

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIDAD DE GRADUACIÓN

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“HABILIDADES NEUROCOGNITIVAS Y REMINISCENCIA EN
LAS PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS DE LA TERCERA
EDAD”**

LILIAN LISBETH MARROQUÍN MORALES

MARIELA DAYANE CHAVARRÍA PÉREZ

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2013

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIDAD DE GRADUACIÓN

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“HABILIDADES NEUROCOGNITIVAS Y REMINISCENCIA EN
LAS PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS DE LA TERCERA
EDAD”**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE

CONSEJO DIRECTIVO

DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

LILIAN LISBETH MARROQUÍN MORALES

MARIELA DAYANE CHAVARRÍA PÉREZ

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADAS

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2013

The background of the page features a large, faint watermark of the official seal of the University of San Carlos of Guatemala. The seal is circular and contains the Latin motto "ACADEMIA COACTEMALTEPELTIENSIS INTER CAETTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA" around its perimeter. In the center, it depicts a seated figure holding a book, flanked by two lions and two columns. The columns are labeled "PLUS" and "ULTRA".

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

Licenciado Abraham Cortez Mejía
DIRECTOR

M. A. María Iliana Godoy Calzia
SECRETARIA

Licenciada Dora Judith López Avendaño
Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez
REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

María Cristina Garzona Leal
Edgar Alejandro Cordón Osorio
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano
REPRESENTANTE DE EGRESADOS

c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 355-12
CODIPs. 1775-2013

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

11 de octubre de 2013

Estudiantes
Lilian Lisbeth Marroquín Morales
Mariela Dayane Chavarría Pérez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto VIGÉSIMO SEGUNDO (22º.) del Acta CUARENTA Y SEIS GUIÓN DOS MIL TRECE (46-2013), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 09 de octubre de 2013, que copiado literalmente dice:

VIGÉSIMO SEGUNDO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **“HABILIDADES NEUROCOGNITIVAS Y REMINISCENCIA EN LAS PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS DE LA TERCERA EDAD”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Lilian Lisbeth Marroquín Morales
Mariela Dayane Chavarría Pérez

CARNÉ No. 2002-15441
CARNÉ No. 2008-11201

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Rosa Encarnación Pérez, y revisado por el Licenciado Marco Antonio García Enríquez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **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”



M.A. María Iliana Godoy Calzia
SECRETARIA





Escuela de Ciencias Psicológicas
Recapación e Información
CUMUSAC

RECEBIDO

FIRMA: [Signature] HORA: 14:00 Registro: 355-12

CIEPs 765-2013
REG: 355-2012
REG: 057-2013

INFORME FINAL

Guatemala 04 de octubre de 2013.

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciado Marco Antonio García Enríquez ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“HABILIDADES NEUROCOGNITIVAS Y REMINISCENCIA EN LAS PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS DE LA TERCERA EDAD.”

ESTUDIANTE:
Lilian Lisbeth Marroquín Morales
Mariela Dayane Chavarría Pérez

CARNÉ No.
2002-15441
2008-11201

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 03 de octubre del presente año y se recibieron documentos originales completos el 04 de octubre, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

[Signature]
M.A. Mayra Friné Luna de Álvarez

COORDINADORA, UNIDAD DE GRADUACIÓN
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
Arelis

CIEPs. 766-2012
REG 355-2012
REG 057-2013

Guatemala, 04 de octubre 2013.

Licenciada
Mayra Friné Luna de Álvarez
Coordinadora Unidad de Graduación
Escuela de Ciencias Psicológicas

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

**“HABILIDADES NEUROCOGNITIVAS Y REMINISCENCIA EN LAS PERSONAS
INSTITUCIONALIZADAS DE LA TERCERA EDAD.”**

ESTUDIANTE:
Lilian Lisbeth Marroquín Morales
Mariela Dayane Chavarría Pérez

CARNÉ No.
2002-15441
2008-11201

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 23 de septiembre del año en curso, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciado ~~Marco Antonio García Enríquez~~
DOCENTE REVISOR



Arelis./archivo

Guatemala, Septiembre 2013

Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinación de la Unidad de Graduación
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"
CUM

Estimada Licenciada Álvarez:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de Investigación titulado "Habilidades neurocognitivas y reminiscencia en personas institucionalizadas de la tercera edad", realizado por las estudiantes LILIAN LISBETH MARROQUÍN MORALES, CARNE 200215441 y MARIELA DAYANE CHAVARRÍA PÉREZ, CARNE 200811201.

El trabajo fue realizado a partir del 19 DE JUNIO DE 2012 HASTA EL 31 DE JULIO 2013.

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,



Licenciada Rosa Encarnación Pérez
Psicóloga
Colegiado No. 3452
Asesora de Contenido

HOGAR DE ANCIANAS "NUEVA ESPERANZA"

Hermanas Misioneras de la Eucaristía

Guatemala, 12 de agosto de 2013

Licenciada

Mayra Friné Luna de Álvarez

Coordinadora de la Unidad de Graduación

Centro de Investigaciones en Psicología

-CIEPs-"Mayra Gutiérrez"

Escuela de Ciencias Psicológicas

CUM

Licenciada de Álvarez:

Deseándole éxitos al frente de sus labores, por este medio le informo que las estudiantes: Lilian Lisbeth Marroquín Morales, carné 2002-15441 y Mariela Dayane Chavarría Pérez, carné 2008-11201 realizaron en esta institución el trabajo de campo de su investigación consistente en entrevistas, encuestas y aplicación de un test con las ancianas internas. Como parte de su trabajo de investigación titulado: "HABILIDADES NEUROCOGNITIVAS Y REMINISCENCIA EN LAS PERSONAS INTITUCIONALIZADAS DE LA TERCERA EDAD" en el período comprendido del mes de junio y julio del presente año en horarios de 9:00 a 13:00 hrs.

Las estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su Proyecto de Investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de la población de nuestra institución.

Sin otro particular me suscribo,



Hna. Marta Esperanza Huracán

Coordinadora

Hogar de Ancianas "Nueva Esperanza"



*Aldea La Lagunilla, Kilómetro 11.5 Antigua Carretera a San Pedro Ayampuc.
Apartado Postal 3091 Correo Central. Teléfono 52061106 Guatemala, Centroamérica.*

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR. LILIAN LISBETH MARROQUÍN MORALES

ROBERTO CARLOS CONCUÁ CABRERA
LICENCIADO EN CONTADURÍA PÚBLICA Y AUDITORÍA
COLEGIADO 4,318

PABLO SATURNINO TZOY COXIC
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO NO. 3,423

POR. MARIELA DAYANE CHAVARRÍA PÉREZ

BLANCA RUBI MAZARIEGOS DE LEON DE MEDINA
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
COLEGIADO NO. 4,105

ALBA INDIRA GARCIA LEMUS
TERAPISTA DE LENGUAJE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO NO. 5,635

ACTO QUE DEDICO

A DIOS. Por haberme permitido llegar a este momento y por la vida afortunada que me ha brindado.

A MI PADRE. Ramón Marroquín Vargas. Gracias por todo el esfuerzo, toda la responsabilidad, por todo el apoyo que hoy me permite estar aquí, por su amor y cariño y cada palabra que me ha regalado. Ha sido un pilar importante en mi vida. Lo quiero mucho papi.

A MI MADRE. Irma Haydeé Morales. Gracias por todo tu amor y dedicación, por estar a mi lado y por darme vida. Algún día espero ser un poco como vos. Siempre has sido y seguirás siendo mi heroína. Te quiero mucho Mita.

A MI ESPOSO Y MI HIJO. Aaron y Sebastian. Cada día mi vida se ilumina cuando los veo. Ustedes solo han traído felicidad y nuevas esperanzas. Los amo.

A MIS HERMANOS. Evelyn, Melvin y Selvin, por su cariño, por cada una de sus locuras, por escucharme y ser mis amigos. Los quiero.

A MI FAMILIA. Tíos, primos, sobrinos, a mi cuñado y cuñadas que son mis hermanos también. De cada uno he aprendido valiosas lecciones.

A MARIELA. Por tu amistad y cariño. Gracias a todo el apoyo que me has brindado durante todo este tiempo, principalmente en este proceso. Eres una mujer exitosa, ejemplo de esfuerzo, dedicación y trabajo.

A PABLO TZOY. Mi amigo del alma, mi mejor amigo. Muchas gracias por todos estos años, por tu apoyo y por motivarme a seguir luchando para alcanzar mis sueños.

A MIS AMIGOS Y AMIGAS. Gracias por todos los momentos, las risas, las lecciones. Este camino ha sido más fácil de recorrer con ustedes al lado.

LILIAN LISBETH MARROQUÍN MORALES

ACTO QUE DEDICO

A DIOS Y A LA VIRGEN. Por las bendiciones recibidas a lo largo de mi vida y por la oportunidad de ser cada día una mejor profesional.

A MIS PADRES. Marco y Rosa, por ser las personas que me dieron la vida, me han guiado a lo largo de ella, enseñándome valores, perseverancia y por el amor incondicional que me han demostrado.

A MIS HERMANOS. Viktor y Alejandra, por demostrarme que el amor auténtico trasciende fronteras, a ustedes por ser mis cómplices desde siempre por el privilegio y la magia de tenerlos como hermanos.

A MI HIJA. Naomy por ser el regalo más hermoso que la vida me dio, por ser la luz que ilumina y me motiva, mis logros alcanzados son dedicados a ti. A mis sobrinitas Dayane y Marcela con mucho amor.

A MI FUTURO ESPOSO. Pablo Tzoy por crecer juntos en este proyecto de vida, motivarme y apoyarme en todo momento.

A MIS AMIGAS Y AMIGOS. Por compartir momentos de alegría, días de estudios y aventuras. En especial a Lilian Marroquín por ser mi compañera en este sueño, ahora hecho realidad.

A MIS COMPAÑERAS DE TRABAJO. Por la solidaridad, el apoyo y la motivación a lo largo de mi carrera.

A MI FAMILIA. En especial a mis abuelitas Mamachony y Abuelita Nela por ese espíritu de madres guerreras y por el ejemplo de fortaleza; mi admiración. Por motivarme a ser mejor cada día.

MARIELA DAYANE CHAVARRÍA PÉREZ

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Carlos de Guatemala: nuestra Alma Mater.

Escuela de Ciencias Psicológicas: por abrirnos las puertas del ámbito académico para formarnos como profesionales y proporcionarnos las herramientas para culminar la Licenciatura en Psicología.

Al Asilo “Nueva Esperanza”: por permitirnos realizar la investigación en sus instalaciones.

A las Ancianas del Asilo: por su colaboración y confianza a lo largo de la ejecución del proyecto.

INDICE

| | |
|--|----|
| Resumen..... | 1 |
| Prólogo..... | 2 |
| Capítulo I | |
| 1.1 Planteamiento del Problema..... | 4 |
| 1.2 Marco Teórico..... | 10 |
| 1.2.1 Revisión de antecedentes..... | 10 |
| 1.2.2 Ciclo de exclusión de las mujeres adultas mayores..... | 15 |
| 1.2.3 Cuadro de cambios de los ancianos y sus conductas.... | 19 |
| Capítulo II | |
| 2.1 Técnicas e instrumentos..... | 42 |
| 2.2 Técnicas de muestreo..... | 42 |
| 2.3 Análisis de datos..... | 49 |
| 2.4 Instrumentos para la recolección de datos..... | 50 |
| Capítulo III | |
| 3.1 Presentación, interpretación y análisis de datos..... | 52 |
| 3.2 Resultados obtenidos..... | 53 |
| 3.3 Análisis e interpretación general de los resultados..... | 68 |
| Capítulo IV | |
| Conclusiones..... | 70 |
| Recomendaciones..... | 71 |
| Bibliografía..... | 72 |
| Anexos..... | 74 |

RESUMEN

“HABILIDADES NEUROCOGNITIVAS Y REMINISCENCIA EN LAS PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS DE LA TERCERA EDAD”

AUTORAS

LILIAN LISBETH MARROQUÍN MORALES

MARIELA DAYANE CHAVARRÍA PÉREZ

La recolección de la información de los relatos de vida de las ancianas se realizó mediante una autobiografía recopilada por medio del testimonio y complementada con otras técnicas psicológicas (entrevistas, historias de vida y consultas al personal). Los temas que se trabajaron fueron las historias de vida con los sucesos y acontecimientos que marcaron su desarrollo vital, los procesos de duelo y su elaboración, así como sus perspectivas actuales en el marco de la institucionalización. La investigación buscó establecer las condiciones mentales y emocionales que muestran las ancianas institucionalizadas en el Asilo “Nueva Esperanza”, situación que fue evaluada mediante técnicas específicas que aplicadas revelan su estado mental y aportan información que una vez sistematizada puede ser utilizada en beneficio de la población que participó en el presente estudio. El estudio y profundización en el tema de la reminiscencia (en el plano cognitivo y referencial) buscó fortalecer la recuperación de información en personas de la tercera edad, al restituirle sus referentes personales y biográficos que le permitan su integración y el reconocimiento de su identidad personal dentro de la institución. El apoyo terapéutico, se refiere a la facilitación de recursos que ayudará a encontrar soluciones mentalmente sanas para la reintegración a la vida diaria; lograr un manejo interno de su propia persona en lo que respecta a emociones y promover actitudes con el fin de mantener sus períodos de estabilidad emocional. El propósito del proyecto de investigación será realizar una recopilación de las historias de vida, de las ancianas institucionalizadas; que por la falta de actividades o ejercicios mentales, presentan pérdida o deterioro de sus capacidades intelectuales, información que una vez recuperada pueda ser parte del historial en su expediente. Además se buscó conservar las destrezas que aún poseen, estimular las que han disminuido con el paso del tiempo, para que tras su recuperación se mejore su calidad de vida y su referente histórico-biográfico.

PRÓLOGO

En Guatemala la condición de adulto mayor no favorece en su mayoría a las personas que caben dentro del concepto, a diferencia de las comunidades indígenas donde al adulto mayor se le trata con respeto y se le da un lugar privilegiado por poseer la sabiduría y el conocimiento, en el resto del país se evidencian diariamente la falta de una actitud valorativa hacia los ancianos, debido a que se ve esta etapa de la vida como una carga para la sociedad y la familia, pues han dejado de ser personas productivas, económicamente hablando.

El proceso de envejecimiento conlleva diferentes características que dependen de la persona en su mayoría, sabemos que es un proceso progresivo de deterioro físico y mental, afectando a ambos géneros por igual y que modifica incluso la conducta de la persona, así como sus funciones cognitivas.

El objetivo general de la presente investigación de: Favorecer la salud mental de las ancianas recuperando los acontecimientos de su historia los cuales fueron significativos a lo largo de su existencia para mejorar su calidad de vida durante su estadía en el asilo, fue logrado mediante la convivencia, las entrevistas, la obtención de información y otros medios que propiciaron el logro en este proceso.

Los objetivos específicos se enfocaron a: Restaurar habilidades ya adquiridas a través de la reminiscencia y conocimientos de la vida, Documentar los relatos de sus historias de vida para integrarlos en el presente, Identificar las habilidades en las ancianas para poder desarrollar diversas actividades, Proponer actividades que permitan utilizar efectivamente el tiempo libre para estimular sus capacidades mentales y Proporcionar una terapia de apoyo a las ancianas cuando revelen

eventos dolorosos o traumáticos en su vida; intenciones que a lo largo de esta travesía fueron alcanzados y de los cuales surgen propuestas tanto teóricas como procedimientos y propuestas de trabajo para apoyar a las ancianas en su condición institucionalizada y en su estado de salud emocional y mental.

Esta investigación nos permitió evidenciar a través del testimonio de estas ancianas institucionalizadas, además de la situación que a la que se enfrentan como adultos mayores dentro de nuestra sociedad, la falta de un núcleo familiar, las enfermedades degenerativas y circunstancias del abandono que han sufrido casi desde el principio de su vida, las ha tornado personas vulnerables al abandono, a evitar soñar o aspirar a mejores condiciones, a pensar en el mejor futuro y a no expresar sus deseos o decir que no los tienen para evitar frustraciones o ser desestimadas en sus peticiones. Aun siendo víctimas de la violencia, el abandono, la falta de afecto y comprensión, han indicado que se sienten satisfechas con su vida.

Las principales dificultades que se pueden detectar son cierto conformismo e indiferencia, acomodamiento a una vida sedentaria, desgano y falta de interés en algunas actividades físicas o de movimiento. La ausencia de vínculos familiares, experimentar la soledad, dificultades en las relaciones interpersonales, así como la pérdida de sus habilidades físicas, su salud y sobre todo la pérdida de información que limita sus conocimientos o experiencias sobre sí mismas, su identidad o su misma historia de vida.

La investigación buscó conocer la historia de vida de las ancianas para poder, a través de sus recuerdos y memorias, reconocer los cambios y decisiones que enfrentaron a lo largo de su vida. Su recuperación y sistematización son aportes concretos para fortalecer su identidad.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1.1 Planteamiento del problema

El envejecimiento o senescencia es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos (noxas) que inciden en el individuo. El envejecimiento de los organismos y particularmente el nuestro como especie humana, ha sido motivo de preocupación desde hace años.

Es un proceso individual e ineludible para todos los seres vivos, en donde acontece la muerte celular, este fenómeno es complejo y multifactorial. La población de la tercera edad presenta un crecimiento rápido en la sociedad actual, donde se le ve al anciano o a la anciana como una carga económica, porque sobreviven un mayor tiempo de vida. La familia los ve como una responsabilidad de la cual no son capaces de poder hacerse cargo, la intervención del asilo en este punto es crucial pues en este caso particular, las personas institucionalizadas se encuentran en la condición de no tener un familiar que pueda hacerse cargo de sus cuidados y entonces se recurre a internarlas en este lugar, donde un grupo de religiosas se encarga de los cuidados que ellas necesitan.

El estudio y el análisis del envejecimiento desde la perspectiva que la sociedad tiene un referente en la cultura y en las construcciones mentales que se tengan del tema del envejecimiento, del concepto de ser anciano, del proceso, del género y del impacto social que ésta etapa de la vida representa.

Una de las estructuras sociales más importantes serán construidas por medio de las relaciones con otras personas, en ese sentido se analizarán distintas situaciones de la vida y circunstancias que han vivido cada una de ellas. Será de primordial valor la perspectiva individual que la anciana tenga en esta etapa de su vida, teniendo en cuenta donde vive, que hace en su cotidianidad, el grado de autonomía que ella tiene al realizar algunas actividades, la facilidad de recordar algunas funciones cognitivas, el padecimiento de algunas enfermedades y la convivencia con otras adultas mayores dentro del asilo. El objetivo principal de este análisis es poder conocer los parámetros de sus habilidades y capacidades cognitivas que presentan las ancianas institucionalizadas.

La apariencia y la dependencia solo es una condición y no una enfermedad que incapacita procesualmente para poder ejecutar diferentes actividades rutinarias, pueden presentar limitaciones sensoriales como sordera, deterioro visual, pérdida de habilidades, padecimiento de enfermedades de la vejez como: artritis, demencia tipo Alzheimer, enfermedad de Parkinson, demencias y depresión.

Por los cambios demográficos significativos que reflejan un aumento importante entre la población de personas mayores de 65 años, que se ven en el abandono por su familia y la sociedad; se han creado algunos hogares que les albergan, permitiéndoles tener un lugar donde vivir,

comer, resguardarse y tener un mínimo de cuidados, por personas que están a su alrededor aún cuando no son sus familiares.

El proyecto Asilo de Ancianas "Nueva Esperanza" se empezó a construir en 1,997 dirigido por una monja llamada "Madre Tonia María", en la aldea de San Pedro Ayampuc, gracias a una donación de un terreno que una persona de la comunidad realizó. El asilo está atendido por Las Hermanas Misioneras de la Eucaristía, que tienen su sede central en el municipio de San Andrés Semetabaj, Sololá. En 1,999 el edificio queda concluido en su estructura física e inaugurado finalmente el 21 de julio del año 2,001 y el 15 de agosto del mismo año se inicia formalmente el trabajo para la cual se construyó la casa y reciben a las primeras tres ancianas abandonadas cuyo objetivo principal es brindar atención espiritual, moral, biológica y sociocultural a cada anciana. Las hermanas a cargo del proyecto conforman una asociación no lucrativa por lo tanto la estancia de cada persona no tiene ningún costo sosteniéndose únicamente con donaciones. En la actualidad (2,013) viven dieciséis ancianas las cuales no cuentan con apoyo de familiares.

