condición de las mujeres y los fenómenos sociales ya que por los procesos históricos, políticos y culturales han vivido en condiciones diferentes a las de los demás. Además, intenta enriquecer los estudios de género entendiéndose éstos como los conocimientos que se ocupan de las significaciones relacionadas con el hecho de ser hombre o mujer en cada cultura y persona.

El modo de sentir, pensar y comportarse de cada género es producto de construcciones sociales y familiares asignadas de forma diferente para cada género y dan origen a la feminidad y masculinidad. Integran el género, por lo tanto, las creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que establecen diferencias entre hombres y mujeres.

Este espacio propicia el estudio de los aspectos psicológicos que experimentan las mujeres y los hombres ante la menopausia y la andropausia, respectivamente. También podrá tratarse la experiencia de la Jubilación y la construcción de nuevos proyectos de vida; los cambios emocionales que se dan a la par del proceso de envejecimiento y muerte.

1.2.5.1 Salud Mental y La Familia

La prevención de la salud mental en el seno de la familia es importante para promover la sana relación entre sus miembros, siendo esta misma la que puede facilitar o entorpecer

las relaciones del individuo o servir de sostén al que ya está enfermo y nexo de unión del mismo con la comunidad evitando así su marginación.

1.2.5.2 Salud Mental y La Calidad de Vida

Se refiere tanto a alcanzar un estado equilibrado desde el punto de vista físicos y mentales, los aspectos objetivos del nivel de vida como al malestar y bienestar subjetivos, incorporándose aquí aspectos sociales, físicos y psicológicos. La satisfacción vital y la satisfacción de necesidades psicosociales son los ejes esenciales de la salud mental desde la perspectiva de la calidad de vida. Las escalas de vida unifican escalas de síntomas y de bienestar, además de integrar el funcionamiento social del sujeto. Escalas específicas para evaluar este último aspecto incluyen la capacidad de afrontamiento, el estrés percibido, el nivel de apoyo social percibido y la satisfacción vital entre otros.

La Organización Mundial de la Salud ha insistido desde hace tiempo en la necesidad de integrar la Salud Mental a la atención primaria y también ha venido apoyando los esfuerzos de los Estados asociados para introducir la atención en Salud Mental en los Programas Nacionales de Salud de cada país.

1.2.6 Género

El mecanismo cultural de asignación del género sucede en ritual del parto: al nacer la criatura, con la sola mirada de sus genitales, la partera o el partero dice y nombra a la vez: es “niña” o es “niño”, la palabra y el lenguaje diferencia el sexo e inaugura el género. Y el resto de la vida de manera casi imperceptible se repite el ritual: cada persona reconoce a otra a través de la mirada su cuerpo, de la escucha de su voz y constata que es una mujer o un hombre.

La categoría de género es adecuada para analizar y comprender la condición femenina y la situación de las mujeres, y lo es también para analizar la condición masculina y la situación vital de los hombres. Es decir, el género permite comprender a cualquier sujeto social cuya construcción se apoye en la significación social de su cuerpo sexuado con la carga de deberes y prohibiciones asignadas para vivir, y en la especialización vital a través de la sexualidad.

Las mujeres y los hombres no conforman clases sociales o castas: por sus características pertenecen a la categoría social de género, son sujetos de género.

1.2.6.1 Teoría de género y perspectiva de género

El género es más que una categoría, es una teoría amplia que abarca categorías, hipótesis, interpretaciones y conocimientos relativos al conjunto de fenómenos históricos construidos en torno al sexo. El género está presente en el mundo, en las sociedades, en los sujetos sociales, en sus relaciones, en la política y en la cultura.

El género implica:

1. Las actividades y las creaciones del sujeto, el hacer del sujeto en el mundo.
2. La intelectualidad y la afectividad, los lenguajes, las concepciones, los valores, el imaginario y las fantasías, el deseo del sujeto, la subjetividad del sujeto.
3. La identidad del sujeto o auto identidad en tanto ser de género: percepción de si, de su corporalidad, de sus acciones, sentido del Yo, sentido de pertenencia, de semejanza, de diferencia, de unicidad, estado de la existencia en el mundo.
4. Los bienes del sujeto: materiales y simbólicos, recursos vitales, espacio y lugar en el mundo.

1.2.6.2 Psicología Social

La Psicología social ciertamente analiza procesos grupales y también estudia la acción de personas individuales. “La Psicología Social trata de desentrañar la elaboración de la

actividad humana en cuanto es precisamente forjada en una historia, ligada a una situación y referida al ser y actuar de uno y otros⁶”. El objeto de estudio de la psicología social es la acción humana, individual o grupal en cuanto referida a otros.

Los grandes autores de texto de psicología social como Allport, Zajone, Borden indican que la facilitación social es:

- la presencia de otras personas influía positivamente en las tareas, con la excepción de la solución de problemas y ciertos juicios por ello la representación de otros constituía un estímulo viabilizador de la conducta y califico este influjo como una “facilitación social”
- El aspecto de otras personas constituye de una fuente de incremento pulsional para el individuo, pero como tal se trata de una energetización o activación genérica.
- Han propuesto ciertamente una modificación al esquema de la facilitación social según el cual el sujeto interpreta activamente la situación de los otros presentes y trata de lograr la mejor evaluación posible de su propio comportamiento.

La Psicología Social es una ciencia bisagra, cuyo objetivo es mostrar la conexión entre dos estructuras: La estructura personal (la personalidad humana y su consiguiente que hacer concreto) y la estructura social (cada sociedad o grupo social específico).

En otros términos la Psicología Social pretende examinar la doble realidad de la persona en cuanto a actuación y concreción de una sociedad y de la sociedad en cuanto a totalidad de personas y sus reacciones. La Psicología Social examina ese momento en que lo social se convierte en personal y lo personal en lo social.

La Psicología Social por su lado tiende a ser Psicología en sentido restringido y por consiguiente a tomar al individuo como la unidad central de análisis. Su perspectiva

⁶ Ignacio Martín Baró. Psicología social desde Centroamérica. “Acción e Ideología” Volumen I. UCA Editores. 1990. j

es examinar el comportamiento de los individuos a partir de sus necesidades, su percepción y su conciencia de la situación, por tanto trataría de examinar los aspectos más importantes, si como los hábitos personales reforzados o castigados en el acontecer cotidiano.

Los procesos de Sociabilización: Todos y cada una de las personas se sienten sujetos de su acción, aunque este sentimiento puede ser de muy distinta calidad y contenido. Ciertamente todos ellos se refieren a sí mismos YO y se identifican y ven a sí mismos como personas, como una unidad personal, con nombre y apellidos, les da una identidad que les distingue como personas de cualquier otro individuo. Cada uno tiene una identidad y yo propio que las diferencia, así como un vínculo social que las une.

La adquisición de la identidad personal: A través de la sociabilización los individuos adquieren una identidad personal cristalizada en un yo al cual remiten sus acciones, su pensar y sentir.

El poder del sujeto (capacidad para vivir, relación con otros, posición jerárquica: prestigio y estatus), condición política, estado de las relaciones de poder del sujeto, oportunidades. El sentido de la vida y los límites del sujeto.