El Asilo de Ancianas "Nueva Esperanza", ubicado en el municipio de San Pedro Ayampuc, departamento de Guatemala; cuenta con un edificio dividido en dos partes en el ala derecha se encuentra la sala de espera para las visitas, cocina, comedor, sala de recreación y enfermería; en la parte del fondo se ubica la lavandería; en el ala izquierda, se encuentran la capilla, a un costado los dormitorios divididos en 3 áreas, en cada una hay servicios sanitarios y duchas.

En el asilo hay 16 ancianas que por el avance de la edad se ven afectadas en sus habilidades físicas, cognitivas, por el padecimiento de algunas enfermedades, la ausencia de vínculos familiares y afectivos, las

llevan a experimentar el abandono y la marginación por su condición de ancianidad lo cual las lleva a padecer y experimentar dificultades emocionales que se ven reflejadas en su personalidad y el hecho de estar institucionalizadas limita sus relaciones interpersonales, su independencia y autonomía.

El deterioro de las facultades mentales se evidencia por los cambios observables que llevan a un deterioro funcional de la memoria y que afectan su convivencia y relaciones interpersonales. En este sentido la recuperación de su historia de vida mediante el testimonio, busca recuperar información personal, familiar y social que permita un relato lógico y coherente inscrito en el tiempo mediante sus recuerdos mnemónicos y la capacidad de reminiscencia que aún conserva. Esta recopilación permitirá hacer una reconstrucción de su vida, eventos, hechos y acontecimientos importantes que provean información significativa a ellas, a sus cuidadoras, a los voluntarios y benefactores del Asilo, así como a los profesionales que trabajan con ellas.

Uno de los principales objetivos de realizar esta investigación es poder recuperar información personal de la vida de las ancianas mediante los relatos de sus recuerdos y la reminiscencia cognitiva de las experiencias individuales de las ancianas. Al utilizar la técnica del testimonio permita construir sus historias de vida y sistematizar la biografía de cada una para referirse a la historicidad de su vida, su singularidad e identidad para favorecer sus capacidades mentales, psicológicas y emocionales en el entorno del Asilo, con sus compañeras y sus cuidadoras, para constituir un expediente que haga referencia a su vida.

Las técnicas utilizadas son los Relatos de vida, las Historias de vida, el Testimonio, obtenidos mediante la entrevista semiestructurada, el diálogo y

la entrevista en profundidad, se trabajó con terapia de apoyo, al finalizar cada entrevista se realizó una sistematización de la información a efecto de construir un expediente que resuma la historia de vida obtenida mediante la recuperación de recuerdos de su vida mediante la reminiscencia y recuperación de recuerdos.

Esta etapa de la vida de la ancianidad, Erikson la denomina Integración del yo versus Desesperación; donde las virtudes que se obtienen son la sabiduría y la actitud contemplativa propias de esta etapa.

La psicología cognitiva se relaciona con el presente trabajo de investigación porque estudia los procesos de pensamiento, la elaboración de información de ideas, llamando a estas: elaboraciones, percepciones y a su procesamiento: cogniciones.

Las ancianas a causa del deterioro de sus capacidades pueden experimentar declinación de la función mnésica vinculada con el envejecimiento, con sensación subjetiva de pérdida de memoria, ansiedad y depresión, trastornos cognitivos, estrés y afectaciones del estado de ánimo, de la personalidad y demencia en grado extremo. En el presente caso de las ancianas recluidas en el Asilo "Nueva Esperanza" el deterioro puede verse incrementado a causa de la institucionalización, la instalación de esquemas rutinarios, ausencia de espacios de capacitación, recreación y la convivencia con personas que motiven al fortalecimiento de su identidad personal mediante la conversación y relación humana.

La recuperación de las Historias de vida de las personas entrevistadas, permitirá mediante la entrevista: la recuperación de recuerdos, la evocación de eventos significativos, la asociación de sucesos y acontecimientos a fechas en el tiempo cronológico y la construcción de un expediente particular que revele la vida personal las ancianas. La

técnica a utilizar será de la entrevista semiestructurada, la entrevista en profundidad y la conversación. Los trabajadores de la institución también proporcionaran información importante para completar el expediente.

La reminiscencia es un concepto que puede asociarse a ovaciones, memorias, o recuerdos y que es una representación mental de una situación, hecho u otra cosa que tuvo lugar en el pasado y que está casi olvidada. La Terapia de Reminiscencia basa su efectividad en el uso del recuerdo sobre la calidad de vida del adulto mayor. Es un ejercicio útil, fácil de resultados satisfactorios que benefician el estado anímico y el funcionamiento cognitivo. La facilitación de oportunidades para referirse a las experiencias de la persona, le permite establecer una conexión temporal y de continuidad entre el pasado y el presente que revela las experiencias, los logros y acontecimiento para estimular la evaluación de la trayectoria de la vida generando en la persona un sentido de satisfacción, optimismo y agradecimiento.

En la presente investigación se intentó dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿Qué habilidades neurocognitivas se identifican en las ancianas del hogar?, ¿Es la reminiscencia una vía de recuperación de la historia personal que permite recordar información para ser utilizada en la actualidad?, ¿ El método de los Relatos de vida y la Autobiografía dirigida son útiles para recuperar datos bibliográficos de la persona?, ¿ Utilizar el tiempo de ocio en forma productiva aporta beneficios psicológicos y mentales de la persona anciana? y ¿ Qué situaciones favorecen la salud mental y la convivencia de las ancianas del Asilo?; el trabajo de campo dio cuenta de los hallazgos a partir de los cuales podemos construir conocimiento respecto a las habilidades neurocognitivas y la reminiscencia en la población meta.

1.2 Marco Teórico

En la revisión de antecedentes relacionados con el tema que nos ocupa se pudieron identificar seis tesis con personas de la tercera edad y diversas temáticas como el deterioro mental y físico, los problemas de salud, la depresión y la ansiedad, la autoestima, el bienestar emocional del adulto mayor, la calidad de vida de las personas de la tercera edad, el vacío existencial en ancianos y la necesidad de la terapia de apoyo para mejorar los estados emocionales. En la década de los 80 y 90 solo existe una tesis con esa temática, es hasta en el 2000 que reaparece el tema y se detectan tres tesis más en el 2009 y dos en el 2011. Esto nos habla del escaso interés y poca importancia que se le confiere a este sector de la población.

Los instrumentos y técnicas utilizadas fueron entrevistas, cuestionarios, aplicación de pruebas psicológicas y talleres.

El envejecimiento en un análisis histórico de la vejez nos dice que sus representaciones se han ido modificando a lo largo del tiempo, en el siglo XVIII la problemática del viejo con otras generaciones inicia a partir del conflicto de poder, se torna la imagen como alguien noble. En el siglo XIX se ve al anciano como alguien achacoso y enfermo, también presentan una simetría con la etapa de la infancia donde ellos necesitaran cuidados de otras personas. En la actualidad se utiliza el término la "tercera edad" e incluso "personas mayores".

El envejecimiento no es una enfermedad sino que un ciclo vital humano al igual que otros procesos como la niñez, la adolescencia y la edad adulta, es un proceso que le ocurrirá a todas las personas, el resultado de esta dependerá del estilo de vida de la persona, también el padecimiento de enfermedades, los factores sociales, los factores de acuerdo al

conjunto de las necesidades y problemas de cada persona. El envejecimiento de una población se forma de la conciencia individual y colectiva del significado de la percepción de la que es un adulto mayor, también es una experiencia moldeada por el género, aún cuando ser mayor no significa tener una calidad de vida, en cuanto a las mujeres ancianas tienen una mayor probabilidad de vivir muchos más años que los hombres.

En la última etapa de Erikson, él menciona y la nombra como la Integridad del yo frente a desesperación, explica que mientras envejecemos y nos jubilamos, tendemos a disminuir nuestra productividad y exploramos la vida como personas jubiladas. Durante este período contemplamos nuestros logros y podemos desarrollar integridad si consideramos que hemos llevado una vida acertada.

Si vemos nuestras vidas como improductivas, nos sentimos culpables por nuestras acciones pasadas, o consideramos que no logramos nuestras metas en la vida, nos sentimos descontentos con la vida, apareciendo la desesperación, que a menudo da lugar a la depresión.

Denominada también Estadio VIII, esta última etapa, inicia partir de los 60 años alrededor de la jubilación, después que los hijos se han ido, la delicada adultez o llamada de forma más directa y menos suave edad de la vejez. Algunas ancianas rabian con esto y dicen que esta etapa empieza solo cuando uno se sienten inútiles, pero esto es un efecto directo de una cultura que realza la juventud, lo cual aleja incluso a los mayores de que reconozcan su edad. Erikson establece que es bueno llegar a esta etapa y si no lo logramos es que existieron algunos problemas anteriores que retrasaron nuestro desarrollo.

La tarea primordial aquí es lograr una integridad yoica (conservamos aquí la terminología acorde con los vocablos técnicos dentro del marco de la psicología. También puede entenderse el término como "integridad", con un mínimo de desesperanza. Esta etapa parece ser la más difícil de todas, al menos desde un punto de vista juvenil. Primero ocurre un distanciamiento social, desde un sentimiento de inutilidad; todo esto evidentemente en el marco de nuestra sociedad. Algunos se jubilan de trabajos que han tenido durante muchos años; otros perciben que su tarea como padres ya ha finalizado y la mayoría creen que sus aportes ya no son necesarios.

Además existe un sentido de inutilidad biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes. Las mujeres pasan por la menopausia, algunas de forma dramática. Surgen enfermedades de la vejez como artritis, diabetes, problemas cardíacos, problemas relacionados con el pecho, ovarios entre otras. Empiezan los miedos a cuestiones que uno no había temido nunca, como por ejemplo a un proceso gripal o simplemente a caerse.

Junto a las enfermedades, aparecen las preocupaciones relativas a la muerte. Los amigos mueren; los familiares también. La esposa muere. Es inevitable que también a uno le toque su turno. Al enfrentarnos a toda esta situación, parece que todos debemos sentirnos desesperanzados.

Como respuesta a esta desesperanza, algunos mayores se empiezan a preocupar con el pasado. Después de todo, allí las cosas eran mejores. Algunos se preocupan por sus fallos; esas malas decisiones que se tomaron y se quejan de que no tienen ni el tiempo ni la energía para revertirlas (muy diferente a estadíos anteriores). Vemos entonces que algunas ancianas se

deprimen, se vuelven resentidas, paranoides, hipocondríacas o desarrollan patrones comportamentales de senilidad con o sin explicación biológica.

La integridad yoica significa llegar a los términos de tu vida, y por tanto, llegar a los términos del final de tu vida. Si somos capaces de mirar atrás y aceptar el curso de los eventos pasados, las decisiones tomadas; la vida tal y como se vivió, entonces no se necesitará temerle a la muerte. Aunque la mayoría no se encuentran en este punto de la vida, quizás podríamos identificarnos un poco si empezamos a cuestionarnos nuestra vida hasta el momento. Todos hemos cometido errores, alguno de ellos bastante graves; si bien no seríamos lo que somos si no los hubiéramos cometidos. Si hemos sido muy afortunados, o si hemos jugado a la vida de forma segura y con pocos errores, nuestra vida no habría sido tan rica como lo es.

La tendencia mal adaptativa del estadio 8 es llamada presunción. Esto ocurre cuando la persona “presume” de una integridad yoica sin afrontar de hecho las dificultades de la senectud. La tendencia maligna es la llamada desdén. Erikson la define como un desacato a la vida, tanto propia como la de los demás.

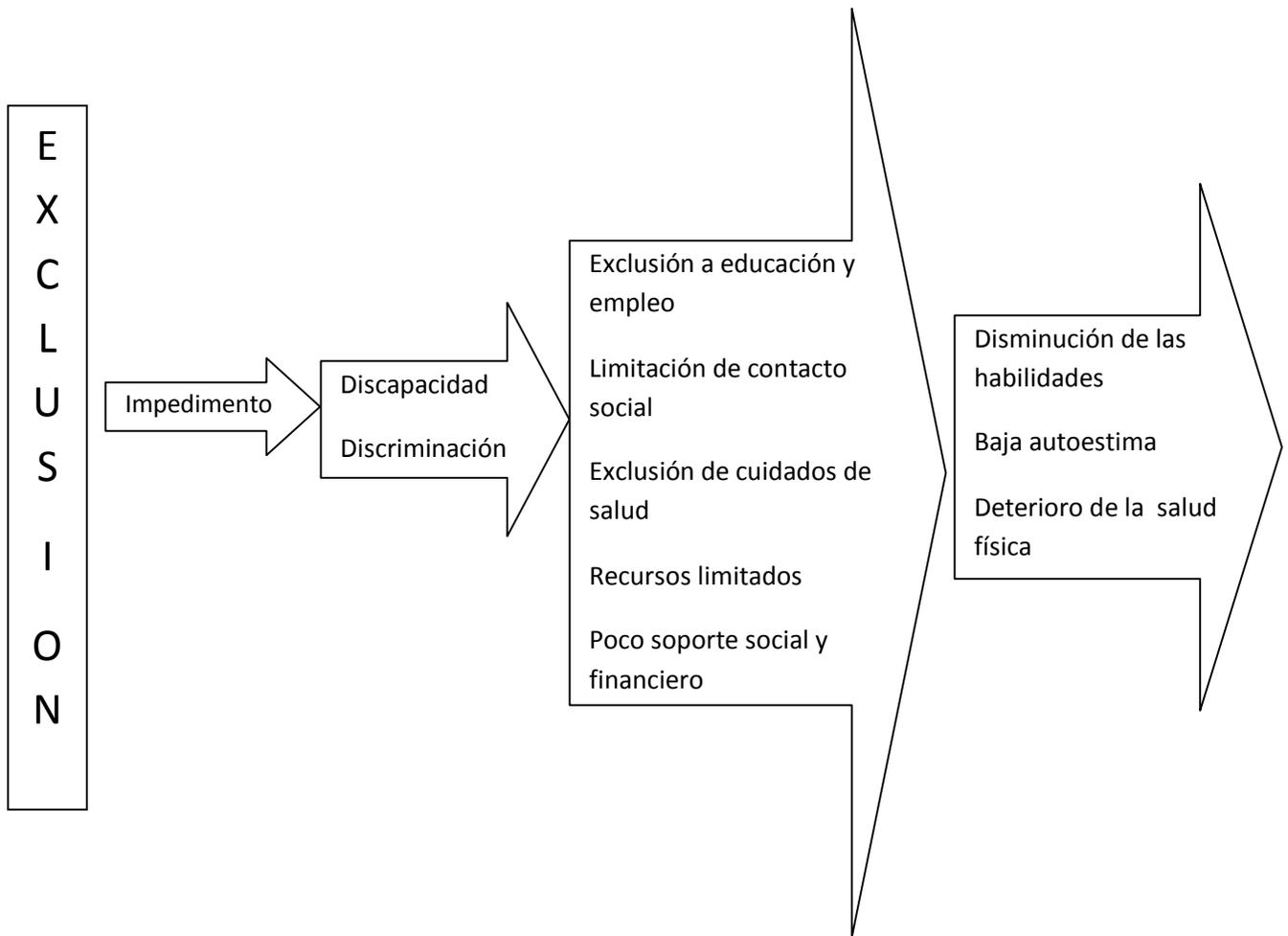
La persona que afronta la muerte sin miedo tiene la virtud que Erikson llama sabiduría. Considera que este es un regalo para los hijos, dado que “los niños sanos no temerán a la vida si sus mayores tienen la suficiente integridad para no temer a la muerte”. Se sugiere que una persona debe sentirse verdaderamente agraciada de ser sabia, entendiendo lo de “agraciada” en su sentido más amplio: me he encontrado con personas muy poco agraciadas que me han enseñado grandes cosas, no por sus

palabras sabias, sino por su simple y gentil acercamiento a la vida y a la muerte; por su "generosidad de espíritu".

Envejecer es una experiencia directa influida por la inequidad de género, lo cual refleja un conjunto de desigualdades y exclusiones que las mujeres las han aumentado a lo largo de la vida, por circunstancias como: tienen menor acceso a la educación, limitación en cuanto un empleo remunerado de acuerdo a sus capacidades, planes de prestaciones y en otros casos cuando son extremadamente pobres, durante la vida productiva aportan recursos económicos, ya sea en trabajo formal o informal, pero al llegar a la vejez dejan de ser útiles y pasan a ser alguien más que cuidar, lo cual se torna una obligación para la familia, las mujeres también proporcionan más horas de trabajo aun en la vejez con el cuidado de los niños, de otros ancianos, las mujeres son vulnerables a la violencia u abandono, lo cual los lleva a modalidades del maltrato o el abandono y que las mujeres son altamente invisibilidades por la sociedad.

Es decir que toda la exclusión que experimentan las mujeres desde muy temprano desde la infancia, la juventud y la etapa adulta, produce un efecto acumulativo en aquellas que han logrado sobrevivir hasta edades avanzadas. Las relaciones desiguales de poder y de oportunidad entre los géneros hacen que las mujeres viven su vejez con todavía menos control sobre sí misma y en su entorno. Es una pérdida acrecentada de autonomía y que esto es parte de la vejez, colocándolas en una situación de vulnerabilidad a la exclusión en este último período de la vida.

CICLO DE EXCLUSIÓN DE LAS MUJERES ADULTAS MAYORES



La inactividad en las personas adultas está relacionada la escasa actividad física es un factor predictor de deterioro funcional y no una "consecuencia" propia de la edad. Este hallazgo debe empujar a tomar medidas en el entorno de los ancianos para intentar favorecer la actividad en estas personas, algo que tendría efectos muy beneficiosos a medio plazo sobre un sector de la población que crece constantemente. Algunos pacientes de avanzada edad tienen una actividad física restringida, definida ésta como la estancia en la cama al menos medio día, cuando no están enfermos.

Se debe valorar los motivos de forma individualizada para ver si son evitables e intentar mejorar el pronóstico de estos pacientes. Por otro lado,

las medidas que mejoran la actividad y estimulan a estas personas (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Actividades sociales y lúdicas, etc.) tienen un gran interés si se quiere intentar prevenir el deterioro funcional y reducir así su grado de dependencia.

“La salud es un aspecto donde existen unas pronunciadas diferencias en el desarrollo humano entre los géneros, como resultado de las diferencias biológicas y desigualdades biológicas, sociales y de género de cómo las mujeres se adaptan a esta nueva etapa de la vida”.¹

Las mujeres de la tercera edad tienden a tener mayor riesgo de enfermarse, lo cual afecta su bienestar físico y mental, produciendo como resultado el aislamiento y la dependencia de personas que laboran en el lugar en que se encuentran institucionalizadas. Para ellas el padecimiento de las enfermedades es de tipo agudo lo cual son de períodos prolongados y es muy común que deteriore de manera muy clara su calidad de vida, haciéndolas con menos actividad activas para ellas durante el período que estén en la institución que no cubran sus necesidades como el tener una rutina que les permita ser personas productivas aun estando en una institución.

“Unos de los mayores estados que colocan en condición de discapacidad a las mujeres en la vejez se verá afectado de manera directa el bienestar de ella afectándoles en lo físico, sensorial o incluso en la conducta, lo cual conlleva a un deterioro en las relaciones sociales e interpersonales las cuales son condiciones desfavorables para ellas. Partiendo del hecho que la discapacidad es una respuesta social

¹ SNU. Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala. Desarrollo humano, mujeres y salud. Guatemala. Año 2002. p. 255

1 *Ibid.* p. 261

inapropiada que una mujer mayor de 75 años tendrá dificultades para poder desplazarse, ver, escuchar con normalidad, lo cual le llevara a tener dificultades ante situaciones de la vida cotidiana las cuales requieren tener el mínimo de las funciones para poder ejecutarlas".¹

“La inequidad en las condiciones de bienestar de los adultos mayor se ve acentuada por la desigualdad a los servicios y a los bienes económicos, la menor capacidad que ellas representan para generar ingresos propios, la cobertura de programas de seguridad social, las bajas oportunidades a optar a una jubilación digna y justa, entre otras el nivel de vida, lo cual no les permite tener un lugar donde vivir y tener las oportunidades de sobrevivencia”.²

El paso de los años produce en todas las personas cambios en el cuerpo, no existe una edad en la que inicie la vejez, sin embargo este da inicio a partir de los 60 años. Es una etapa compleja y heterogénea que será abordado desde varias especialidades en especial del impacto psicológico, el funcionamiento físico y social que presentan, se debe observar que el bienestar durante el envejecimiento es el resultado de los múltiples factores conductuales, socioeconómicos y físicos (como el estilo de vida, factores hereditarios, factores de riesgo que estuvieron expuestos y problemas adquiridos en la juventud y la madurez.

“El envejecimiento es un proceso que tiene varias perspectivas siendo universal, progresivo, irreversible y deletéreo:

² SOSEP. Secretaria de Obras Sociales de la Esposa del Presidente. Manual de Sensibilización para el Cambio de valorización y trato hacia el Adulto Mayor. Guatemala. Año 2000. Tipografía Nacional. p.3

- Universal: significa que le pasa a todos los seres vivos.
- Progresivo: acompaña el ciclo de vida y avanza diariamente.
- Irreversible: no existe reversiones en este proceso.
- Deletéreo. es marcado por el deterioro de las estructuras y funciones biológicas".³

Los cambios que las ancianas padecen se pueden dividir en tres estructuras que son: la conducta, los cambios normales y los signos de alarma. En cuanto a la conducta se refiere a las relaciones sociales, el comportamiento, la movilidad, la memoria, la defecación y la micción.

Entre algunas características de los cambios normales se pueden mencionar el retiro del trabajo, la pérdida de amigos, la muerte, el abandono de los familiares, cambios de sus intereses, el movimiento lento, la disminución de la fuerza muscular y cambios en la memoria. En lo biológico se pueden mencionar que el intestino se vuelve más lento, disminución del tamaño de la vejiga.

Los signos de alarma más frecuentes en las ancianas son cuando no tienen familia, se sienten marginados, se sienten sin apoyo, se aíslan, empiezan con indicios de suicidios, se produce cansancio, fatiga, dolor y mareos. También hay estreñimiento y algunas ocasiones sangrado al defecar, escape involuntario de orina.

Según el Manual de sensibilización para el cambio de valorización y trato hacia el adulto mayor se presenta a continuación el cuadro de los cambios en los ancianos y su conducta:

³ SOSEP. Secretaria de las Obras Sociales de la Esposa del Presidente. Manual de Sensibilización para el cambio de valorización y trato hacia el adulto mayor. Año 2000. Tipografía Nacional. pp.1-8

Cuadro de los cambios en los ancianos y su conducta:

| "CONDUCTA | CAMBIOS NORMALES | SIGNOS DE ALARMA |
|---------------------|---|---|
| Relaciones sociales | <ul style="list-style-type: none"> - Retiro del trabajo - Pérdida de amigos y muerte - Cambio de residencia - Abandono de los familiares | <p>Cuando no tiene familia Cuando se siente marginado Cuando se siente sin apoyo Se la persona se considera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muy anciana - Viven solas - No tiene familia - Son pobres - No tienen vivienda - Tienen alguna discapacidad |
| Comportamiento | <ul style="list-style-type: none"> - Las personas adultas mayores, tienen un comportamiento completamente normal de acuerdo a como han vivido con anterioridad. - Se observan un cambio de interés - Experiencias personales se tendrán que aplicar a la nueva etapa de la vida | <ul style="list-style-type: none"> - Cuando una persona se comporta distinto a la manera que lo ha hecho su vida. - Cuando se aísla - Cuando aparecen algunas adicciones como a tomar pastillas - Cuando existan amenazas o indicios suicidas. |
| Movilidad | <ul style="list-style-type: none"> - Desplazarse de un lugar a otro - Realizar tareas dentro de su rutina - No hacer ejercicio o alguna actividad con cierta regularidad - Movimiento lento, disminución de fuerza muscular - Articulaciones rígidas - Disminución en los reflejos | <p>Cuando cualquier movimiento muscular produce:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolor - Cansancio - Fatiga - Mareo |
| Memoria | <ul style="list-style-type: none"> - Con los envejecimientos ocurren cambio en el cerebro que alteran algunas de sus funciones como la memoria. - En una persona mayor saludable es posible que ocurran olvidos relativamente sin importancia, este cambio en la memoria no altera la capacidad de aprender cosas nuevas. | <ul style="list-style-type: none"> - Cuando una persona mayor no reconoce a sus familiares o amigos ya sea temporal o permanente - Cuando no reconoce el lugar donde se encuentra - Cuando de forma frecuente no recuerda la fecha y la confundo con otras - Cuando olvida hacer sus tareas habituales - Cuando lo olvidas causan riesgos - Cuando se aísla en forma voluntaria |
| Defecación | <ul style="list-style-type: none"> - Con el paso de los años el intestino se vuelve más lento, sin embargo la defecación deberá ser normal y sin variaciones a la de personas de menor edad | <ul style="list-style-type: none"> - Cuando existe estreñimiento - Cuando exista dolor, ardor y o sangrado al defecar |
| Micción | <ul style="list-style-type: none"> - Algunas personas mayores experimentan un empequeñecimiento de la de la vejiga por lo que el numero de micciones aumenta | <ul style="list-style-type: none"> - Necesidad imperiosa de orinar frecuente - Escape involuntario de orina - Micción con dolor y o sangrado - Aumento de micciones nocturnas ¹⁴ |

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la demencia y trastornos de la vejez como una alteración progresiva y grave de la memoria y del pensamiento, que a los 6 meses de evolución, deja a la persona imposibilitada para realizar actividades de la vida diaria. El padecimiento de esta enfermedad también está asociada a la alteración de una o varias de las siguientes funciones: lenguaje, cálculo, razonamiento, pensamiento abstracto, praxia, agnosia o modificaciones de la personalidad.

Para definirla, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), reagrupa un conjunto de cuadros clínicos que tiene como denominador común la presencia de severos trastornos cognitivos y de conducta provocada por lesiones cerebrales, algunas irreversibles. La presencia de demencia en un individuo no implica siempre irreversibilidad, por lo que se distingue demencias reversibles e irreversibles.

Las primeras tienen remisión con el tratamiento adecuado y se asocian a episodios demenciales en los que el individuo manifiesta un conjunto de síntomas psicológicos y comportamentales sin una etiología particular. Las segundas son la consecuencia de disfunciones cerebrales que provocan un deterioro intelectual irreversible e incurable hoy en día.

A grandes rasgos, podemos citar como trastornos cerebrales irreversibles característicos de las demencias corticales, subcorticales y la demencia vascular. Esta última abarca todas las demencias que son producidas por lesiones cerebrales isquémicas o hemorrágicas.

En lo que se refiere a síndrome demencial es difícil establecer un diagnóstico diferencial claro entre las patologías agudas que se manifiestan mediante estados delirantes o confusionales y las patologías

orgánicas irreversibles, porque no existe una evidencia de neuropatología clara. A pesar de ello, casi siempre se suelen etiquetar los episodios confusionales agudos con un diagnóstico global: demencia. Durante los episodios agudos la persona presenta trastornos de memoria, razonamiento, orientación y da respuestas emocionales inadecuadas.

La demencia vascular es la consecuencia de múltiples infartos lo cual provoca una insuficiencia de aportación de oxígeno y de elementos nutritivos al cerebro, lo cual produce la muerte de células en áreas específicas. Ésta se caracteriza por múltiples lesiones y en consecuencia produce los siguientes síntomas: desorientación, dolor de cabeza, disminución de vigor físico y mental, trastornos del pensamiento, memoria y razonamiento. De acuerdo a la zona afectada produce alteración de lenguaje y déficit de la coordinación de movimientos (hemisferio izquierdo) o pérdida de habilidades espaciales (hemisferio derecho). Algunos de los factores de riesgo que precipitan la demencia vascular son: la edad, diabetes, factores hereditarios como la hipertensión, el control médico adecuado puede prevenir este síndrome.

En la demencia subcortical implica la pérdida de células en las estructuras subcorticales del cerebro que son las neuronas, este tipo de demencia se caracteriza por la aparición de una desaceleración de los movimientos y procesos mentales del individuo (aprendizaje, lenguaje, percepción, procesamiento de la información) además afecta la memoria, motivación y tendencia al olvido. Otro tipo de afectaciones se encuentra: dificultad de lo aprendido anteriormente, trastornos afectivos que se manifiestan con irritabilidad, indiferencia y apatía.

La demencia cortical está provocada por una lesión en la corteza cerebral lo cual afecta las funciones agnósicas, amnésicas y dispraxicas, pérdida paulatina de funciones cognitivas superiores: trastornos de la

memoria , evocación de hechos recientes, alteración de la atención, desorientación temporoespacial, lentitud y dificultad en la expresión del lenguaje, falta de concentración e imposibilidad de resolver problemas, también suelen presentar alteraciones del sueño y conducta, depresión, agitación psicomotriz y deambulación.

“El envejecimiento de los individuos es un proceso natural que consiste en la disminución de las funciones de los órganos y sistemas, que ocurre durante todo el ciclo de vida dentro de un contexto familiar y social. Esto trae consigo una serie de cambios asociados con el desempeño físico, con la capacidad y oportunidad de relaciones interpersonales, con diferentes grados de respuestas afectivas, con la percepción que las personas tienen de sí mismas, con la valoración que los demás les asignan y con el papel que desempeñan en su comunidad”.⁵

En la vejez se dan modificaciones en las funciones y habilidades necesarias para el desarrollo de actividades durante la vida cotidiana. Y solamente puede ser clasificado como vejez patológica, cuando la disminución de estas funciones se debe a una enfermedad.

La gerontología habla de tres aspectos a considerar, que son los cambios biológicos, psicológicos y sociales, todos relacionados a las acciones y omisiones que ha desarrollado cada persona durante su vida. En otras palabras, la satisfacción durante el envejecimiento será el resultado de diversos factores basados en las áreas anteriormente mencionadas.

Mejorar la calidad de vida en esta etapa depende de las oportunidades y privaciones que se tuvieron durante la vida, del ambiente en que se han desarrollado y del factor económico.

En Guatemala, la mayoría de personas mayores se enfrentan a un envejecimiento en un ambiente de desigualdad y exclusión social, este conglomerado está conformado principalmente por mujeres, que se han retirado de la fuerza laboral, tienen mayor incidencia de discapacidades físicas y mentales, están solas y son dependientes. Sin embargo, algunos han encontrado métodos alternativos para sobrevivir como ventas informales, empleos domésticos, cuidando a los nietos y actividades agrícolas.

La desigualdad en el acceso a los servicios y al campo económico es significativa, en relación con la población adulta. La incapacidad de generar ingresos, la no cobertura de los servicios sociales, entre otros, inciden en el descenso de calidad de vida.

La familia juega un rol importante como unidad social, pues permite crear lazos afectivos durante la vida, también puede brindar apoyo emocional, económico y de salud. Así como los adultos mayores pueden aportar sus experiencias y trabajo también, en compensación. Esto, sin embargo, es una cuestión cultural y depende de factores ambientales, así como económicos y educativos.

En comunidades indígenas la condición de abuelo o abuela, es una manera de ser guía o consejero y deviene con una gran responsabilidad, inclusive las decisiones importantes le deben ser consultadas y son cuidados por las familias y la comunidad. Y en los hogares de personas ladinas se ve a la anciana como una carga y no como personas sabias con conocimiento y experiencia.

Los adultos mayores que se perciben a sí mismos como personas en decadencia física y mental, aceptan su deterioro y tienden a resignarse a lo que les sucede, inhibiendo cualquier deseo de superación. Han

adoptado este estado, pues la sociedad ha pensado que cualquier actividad relacionada con adultos mayores, solamente es una definición, que sigue presente en la percepción del resto de personas. Esto impide seguir desarrollándose y afecta también su autoestima.

No se sabe exactamente cuáles son los procesos cognitivos que se ven afectados durante la vejez, pues los cambios que se presentan de disminución de las funciones varían de persona a persona y de diferentes áreas. Las experiencias de vida son aprendizajes más difíciles de olvidar que el aprendizaje escolar, así como las habilidades que se utilizan para la resolución de problemas se deteriora más rápido que las habilidades verbales.

Como un programa para entrenamiento de las habilidades cognitivas, se pueden incluir actividades de relajación e involucrar al adulto mayor en actividades que habían sido olvidadas. Si son adecuadamente motivados pueden aumentar los niveles cognitivos.

“La memoria también se ve afectada durante esta etapa. Los efectos repercuten en el funcionamiento de la memoria de trabajo, que es el sistema registro temporal que manipula la información durante el acoplamiento mediante una serie de tareas cognitivas tales como la comprensión, el aprendizaje y el razonamiento”.⁶

Este sistema permite realizar operaciones mentales complejas, comprensión del lenguaje, el razonamiento, cálculos, etcétera, porque manipula la información durante la realización de operaciones mentales. Si alguno de estos mecanismos no funciona, entonces se da la posibilidad de que el sujeto no pueda realizar estas operaciones.

Se tiene la creencia que en la vejez, los individuos son principalmente personas malhumoradas, irritables, olvidadizos. Sin embargo, los estudios indican que la personalidad no se ve afectada con el paso del tiempo. Aunque, hay algunos autores que creen que durante la vida ocurren cambios que pueden modificar la personalidad.

La última etapa de la Teoría Psicosocial de Erik Erickson, se refiere a la etapa de la vida, de una integridad del yo o la desesperación. En la primera opción se habla de aceptar y estar satisfecho con la vida que se ha tenido, mientras la segunda, solamente provoca insatisfacción, frustración, enojo, arrepentimiento. La resolución de los conflictos en las etapas es necesaria para avanzar a la siguiente y debe darse de manera satisfactoria. Es en esta etapa en que se realiza un análisis de los logros alcanzados y los no realizados.

A través de esta reevaluación el individuo puede aceptar la vida de manera positiva, orientado a la búsqueda de espiritualidad, de relaciones sociales y en el envejecimiento satisfactorio o sabiduría. "Los adultos mayores deben seguir activos en la vida, buscando retos y nuevas metas. La fortaleza básica de esta etapa es la sabiduría, que con la integridad del yo, permite que se dé una correcta comunicación definiendo a los legados, que son transmitidos de generación en generación".⁷

El bienestar se puede considerar como tal, en tres categorías. Como atributo de una persona, por criterios individuales de definición de bienestar, satisfacción de vida y al predominio de experiencias afectivas positivas sobre experiencias afectivas negativas. No se define el concepto de calidad de vida, ya que esta es una cuestión de percepción.

⁷ Schütz, Duane. Schultz. Sidney Ellie. Teorías de la Personalidad. México. Manual Moderno. 2006. p 56

Las condiciones de salud, situaciones de estrés, actividades sociales y cuestiones de personalidad son relacionadas con el bienestar. Así si una persona durante su vida tuvo la oportunidad de obtener varios placeres o tuvo la insatisfacción en otras situaciones, así se verá afectada la percepción sobre bienestar. También se hace la referencia, de que este es una predisposición del individuo a considerar circunstancias de acuerdo al sentimiento que experimente.

La soledad ha sido descrita como una experiencia desagradable que se percibe cuando hay deficiencias en el funcionamiento social del individuo. Se distinguen dos formas de soledad, la primera que está relacionada con el aislamiento social y la segunda provocada por la pérdida de afecto que brinda seguridad.

La soledad produce sentimientos de baja autoestima, ansiedad, marginación. Contribuye a que el adulto mayor se aleje de sus círculos sociales, lo cual provoca aislamiento; así como la falta de comprensión de la sociedad, hace que muchos adultos mayores se sientan marginados.

Se sabe que las personas que mantienen relaciones con otras, incluyendo a la familia, amigos, etcétera, tienden a presentar un bajo sentimiento de soledad. Inclusive, las relaciones con amigos son más satisfactorias debido a que se comparte el mismo estilo de vida, intereses, valores, etcétera. La participación en grupos terapéuticos o de ayuda, permiten establecer nuevas relaciones y que promueven realizar actividades conjuntas y permite compartir experiencias.

“Los adultos mayores se ven afectados por los malos tratos, violencia ejercida hacia ellos de manera tanto física como psicológica y económica. Aunque no se cuenta con una definición para este tipo de acciones, pues estas varían dependiendo de cuestiones culturales

aceptables, se identifican cuatro características esenciales: el primero: comportamiento destructor, se realiza contra una persona mayor, existe una relación de confianza, causa daño injustificado. El segundo: Tortuosa propone seis categorías o tipos de maltrato. El abandono y maltrato físico, que incluye arañazos, golpes e inclusive la muerte y/o violaciones. El abandono y este tipo de violencia producen dolor y pérdida de las funciones. El tercero: abandono o abuso psicológico, quizá el abuso cometido con más frecuencia. Hace sentir al anciano mentalmente angustiado, puede producir sentimientos de vergüenza, acoso, manipulación, insultos o amenazas por parte de la persona responsable del cuidado. Aunque este tipo de abuso, no puede ser cuantificado, su efecto es igual de dañino. El abandono y abuso psicológico producen más malestar y angustia y provocan el aislamiento de la víctima, debilidad física y mental. Cuarto: la violencia económica que se da cuando los bienes materiales del anciano son apropiados indebidamente por el agresor. Desde cosas tan sencillas, como quedarse con un vuelto, como llegar a forzar a las víctimas a firmar documentos de traspaso de inmuebles, etcétera".⁸

Otra categoría es la violación de derechos. Por la condición en las que se encuentran los adultos mayores, muchas veces se ven privados de los servicios médicos que necesitan, de las visitas de amigos, en algunas ocasiones son forzados ideológicamente a emitir voto por ciertos candidatos, no se les permite asistir a la iglesia, etcétera.

La violencia medicamentosa se refiere a la inadecuada medicación de cualquier forma, a la que se someten a las ancianas con el fin de poder controlarlas y hacerlas permanecer tranquilas. Este tipo de maltrato se da

⁸ Muñoz Tortuosa, Juan. Psicología del envejecimiento. España. Editorial Pirámide. 2011. Pp. 135 y 136

principalmente en instituciones, aunque cada vez con mayor frecuencia se realiza en el ámbito familiar.

La negligencia como otra categoría dentro del maltrato, puede ser activa o pasiva. La negligencia activa consiste en la privación voluntaria de la libertad. Se le refuerza al anciano para que se quede en su habitación, en cama o en un solo lugar y se le priva de comida, bebidas e incluso higiene. La negligencia pasiva, se refiere al olvido hacia el anciano, excluyéndolo de actividades cotidianas, como olvidar hablar con él, relacionarse, darle de comer, entre otras.

Generalmente en la familia se puede encontrar un núcleo más seguro para brindar una mejor calidad de vida en el anciano, o esa es la primera concepción que viene a nuestra mente, sin embargo, muchas veces es aquí donde se dan varias formas de maltrato, inclusive se puede afirmar que la violencia física se presenta más frecuentemente en la casa que en alguna institución.

Al igual que en la familia, en las instituciones se dan una serie de abusos, que incluyen desde brindar alimentos/dietas no adecuadas según las necesidades de cada individuo hasta el cuidado deficiente en casos de fases terminales de enfermedades. Aquí el abuso puede darse a través de diferentes personas, desde conserjes, otra persona institucionalizada, visitantes, hasta parientes y/o voluntarios en la institución.

La vulnerabilidad de los adultos mayores se debe a diferentes factores, culturales, económicos y sociales y ante la percepción y aceptación de la sociedad ante el fenómeno del envejecimiento. El decrecimiento de sus funciones sitúa a los ancianos en desventaja ante la sociedad y por lo tanto se los trata con inferioridad.

Los factores de riesgo en las instituciones se deben a personal insuficiente, que pueda brindar atención individualizada, pues por cuestiones económicas, se antepone una reducción de gastos y no se aplica correctamente las normativas vigentes a la adecuada cualificación profesional. A esto podemos agregarle, los cambios de personal y/o un ambiente conflictivo de trabajo. "Entre las principales características de maltrato en instituciones podemos mencionar: la falta de recursos económicos, hacinamiento, edad avanzada de los usuarios, preparación deficiente del personal, incorrecta dirección del centro, actitud negativa del paciente, conflictividad personal-paciente y mala racionalización del trabajo".⁹

Algunos autores indican que los factores de riesgo más relevantes en las instituciones incluyen una acogida inadecuada e insalubre, rigidez en horarios que han sido adaptados a conveniencia de los cuidadores, cambios bruscos de habitación o ambientes, amenazas de expulsión, falta de ayuda en actividades cotidianas, inclusive robo, intimidación económica y violencia física.