1.2.7 Comportamientos Psicosociales

1.2.7.1 Trastornos afectivos

1.2.7.1.1 Depresión:

La depresión es el trastorno mental con mayor prevalencia en el adulto mayor, es un descenso en el estado de ánimo que se da como reacción a circunstancias adversas que pueden variar desde algo trivial hasta un suceso como la muerte de un familiar. Es una experiencia normal, todos lo sentimos en un momento determinado.⁷

⁷ Amparo Belloch, Bonifasio Zandin y Francisco Ramos. Manual de Psicopatología. Volumen I. Editorial Mc Graw Hill.

Se dio a conocer los tipos de depresión que se pueden desarrollar en la personalidad de un individuo como lo son:

1. Depresión Reactiva
2. Depresión Neurótica
3. Depresión Endógena

1.2.7.2 ABANDONO O DESPLAZAMIENTO

Una de las razones más comunes es cuando una persona de la tercera edad ha cumplido con su vida laboral útil, persona que no es productiva en términos económicos para un grupo familiar, transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece. Situación que se transforma en causal de rompimiento de interacción humana, relaciones, comunicación y hasta la afectividad, etc. Siendo esta última de gran importancia para el fortalecimiento y crecimiento de una familia.

Al producirse un quiebre en los puntos antes nombrados (comunicación, afectividad, etc.), la tercera edad se repliega o es desplazada a un “rincón” del hogar, reduciéndose su mundo social provocando en el sujeto (tercera edad) una serie de repercusiones tales como abandono familiar social, aislamiento transformación o cambios en los lazos afectivos, cambios bruscos en los estadios de ánimo, etc.

“Otro de los casos recurrentes es en situaciones en donde el sujeto de la tercera edad es padre o madre y recibe a su hijo (a) con su familia (allegados), siendo estos una apropiación del hogar en una forma temática y paulatina de este (hogar), desplazando al sujeto en estudio a dependencias reducidas el ignoro de su opinión y/o en muchas situaciones se produce un ambiente de agresión tanto físico, verbal y psicológico, ocasionando en el agredido daños psicológicos, neuronales, emocionales, conductuales y

en algunos casos físicos que por la avanzada edad del sujeto son daños irreparables médicamente hablando.”⁸

Cuando el sujeto en cuestión pertenece a un grupo familiar extenso y nadie de los componentes de la familia se quiere preocupar o hacerse cargo del cuidado de este. Viviendo periodos cortos en los hogares de quien le haya tocado el turno de cuidarlo, haciendo sentir que es una carga. Circunstancia que lo lleva a estados de depresión desequilibrio emocional, rechazo y el estado anímico decae, llevándolo a cuadros depresivos que en muchos casos se desea que llegue al momento de morir para llegar al término de su calvario. Siendo esta etapa de la vida la más dura y triste para una persona que debería disfrutar y descansar con agrado hasta el término de su vida, instancia que todo persona desea.

Las situaciones antes descritas son unas de las muchas que existen a diario en perjuicio de las personas de la tercera edad, situaciones que tienen una repercusión dañina para un grupo familiar y para la sociedad en sí. Existe una pérdida de identidad para la familia y la sociedad, se extingue la historia que se trasmite verbalmente, sabiduría que se adquiere a través de los años y el adulto mayor la posee.

1.2.7.3 REPERCUSIONES

El abandono o desplazamiento tiene consecuencias sobre las personas como ser social y problemas que afectan directamente sus emociones, salud, sentimientos, etc. Algunas de las repercusiones son gracias a las razones o circunstancias antes nombradas y descritas anteriormente.

⁸ Alfred Adler. Comprender la vida. “Desarrollar el sentimiento social”. Paidós Barcelona

La tercera edad es afectada en un principio con un abandono social familiar, es decir, se rompe la comunicación dentro del grupo familiar, los sentimientos pasan al olvido en combinación con el aislamiento desplazando al sujeto a un margen del olvido que es una persona y no un objeto que sirve para decorar el hogar.

Los lazos afectivos se rompen ocasionando un quiebre dentro de una familia al igual que las personas afectadas. La comunicación se interrumpe cortando toda relación e interacción entre los componentes familiares y el sujeto de la tercera edad.

Sus emociones también sufren un cambio en el proceso del olvido, transformándose (adulto mayor) en personas sensibles y que se ven afectadas por cualquier tipo de situación y/o problemas que hacen que caigan en cuadros depresivos que en consecuencia afectan su salud, su percepción de los estímulos y sensaciones.

La conducta se transforma su sensibilidad crece y todo a su alrededor le molesta, ruidos, cosas en general, etc. Como por ejemplo si un niño pasa corriendo le molestará reaccionado en forma violenta y agresiva en el trato que tendrá con el niño. Esto a su vez provoca un mayor aislamiento en perjuicio de sí mismo.

La soledad que afecta al adulto mayor se ve reflejada muchas veces en el desear la muerte, para no ser carga de nadie y también para no ser una molestia. Anímicamente decaen siendo vulnerables a cualquier cosa que los pudiese afectar.

La salud psicológica se ve afectada, la percepción de la realidad cambia, no es la misma que los demás perciben, a esto último debemos agregar la responsabilidad que tienen el abuso físico que muchos adultos mayores sufren por parte de sus familiares (hijos, nueras, yernos, nietos, etc.), esto además de los estímulos externos, en sus alteraciones nerviosas, etc. Ocasionando un desequilibrio en su personalidad afectando sus relaciones como ser social.

1.2.7.4 Ansiedad

La ansiedad puede ser síntoma, síndrome o trastorno y estar asociada a un estado psiquiátrico comórbido (como por ejemplo de depresión o demencia) o ser provocado por enfermedades o medicamentos.⁹ Si bien la ansiedad es un síntoma frecuente en el anciano, hasta la fecha ha merecido poca atención por el personal de salud y en algunos estudios epidemiológicos el número de trastornos de ansiedad reportado en este periodo es bajo. Es probable que esta frecuencia sea aun mayor y que los trastornos no sean detectados por los médicos por presentarse en forma de somatizaciones o por no hacerse demandas por los adultos mayores directamente relacionados con ellos. “A su vez hay quienes consideran la ansiedad como un componente natural del envejecimiento y este planteamiento no tiene fundamentación.¹⁰”

Varios factores que están relacionados con el envejecimiento: aislamiento social, descenso de la autonomía, dificultades económicas, declive del estado de salud, la proximidad a la muerte, entre otros. Por lo que nos haría prever un incremento de los trastornos de ansiedad.

⁹ Salzmaii C. Anxiety and depression. En Management of mental disorders in baby boomers and beyond. Toronto, Canada. 1998.

¹⁰ Salzmaii C. En Management of mental disorders in baby boomers and beyond. . “**Anxiety and depression.**” Toronto, Canadá. 1998.

1.3 DELIMITACIÓN

El Programa de atención Integral al Adulto fue desarrollado en el “Asilo Niño de Praga” ubicado en 0 av. 13 calle de la zona 1.

Estas actividades se llevaron a cabo en un periodo aproximado de 3 meses a partir de marzo a junio del presente año.

Se plantearon objetivos de acuerdo a las demandas y necesidades de la población atendida por medio de los subprogramas de servicio, docencia e investigación, los cuales permitieron elaborar las actividades, planificaciones y programación en las que se baso este proyecto.