Se sabe que los agresores padecen problemas de adaptación, personas que han tenido en algún momento problemas con la justicia, presentan alguna disfunción psicológica y en su vida la violencia ha estado presente constantemente. En 1,986 se han encontrado tres tipos de tipología en el perfil de los hijos agresores:

- Los hijos que presentan un historial de agresiones dirigidas a sus propios hijos y que han padecido malos tratos durante su infancia achacaban su fracaso actual a sus padres. No obstante manifiestan

un mayor afecto hacia sus progenitores antes que a sus propios hijos. Confiesan que el cuidado de sus padres representa para ellos una abultada carga, pero sienten a la vez la obligación moral de atenderlos, originándose con frecuencia una relación compulsiva. Este grupo es el menos violento.

- Los hijos autoritarios pueden llevar una vida normalizada en sus relaciones personales, sociales y laborales y presentan una personalidad compleja. Suelen ser rígidos, dominantes e intolerantes. Sumisos con sus superiores y dominantes con sus subordinados, sensibles a las críticas externas y al qué dirán. No presentan ningún tipo de psicopatología y con frecuencia achacan a sus padres el haber sido excesivamente autoritarios con ellos durante la infancia.
- El tercer grupo es catalogado como dependiente. Estos agresores están sujetos económicamente a sus padres, no tienen autonomía personal, social y laboral ni muestran deseos por cambiar su destino. Normalmente suelen ser solteros, no poseen ningún perfil profesional, no trabajan y su nivel de ingresos es mínimo. Según este autor, de los tres grupos, este es el que se encuentra más aislado y está menos dispuesto a reconocer los malos tratos y la negligencia de todo tipo que propina a sus progenitores.

En general podríamos afirmar que el perfil de un agresor entre sus características principales presenta una adicción a cualquier tipo de sustancia, interacciones reducidas, no asume su papel de cuidador ni sus responsabilidades como tal, bajo control emocional y ha vivido en ambientes de violencia, también presentan situaciones de estrés y no permiten que se les ayude. Se pueden realizar intervenciones de manera directa e indirecta. La primera es cuando hay una relación presencial entre el profesional y las víctimas; la segunda se refiere al trabajo realizado

a través de instituciones, investigaciones, etcétera; sin que las víctimas y los agresores se encuentren presentes. Es necesario que toda intervención este dirigida al cambio, para modificar la problemática que acecha. Algunos autores recomiendan que inclusive el perpetrador del maltrato deba recibir atención al igual que los ancianos que están siendo victimizados.

Debido al deterioro de la salud y a todos los cambios físicos y sensoriales, y a la separación de los hijos del núcleo familiar e inclusive la muerte del compañero, son algunas de las razones que ponen a los adultos mayores en un riesgo mayor de sufrir y presentar una depresión, que no es más que un Trastorno en el Estado de Ánimo y cuya severidad puede ser variable.

“La institucionalización en residencias también se asocia a factores que favorecen la aparición de cuadros o síntomas depresivos y que pueden dar lugar a un aumento de la prevalencia de este proceso”.¹⁰

Todos los cambios a los que se ven asociados los adultos mayores, muestran la aparición de depresión en algún sentido, pues se está cambiando su entorno y también hay que agregarle los cambios internos que se generan producto del avance del envejecimiento. Es importante tener en cuenta la forma de pensar del individuo y como ha sido esta cognición a lo largo de su vida.

Los individuos con baja autoestima, con deficiencias en sus relaciones interpersonales, incapacidad para la resolución de problemas son más vulnerables a padecer de depresión. Aunque en los adultos mayores, los signos pueden presentarse de diferente manera debido a la disminución

de sus funciones o provocar síntomas debido al uso de ciertos medicamentos.

Los conductistas hacen referencia de los refuerzos para explicar el origen, mantenimiento y tratamiento de la depresión y señalan que es consecuencia de la reducción de refuerzos positivos en actividades realizadas. Si no se refuerzan pueden llegar a extinguirse gradualmente, lo que podría explicar la pasividad y la falta de motivación.

Como se mencionó anteriormente, la aparición de nuevas enfermedades, los ingresos económicos, pérdida de algún ser querido sumándole una falta de actividad hace más vulnerables a los adultos mayores a sufrir una depresión. Especialmente si no hay indicadores que motiven a estas personas a realizar nuevas actividades. Es evidente que los adultos mayores que se mantienen en activos en actividades constantes, mantienen relaciones interpersonales, en general se sienten motivados o encuentran un sentido a esta etapa de la vida, permite que se goce de la misma de una manera normal.

Entre los principales errores del pensamiento depresivo se encuentran: la focalización de lo negativo por parte del sujeto con tendencias a infravalorarse; los individuos se consideran culpables de todo lo malo que sucede a su alrededor; las experiencias son tomadas de manera absoluta, todo o nada; sacan conclusiones generales a partir de detalles pequeños y específicos a los que conecta con situaciones concretas; realizan conclusiones infundadas aun a pesar de que la información se refiera a todo lo contrario.

“Los factores cognitivos en la vejez también pueden ser favorecidos por una visión negativa y determinados estereotipos sociales sobre este sector de población con pensamientos de auto desaprobación tales como

sentirse fracasado, decepcionado o culparse por las cosas malas que ocurren".¹¹

Para el tratamiento de la depresión en adultos mayores se ha evidenciado que la terapia cognitivo-conductual tiene efectos positivos pues permite la readquisición de habilidades aplicables en su cotidianidad y que les permiten controlar su estado de ánimo. Sentirse útiles ha sido de ayuda para estas personas y les brinda un nuevo significado a esta última etapa de la vida.

El suicidio en ancianos se da después de un periodo de depresión, a la frustración de los individuos por no haber cumplido con sus objetivos y que visualizan el futuro como un sufrimiento continuo provocado por la pérdida de la independencia, alguna enfermedad y reconociendo que la muerte encuentra cerca.

Muchos de los suicidios en adultos mayores se encuentran relacionados con factores como enfermedades crónicas, depresión y aislamiento social. En algunos casos, este se da para evitar la institucionalización y los avances de enfermedades. En la mujer los cambios hormonales, la menopausia pueden desarrollar estados de ansiedad e hipocondría, que pueden llevarla a ejecutar un suicidio de manera más impulsiva.

Si los ancianos, además son aislados socialmente y aquí se incluyen los adultos mayores institucionalizados, presentan niveles mayores de desarraigo, depresión e ideación suicida.

¹¹ López Trigo, José Antonio. La Depresión en el Paciente Anciano. Centro Municipal de la Tercera Edad, Área de Bienestar Social, Ayuntamiento de Málaga, España. Octubre 2012.

(<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD013.pdf>)

Algunos factores relacionados con el suicidio son la jubilación, que es el retiro de las actividades laborales, pues va acompañada de pérdida de roles, recursos económicos, estatus y prestigio social. El alcoholismo y las crisis son factores que ponen en riesgo de un suicidio a estas personas.

Entre los factores médicos, podemos mencionar las enfermedades terminales, la pérdida de facultades físicas e intelectuales, mayores intervenciones quirúrgicas; así como, la demencia, la depresión, adicciones, insomnio; agregándoles además, sentimientos de soledad, inactividad, inutilidad, de fracaso existencial, ausencia de proyectos y expectativas.

Además de estos, podemos agregar factores socio familiares, como la pérdida de la pareja u otros seres queridos, frustraciones afectivas y abandono, ingresos involuntarios a instituciones, disminución de la integración social debido al aislamiento y la percepción de rechazo y hostilidad social en relación a la vejez.

“Las personas deprimidas en edad avanzada tienen más probabilidades que las jóvenes de presentar sintomatología psicótica (ideas delirantes del tipo de culpabilidad, nihilismo, persecución y celos) y melancólica. Así mismo los sentimientos de culpa, la ideación suicida y el suicidio pueden vincularse a la depresión geriátrica en mayor medida”.¹²

“El estudio del duelo ha sido denominado por algunos científicos como catesis o cateccis (del griego cathexis) para indicar el monto de energía personal invertida por un individuo en el establecimiento y sustento de un eslabón, lazo o nexos, interactivo con otra persona significativa. Al rompimiento o deterioro del eslabón se le ha querido definir como

decatesis. Adicionalmente al estudio del proceso relacionado con el morir y con la muerte (agonía), se le ha denominado tanatología, un término que fue creado por el ruso M. Elie Metchnikoff en 1,903".¹³

Las experiencias del pesar y el duelo han sido un proceso necesario en el desarrollo del individuo, y funciona como un equilibrio en el funcionamiento del mismo principalmente si se ha roto un eslabón significativo. Establecemos estos eslabones de apego con nuestros semejantes por la necesidad de protección y seguridad que nos brindan.

De esta seguridad es la que habla Erik Erickson cuando se refería a la confianza básica. Si algún eslabón de apego se ve amenazado, la ansiedad y el enojo se desarrollan en el individuo. Y si esta amenaza no es eliminada entonces se hacen presentes la apatía, la desesperación y el desapego.

El duelo puede provocar, principalmente, tristeza, enojo, frustración contra sí mismo, culpa en algunos casos y ansiedad. Los especialistas en el duelo consideran los estados de ansiedad prolongada como un principal indicador del duelo patológico. Así también una serie de sensaciones físicas y cognitivamente, dificultad para concentrarse, para pensar, pensamientos obsesivos en algunos casos, lo que puede provocar que los individuos piensen que esta persona por la cual se da el duelo, aun está presente.

Sin embargo, el duelo es un proceso necesario para soportar la pérdida del ser querido y poder seguir adelante en la vida. Con el transcurso del tiempo, y luego de que las características que lo describen han ido disminuyendo por la aceptación de la pérdida, el individuo aprende a

superar las fases anteriores. Si en caso no lo hiciera, entonces estamos frente a un duelo elaborado patológicamente.

“El término Institucionalización se utiliza para referirse a los acontecimientos de la experiencia individual y colectiva asociados con la entrada del individuo, bajo la jurisdicción de una institución, como las cárceles, reformatorios, hospitales, hogares para ancianos, clínicas, ejércitos o fuerzas armadas, centros diurnos, etc. Dicho en otros términos, se refiere a las modalidades de organización social que ejercen un alto grado de control sobre el comportamiento de los individuos bajo su jurisdicción, al punto de regular formalmente la entrada y salida de los linderos institucionales, etcétera”.¹⁴

Los ancianos por su parte, son ingresados a establecimientos, como hospicios, hogares para ancianos, centros diurnos, o cualquier otra institución semejante, y en algunos casos estas instituciones brindan cuidados a largo plazo, que no son más que los servicios sociales y de salud para los individuos con limitaciones funcionales que impiden cumplir con el desarrollo de las rutinas diarias.

Estas actividades diarias son en las cuales el individuo puede demostrar su autonomía, y es aquí donde las instituciones juegan un papel importante al trabajar en estos aspectos para poder brindar una mejor calidad de vida a los ancianos.

Integrarse a una institución puede provocar el llamado “Estrés por reubicación”, debido a los controles y programas establecidos en las instituciones. Generalmente la institucionalización en ancianos se da sin el consentimiento de éstos, y son principalmente personas solas, pobres y mujeres; que seguramente han vivido por si mismos durante mucho

¹⁴ Hidalgo G., Jorge C. El envejecimiento: aspectos sociales. Costa Rica. Editorial Universitario de C.R. 2001. p 125

tiempo, lo cual conlleva que al momento de ser ingresados a estos establecimientos se vuelvan más susceptibles a efectos adversos debido al nuevo control ejercido por la institución. La pérdida de la autonomía personal es uno de los principales miedos, entendiendo así también a la autonomía como la capacidad de toma de decisiones.

“Los resultados muestran que el nivel educacional, el uso del tiempo libre y el apoyo social percibido influyen significativamente en la calidad de vida del anciano institucionalizado”.¹⁵

Cuando se trata de la elaboración anticipada del dolor por la pérdida que se prevee. El duelo comienza con anterioridad al fallecimiento, cuando éste se considera inevitable. Este duelo anticipatorio ayuda a preparar el duelo posterior. Este tipo de duelo facilita el desapego emotivo antes de que ocurra la muerte, vivido adecuadamente es una oportunidad de toma de conciencia de la separación inminente y de su significado, alivia el posible shock y puede ser una oportunidad para vivir relaciones de una manera más auténtica y transparente. También puede ayudar a liberar los propios estados de ánimo y a programar el tiempo en vista de la inevitable muerte.

“La reminiscencia es “el recuento de una cosa olvidada. Platón presenta la teoría de la reminiscencia como la noción fundamental en la teoría del conocimiento en afirmar que el conocimiento en el hombre es innato; que el alma del ser humano conoce ya la verdad antes de encarnarse en el cuerpo, y que la tarea del hombre en la vida es ir

15 Rodríguez Feijoo, Nélida. Factores que Influyen en la Calidad de Vida de Los Ancianos que viven en Geriátricos. Psicología y

recordando todas las cosas que su alma ya conocía, las cuales, como consecuencia del proceso de envejecimiento, van siendo olvidadas".¹⁶

De esta forma, no es posible para el hombre ampliar sus conocimientos, puesto que éstos se encuentran en él desde su nacimiento, sino tan sólo sacarlos a la luz, recordarlos, y esto es lo que llamamos "aprender".

El proceso de reminiscencia, es un proceso dialéctico que viene posibilitado por dos posibles recursos; en primer lugar, la percepción sensible de las cosas en este mundo trae al hombre el recuerdo de las cosas verdaderas (ideas) que pueblan el mundo inteligible en el que previamente habitaba el alma. Así puede el hombre recordar algunas primeras verdades; después, y puesto que en el mundo de las ideas éstas se encuentran jerarquizadas y relacionadas entre sí, el individuo puede ir recordando el resto de las ideas mediante un proceso de reflexión intelectual.

En este camino hacia el recuerdo de la verdad, el ser humano atraviesa por dos estados principales: la doxa ("opinión"), estado de conocimiento que le lleva a tomar como verdaderas las cosas que percibe por los sentidos y la episteme ("ciencia"), estado en el que es ya capaz de aprehender mediante la razón las ideas verdaderas, de las cuales constituyen meras copias las cosas sensibles. La dialéctica es para Platón este ascenso de las cosas sensibles (objetos materiales percibidos con los sentidos) a las inteligibles (ideas inmateriales aprehendidas mediante la razón).

¹⁶ Chavarría, Mariela y Fajardo, Gabriela. Tesis La Rehabilitación Neurocognitiva en la demencia senil a través de la Terapia Ocupacional en Ancianas del Asilo Nueva Esperanza. 2012. pp. 32-33.

La teoría de la reminiscencia defiende la que el alma vive sin el cuerpo en el mundo de las ideas, percibe las distintas ideas y sus relaciones, se encarna, olvida dicho conocimiento y gracias a la intervención de un terapeuta, consigue recordar ese conocimiento olvidado. Podemos puntualizar las funciones de la reminiscencia y porqué contribuye para un buen envejecer diciendo que:

- Favorece la integridad
- Refuerza la identidad y aumenta la auto-estima
- Permite mantener habilidades físicas y cognitivas
- Se logra la independencia
- Ayuda a mantener la memoria
- Favorece la integridad porque relaciona lo vivido, el pasado al presente constituyéndose así en una vivencia de continuidad, de historia de vida
- Integra el pasado y hay una reconciliación con la vida que tocó vivir, evitando así una excesiva añoranza por lo no vivido
- Se le encuentra significado y propósito a la vida
- Se logra la integridad que es una de las características del buen envejecer
- Refuerza la identidad y aumenta la auto-estima

La sabiduría de un anciano llenará todas las expectativas y experiencias a lo largo de la vida, sin embargo el envejecimiento se cree que esto equivale al deterioro, la incompetencia, menos inteligencia y menos habilidades ejecutivas. Se debe hacer una exploración más profunda de las actitudes, percepciones, sentimientos y realidades de las personas de edad avanzada, también el temor de la soledad, la ansiedad de estar en lugares institucionalizados y el padecimiento de alguna enfermedad.

Desde la segunda guerra mundial, la psicología ha dedicado su atención hacia los ancianos llamándola "Geropsicología" o "Psicología

Gerontológica", en la actualidad se centra en los aspectos comportamentales de los cambios psicológicos que sufren las personas de edad avanzada. La psicología estudia el modo en que el envejecimiento afecta la memoria, pensamiento, altera los procesos mentales y la habilidad de ejecutar funciones básicas de la vida diaria.

El conductismo habla de comprender el envejecimiento desde el funcionamiento de la memoria, la acción humana, que es la conducta en busca de una recompensa. Se dice que toda acción es modificable no son determinadas por los genes sino por el entorno, es específica en mencionar que la teoría del aprendizaje cognitivo está centrado solo en hechos observables, pues no solo cree que todo lo aprendido en el pasado es relevante, sino que también puede ser modificable por el condicionamiento operante el cual moldeara el aprendizaje, este a su vez está relacionado con respuestas, acciones o reacciones fisiológicas, provocando un estímulo y éste lleva a otra conducta.

Algunos conductistas discuten la idea de que muestra una estructura biológica que se puede moldear. Esto es la suma importancia el estudio de este tipo de aprendizaje para comprender las acciones de los adultos en edades avanzadas. En esta teoría se habla del modelado que es una respuesta aprendida por la observación mediante la imitación, pues la persona anciana podrá imitar una conducta que es reforzada.

Otra de las teorías a la que le da especial relevancia, es la de Jung quien considera que la última mitad de la vida es más interesante y más importante que la primera. Jung se interesa especialmente en explorar el desarrollo psicológico durante la segunda mitad de la vida.

Erikson habla del desarrollo psicológico del último periodo de la vida, pues las fases son decisivas en el desarrollo de la persona a lo largo de la

vida. La crisis del desarrollo del octavo período de la vida es la Integridad del yo frente a la Desesperación, que es la culminación del último período de la vida. Erikson describe el objetivo del desarrollo de la vejez de una forma parecida a la de Jung, el lo ve de forma espiritual integrada, el individuo que ha alcanzado la integridad del yo ha superado el egoísmo y el interés personal para aceptar plenamente su lugar en el orden de la vida. Para Erikson lograr el equilibrio y armonía internos depende de un proceso específico: ser capaz de aceptar el pasado de sí mismo. También serán capaces las personas ancianas de aceptar la muerte.

La importancia de cada una de las teorías en la psicología del envejecimiento, Erikson describe de forma simple el concepto de integridad frente la desesperación , lo que es básico del marco psicoanalítico dominante utilizado para comprender a los individuos en cualquier edad.

El enfoque del desarrollo durante el tiempo de vida, abarca cada una de estas ideas, el enfoque de vejez, es tener una actitud abierta al pluralismo, la cual es una norma que cabe seguir en la descripción y la explicación del funcionamiento psicológico en el último periodo de vida. Para el enriqueciendo la comprensión de los ancianos es importante la opinión de teorías y de desarrollo del mundo.

Se ha comprobado que de acuerdo a algunos gerontólogos la edad avanzada se refiere a los 65 años de edad, desde el punto de vista biológico el envejecimiento se inicia mucho antes, desde la adultez joven. También se ve el padecimiento de muchas enfermedades, cuando los cambios físicos experimentado con la edad avanzada se producen hasta un grado moderado este término es el envejecimiento es normal, pero cuando los cambios son exagerados y extremos se denomina enfermedades crónicas.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1. Técnicas

2.1.1 Técnica de Muestreo:

El tipo de muestreo para la presente investigación es intencional ó de conveniencia. Se determina la selección de muestras "representativas" mediante la inclusión de grupos con características típicas. También se selecciona directa e intencionadamente a los individuos de la población en base a las características de los sujetos del presente estudio. En ésta técnica se escoge intencionalmente las unidades de estudio, prefiriendo a los individuos que se consideran más representativos, esto implica un conocimiento previo de la población.

Ante todo la muestra intencional aleatoria es una muestra con propósito, lo que significa que se emplea el muestreo para decidir la elección de un grupo específico de personas u objetos dentro de una población para su análisis. En el presente caso se elige el Universo o población total de la institución interna en el Asilo de Ancianas "Nueva Esperanza", grupo que constituye la totalidad de elementos que se quiere investigar, además es el conjunto de todos los casos que concuerdan con la intención del estudio y es el número total de individuos a estudiar, con los cuales se va a validar el conocimiento.