1. Subprograma de Servicio: Se desarrollo con personas de la tercera edad comprendida en las edades de 40 a 70 años con una muestra de 25 personas, brindándoles, entrevista, escucha responsable (apoyo emocional) y aplicación de prueba psicológica.
2. Subprograma de Docencia: Se impartieron conferencias, talleres, charlas según la necesidad expresada por la población atendida y así mismo brindarles un enriquecimiento cultural y socioemocional.
3. Subprograma de Investigación: Establecer el beneficio que dio el programa del adulto mayor para el mejoramiento de su salud mental.

II. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Técnicas a elaborar:

a) Técnicas de muestreo:

En la presente investigación se decidió seleccionar la muestra aleatoria, el tamaño total de la población es de 25 adultos mayores (hombres y mujeres) que se encuentran internados en el Asilo Niños de Praga.

Dicha población es de escasos recursos económicos y no cuentan con el apoyo de algún familiar.

b) Técnicas de Apoyo:

2.1. 2Entrevista:

Por medio de esta técnica se logro obtener una recolección de datos importantes, que permitieron adquirir una mejor comprensión e identificación de los estados depresivos, lo cual es un factor primordial para nuestra investigación ya que se pudo determinar qué genero manifiesta mas, dicho estado.

- c) **Técnica de Escucha Responsable (apoyo emocional):** “Esta ayuda consiste en que el facilitador(a) popular logre crear una relación interpersonal caracterizada por la capacidad: de empatía, de escuchar activamente, de analizar la situación para poder ver las alternativas y soluciones, la sensibilidad al sufrimiento, la solidaridad y la actitud no enjuiciadora¹¹;” que la persona a través de esto pueda recobrar un nivel de actividad que le permita seguir avanzando en el proceso de reconstrucción de sus proyecto de vida incluyendo su condición existen diversas circunstancias por las cuales el proceso puede ser difícil, ya que la persona pueda manifestar: *“temor a hablar de su situación, miedo a ser juzgado o no ser comprendido, dudas sobre si el momento y la situación son*

¹¹ Gómez, Oscar. APOYO A VICTIMAS DE VIOLENCIA SOCIOPOLITICA PRO RECUPERACION EMOCIONAL. “Qué es la ayuda emocional”. Corporación AVRE. Agosto 2002.

indicados para hablar de lo que pasa, confusión y miedo por la experiencia vivida, sensación de no poder enfrentar la situación, dificultad para hablar de sí mismo.”¹²

Teniendo en cuenta ciertas características es importante que cuando estemos frente a la persona que viene a buscar ayuda o a quien nos acercamos para brindarle apoyo emocional, establezcamos una buena relación, fomentando la confianza, de tal manera que la persona se sienta segura y pueda hablar tranquilamente. Recordemos algunas de las condiciones para realizar una intervención de apoyo emocional:

1. Ubicar un sitio que en lo posible brinde un mínimo de comodidad y privacidad.
2. Es necesario garantizarle a la persona que la información que nos dará será confidencial.
3. Es necesario, al final de la reunión, precisar si se volverán a ver y acordar la cita. Tiempo de cada encuentro para hablar de sus problemas y dificultades. Se sugiere que este sea de aproximadamente 45 minutos a 1 hora máximo, esto no quiere decir que no puedan hablar más tiempo de otros temas. Acordar en qué lugar se realizara.
4. Mediante una buena orientación y conocimiento de la técnica se convierte en un valioso instrumento de ayuda a las personas, en este caso el adulto mayor, que estén viviendo situaciones difíciles por conflictos emocionales.

El objetivo es que la persona se desahogue y alivie, se libere de tensiones acumuladas, que comprenda el significado de las experiencias dolorosas y construya un nuevo proyecto de vida. Nuestro trabajo es escuchar, acompañar, observar y mostrar ese apoyo emocional a la persona atendida.

¹² Gómez, Oscar. APOYO A VICTIMAS DE VIOLENCIA SOCIOPOLITICA PRO RECUPERACION EMOCIONAL. “Qué es la ayuda emocional”. Corporación AVRE. Agosto 2002.

2.2 Instrumentos

TALLERES DE SENSIBILIZACIÓN “CAPACITACIÓN” (VER ANEXO 1)

El taller como un dispositivo de intervención psicosocial, promovió la emergencia de recursos personales y colectivos para la comprensión de las condiciones de existencia y la búsqueda de caminos posibles a su resolución favorable. En donde se propuso un tema específico de acuerdo a la necesidad de la población en la cual se elaboraron: Conceptos, postulados, etc. Fue participativa y de trabajo en donde se obtuvieron funciones específicas, para esto fue necesario establecer un ambiente de comunicación, ayudar a las personas a tener más conocimiento sobre el tema. La metodología de Taller se apoyo en la utilización de recursos técnicos que favorecieron el cumplimiento de los objetivos diseñados. Son pues, instrumentos de trabajo, no resolviendo por si solas el logro de los resultados esperados.

ESCALA DE DEPRESION GERIÁTRICA (VER ANEXO 2)

La depresión no es tristeza únicamente. La depresión es una enfermedad que *debe ser tratada.* La depresión no es en modo alguno parte necesaria del envejecimiento. Los síntomas y las enfermedades depresivas son comunes y deben ser tratadas. Los signos de depresión con frecuencia pasan desapercibidos. Las personas deprimidas sufren de desesperanza y pueden pensar que es inútil reportar sus síntomas. Además, por la estigmatización social asociada a la enfermedad mental, algunos adultos mayores no mencionan estos problemas. Si topan con un médico que no dé importancia a estas quejas o que piensa que son parte del envejecimiento, seguro el diagnóstico será pasado por alto. Los trastornos depresivos pueden ser primarios cuando no hay otra causa que esté provocando este trastorno, o secundarios cuando están provocados por otras afecciones; por ejemplo, pueden aparecer en el curso de una enfermedad crónica. Existen muchos instrumentos para medir síntomas depresivos, la *escala geriátrica de depresión de*

*Yesavage*¹³, ha sido probada y utilizada extensamente con la población de personas mayores. Es un cuestionario breve en el cual se le pidió al individuo responder a 15 preguntas, contestando sí o no respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en que se administra dicho cuestionario. Una puntuación de **0 a 5** se considera normal, **6 a 10** indica depresión leve y **11 a 15** indica depresión severa.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

En estudios en los Estados Unidos, se ha encontrado que la Escala de Yesavage tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% cuando se evalúa contra criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido apoyadas, tanto mediante la práctica como la investigación clínica.

PUNTOS FUERTES Y LIMITACIONES

La Escala de Yesavage no *es un sustituto para una entrevista diagnóstica* por profesionales de salud mental. Es una herramienta útil de detección en el entorno clínico para facilitar la evaluación de la depresión en los adultos mayores.

¹³ Yesavage, Sheik JI. JA Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986;5:165-172.

III. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

OBSERVACIÓN Y ENTREVISTAS

Informe General:

3.1 Características del lugar y de la población

3.1.1 Características del lugar

El asilo de ancianos forma parte del Hospital de Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Jorge Von Ahn”, residencia de las religiosas católicas de la orden Hijas de la Caridad, la iglesia Niño de Praga y la Escuela de Fisioterapia.