El universo de la población lo constituyen 16 mujeres ancianas, de edades que oscilan entre los 50 a 95 años de edad cronológica, que están en calidad de internas permanentes en el Asilo para ancianas "Nueva Esperanza" ubicado en el San Pedro Ayampuc, municipio del departamento de Guatemala.

2.1.2 Técnicas de Recolección de datos:

Las técnicas utilizadas fueron los Relatos y las Historias de vida, obtenidos mediante el testimonio, la entrevista semiestructurada, el diálogo y la entrevista en profundidad, se trabajó con terapia de apoyo (cuando esto fue necesario), al finalizar cada entrevista se hizo una sistematización de la información a efecto de construir un expediente que resuma su Historia personal, obtenida por la recuperación de recuerdos mediante la reminiscencia.

La recuperación de su historia de vida mediante el testimonio, buscó recuperar información personal, familiar y social que permita un relato lógico y coherente inscrito en el tiempo mediante sus recuerdos nemónicos y la capacidad de reminiscencia que aún conserva. Esta recopilación permitió hacer una reconstrucción de su vida, eventos, hechos y acontecimientos importantes que aportan información significativa, a sus cuidadoras, a los voluntarios y los benefactores del Asilo, así como a los profesionales que trabajan con ellas.

2.1.3 Entrevista

La entrevista en profundidad está definida como reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Ella permite acercarse a las ideas, creencias, supuestos mantenidos por otros. También es definida como “una serie de conversaciones libres en las que el investigador poco a poco va introduciendo nuevos elementos que ayudan al informante a comportarse como tal. Las entrevistas fueron realizadas tanto a las trabajadoras de la

institución, así como a las ancianas recluidas en el Asilo “Nueva Esperanza”.

2.1.4 El método de las Historias de vida

El método biográfico o de Historia de Vida tiene una importancia significativa en el campo de las ciencias sociales que a la inversa de los métodos cuantitativos ponen énfasis en la persona como foco de atención pues el fenómeno social es en esencia cualitativo. La antropología fue la disciplina que se basó en el método biográfico desde un principio, donde se tomaban como base documentos biográficos para las investigaciones de campo y permitieron darle un estatus científico al método. El método biográfico permite captar a la sociedad a la cual se pertenece y la historia del sujeto en sus prácticas sociales.

Blandiera habla de la historia de vida como un método renovado donde se retoma la biografía como un enfoque cualitativo. Para Dollard la historia de vida es un instrumento técnico para superar las reflexiones especulativas respecto a la personalidad y elaborar una teoría sobre bases objetivas, para lo cual puede servirse de documentos biográficos que confieren objetividad y generalidad más allá del sujeto y del individuo.

Indicadores.

- Su origen y procedencia
- Su familia: padres y hermanos
- Oportunidades de estudio y trabajo
- Sus vínculos afectivos
- Sus intereses y preferencias

2.1.5 El Relato de Vida

El Relato de Vida es un subgénero de la Historia de vida, menos amplió y completó. Se trazan los rasgos más destacados, atendiendo a los aspectos que más interés tienen para la investigación. Sin embargo, para que una narración pueda ser catalogada con propiedad como la Historia de vida, requiere de materiales complementarios, que den crédito y validez al hilo argumental expuesto.

Como su propio nombre lo indica la Historia de vida se apoya fundamentalmente en el relato que un individuo hace de su vida o de aspectos específicos de ella, de su relación con su realidad social, de los modos como él interpreta los contextos y define las situaciones en las que ha participado, pero esto no significa que se deba aceptar al pie de la letra todo lo que la persona refiere sin aplicar controles que garanticen que lo que el entrevistado refiere es fiel, no a la realidad objetiva, sino a la propia experiencia del sujeto. La fidelidad del relato de sí mismo no debe darse nunca por supuesto, antes por el contrario, es un logro técnico en el que el investigador tiene que cooperar activamente y de cuya existencia debe estar seguro antes de iniciar ninguna interpretación de sus datos. Este método tiene algunos inconvenientes a tener en cuenta a la hora de utilizar y confrontar los testimonios recogidos.

Indicadores:

- Niñez, relaciones familiares y sociales
- Crianza y educación familiar
- Relaciones sentimentales y de amistad
- Su permanencia en el Asilo
- Su ingreso y permanencia a la institución

2.1.6 Ficha Básica de Datos

| | | |
|---|-----------------------------------|-------------|
| Nombres y Apellidos | | |
| Lugar y fecha de nacimiento | Edad | Escolaridad |
| Sabe leer y escribir | | |
| Fecha que ingreso al Asilo | Tiempo de permanencia en el Asilo | años |
| Padecimientos o enfermedad | | |
| Utiliza medicamentos | | |
| Utiliza un aparato para caminar o desplazarse | | |
| Tiene control de esfínteres | | |
| Horario en que duerme: Se levanta | | Se acuesta |
| Como es su relación con otras personas | | |
| Le gusta estar sola o con compañía | | |

2.1.6 Autobiografía Dirigida

Entrevista estructurada que permite recuperar información de la persona y contiene los siguientes elementos los cuales son los indicadores:

- I. Mi familia y mi hogar
- II. Domicilio y antecedentes del hogar
- III. Mi vida en la escuela
- IV. Mi vida fuera de mi escuela y mi hogar
- V. Mis ideales y preocupaciones.
- VI. Experiencias del pasado
- VII. Mirando hacia el futuro
- VIII. Mi estado de salud
- IX. Intereses y uso del tiempo libre

2.1.7 El testimonio

El testimonio es un relato relacionado con los motivos, propósitos, esperanzas, temores, amores, odios, celos, ambiciones, aspectos y visiones de la realidad, son formas de ver y actuar en el mundo, de crear individuos, grupos y colectividades. Muestra además la percepción y valoración de los otros con quienes se han mantenido lazos afectivos en la vida familiar y social.

El testimonio es un relato de la vida cotidiana de un sujeto o bien la narración de un eje de ese momento de la vida, ejemplo, patrones de crianza, identidad, valoración de sí mismo, concepción de sí o bien la auto percepción de la persona. El testimonio permite evaluar sin intermediarios hechos y situaciones, dolores y tragedias; movilizando mecanismos de identificación y proyección, de juicio moral que permiten ponderar el significado de los hechos para desenmascarar los motivos que los provocaron y facilitar potencialmente la toma de conciencia.

2.1.8 Terapia de Apoyo

Psicoterapia de Apoyo es una técnica de relación humana su valor instrumental y terapéutico es aplicable a pacientes de cualquier especialidad. Constituye, además, una técnica específica, sirviendo de sustento básico para todas las otras técnicas psicoterapéuticas más especializadas. Es una técnica terapéutica psicológica, basada en una relación emocional positiva, en la que el terapeuta despliega una actitud receptiva de constante aliento con la finalidad de mitigar o eliminar emociones psicotóxicas (angustia, cólera, vergüenza, culpa) conducente, fundamentalmente, al alivio sintomático y a la resolución de problemas (estresores) actuales.

Cuando se les realizó la entrevista a cada una surgieron algunas situaciones que no estaban en el instrumento elaborado lo cual llevo a tener más información como su estado actual, su bienestar, los padecimientos y estadía en el Asilo.

En otras preguntas no respondieron, o expresaron algún incomodidad emocional lo cual fue en su momento de intervenir con terapia de apoyo y poder continuar la entrevista, otras mostraron frustración o pérdida, duelos no resueltos, se legitimaron sus sentimientos, se respetaron los momentos de silencio durante la entrevista y se ventilaron algunos situaciones.

Este grupo de población fue ser abordado con el propósito de construir y reconstruir un expediente personal que recoja la Historia de vida de cada una de las ancianas, mediante sus relatos, testimonios y entrevistas.

Ambas investigadoras recolectaron Relatos e Historias de vida por medio de Testimonios con las ancianas internas autorización con consentimiento informado del uso que se dará a la información, se entrevistó a trabajadoras y autoridades del Asilo, elaboraran instrumentos para la recolección de la información, lo cual se documentará en un expediente personal de cada anciana.

La información obtenida en la presente investigación proviene de 16 ancianas recluidas en el Asilo "Nueva Esperanza", ubicado en el Km. 12.5 del Municipio de San Pedro Ayampuc del departamento de Guatemala.

Las investigadoras programaron jornadas de trabajo organizadas en diferentes etapas; la primera entrevistando a trabajadoras de la institución a fin de conocer alguna información básica relativa a cada anciana institucionalizada. La siguiente fase será la búsqueda de información realizando entrevistas para recuperar Relatos e Historias de vida mediante Testimonios y Entrevistas en profundidad obtenidas de las propias ancianas

apelando a sus recuerdos y reminiscencia. También se valoraron otros referentes que surgieron durante la investigación y que son útiles para la misma. Se consideran entre otras sus satisfacciones de vivir y estar en el Asilo y la necesidad de compañía u tener salidas recreativas del Asilo.

En la etapa final se construye un expediente personal con la Historia de vida, de cada anciana institucionalizada, que se complementa con datos adicionales en entrevistas finales para corroborar la información obtenida y elaborar un relato coherente que sea útil en la atención y relación con la persona consulta y que a la vez sea utilizado como un recurso para estimular sus capacidades intelectuales, su identidad y en general su salud mental para apoyar su calidad de vida.

2.1.9 Técnicas de Análisis de datos:

La investigación cualitativa o metodología cualitativa es un método de investigación usado principalmente en las ciencias sociales que se basa en cortes metodológicos basados en principios teóricos tales como la fenomenología, la hermenéutica, la interacción social; empleando métodos de recolección de datos que son no cuantitativos, con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan sus correspondientes protagonistas. La investigación cualitativa requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan.

Se trata de una actividad que combina, la forma de interrelacionar la investigación y las acciones en un determinado campo seleccionado, con la participación de las personas investigadas. El fin último de este tipo de investigación es la búsqueda de cambios en la comunidad o población para mejorar sus condiciones de vida.

La información obtenida fue ser consignada en un expediente documentado de las ancianas a fin de contar con un instrumento que permita una atención diferenciada a cada una de ellas, por parte del personal, sus compañeras del Asilo, benefactores, voluntarios y profesionales que les acompañan; situación que les beneficia en la adaptación, sus capacidades mentales, autoestima, identidad y relaciones interpersonales.

2.2 Instrumentos para la Recolección de Datos

Se elaboró una ficha básica de datos generales de las ancianas para identificarlas.

Se obtuvo el Testimonio haciendo anotaciones escritas las sesiones para obtener los Relatos e Historias de vida serán mediante el Testimonio y las Entrevistas serán un mínimo de 4 sesiones de 1 hora cada vez que serán divididas en las etapas de la niñez, la adolescencia, la juventud, la adultez y la vejez.

2.2.1 Propuesta de la Entrevista

Para orientar la entrevista se crearon ocho categorías que contenían de cinco a diez preguntas, las cuales debieron responder las ancianas para recuperar información de la vida de las entrevistadas.

2.2.2 Técnicas y Procedimientos del Trabajo

La aplicación del instrumento de Historia de Vida se realizó de forma individual con las participantes, reflejando el nivel de actividad neurocognitiva y reminiscencia que presentó cada una de ellas.

La entrevista permitió obtener información personal de cada una de ellas trayéndoles al presente recuerdos del pasado, descubriendo sus intereses,

anhelos, sueños, fragmentos de su infancia y como se desarrollaron a lo largo de su vida.

La observación como técnica nos permitió conocer las condiciones limitantes, físicas y mentales, de las participantes y como esta situación afecta su psique y su cotidianidad.

El expediente de las personas deberá contar con un relato lógico y coherente en la línea del tiempo ordenada en etapas sucesivas que ofrezcan información significativa del ciclo vital y desarrollo de las ancianas recluidas en la institución, adjuntando fotografías, referentes históricos, evolución de estancia de la persona, hallazgos, acontecimientos y hechos significativos, etc.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

3.1 Características y lugar de la población

3.1.1 Características del lugar

La investigación "Habilidades Neurocognitivas y Reminiscencia en las Personas Institucionalizadas de la Tercera Edad" en ancianas del Asilo "Nueva Esperanza" tiene como objetivo favorecer la salud mental de las ancianas, recuperando los acontecimientos de su historia los cuales fueron significativos a lo largo de su existencia para mejorar su calidad de vida durante su estadía en el Asilo.

El Asilo se encuentra ubicado en el kilómetro 11.5, antigua carretera a San Pedro Ayampuc y la investigación se realizó con dieciséis personas de la tercera edad, mujeres, originarias del Departamento de Guatemala. La población que participo en la investigación tiene un promedio de uno a doce años de permanecer en el Asilo de Ancianas Nueva Esperanza, todas carecen de vínculos familiares debido a diferentes circunstancias, entre ellas el abandono y otras porque nunca formaron una familia.

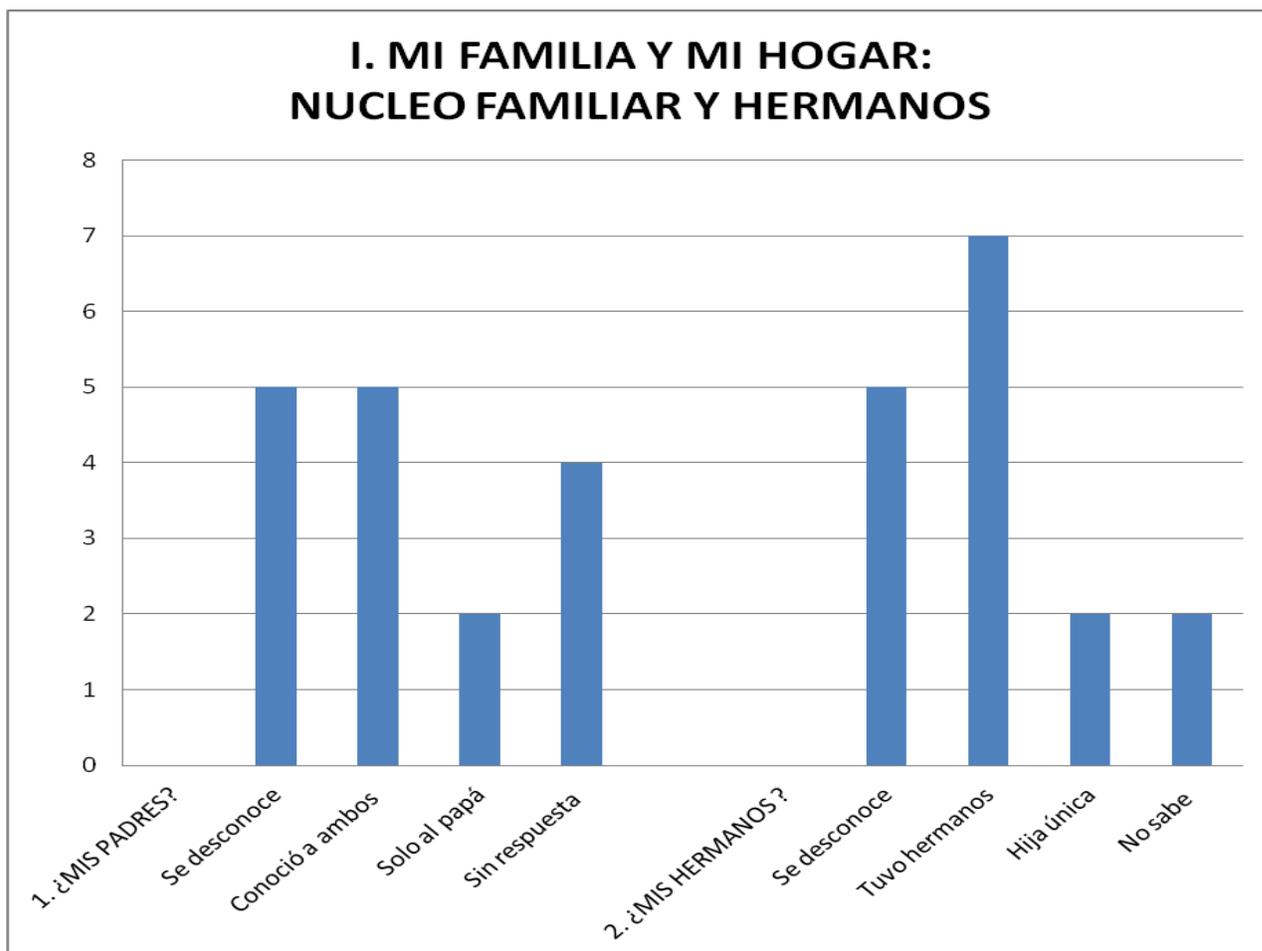
Previo a esta investigación se realizaron acercamientos con las ancianas para poder establecer un vínculo de confianza, se realizó observación de sus capacidades, nivel de conciencia que presentan las ancianas, la autonomía e independencia dentro del Asilo, las rutinas que ellas presentan.

El Asilo esta ubicado en área adecuada, la temperatura es regulada, el área alrededor de este es montañosa lo cual da un ambiente tranquilo y sano para el bienestar individual de cada anciana.

3.1.2 Resultados Obtenidos

3.2 Entrevistas

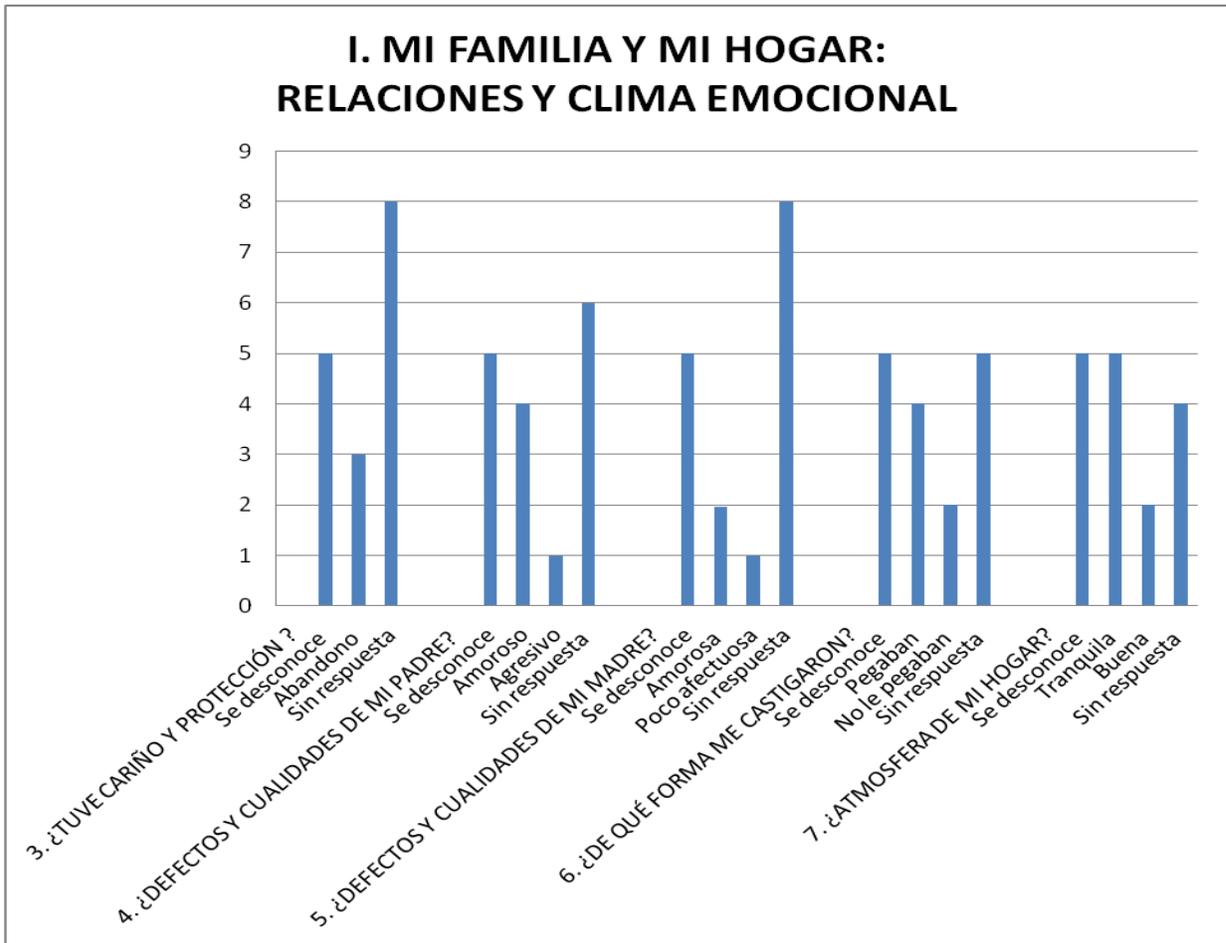
Gráfica No. 1



Fuente. Aplicación de entrevista y autobiografía. Junio y julio 2013. Asilo "Nueva Esperanza".