La infraestructura es antigua, en buen estado, bastante amplio, se están remodelando ciertas áreas para una mejor atención a la población que hace uso del mismo. En dicho lugar, residen ancianos de ambos géneros, en donde existe un área para los hombres y otra para las mujeres, el cual cada uno cuenta con dormitorios, baños y comedor (en el área de mujeres actualmente instalado), compartiendo lavandería y cocina. Son atendidos por personal de enfermería, actualmente no cuentan con un médico de cabecera.

El espacio físico en donde están ubicadas la ancianas comprende un corredor largo, lugar estratégico, ya que allí es área de paso, estancia de las ancianas, a un costado los servicios sanitarios y al otro funciona el comedor y las habitaciones, áreas grandes en donde las ancianas tienen para su uso una cama y una mesa de noche para guardar sus pocas pertenencias.

La central de enfermería está ubicada en medio de todas las habitaciones, que además de alojar a las ancianas, sirve a personas discapacitadas sin hogar y para pacientes del hospital en proceso de larga recuperación.

En el momento de sus comidas se veía a las internas en el corredor o en diferentes lugares actualmente remodelaron e instalaron ya un comedor para ellas.

3.1.2 Características de la población

Se les puede observar en parejas, en grupos y aislados. El personal que los atiende les distribuye los alimentos en donde estén. La alimentación es buena, balanceada y suficiente. Se sirve puntual y es elaborada en la cocina que también da el servicio a pacientes del hospital.

Los ancianos son atendidos de acuerdo a sus propias necesidades. Si pueden valerse por sí solos, ellos mismos se levantan por las mañanas, hacen sus camas, ordenan sus cosas, toman sus alimentos, cuidan de su aspecto personal; pero, hay ancianos que ya no son capaces ni de llevarse la comida a la boca, por lo que, personal de enfermería es el que se encarga del cuidado extremo que se debe tener para con ellos, desde cargarlos para sentarlos en sus sillas de ruedas, hasta bañarlos, asearlos, darles de comer, vigilarlos de cualquier cambio que se observe, proporcionarles sus medicamentos a la hora indicada cuando lo requieren.

Es una rutina que se repite día a día, religiosas, enfermeras, médicos cuando se requiere, personas ajenas a este asilo y que dedican su tiempo libre al voluntariado, personal de mantenimiento al cuidado de la limpieza, lavanderas, costureras, cocineras, todo un equipo al servicio de los ancianos, pero todo esto no es suficiente para que un anciano no sufra de abandono emocional.

Al llegar al asilo por primera vez la impresión que tienen es la de abandono, pero no físico sino emocional, se manifiestan aburridas, tristes, como que el tiempo no pasa y que no hay nadie que se recuerde que todavía existen, de igual manera sucede con los hombres.

Para ingresar a este centro, uno de los requisitos es el de carecer de familia cercana, no tener recursos económicos y tener voluntad para llegar a vivir al asilo, esto no es razón para no sentirse tristes y presentar en los primeros días síntomas de desadaptación, depresiones leves los cuales no son superados totalmente a pesar de las atenciones del personal encargado de velar por ellos.

Los ancianos suelen deprimirse y el personal del asilo observa este cambio de conducta cuando no quieren comer, se aíslan, se hacen los dormidos, lloran, no quieren hablar, por lo que las religiosas llegan a atender a los ancianos por medio de pláticas para que logren liberar sus preocupaciones. Además han tratado de poner alguna actividad para mantenerlas entretenidas, pero no se ha logrado, ya que hay rechazo y poca colaboración.

Por lo regular, la convivencia entre los ancianos es normal, sin embargo en algunas oportunidades resultan conflictos entre ellos, que se resuelven sin necesidad de involucrar a quienes los cuidan.

Para el personal de enfermería y de limpieza ha sido un trabajo muy diferente al que han realizado, cuando éste es con enfermos en encamamiento o niños, pues al llegar a un asilo se ven en una situación diferente, en el que tratan con personas de la tercera edad, con conductas parecidas a las de los niños, caprichosos y en ocasiones de mal carácter. Por lo que se requiere paciencia y cuidado de parte de todo el personal.

El estado físico que se deteriora con la vejez es atendido por personal del hospital, pero en muchas ocasiones y cuando lo amerita la situación, los ancianos son llevados a centros hospitalarios que se encargan de atenderlos y medicarlos. Algunos poseen pensión por jubilación del Iggs y aquí son tratados también.

Cuando un anciano fallece las religiosas se encargan de darle cristiana sepultura y hacerse cargo de los gastos que esto conlleva, y en algunas ocasiones si hay familiares aun se les notifica y ellos se encargan de los servicios funerarios.

OBSERVACIONES Y ENTREVISTAS

Se trabajó con 25 ancianos del asilo Niño de Praga ubicado en 0av. A 13 calle z.1, comprendidos en las edades de 50 a 98 años de edad, originarios de varios lugares de la República de Guatemala, como Chiquimula, Palencia, Mixco, Patzún, San José Pinula, San Pedro Sacatepéquez y la ciudad de Guatemala.

La mayoría de nivel socioeconómico bajo y con escasos niveles de educación. Se realizaron varias entrevistas para recabar la información requerida.

Así como la observación durante todo el proceso. Un 60% de ellos son solteros, nunca se casaron, ni tuvieron hijos. Por lo que no existe familia cercana que pueda dedicarse a sus cuidados. De vivir en el asilo tienen desde cuatro a setenta y cuatro años. El otro 40% son viudos o separados tienen hijos, pero carecen de recurso económico, por lo que ingresaron al asilo. Un 70% de ellos toman antiinflamatorios por dolor en las articulaciones.

En la historia familiar la mayoría carece de familia, de vivienda y de recursos económicos, no convivieron con sus padres por mucho tiempo pues quedaron huérfanas a temprana edad, algunos recibieron maltrato y abuso físico, verbal y sexual. Los pocos parientes con los que contaban ya han fallecido, razón por la que tienen años de vivir asiladas.

Como experiencias laborales indicaron trabajos domésticos, albañilería, electricistas, enfermeras, maestras, entre otros.

Algunas de nuestras observaciones en cuanto al personal profesional que atiende el asilo tanto médicos como enfermeros, religiosas y mantenimiento es tratar la manera de

concientizarlos emocionalmente con la condición de vida de los ancianos y humanizar a la población en general, en cuanto a los problemas físicos y cognitivos que ellos manifiestan. Carecen de visitas familiares, pero son frecuentadas por grupos voluntarios y estudiantiles.

La Escala Geriátrica de Depresión se confirmó mediante las entrevistas, que los ancianos sufren depresiones leves y establecidas, pues hay relación coherente entre los datos obtenidos en los test así como la observable en su conducta.

A continuación se describen algunas de las entrevistas realizadas a los pacientes del asilo que formaron parte de la investigación:

Formulario de Preguntas

1. ¿Porque que causa se encuentra dentro del asilo?
2. ¿Cuánto tiempo tiene de estar ingresado?
3. ¿Cómo se siente emocionalmente?
4. ¿Cumple el asilo con los requerimientos necesarios de atención?
5. ¿Se siente bien al vivir en un asilo?

Género Femenino

Entrevista no. 1

M. S. es una ancianita de 88 años de edad, utiliza silla de ruedas y su área cognitiva no manifiesta inestabilidad, comentaba que ella tiene 7 años de haber ingresado al asilo, sus hermanos la internaron la visitaban frecuentemente pero un día simplemente dejaron de llegar, “yo vivía en una finca teníamos mucho dinero y éramos bastantes primos, hermanos, mis papas, estuve cerca de casarme pero deje plantado a mi novio Víctor, me he sentido muy triste y desesperada de estar acá, me alegro cuando vienen ustedes... me siento feliz, es muy aburrido estar aquí, mis hermanos ya murieron todos yo soy la más pequeña y mis sobrinos venían a verme pero ahora se aparecen de vez en cuando.”

Entrevista no. 2

M.M de 55 años de edad, es una de las pacientes más antiguas del asilo, tiene alrededor de 40 años de haber ingresado, ella presenta minusvalía. “Yo me siento triste porque no conocí a mi familia, no tengo nadie que me visite más que ustedes y hay momentos en los que no deseo estar acá, quiero salir, quiero pasear, pero no nos sacan mucho solo para los días festivos y cuando vienen de otros lugares. No me gusta mucho como nos tratan pero no podemos hacer nada más que aguantar”

Entrevista no. 3

A.R presenta síntomas de presión alta, problemas cardiacos, tiene 84 años de edad, ingresó al asilo por un tumor en el área cerebral, sin embargo luego de varios exámenes no se encontró nada. “Yo me sentía bien y confiaba en que mi Dios me iba a sanar, luego empecé a enfermarme pero por los malos tratos, gritos y peleas que se observan entre enfermeros y pacientes o entre los mismos pacientes, empecé a padecer de la presión y del corazón, me han dado medicamentos, me examina la doctora que esta acá en el asilo y otro externo. Pero nunca se ponen de acuerdo en que darne. El ambiente aquí es feo, pero no me queda mas que rezar y esperar que se haga la voluntad de Dios.”

Entrevista no. 4

H.P. de 50 años de edad, presenta un diagnóstico de espina bífida, pie equino, vértigo e infecciones urinarias recurrentes. Esta en la institución por carecer de recursos económicos y familia que la apoye, discapacidad física y deficiencia visual. “la manera como yo me gano algo de dinero es cosiendo, lavando y planchando los trajes de los enfermeros, me pagan mensual, yo me considero una persona muy bella, amigable, hermosa y no me gusta que me traicionen, mientan, aquí yo ayudo a las demás, les doy de comer, les alcanzo sus cosas cuando no pueden, tengo muchos conocidos y que me ayudan económicamente, gracias a Dios me va bien”.

Entrevista no. 5

B.R. de 55 años de edad, diagnóstico establecido por el doctor del asilo es que es una persona aislada, síndrome de abandono, psicótica. Fue ingresada por la dirección de la municipalidad, la consideran una persona incoherente, agresiva, toma objetos de otros, verborreica, hiperactiva e inquieta, padece de insomnio y sufre de bipolaridad. “Me siento triste por mi familia, estoy sola, nadie me visita, aquí no me hacen caso”. “Estoy muy bien gracias a Dios, no me siento mal, estoy contenta, con permiso ya me voy me están esperando.”

Entrevista no. 6

A.R. de 84 años de edad, es una paciente que padece de artritis degenerativa, tiene casi 22 años de haber ingresado al asilo, no puede realizar nada sola, manifiesta depresión severa, “la verdad seño es que yo ya no quiero nada, no me gusta la comida, me obligan a comérmela, mis medicinas no me las dan todas, las enfermeras son tontas nunca me escuchan o hacen algo bien, hay una compañera que como me molesta, no solo a mí, le gusta andar chismoseando y metiéndolo en problemas a uno, yo tuve un hijo seño y lo perdí, murió de neumonía, mi patrona me ingresó aquí al asilo, mi mamá nunca me quiso, mi padrastro abusó de mi cuando tenía 12 años, ya no quiero vivir para qué”.

Entrevista no. 7

O.G. tiene 91 años de edad, ingresó al asilo hace dos años, no tiene familia, ni recursos económicos, “A mí no me gusta que me anden preguntando cosas, para que, yo soy una dama, tenía mucho dinero, yo no quiero hablar de nada, soy estudiada e inteligente.”

Género Masculino

Entrevista no. 1

J.O. es un anciano de 68 años de edad, estable, amigable, el ingresó hace un año, “ yo me considero muy bien, no me siento triste, estoy feliz, mi familia viene a visitarme de vez

en cuando, tuve problemas de alcohol años atrás pero gracias a Dios lo logre dejar. En una iglesia me ayudaron por un tiempo pero luego me trasladaron para acá. Aquí me siento bien no tengo problemas aunque a veces veo que tratan mal a otros. “

Entrevista no. 2

F.V. de 75 años de edad, sufre de osteoporosis, es atendido en el IGSS, es bien amable, atento, lúcido, sus nietas lo llegan a visitar frecuentemente y hay momentos en los que le dan permiso para salir a actividades familiares con ellas. “yo me encargo de mantener bonitas las flores, el jardín, riego todos los días e incluso a veces voy hacer mandados a otros de aquí, hay momentos en los que recuerdo a mi familia, tuve dos esposas, y tome mucho. “

Entrevista no. 3

R.C. ingresó al asilo junto con su mamá, cuida de ella, la alimenta, tiene 52 años de edad, es muy atento, ansioso, preocupado por hacer bien las cosas. “tengo que apurarme porque aun no he hecho oficio, a mi me gusta ponerles el babero a todos para comer, tener todo listo para que no me regañen y para que estén bien. Cuido a mi mamá solo ella y yo somos.”

Entrevista no. 4

A.H. es un paciente sordomudo, a pesar de la discapacidad mediante dibujos, talleres impartidos y lenguaje de señas se obtuvo información sobre él, tiene 84 años de edad, le gusta leer mucho, se pone muy feliz al vernos, guarda en sus bolsillos recortes de revista de personajes históricos en especial los presidentes antiguos como Jorge Ubico, el ingresó por falta de recursos económicos, no lo visita ningún familiar, al parecer no era sordo al ingresar según el doctor le hizo un lavado de oídos y dijo que ya podía escuchar mejor, sin embargo, realizamos un chequeo de expedientes y a quien le habían realizado el lavado era a otro paciente.

Entrevista no. 5

H.M. de 72 años de edad, hace dos años que ingresó al asilo, lo encontraron cerca del mercado gallito en estado de ebriedad durmiendo en el suelo. “si me visitan, yo tomaba, si me siento bien aquí”. No se comunicaba mucho, sin embargo, siempre participo en los talleres. Solía decirnos que tenia visita pero nadie lo ha visitado últimamente.

Entrevista no. 6

S. F. tiene 83 años de edad, ingresó al asilo hace 12 años sufre de síndrome de abandono, al parecer tiende a tener problemas de agresividad, esta medicado. “no me siento feliz, yo tenía dos hijos, mi esposa me echo de la casa porque tomaba mucho, a mi me encontraron cerca del hospital san Juan de Dios no quiero estar aquí mi familia no me visita creo que ni se preocupan por mí.”