De la población objeto de estudio se determina que el 43.75% procede de un hogar integrado y conoció a sus padres y el 56.25% no responden o desconocen el dato, esta información revela que se ignoran datos importantes o se pierden en la memoria y en el tiempo, o se ignora como un mecanismo de defensa. Estas condiciones por abandono y orfandad aumenta la vulnerabilidad de las ancianas.

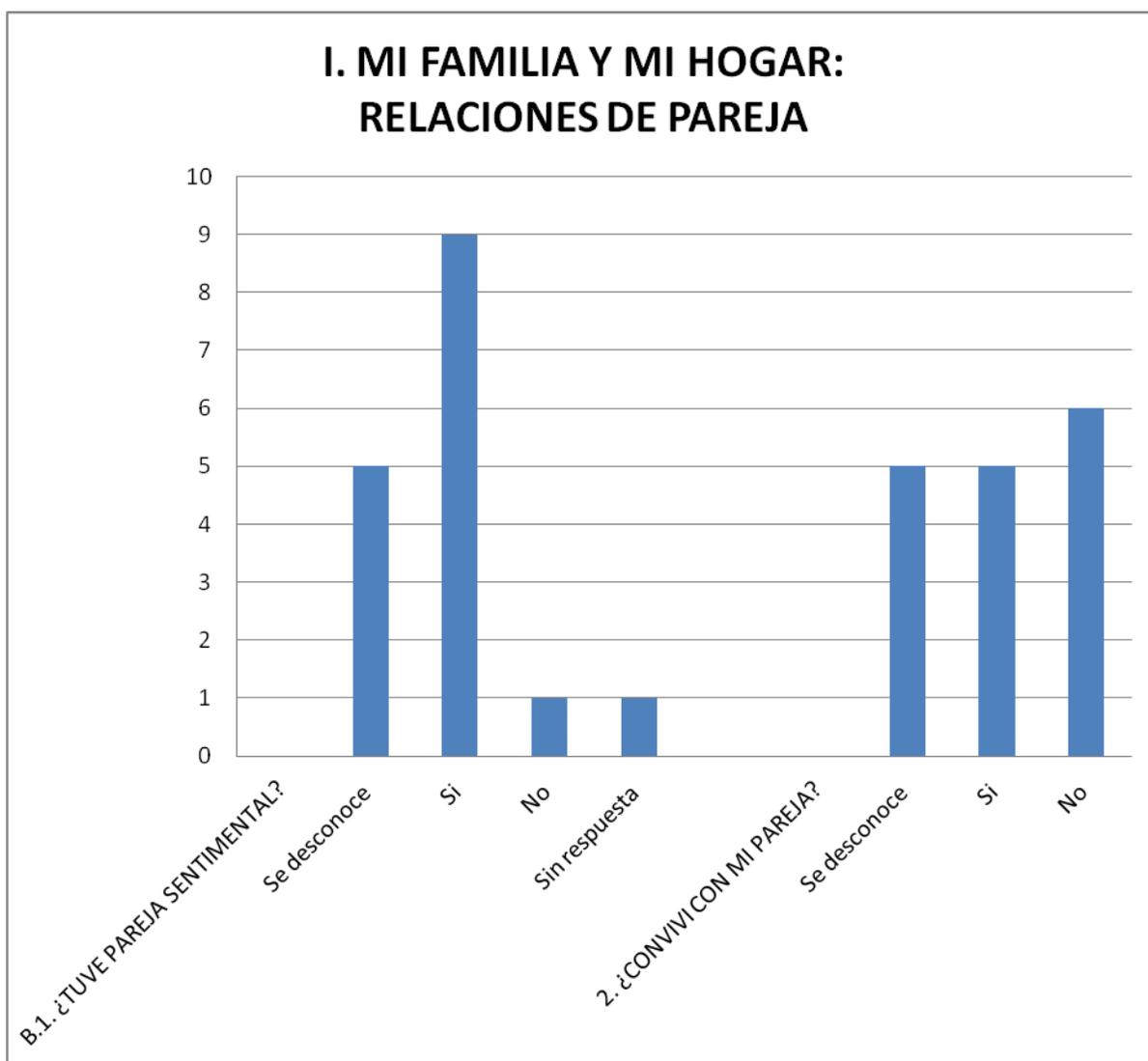
Gráfica No. 2



Fuente. Aplicación de entrevista y autobiografía. Junio y julio 2013. Asilo "Nueva Esperanza".

De la población objeto de estudio el 50% no responde a la pregunta sobre el cariño y la protección, un 35.25% dice desconocer ese dato y un 18.75% reconoce haber sufrido abandono. Las que pertenecieron a hogares integrados recuerdan haber tenido padres amorosos el 37.50%, un 68.75% desconocen información al respecto, el defecto mas evidenciado es la agresividad por parte del padre y poca afectividad por parte de la madre, solo un 12.5% evalúa la atmósfera en el hogar como buena. Las relaciones familiares eran débiles y manifiestan tener pocos recuerdos de su infancia.

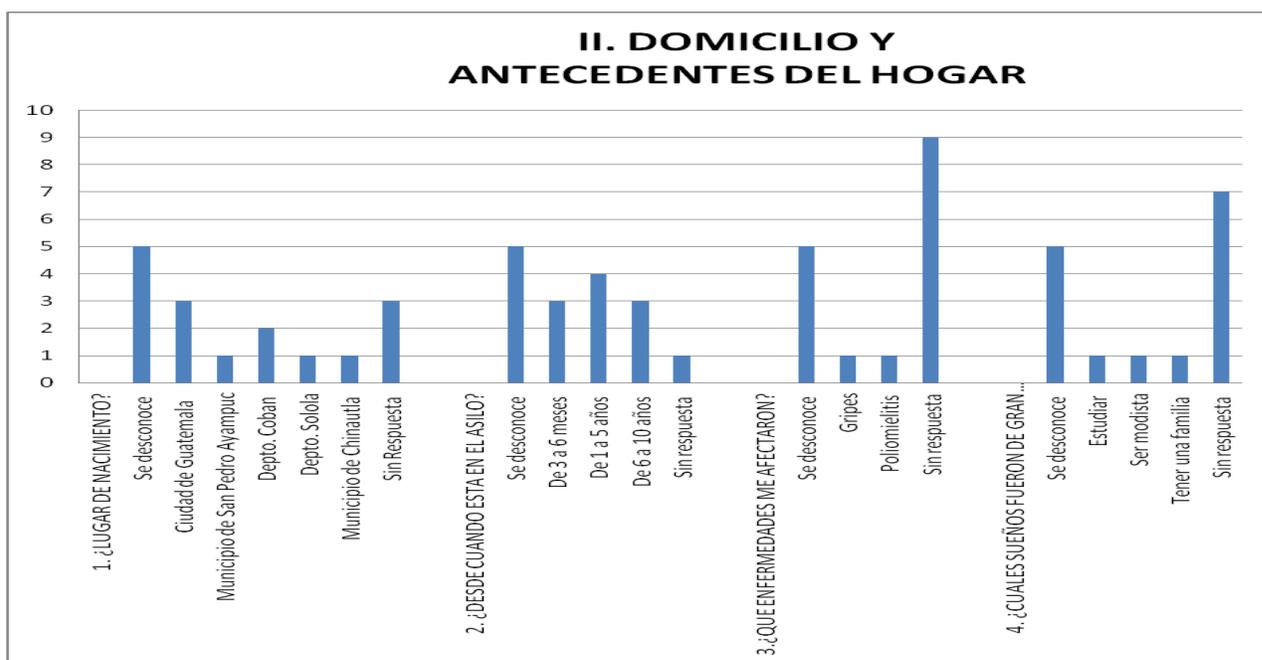
Gráfica No. 3



Fuente. Aplicación de entrevista y autobiografía. Junio y julio 2013. Asilo "Nueva Esperanza".

De la población estudiada en lo que concierne a relaciones de pareja un 56.25% si manifiesta haber tenido pareja sentimental y un 31.25% convivió maritalmente y solo un 6.25% no tuvo convivencia de pareja. Esta ausencia de vínculos afectivos (62.50%) con pareja, matrimonio e hijos no permitió la existencia de un núcleo familiar que las integrara y diera abrigo familiar.

Gráfica No. 4

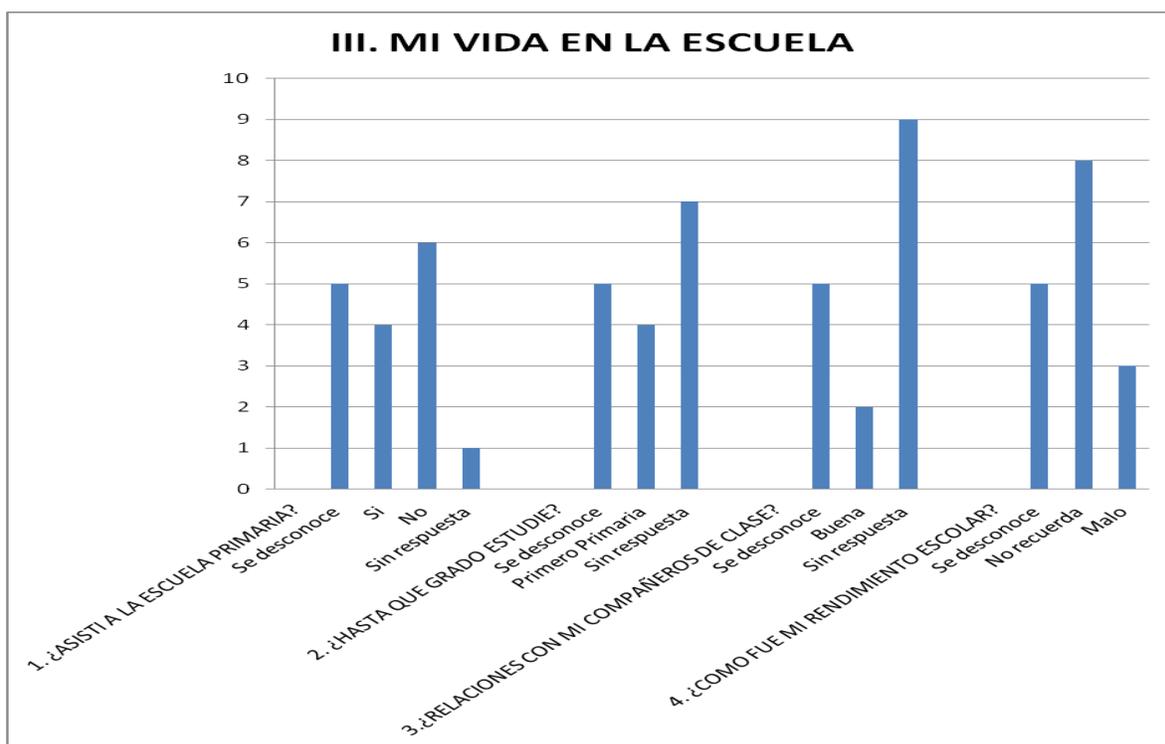


Fuente. Aplicación de entrevista y autobiografía. Junio y julio 2013. Asilo "Nueva Esperanza".

De la población estudiada un 50% desconocen su origen o lugar de nacimiento, el 18.75% provienen de la ciudad capital de Guatemala, el 31.25% son del interior del país; la mayoría de municipios cercanos a la ciudad capital. La pérdida de información importante pone en evidencia el descuido y abandono del que fueron objeto, la pérdida de la memoria que impide tener datos más certeros. Un 56.25% tienen un promedio entre 5 y 10 años de vivir en el Asilo, un 18.75% solo tienen meses de vivir ahí y un 37.50% no recuerda el tiempo de permanencia en la institución. La institucionalización de las ancianas les ha podido proveer protección y abrigo en forma estable a causa de su abandono.

Un 87.50% de la población desconoce o no recuerda haber padecido alguna enfermedad en la infancia, a excepción de una persona con secuelas de poliomielitis y otra con enfermedades respiratorias recurrentes. En general su salud ha sido buena. A la población se le preguntó cuáles eran sus sueños más importantes y el 75% no tiene una respuesta y en un porcentaje del 18.75% responde que su interés era estudiar, ser modista y tener una familia. Lo cual muestra la pérdida de información y las aspiraciones limitadas de las entrevistadas.

Gráfica No. 5

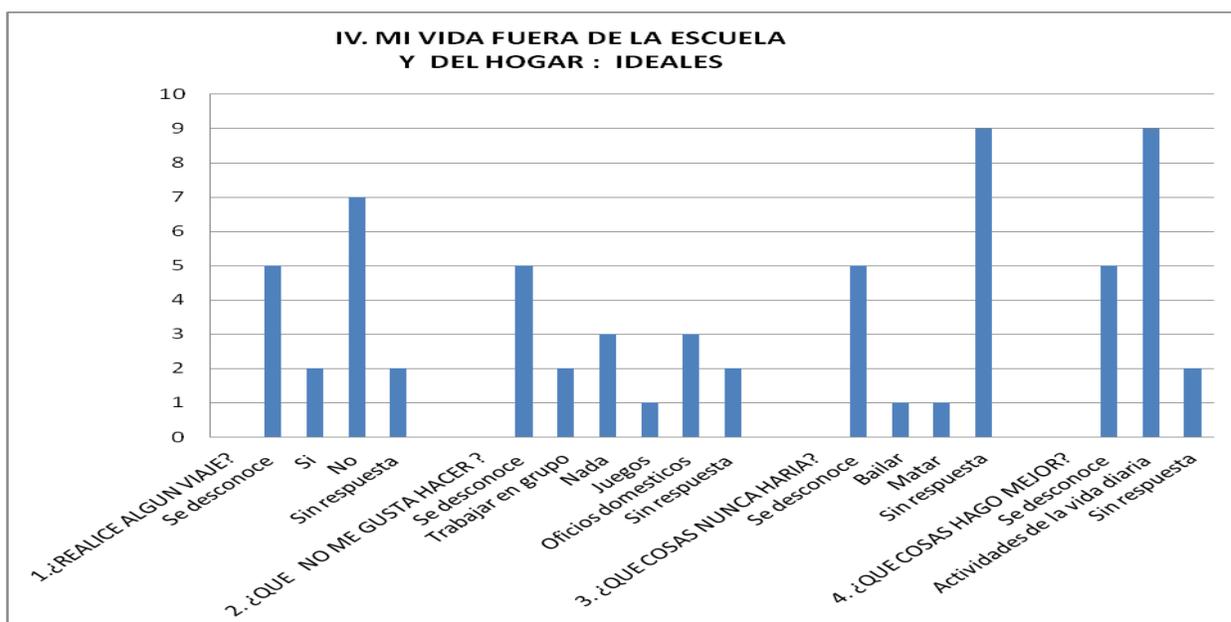


Fuente. Aplicación de entrevista y autobiografía. Junio y julio 2013. Asilo "Nueva Esperanza".

De la población estudiada con un porcentaje del 37.5% se desconoce o no tienen respuesta a si asistieron a la escuela primaria, siendo el mismo dato del 37.5% de quienes no asistieron por diversas razones y un porcentaje del 25% si tuvieron la oportunidad de estudiar. Se infiere al respecto con los datos obtenidos que un bajo porcentaje pudieron asistir a la escuela primaria, lo que al futuro reduce sus oportunidades de trabajo.

Un 75% de la población desconoce o no tienen respuesta del grado de escolaridad y solo el 25% curso primero primaria, de las que estudiaron solo el 12.50% sus relaciones con los compañeros de clase fueron buenas y el 18.75% su rendimiento fue malo. Por lo que se evidencian las pocas oportunidades de estudio que tuvieron las ancianas para poder asistir y completar la escuela.

Gráfica No. 6

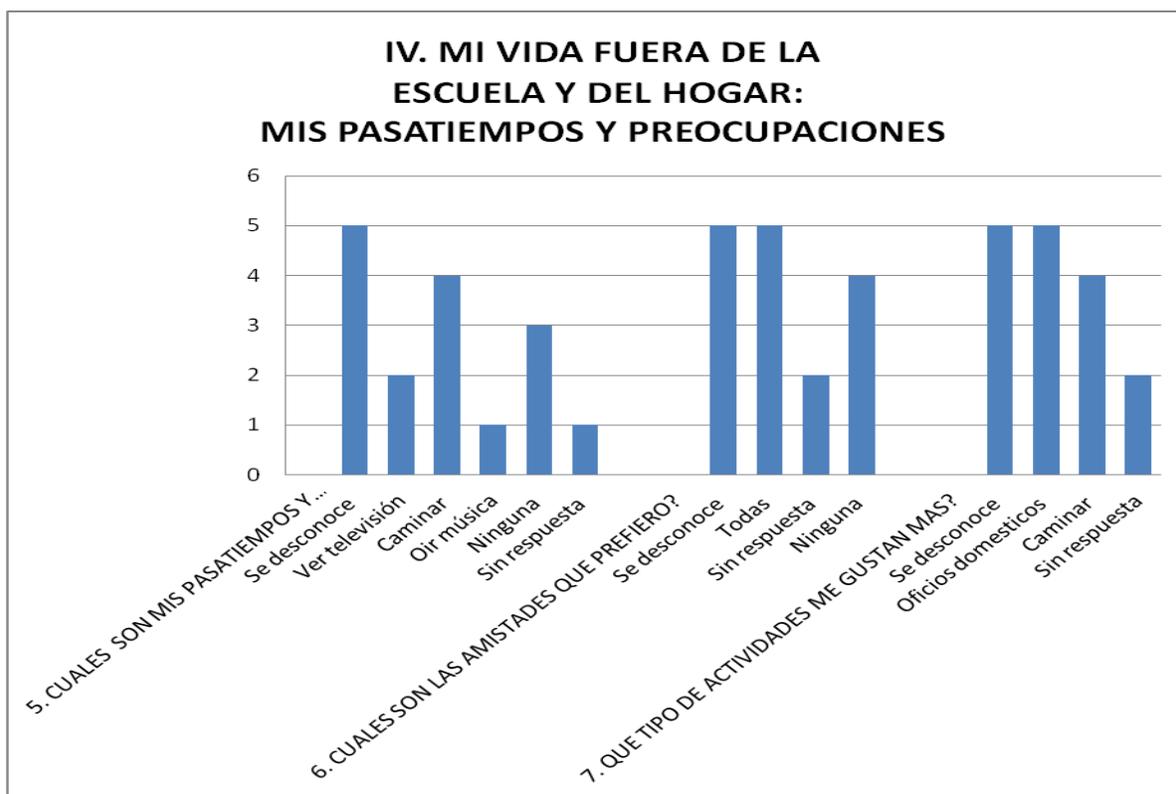


Fuente. Aplicación de entrevista y autobiografía. Junio y julio 2013. Asilo "Nueva Esperanza".

Al recolectar la información de las experiencias adquiridas en algún viaje que hayan realizado un porcentaje del 43.75% no realizaron ningún viaje, de igual manera un 43.75% se desconoce o no tienen respuesta y solo el 12.50% si lo hicieron, lo que les permitió tener dicha experiencia. Por lo que se evidencian las limitaciones materiales-económicas. En las cosas que no les gusta hacer un alto porcentaje del 43.75% desconoce o no tienen respuesta, igual porcentaje de ancianas no les gusta trabajar en grupo y colaborar con los oficios domésticos y un 6.25% no le gusta los juegos de mesa. Lo cual es el indicador de las cosas que no les gustan.

El 87.50% del porcentaje no tiene respuesta o desconocen las cosas que nunca haría, el 6.25% menciona que no bailarían y el 6.25% que no matarían. En el porcentaje de qué cosas consideran ellas que lo hacen mejor esta con un 56.25% realizan actividades de la vida diaria como bañarse, hacer la cama, vestirse sola entre otras y solo un porcentaje del 43.75% lo desconocen o no tienen respuesta. Evidencian que un alto porcentaje de las ancianas dentro del Asilo tienen independencia.