Entrevista no. 7

R. H. tiene 76 años de edad, “vivía solo en el gallito, toque la puerta del asilo para ver si me daban algo de comer, me atendió una monjita y me tomo unos datos y me ingresó al asilo, llevo poco tiempo de estar aquí. Me siento bien aquí pero no me gusta relacionarme muy rápido porque no con cualquiera se puede hablar.”

ANALISIS CUALITATIVO

En el análisis de la investigación se pudo constatar que el género femenino se encuentra en el mayor riesgo de presentar depresión severa, derivado de las circunstancias en que se manifiesta su vida, por el contrario en el género masculino presenta síntomas de depresión leve mayores que en las mujeres, de acuerdo a la investigación realizada se logró determinar que las personas que residen en un asilo son más vulnerables a sufrir abandono emocional, tristeza, nostalgia y todos los sentimientos que los llevan a la falta de afecto.

El ingreso al Asilo generalmente se da de manera voluntaria, ya que se encuentran en una situación carentes de familiares y de recursos que les permitan sostenerse por sí mismos, esto permite que la adaptación sea más natural, sin embargo, esto no les exime del impacto que tienen el encontrarse los primeros días en un área a la cual se deberán acostumbrar por el resto de su vida.

La soledad de su vivencia puede manifestarse en el abandono emocional, dado que muchas veces no hay quien por ellos, pero ante todo esto, su fuerza espiritual les ayuda a tolerar esta situación, ya que se aferran a Dios como preparación hacia el final de sus días. En las mujeres se desencadenan varios factores psicosociales, tales como: abandono, enfermedades degenerativas, abuso sexual, maltrato físico, alcoholismo, prostitución, entre otros, los cuales las llevan a un estado depresivo, baja autoestima y el hecho de no sentirse valoradas. Dentro de la planificación se establecieron actividades recreativas, las cuales arrojaron como resultado que las mujeres lograron expresarse y liberar esos sentimientos arraigados por la tristeza, desesperación, duelo y desesperanza que sienten, también mostraron una alegría y satisfacción de si mismas el saber que aun pueden reír, ser útiles y saber que hay personas que se interesan por su bienestar.

A continuación se presentan las graficas y cuadros utilizados en la investigación con fines de graduación:

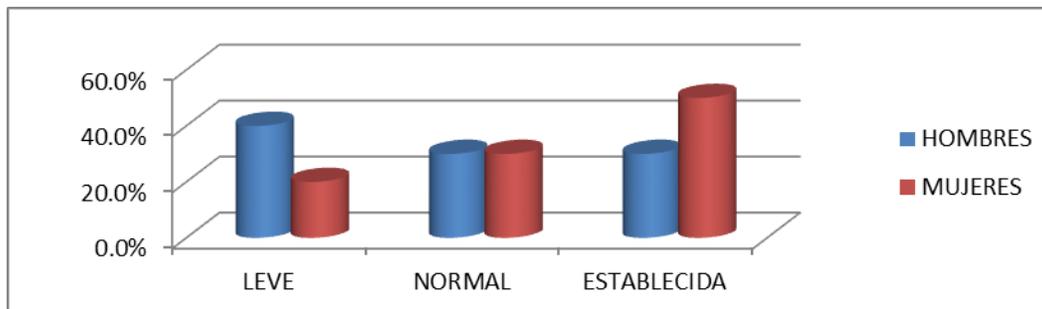
**“Apoyo psicosocial integral al adulto mayor desde una perspectiva de género”
Asilo del Hospital de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Jorge Von Ahn.”**

**CUADRO 1
ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN**

NIVEL	HOMBRES	PORCENTAJE	MUJERES	PORCENTAJE
LEVE	4	40.0%	3	20.0%
NORMAL	3	30.0%	4	30.0%
ESTABLECIDA	3	30.0%	8	50.0%
TOTAL	10		15	

Fuente: Test aplicado a población estudiada en el asilo Niños de Praga.

GRÁFICA 1
ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN



Escala geriátrica de Depresión
Fuente: Escala Geriátrica de Depresión.
Variable: síntomas depresivos

Interpretación:

En la escala Geriátrica de Depresión los resultados obtenidos en la depresión leve corresponden para los hombres un 40% y para las mujeres un 20%, en el nivel normal se tiene que el porcentaje de ambos es del 30%, y, para la depresión establecida los porcentajes se encuentran en un 30% en hombres y 50% en mujeres, lo que lleva a identificar que el género con mayor índice de depresión establecida es el femenino. En primer lugar por su frecuencia que es muy alta. Esto se debería a varios factores como la presencia de deterioro cognitivo o una expresión de los síntomas de forma diferente en el anciano, con una menor expresión de tristeza y más presencia de síntomas somáticos o corporales. Esto supondría que los estrictos listados de criterios con los que se hacen los diagnósticos estén poco adaptados a la forma de la depresión en el anciano.

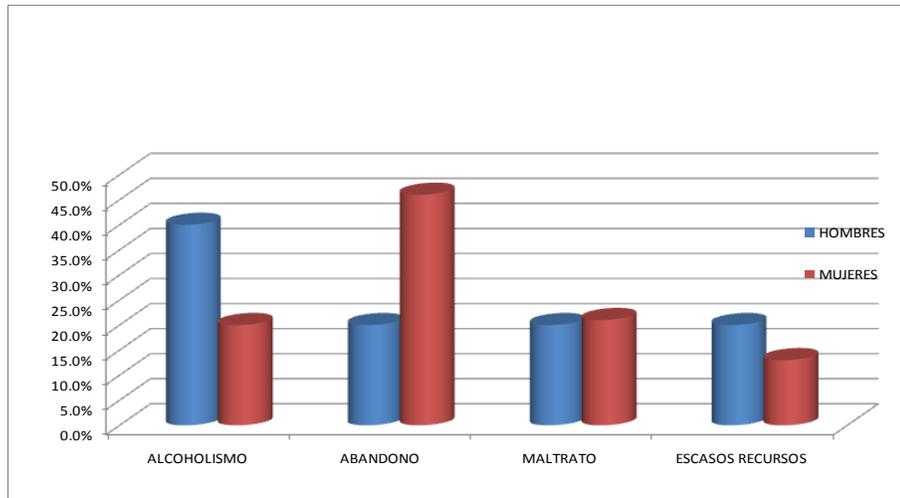
CUADRO 2
¿POR QUÉ CAUSAS SE ENCUENTRA DENTRO DEL ASILO?

CAUSA	HOMBRES	MUJERES
ALCOHOLISMO	40.0%	20.0%
ABANDONO	20.0%	46.0%
MALTRATO	20.0%	21.0%
ESCASOS RECURSOS	20.0%	13.0%

Fuente: Entrevista aplicada a la población estudiada en el Asilo Niños de Praga.

GRÁFICA 2

¿POR QUÉ CAUSAS SE ENCUENTRA DENTRO DEL ASILO?



Entrevista

Fuente: pacientes del asilo.