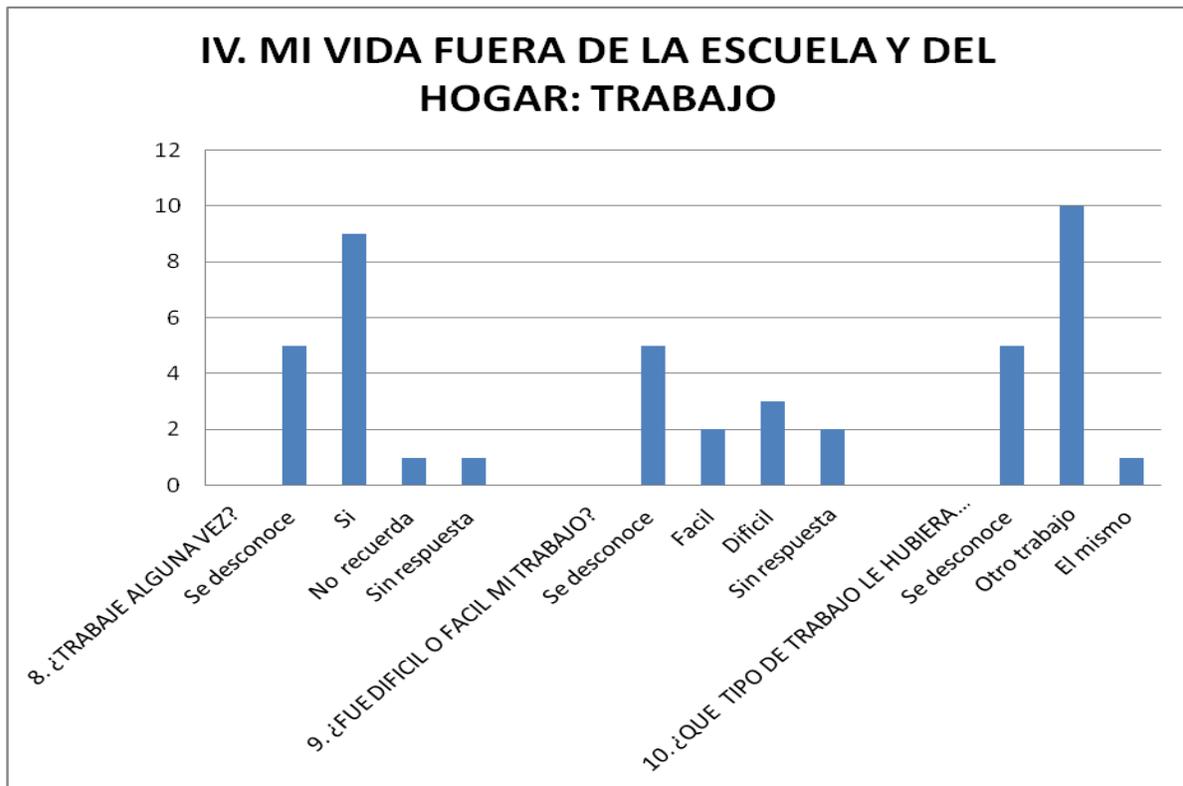
Gráfica No. 7



Fuente. Aplicación de entrevista y autobiografía. Junio y julio 2013. Asilo "Nueva Esperanza".

De la población estudiada el 50% de las ancianas entre sus aficiones y pasatiempos no tiene una respuesta o desconocen cuál es, lo que más es de su agrado con un 25% es caminar en las áreas del Asilo, igual que el ver televisión con un 12.25% y solo un 6.25 disfrutaban oír música. Esta es un indicador que la mayoría de ellas prefieren actividades sedentarias y solo un bajo porcentaje son más activas. De las amistades que prefieren un 69.75% desconocen o no tienen respuesta y un 31.25% de ellas prefieren compartir con otras personas institucionalizadas. Indicando de ese modo las pobres relaciones interpersonales que existen entre las ancianas que viven en el Asilo. Entre las actividades que les gusta hacer un 25% caminar y un 43.75% desconocen o no tiene una respuesta a las actividades que les más les gustan y el otro porcentaje del 31.25% hacer oficios domésticos. Por lo que de nuevo se evidencia el poco interés a las actividades con mayor requerimiento de movimientos físicos y prefieren estar sentadas.

Gráfica No. 8



Fuente. Aplicación de entrevista y autobiografía. Junio y julio 2013. Asilo "Nueva Esperanza".

En la población estudiada con un 43.75% desconocen o no recuerdan si alguna vez trabajaron y solo un 56.25% trabajaron de oficios domésticos en su mayoría. Esto demuestra que más de la mitad de las ancianas realizaron un trabajo formal.

En cuanto si les fue difícil o fácil su trabajo un porcentaje del 25% les fue fácil, un 18.75% les fue difícil y un 56.25% lo desconocen. Por lo que se infiere que en un alto porcentaje las ancianas no tienen una respuesta a esta pregunta.

Al realizar la entrevista se les pregunto si les hubiera gustado hacer otro tipo de trabajo y un dato del 62.50% si le hubiera gustado desempeñarse en otro trabajo, mientras que el 6.25% el mismo y un 31.25% no tienen una respuesta. Por lo que se indica que un alto índice de ellas si le agrada el trabajo que desempeñaba en su juventud y adultez.

Gráfica No. 9



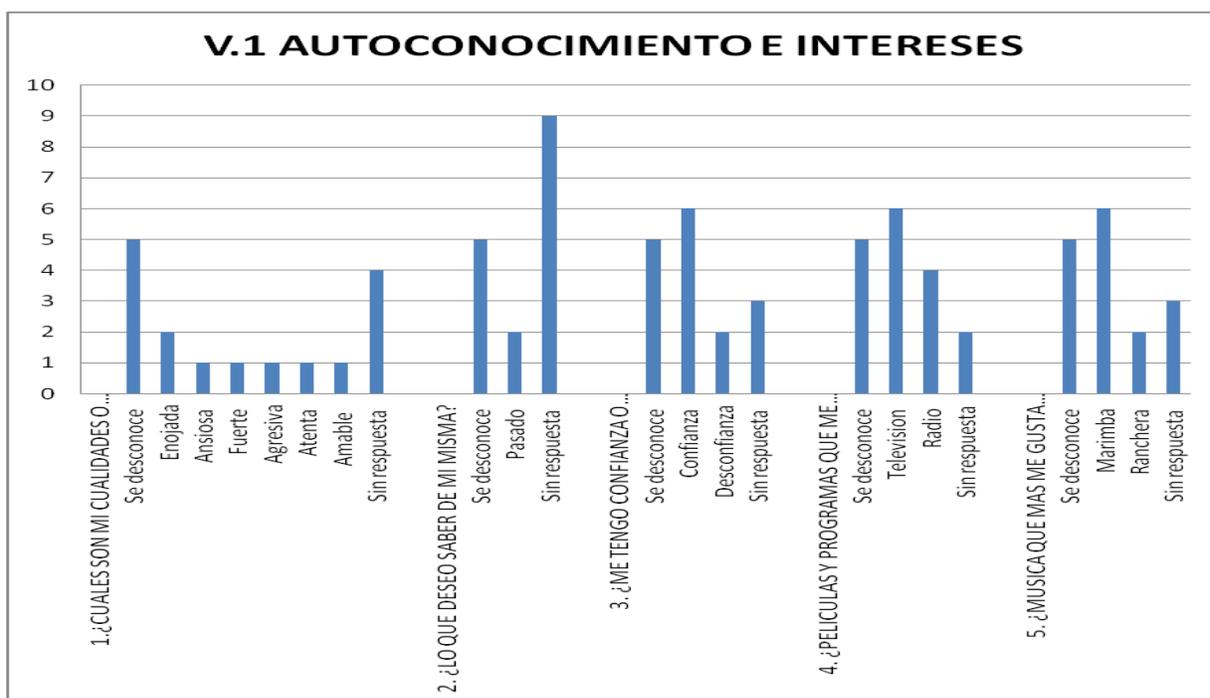
Fuente. Aplicación de entrevista y autobiografía. Junio y julio 2013. Asilo "Nueva Esperanza".

A la población estudiada se les preguntó sobre sus ideales o ambiciones que tienen y a esto un 50% no tiene una respuesta, el 43.75% la desconocen o no saben y el 12.50% no tienen ninguna aspiración. Lo cual refleja ambiciones e ideales pobres.

Entre las preguntas esta que cualidades desearía tener y el 68.75% desconocen esta pregunta o no tienen una respuesta el 25% desearían tener mejor carácter y solo un 6.25% ninguna cualidad. Por lo que se evidencia que menos de la tercera parte de ellas quisiera tener un mejor carácter, lo cual podría mejorar sus relaciones con otras dentro del Asilo.

En la entrevista se indagó sobre lo que de niñas deseaban ser, por lo que el porcentaje más alto fue de 87.50% no tienen respuesta a la pregunta, el 6.25% quería ser modista y otro 6.25% quería ser enfermera. Lo que evidencia que no tuvieron sueños y de las que respondieron no los pudieron realizar. En la pregunta si tenía algún temor el 62.50% no tienen una respuesta, mientras que el 18.75% le temen a la muerte, el 12.50% a los hombres y un 6.25% al futuro. Por lo que un porcentaje bajo por la edad que presentan le temen al deterioro de su salud física que las lleve a la muerte.

Gráfica No. 10



Fuente. Aplicación de entrevista y autobiografía. Junio y julio 2013. Asilo "Nueva Esperanza".

La población estudiada menciona sus defectos, un 31.25% dicen ser enojadas, ansiosas, fuertes de carácter y agresiva; el 12.50% entre sus cualidades están ser atentas, amables y un 56.25% no tienen respuesta o desconocen sus cualidades. Se evidencia que la mayoría de ellas mencionan solo sus defectos y pocas de ellas las cualidades que poseen como personas.

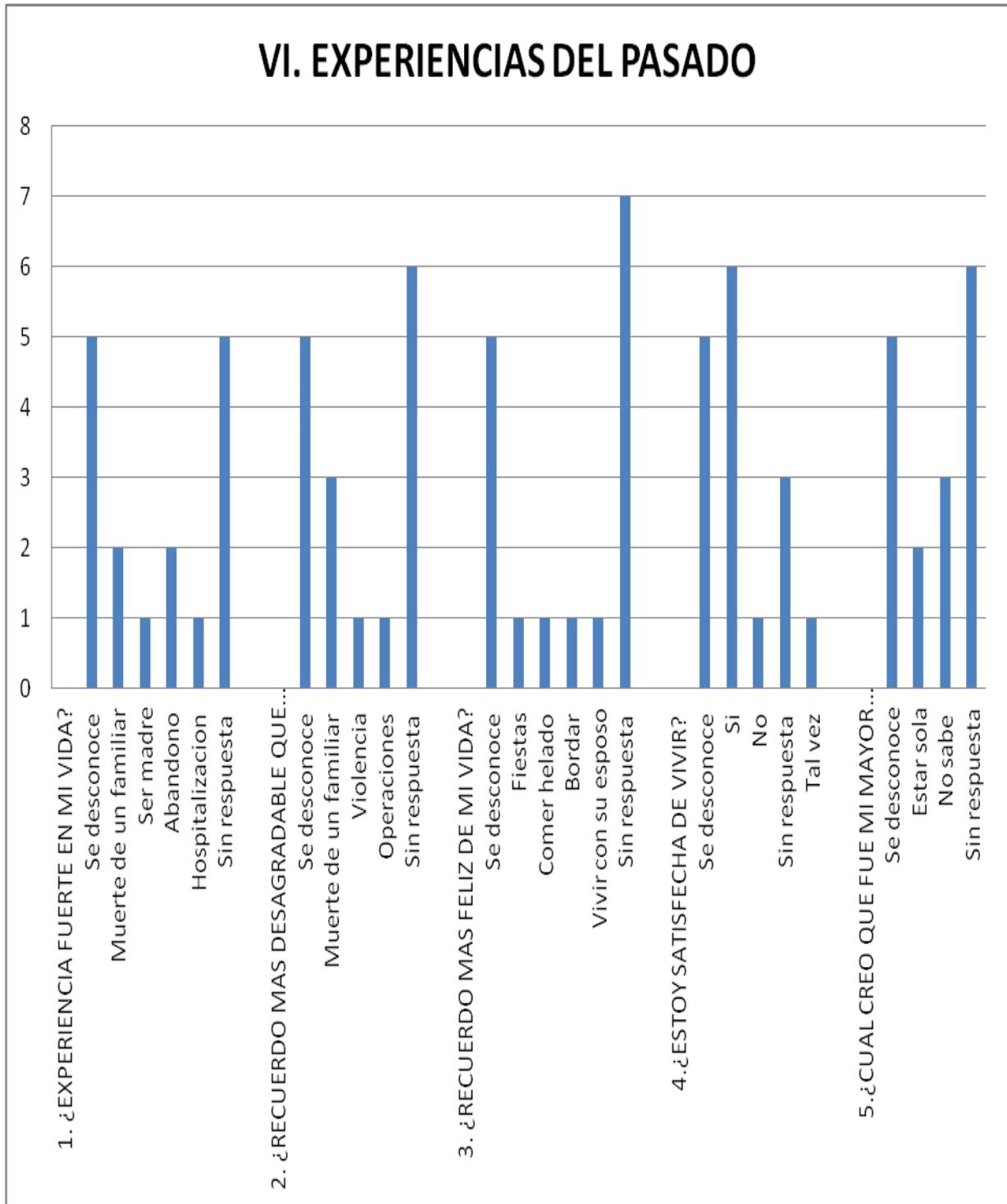
A la pregunta que desean saber de ellas mismas están que un 87.50% no tienen respuesta y el 12.50% quisieran saber de su pasado. Lo que indica que la mayoría de ellas desconoce la historia de su pasado y no muestra interés por conocerla.

Entre las preguntas realizadas a ellas un porcentaje del 50% desconocen o no tiene respuesta, el 37.25% tienen confianza en sí mismas y el 12.50% desconfían de ellas mismas.

En cuanto a las películas o programas que les agradan un porcentaje del 43.75% no tienen respuesta y el 37.50% les gustan los programas de la televisión y el 25% los del radio. Por lo que se evidencia el poco interés a la radio y televisión que ellas tienen.

En cuanto a la música que más les gusta escuchar esta con un porcentaje del 50% no tienen respuesta, el 37.35% les gusta la marimba y 12.50% les gustan las rancheras.

Gráfica No. 11



Fuente. Aplicación de entrevista y autobiografía. Junio y julio 2013. Asilo "Nueva Esperanza".

A la población estudiada al preguntarles por una experiencia fuerte en su vida un porcentaje del 50% no tienen respuesta o la desconoce, el 12.50% la muerte de un familiar, el mismo porcentaje del 12.50% el abandono por uno de sus familiares, el 6.25% ser madre y el 6.25% fue la hospitalización. Lo que demuestra que el porcentaje del 25% de las ancianas a raíz de la pérdida de un familiar y al abandono se vieron en condición de orfandad lo cual fue la experiencia más fuerte en su vida.

De la población en estudio el recuerdo más desagradable que las hizo sufrir a lo cual un 68.75 % no tienen respuesta o lo desconocen, el 18.75% a la muerte de un familiar, el 6.25% a la violencia que sufrió y el 6.25% a las múltiples operaciones que le realizaron. Lo que se observa es que la violencia, la muerte de un familiar y las constantes cirugías fueron los eventos más fuertes en la vida de las ancianas.

En la entrevista realizada se les preguntó cuál era el recuerdo más feliz de su vida por lo que el porcentaje del 75% no tuvieron respuesta a dicha pregunta, el 6.25% ir a fiestas, el 6.25% comerse un helado, 6.25% vivir con su esposo y 6.25% aprender a bordar. Este dato demuestra que un alto porcentaje de ellas no recuerdan algún evento feliz en su vida que sea significativo y solo el 25% de ellas recuerdan una feliz experiencia.

Otra pregunta realizada a la población fue si estaba satisfecha de vivir a lo cual un 50% no tienen respuesta o la desconocen, el 37.50% si, el 6.25% no y el 6.25% tal vez. Lo que refleja un alto nivel de insatisfacción de la vida que poseen las ancianas en la actualidad.

En la población estudiada a la pregunta: cual creen ellas que fue su mayor fracaso el 68.75% desconocen respuesta a dicha pregunta, el 18.75% no saben y el 12.50% a estar solas. Lo cual demuestra que un alto porcentaje de ellas no tienen ningún recuerdo o lo evaden para como mecanismo de defensa o evitan hablar de ello para reducir el sufrimiento que esto implica.

Gráfica No. 12



Fuente. Aplicación de entrevista y autobiografía. Junio y julio 2013. Asilo "Nueva Esperanza".

De la población estudiada el 56.25% se desconoce o no tienen respuesta a que actividades les gustaría hacer con más intensidad, el 31.25% desearía realizar actividades cotidianas con mayor energía, el 6.25% desearía aprender a leer y el 6.25% aprender a coser. Su condición de dependencia les impide pensar en términos de actividades relajantes, educativas o lúdicas. Al preguntarle a la población estudiada, cuál era su mayor deseo en la vida respondieron en un porcentaje del 56.25% que no tiene respuesta, el 18.75% desearía salir del Asilo, el 12.50% degustar comida con más sabor, 6.25% les gustaría aprender a leer y escribir y el 6.25% poder ver más televisión.

Por los resultados obtenidos se demuestra que un porcentaje de la población manifiesta que su mayor deseo sería salir del Asilo aún sabiendo que no hay nadie que cuide de ellas, un porcentaje menor también mencionó que les gustaría que los alimentos que les dan sean de mayor sabor. Se les preguntó con qué clase de personas les gusta relacionarse más a lo cual el 75% no tienen respuesta o desconocen, el 12.50% con adultos, 6.25% con jóvenes y el 6.25% con ninguna persona. El dato demuestra que a las ancianas les gusta más estar con personas adultas.

Gráfica No. 13

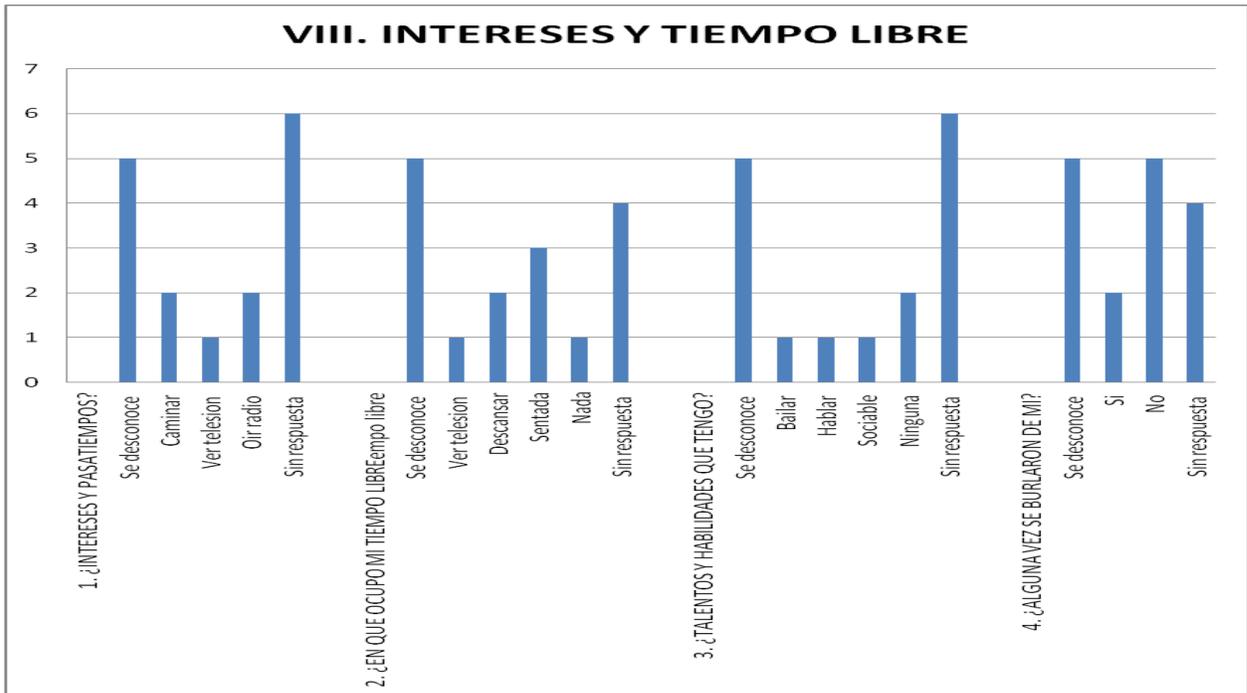


Fuente. Aplicación de entrevista y autobiografía. Junio y julio 2013. Asilo "Nueva Esperanza".

A la población estudiada se le preguntó: si les gusta estar solas o con otras personas a lo cual un 50% se desconoce o no tienen respuesta, el 31.25% prefieren estar solas y el 18.75% acompañadas. Por lo que se infiere que un porcentaje bajo les gusta estar acompañadas por adultos y jóvenes; un porcentaje medio esta mejor sola. Se les preguntó de cómo ven su futuro a lo cual un porcentaje del 75% se desconoce o no tienen respuesta, el 12.50% se ven solas, el 6.25% triste y el 6.25% bien. Este resultado alto demuestra el poco interés hacia el futuro de ellas mismas y el otro porcentaje ignoran su situación de abandono y se perciben solas.

De la población de las cosas que más desearon hacer y no pudieron el 81.25% no tienen respuesta o se desconoce, 12.50% salir del Asilo y el 6.25% desea ser modista. Por las pocas oportunidades que tuvieron sus deseos fueron limitados o nulos y solo un porcentaje mínimo tenía un deseo.

Gráfica No.14



Fuente. Aplicación de entrevista y autobiografía. Junio y julio 2013. Asilo "Nueva Esperanza".

De la población estudiada un porcentaje del 68.75% se desconocen, el 12.50% expreso que les gusta caminar, el 12.50% escuchar radio y el 6.25% ver televisión. Los resultados demuestran que ellas carecen de interés y pasatiempo por situación que se encuentran, teniendo medios de distracción diaria como los programas radio y televisión, mientras otras prefieren caminar para distraerse. De la población estudiada se les preguntó: en que ocupaban su tiempo libre a lo cual el 56.25% no responden, el 18.75% prefieren permanecer sentadas, el 12.50% descansar, el 6.25% ver televisión y el 6.25% no hacen nada. Un porcentaje 37.50% realizan actividades de tipo sedentarias donde no se requiere gasto energético por parte de ellas.

De la población estudiada entre los talentos y las habilidades que tienen el 68.75% desconoce o no responde, el 12.50% mencionan no tener ninguno, el 6.25% bailar, el 6.25% hablar y el 6.25% ser sociable. Al hacer las inferencias se observa que un alto porcentaje de las ancianas desvalorizan sus talentos y habilidades siendo incapaces de recordar alguno.

De la población estudiada al preguntarles si alguna vez se burlaron de ellas respondieron un 56.25% no sabe o no responde, el 31.25% dice que no y el 12.50% dice que sí. El resultado demuestra que un bajo porcentaje sufrieron de burlas por otras personas.

3.2.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN GENERAL DE LOS RESULTADOS

A lo largo de la investigación se reflejó lo importante que es la recopilación de datos históricos de la vida de las ancianas para conocer varios aspectos los cuales incluyen a la familia, el hogar, la escuela, los ideales y preocupaciones, las experiencias del pasado y como en relación a estos ellas tienen una visión hacia el futuro desde su realidad estando en una institución que resguarda de ellas, dándoles cuidados, alimentación y en techo donde vivir. (Historia de cada quien).

En el aspecto de la familia y el hogar se evidencia que son personas en condición de abandono y orfandad por parte de la familia lo cual las vulnera, las relaciones familiares eran difíciles y manifestaron los pocos recuerdos de la infancia que tienen, la ausencia de todo vínculo familiar que no les permitió integrarse o formar una familia propia y las llevo a ser institucionalizadas sin mayor oportunidad.

La pérdida de información importante pone en evidencia el descuido y abandono del que fueron objeto, la pérdida de memoria impide tener datos más certeros, la institucionalización prolongada les provee abrigo y protección sin embargo no les brinda el cariño y afecto que cada una de ellas merecería.

En su mayoría no pudieron asistir a la escuela y las pocas que lo hicieron no lograron terminar la primaria, esto se ve reflejado nuevamente en el poco apoyo, si lo tuvieron, de parte de la familia; lo que significo pocas oportunidades para desarrollarse en el aspecto educativo y por consiguiente afecto su visión, metas a futuro, pues no idealizaron su vida de otra manera más que viviendo el día a día.

Indican poco interés en su futuro próximo, ya que la falta de actividad diaria y motivaciones ha sido casi nula. No piensan demasiado en su futuro,

aunque han indicado que en ocasiones sienten temor por su salud física y por consiguiente en la muerte. Esto las ha llevado a desear salir del Asilo y reencontrarse con su familia, lo cual evidentemente indica que no están completamente conscientes de la situación en la que se encuentran, pues han sido abandonadas y las que tienen algún familiar, no son visitadas.

Su situación en general, les ha permitido ser mujeres independientes. Hasta la fecha algunas de ellas pueden realizar actividades cotidianas como alimentarse por sí mismas, cambiarse de ropa, caminar, etc., sin embargo, la mayoría prefiere realizar actividades sedentarias que no impliquen gasto de energía y/o mayor movimiento, debido a que varias de ellas necesitan algún tipo de apoyo para realizar dichas actividades.

La mayoría de ellas indico que prefieren permanecer solas que en compañía, debido a la ausencia de un hogar estable durante todo el desarrollo de su vida y por consiguiente han preferido no conocer o han evitado recordar momentos de su pasado ya que para ellas estos han sido las experiencias más dolorosas; incluyendo también, la muerte de algún familiar, la violencia sufrida, el abandono y fracasos en general. No tienen recuerdos felices y/o han preferido no hablar sobre ello. Sin embargo, han indicado que se sienten satisfechas con su vida.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4.1 Conclusiones

- La mayoría de las ancianas no conoció a sus padres y no desarrollaron relaciones de pareja por lo que aumentó su vulnerabilidad al abandono, la falta de cariño, protección y carencia de descendientes.
- La pérdida de información personal importante es a causa del deterioro de sus capacidades mnemónicas y problemas en sus procesos de memoria.
- Sus oportunidades de superación fueron limitadas por sus condiciones de pobreza, la inasistencia o abandono temprano de la escuela y sus aspiraciones son modestas, aunque muestran satisfacción de lo que saben hacer.
- Las experiencias negativas del pasado se enumeran la muerte de un familiar, el abandono, la hospitalización y la violencia sufrida. Sus recuerdos agradables son reportados por un mínimo como vivir con la familia, aprender un oficio, comer un helado e ir a fiestas.
- A la pregunta de interés y el uso del tiempo libre ellas prefieren estar sentadas y descansar, no hacer nada por comodidad, ellas prefieren ver televisión, oír música, prefieren estar solas y en actividades pasivas.

4.2. Recomendaciones

- Reconocer que el envejecimiento deteriora el organismo por lo cual se deberían crear rutinas individuales para sobrellevar el proceso y mejorar sus facultades mentales, su identidad, sus estados emocionales y por ende su calidad de vida
- Desarrollar talleres que les permitan expresarse y relacionarse para desarrollar habilidades sociales con las otras ancianas.
- Al ingreso de las ancianas a la institución es necesario hacer una historia de vida exhaustiva, que permita conocer en detalle la biografía de la persona, para conservar sucesos importantes y datos importantes de la anciana.
- Crear espacios de conversación entre el personal y las ancianas para facilitar oportunidades de expresarse y poder comunicar sus experiencias pasadas para crear un vínculo afectivo estrecho entre ellas.
- Crear programas recreativos y lúdicos que requieran de mayor actividad física en las ancianas para mejorar la utilización de los tiempos libres y de ocio dentro del Asilo.
- Promocionar la labor y las necesidades del Asilo para motivar voluntarios que puedan asistir, ayudar, trabajar, jugar entre otras actividades diversas con las ancianas.
- A la Universidad de San Carlos de Guatemala y Escuela de Ciencias Psicológicas, proveer de personal capacitado o profesional en el área geriátrica para prestar una atención adecuada a cada una de las ancianas de manera consistente y especializada.

BIBLIOGRAFÍA

Belsky, Janet F. PSICOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO TEORIA, INVESTIGACIÓN E INTERVENCIONES, Editorial Masson, S. A. 1996, Capítulo 1-2-3. Pp. 1 – 75.

Bennassar, Marta, TÉCNICAS Y ACTIVIDADES PARA PERSONAS DE LA TERCERA EDAD. McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. México, 2,002, pp. 586.

Chavarría, Mariela, Fajardo, Ana G. REHABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA EN LA DEMENCIA SENIL A TRAVÉS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN ANCIANAS DEL ASILO NUEVA ESPERANZA. Guatemala 2012. pp. 32-36.

De Avilés, Irma Yolanda. TESTIMONIO. USAC, Escuela de Ciencias Psicológicas, Guatemala 2,000. pp. 1.

De Rímola, Carmen. EL TESTIMONIO COMO INSTRUMENTO PSICOLÓGICO. USAC, Escuela de Ciencias Psicológicas, Guatemala 1,990. pp. 3.

Fernández – Ballesteros, ENVEJECER BIEN QUE ES Y COMO LOGRARLO, Ediciones Pirámide, España 2002, Capítulos 3 – 4, pp. 102- 149.

Hans Thomae, Úrsula Lerh, PSICOLOGÍA DE LA SENECTUD, Editorial Panamericana 2da Edición. España Madrid. 2000, Capítulo 6 Pp. 195- 281.

Iosu, Cabodevilla. MORIR Y VIVIR CONSCIENTEMENTE. Documento de apoyo Pérez, Rosa. Departamento de Práctica. 2009. pp. 1-14.

Lira, Elizabeth y otros. PSICOTERAPIA Y REPRESIÓN POLÍTICA, Editorial Siglo XXI México 1,984. pp192.

Martínez, Miguel, EL COMPORTAMIENTO HUMANO. Editorial Uribe, México, 1997, pp. 260- 283.

PAMI. EL TESTIMONIO COMO INSTRUMENTO TERAPÉUTICO Sin datos. pp. 2.

Pérez, Rosa. EL TESTIMONIO. HISTORIAS DE VIDA. Documento de apoyo. Departamento de Práctica Psicológica 2010. pp. 1-16.

Programa Nacional del Adulto Mayor, MANUAL DE SENSIBILIZACIÓN PARA EL CAMBIO DE VALORACIÓN Y TRATO HACIA EL ADULTO MAYOR, Secretaria de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, pp. 1 – 21.

Rivera, Claudia. EL TESTIMONIO. USAC. Escuela de Psicología Guatemala 2,000. 3 pág. Siliézar, Mario. EL METODO DEL TESTIMONIO. Documento de Apoyo Docente USAC Escuela de Ciencias Psicológicas, Guatemala 1,993. pp15.

Sánchez Salgado, Carmen Delia. III SEMINARIO CENTROAMERICANO Y EL CARIBE. IMÁGENES Y REPRESENTACIONES DE LA VEJEZ. Editorial Impresora Oriental, INC. San Juan Puerto Rico, 2007. pp. 2-93.

Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala, DESARROLLO HUMANO, MUJERES Y SALUD 2002., Editorial Litografía Van Color S.A. Capítulo 12, Pp. 243- 263.

Sisti, Elvio. LA PSICOESTIMULACIÓN DE BASE. Editorial Universitaria Universidad de El Salvador, El Salvador 1,997. pp.81.

ANEXOS

FICHA BASICA DE DATOS

| | | |
|---|-----------------------------------|-------------|
| Nombres y Apellidos | | |
| Lugar y fecha de nacimiento | Edad | Escolaridad |
| Sabe leer y escribir | | |
| Fecha que ingreso al Asilo | Tiempo de permanencia en el Asilo | años |
| Padecimientos o enfermedad | | |
| Utiliza medicamentos | | |
| Utiliza un aparato para caminar o desplazarse | | |
| Tiene control de esfínteres | | |
| Horario en que duerme: Se levanta | | Se acuesta |
| Como es su relación con otras personas | | |
| Le gusta estar sola o con compañía | | |

AUTOBIOGRAFIA DIRIGIDA

| |
|---|
| I. <u>MI FAMILIA Y MI HOGAR</u> |
| A. 1. Quienes son mis padres? |
| 2. Cuantos hermanos tengo? |
| 3. Situación en la que mis padres me negaron cariño y protección? |
| 4. Defectos y cualidades de su padre |
| 5. Defectos y cualidades de su madre |
| 6. De que forma la castigaron |
| 7. Que atmosfera reinaba en su hogar |
| B. 1. Tuve pareja sentimental? |
| 2. Cuanto conviví con mi pareja y cuanto tiempo? |

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
ASILO DE ANCIANAS "NUEVA ESPERANZA"
HABILIDADES NEUROCOGNITIVAS Y REMINISCENCIA

| <u>II. DOMICILIO Y ANTECEDENTES DEL HOGAR</u> |
|--|
| 1. Lugar de nacimiento |
| 2. Lugar donde he vivido |
| 3. Desde cuando vive en el Asilo |
| 4. Qué enfermedades me afectaron en la infancia |
| 5. Cuales sueños fueron de gran importancia para mí, me fueron satisfechos y cuales no |

| <u>III. MI VIDA EN LA ESCUELA</u> |
|---|
| 1. Asistí a la escuela primaria |
| 2. Hasta que grado estudie |
| 3. Como fueron mis relaciones con mis compañeros de clase |
| 4. Cómo fue mi rendimiento escolar |

| <u>IV. MI VIDA FUERA DE MI ESCUELA Y MI HOGAR</u> |
|---|
| 1. Realice algún viaje y adquirí alguna experiencia |
| 2. Que cosas no me gusta hacer |
| 3. Que cosas nunca haría |
| 4. Que cosas hago mejor |
| 5. Cuales son mis pasatiempos y aficiones |
| 6. Cuales son las amistades que prefiero |
| 7. Que tipo de actividades me gustan más |
| 8. Edad y trabajo desempeñado durante mi vida |
| 9. Fue difícil o se tuvo satisfacciones en el trabajo |
| 10. Que tipo de trabajo le hubiera gustado hacer |

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
ASILO DE ANCIANAS "NUEVA ESPERANZA"
HABILIDADES NEUROCOGNITIVAS Y REMINISCENCIA

V. MIS IDEALES Y PREOCUPACIONES.

1. Ambiciones o ideales que significaron mucho en la niñez y en la actualidad

2. Lo que creo de mi mismo de mis cualidades y defectos

3. Lo que deseo saber de mi mismo

4. Tengo confianza o desconfianza de mi mismo

5. Que cualidades desearía poseer como persona

6. Lo de niña deseaba ser cuando fuera grande

7. Cuales creo que han sido mis grandes fracasos y porque

8. Películas y programas de radio que me agradan

9. Música que más me gusta escuchar y bailar

10. Cual es y que tan importante es para mí la religión

11. Enumere cinco temores principales

VI. EXPERIENCIAS DEL PASADO

1. Cuales has sido las experiencias mas fuertes en mi vida

2. Cuales son los recuerdos más desagradables que me hacen o me hicieron sufrir

3. Cuales son los recuerdos más felices de su vida

4. Esta usted satisfecho de vivir

VII. MIRANDO HACIA EL FUTURO

1. Que actividades desearía hacer con más intensidad

2. Cuales son mis 2 principales deseos

3. Clase de personas o experiencias con las que me siento familiarizada

4. Me gusta más estar sola que con personas

5. Como veo mi futuro

6. Lo que mas desee y no pude hacer

VIII. MI ESTADO DE SALUD

1. Síntomas físicos y problemas de salud

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Dolores de cabeza | Mareos | Desmayos |
| Palpitaciones | Problemas estomacales | Falta de apetito |
| Problemas digestivos | Fatiga | Insomnio |
| Pesadillas | Tomo sedantes | Alcoholismo |
| Tensión | Pánico | Conmociones |
| Depresión | Ideas de suicidio | Drogas |
| Incapaz de relajarme | Problemas sexuales | Timidez |
| No me gustan los fines de semana, ni vacaciones | Excesiva ambición | Incapaz de tomar decisiones |
| No puedo entablar amistades | Sentimiento de inferioridad | Malas condiciones en el hogar |
| Problemas de memoria | Problemas financieros | Dificultades de concentración |

IX. INTERESES Y USO DEL TIEMPO LIBRE

1. Intereses y pasatiempos

2. En que ocupa su tiempo libre

3. Talentos y habilidades que posee

4. Alguna vez se burlaron de usted, explique

GLOSARIO

Integridad Yoica

Implica una integración emocional que permite la participación por consentimiento así como la aceptación de la responsabilidad del liderazgo.

Agnosia

Incapacidad para reconocer sensorialmente cualquier objeto, aunque los sentidos funcionen con normalidad. El sujeto ve, oye y toca las cosas, pero es incapaz de emitir un juicio acerca de la forma, el sonido o la consistencia del objeto en cuestión. La agnosia puede ser visual, auditiva, táctil, o total, cuando afecta a todas las esferas de la senilidad. En el caso de la agnosia táctil, existe la imposibilidad de reconocer un objeto con la palpación del mismo, como consecuencia de una lesión localizada en la circunvolución parietal izquierda. Las lesiones del lóbulo occipital provocan la agnosia visual, en tanto que la agnosia auditiva resulta de danos en el lóbulo temporal del cerebro. Las causas principales que producen agnosia son las hemorragias cerebrales.

Praxia

Praxis (práctica) es el proceso neurológico que nos permite organizar planear y ejecutar, de una forma eficiente, habilidades de todos los tipos. Algunos componentes de la praxis ocurren involuntariamente, automáticamente o inconscientemente, mientras otros requieren que haya que pensar. Los diferentes componentes de la praxis requieren una información precisa proveniente del cuerpo, particularmente de los sistemas táctiles, propioceptivos y vestibulares (vestibular es lo relacionado con una de las cavidades comprendidas en el laberinto del oído), además

de los sistemas auditivos y visuales que completan, refinan y producen continuamente el proceso de la praxis.

Gerontología

Gerontología se define como ciencia interdisciplinaria que estudia el envejecimiento y la vejez teniendo en cuenta los aspectos biopsicosociales (psicológicos, biológicos, sociales) pues estos aspectos influyen de manera directa en la forma como el ser humano asume su proceso de envejecimiento.

Trastorno estado de ánimo

La sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Su alteración se asocia a síntomas somáticos, como las alteraciones del apetito, el sueño o el impulso sexual.

Terapia cognitivo-conductual

Termino por el que se conoce la asociación entre las terapias de conducta y las cognitivas. El hecho de que son en muchas ocasiones utilizadas conjuntamente, ha consolidado el término como paradigma de las terapias basadas en la modificación de la conducta.

Estados de ansiedad

Estado emocional displacentero de miedo o aprensión, bien en ausencia de un peligro o amenaza identificable, o bien cuando dicha alteración emocional es claramente desproporcionada en relación a la intensidad del peligro. Se caracteriza por una gran variedad de síntomas somáticos como temblor, hipertonia muscular, inquietud, hiperventilación, sudoraciones, palpitaciones, etc. Aparecen síntomas cognitivos como aprensión e inquietud psíquica, hipervigilancia y otros síntomas

relacionados con la alteración de la alerta (distrabilidad, pérdida de concentración, insomnio).

Hipocondría

Preocupación, miedo convencimiento de sufrir una enfermedad grave a partir de la interpretación no realista de signos o sensaciones físicas que se consideran pruebas de la enfermedad temida. Perceptores exagerados de las sensaciones corporales, los hipocondriacos las amplifican en su mente, interpretándolas inadecuadamente, con lo que desencadenan torturantes rumiaciones obsesivas de tipo catastrófico, que les provocan una sensación de amenaza y temor constante.

Reminiscencia

Llamamos reminiscencia a la función que permite recordar pensando o relatando hechos, actos o vivencias del pasado. Salvarezza la define con mayor precisión diciendo que es: "una actividad mental organizada, compleja y que posee una finalidad instrumental importantísima: la de permitirle al sujeto reafirmar su autoestima cuando sus capacidades psicofísicas y relacionales comienzan a perder vitalidad.