Variable: causas abandono, alcoholismo, maltrato, escasos recursos

Interpretación: En respuesta a la pregunta formulada para esta entrevista, la grafica muestra los resultados obtenidos, permitiendo observar que en el género masculino un 40% padeció alcoholismo, un 20% ingresaron por abandono familiar, otro 20% por maltrato y otro 20% por escasos recursos. En la rama femenina un 20% ingresó por problemas de alcoholismo, un 46% por abandono familiar, un 21% por maltrato y por ultimo por escasos recursos un 13%, las causas con porcentajes más altos fueron el alcoholismo y abandono siendo más representativo el alcoholismo en el género masculino mas sin embargo en el rango de abandono es el femenino.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- Los pacientes del asilo manifiestan estados depresivos y de ansiedad siendo estos de mayor rango en el género femenino.
- Uno de los propósitos de la investigación fue observar y dar a conocer aspectos generales y necesarios para que la población se involucre en la vida del adulto mayor. Se realizaron estudios mediante una muestra de 10 hombres y 15 mujeres de la tercera edad, a quienes se evaluó a través de observaciones, test de escala de depresión, ludoterapia y entrevistas. Se brindaron alternativas de solución como: talleres de sensibilización, manual de apoyo psicosocial con talleres recreativos, gimnasia cerebral donde ejercitamos su desarrollo neurológico
- Se determinó en base a los estudios que los factores generadores de ansiedad y depresión en las ancianas, además de la edad podemos mencionar, el tener un ambiente inadecuado con características tales como la soledad, la internalización, el abandono y el aislamiento.
- Mediante actividades recreativas como: cuenta cuentos, lotería, bingo, canciones, bailes, entre otros se logró obtener una respuesta positiva y una mejora de la autoestima de los pacientes.

4.2 RECOMENDACIONES

- El Asilo de Ancianos debe implementar un programa dirigido en donde se pretenda concientizar al personal profesional que atiende a los internos, para una mejor comprensión de sus condiciones de vida, desarrollando actividades recreativas para un mejor funcionamiento neurológico, mejorar las relaciones interpersonales creando un mejor ambiente para una mejor convivencia.
- La Universidad de San Carlos de Guatemala como ente rector de la enseñanza profesional, deberá implementar carreras que coadyuven a lograr la formación de profesionales diestros en la materia del cuidado y atención del Adulto Mayor.
- El Gobierno de la República podrá localizar fuentes de financiamiento que permitan fortalecer la ayuda que algunas instituciones nacionales e internacionales prestan al Adulto Mayor, facilitando el que estas personas tengan una mejor calidad de vida y cuenten con programas que les coadyuven en su salud, bienestar y mejor calidad de vida.
- El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector de la salud del país, dentro de sus programas de apoyo puede en determinado momento contribuir a mejorar las condiciones de vida de estos seres humanos que llegan a una edad en la cual muchas veces no se sabe cómo atenderles por el hecho de llegar a ser ancianos se les deja un tanto en el olvido.
- Por último, es importante manifestarles afecto, para que ellos se sientan más tranquilos, felices y satisfechos de estar en un ambiente que aunque no es su casa, los hagan sentir que están bien y que merecen atención y amor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adler, Alfred. Desarrollar el sentimiento social “Comprender la vida”. Paidós Barcelona. 176pp.
2. Belloch, Amparo, Sandin, Bonifacio, Ramos, Francisco. “Manual de Psicopatología”. Volumen II, Mc Graw-Hill. 613pp.
3. Dr. Grela, Cristina y López Gómez, Alejandra. “Mujeres, Salud Mental y Género.” Editorial Comisión de la Mujer Intendencia Municipal de Montevideo. Uruguay. 108pp.
4. Feldman, Robert. Cambios físicos en las personas mayores. “Psicología con aplicación para Iberoamérica” 145pp.
5. Gómez, Oscar. APOYO A VICTIMAS DE VIOLENCIA SOCIOPOLITICA PRO RECUPERACION EMOCIONAL. “Qué es la ayuda emocional”. Corporación AVRE. Agosto 2002. 47pp.
6. López-Ibor Aliño, Juan y Valdés Miyar, Manuel. DSM-IV-TR. “Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales.” Texto Revisado. Primera edición. Editorial Masson, S.A. 2005. 938pp.
7. Morales, Rosalinda. “la implementación de un programa de intervención psicosocial para manejo de los trastornos afectivos con terapias grupales y alternativas, en una población de adultos de ambos géneros.” T (013-1400) c.2. Guatemala, mayo del 2007. Novena edición 2006. 55pp.
8. Programa PCON-GTZ. Programa de Apoyo al proceso de Paz y Conciliación nacional cooperación técnica alemana. “modulo de salud mental comunitaria para la formación de promotores en Guatemala” Modulo 4. Derechos Humanos y Salud Mental. Magna Terra. Editores marzo 2006.99pp.
9. Programa PCON-GTZ. Programa de Apoyo al proceso de Paz y Conciliación nacional cooperación técnica alemana. “modulo de salud mental comunitaria para la formación de promotores en Guatemala” Modulo 8. Apoyo y acompañamiento comunitario en salud mental. Magna Terra. Editores marzo 2006. 85pp.

10. Serie. Cuadernos de Salud Mental No. 1. Ecap. Guatemala, Septiembre 1998. 23pp.
11. Singer, Erwin. "Conceptos fundamentales de la psicoterapia". México. Editorial Fondo de Cultura Económica. 324pp.
12. Woolfolk, Anita. Psicología Educativa. México. Editorial Pearson Educación. 675pp.
13. Yesavage JA, Sheikh JI, Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986; 5: 165-172pp.

ANEXOS

SALUD MENTAL TALLERES DE SENSIBILIZACIÓN

TALLER NO. 1 MUJERES Y AUTOESTIMA: NOSOTRAS QUE NOS PODEMOS QUERER TANTO

OBJETIVO: Contribuir a redimensionar el valor de sí misma, identificar el papel que juega la culpa y el “debe ser”, el auto aceptación y la aceptación de los otros, el temor al rechazo y al castigo, y buscar nuevas formas de apuntalamiento y construcción de sí misma. Esta temática está planteada para ser desarrollada mediante tres subtemas:

1. Primero están los demás ¿Dónde y cómo lo aprendí?
2. La historia de nuestra autoestima
3. Caminos de superación y re-encuentro “proyectos de vida”

ENCUADRE DE TRABAJO:

- ✓ Equipo integrado por dos coordinadoras
- ✓ Tiempo de duración: 3hrs.
- ✓ Número de participantes: 25

MATERIALES

- Paleógrafos
- Tarjetas para cada participante
- Marcadores suficientes
- Cinta adhesiva
- Lapiceras
- Hojas
- Plasticina de colores diferentes
- Un globo por participante de diferentes colores

TALLER NO. 2 APRENDAMOS DE NUESTRAS QUEJAS. CAMINOS HACIA LA TRANSFORMACION

OBJETIVO: Identificar los motivos que generan la queja en las mujeres y sus significados, apuntando a su comprensión y traducción en nuevas formas de demanda y búsqueda de satisfactores.

ENCUADRE DE TRABAJO:

Duración: 3 horas

Número de participantes: 25

MATERIALES:

Tarjetas en cartulina para cada participante

Papelografos

Marcadores

Cinta adhesiva

TALLER NO. 3 ASERTIVIDAD, CUANDO DIGO SI, ES SI, CUANDO DIGO NO, ES NO.

OBJETIVO: Visualizar y analizar los factores que inciden en las formas de relación de las mujeres en los diversos ámbitos de inserción (familiar, social, laboral), especialmente considerando las dificultades para la puesta de límites. Ejercitar técnicas en el espacio del taller.

ENCUADRE DE TRABAJO:

Sesión de tres horas

Número de participantes: 25

MATERIALES

Papelografos

Cinta adhesiva

Hojas

Tarjetas con la palabra No, tarjetas con la palabra SI (número de tarjetas igual al número de participantes)

Ejercicio de trabajo (uno por participante)

TALLER NO. 4 EQUILIBRISTAS EN LA FAMILIA

OBJETIVO: Reflexionar acerca del papel que cumplen las mujeres como “responsables” del equilibrio emocional de la familia. Su papel de mediadora entre la pareja y los hijos y entre las hijas, entre otros. Analizar los costos y beneficios del poder de los afectos reconocer los efectos que en la salud de las mujeres, tiene el desempeño de estos roles.

ENCUADRE DE TRABAJO

Duración: 3 horas

Número de participantes: 25

MATERIALES:

Cartulina suficiente (para escribir y para los dibujos)

Cinta adhesiva

Marcadores suficientes de diferentes colores

Caja con objetos diversos

TALLER NO. 5 RECREACION Y TIEMPO LIBRE. LOS PERMISOS PARA EL DISFRUTE.

OBJETIVO: Contribuir a la identificación de las necesidades y deseos de recreación y tiempo libre, y los potenciales y obstáculos para su implementación.

ENCUADRE DE TRABAJO

Una jornada de tres horas de duración en ambiente de diversión.

Número de participantes: 25

MATERIALES:

Cartulina

Marcadores

Cinta adhesiva

Tarjetas para ejercicio individual

TALLER NO. 6 LAS AMIGAS: QUERERNOS DESDE LAS DIFERENCIAS. COMPETENCIA, ENVIDIA, CELOS Y RECONOCIMIENTO ENTRE MUJERES.

OBJETIVO: Contribuir a comprender las características del vínculo de amistad entre mujeres, identificando los factores que interactúan en su desarrollo y potenciación o en su disolución.

ENCUADRE DE TRABAJO

Una jornada de tres horas de duración

Número de participantes: 25

TALLER NO. 7 CRISIS Y REFORMULACION EN LA VIDA DE LAS MUJERES

OBJETIVO: Visualizar y comprender las situaciones de crisis de conflicto en la vida personal, como momentos de aprendizaje, cambio y crecimiento personal, en un espacio de sostenimiento y apoyo grupal. Aunque su tránsito resulta doloroso, los momentos o periodos de crisis, dejen grandes aprendizajes en nuestras vidas.

ENCUADRE DE TRABAJO:

Duración: dos horas y media

Número de participantes 25

MATERIALES:

Hojas para participantes

Lapiceras

Cartulina

Marcadores

Radiograbadora

Música adecuada

TALLER NO. 8 MUJERES Y DEPRESION “RESPUESTAS AL MALESTAR Y MANERAS DE SUPERARLO”

OBJETIVO: Identificar las características de los estados depresivos con sus causas y consecuencias, comprenderlo desde la condición de ser mujer. Incorporar elementos para su superación.

ENCUADRE DE TRABAJO:

Duración: 3 horas

Participantes: 25

MATERIALES:

Hojas para mascarar

Tarjetas

Cartulinas

Marcadores

Cinta adhesiva

TALLER NO. 9 ¿QUÉ EXITOS VALORAMOS LAS MUJERES Y POR QUÉ? ÉXITO Y PODER EN LA VIDA DE LAS MUJERES

OBJETIVO: Contribuir a visualizar los modelos de éxito y poder que portan las participantes, cuáles son sus significados, y analizar que formas de relación generan las participantes con mujeres en situaciones de éxito. Propiciar el darse crédito para la obtención de logros y la potenciación personal.

ENCUADRE DE TRABAJO:

Duración: 3 horas

Número de participantes: 25

MATERIALES:

Tarjetas suficientes

Cartulina

Cinta adhesiva

Marcadores

TALLER NO. 10 SER MUJER ADULTA MAYOR. EL DESCONCIERTO DE HACERSE Y REHACERSE SIN PAUSA

OBJETIVO: Contribuir a revisar esta etapa de la vida, rescatando las potencialidades y los proyectos específicos, la necesidad de la recreación permanente y apostando formas de vida disfrutables

ENCUADRE DE TRABAJO

Duración: 4 horas

Número participantes: 25

MATERIALES:

Caramelos

Papelografos

Cinta adhesiva

Marcadores

Crayones

Fotos de mujeres adultas mayores en actividades y/o actitudes diferentes una por participante

Hojas o tarjetas (una por participante)

Lapiceras y lápices de colores

TALLER NO. 11 AUTOCUIDADO O SER MADRE DE UNA MISMA**ENCUADRE DE TRABAJO:**

Duración: 3 horas

Número de participantes: 25

MATERIALES:

Marcadores

Papelografos

Tarjetas para cada participante

Cinta adhesiva

Lapicera

TALLER N0.11 RELAJACIÓN

OBJETIVOS Desarrollar técnicas de relajación para poder controlar niveles de ansiedad y depresión.

ENCUADRE DE TRABAJO

Duración: 1 hora

Número de participantes: 25

MATERIALES

Grabadora

CD (musicoterapia)

Aromaterapia

TALLER NO.13 NUTRICIÓN Y SALUD FISICA (EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO Y ADULTO MAYOR)

OBJETIVO Proporcionarles por medio de una nutricionista, unas dietas balanceadas. Realización de ejercicios físicos que estimulen el área del cerebro (Gimnasia Cerebral).

ENCUADRE DE TRABAJO

Duración: 2 horas

Número de participantes: 25

Datos generales del adulto mayor

1. Edad _____
2. Sexo _____
3. Escolaridad _____
4. Ubicación laboral si _____ no _____
5. Condiciones económicas
 - a. Buenas _____
 - b. Regulares _____
 - c. Malas _____
6. ¿Porque que causa se encuentra dentro del asilo? _____
7. ¿Cuánto tiempo tiene de estar ingresado? _____

8. ¿Cómo se siente emocionalmente? _____
9. ¿Cumple el asilo con los requerimientos necesarios de atención? _____
10. ¿Se siente bien al vivir en un asilo? _____

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas

Según como se ha sentido Ud. durante la **ÚLTIMA SEMANA**

1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida? si **NO**
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas? **SI** no
3. ¿Siente que su vida está vacía? **SI** no
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente? **SI** no
5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo? si **NO**
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar? **SI** no
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? si **NO**
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado? **SI** no
9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas? **SI** no
10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad? **SI** no
11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo? si **NO**
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente? **SI** no
13. ¿Se siente lleno de energía? si **NO**
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual? **SI** no
15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted? **SI** no

SUME TODAS LAS RESPUESTAS SI EN MAYÚSCULAS O NO EN MAYÚSCULAS

O SEA: SI = 1; si = 0; NO = 1; no = 0 TOTAL : _____

