

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

“OLVIDÁNDOME DE MI MISMO”

**“NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES QUE PRESENTAN SÍNTOMAS
ASOCIADOS CON EL SÍNDROME DE DIÓGENES, RESIDENTES EN EL HOGAR
NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE, UBICADO EN 3ª. AVE. 7-40 ZONA 1”**

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

POR:

**LESBIA NOELIA GIL RIVAS
TIERNA CORITA SIBONEY POLILLO CORNEJO**

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE:

PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE:

LICENCIADAS

GUATEMALA, JULIO DE 2012

CONSEJO DIRECTIVO

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure, likely a saint or scholar, seated and holding a book. The figure is surrounded by various symbols, including a cross, a shield, and a banner. The Latin motto "VERITAS LIBERABIT VOS" is inscribed at the bottom, and "ACADEMIA" is at the top. The outer ring of the seal contains the text "UNIVERSITAS SAN CAROLINIENSIS" and "CONSTITUTA ANNO 1697".

DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA

DIRECTOR INTERINO

LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE

SECRETARIO INTERINO

JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA

REPRESENTANTE ESTUDIANTIL

ANTE EL CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico

CIEPs.

Archivo

Reg. 442-2011

DIR. 1,499-2012

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

26 de julio de 2012

Estudiantes

Lesbia Noelia Gil Rivas

Tierna Corita Siboney Polillo Cornejo

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el **ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y UNO GUIÓN DOS MIL DOCE (1,491-2012)**, que literalmente dice:

"UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y UNO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES QUE PRESENTAN SINTOMAS ASOCIADOS CON EL SÍNDROME DE DIÓGENES, RESIDENTES EN EL HOGAR NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE, UBICADO EN 3RA. AV. 7-40 ZONA 1"**, de la carrera de: **Licenciatura en Psicología**, realizado por:

Lesbia Noelia Gil Rivas

Tierna Corita Siboney Polillo Cornejo

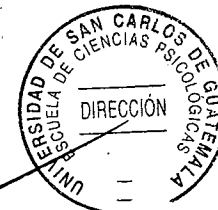
CARNÉ No. 2001-21452

CARNÉ No. 2005-14425

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciada Rosa Encarnación Pérez Martínez de Chavarria y revisado por Licenciado Marco Antonio García Enríquez. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO



CIEPs 1056-2012
REG: 442-2011
REG: 442-2011

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

INFORME FINAL

Guatemala, 19 de Julio 2012

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

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

“NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES QUE PRESENTAN SÍNTOMAS ASOCIADOS CON EL SÍNDROME DE DIÓGENES, RESIDENTES EN EL HOGAR NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE, UBICADO EN 3RA. AV. 7-40 ZONA 1.”

ESTUDIANTE:
Lesbia Noelia Gil Rivas
Tierna Corita Siboney Polillo Cornejo

CARNÉ No.
2001-21452
2005-14425

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 17 de Julio 2012 y se recibieron documentos originales completos el día 18 de Julio 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Marco Antonio García Enríquez
COORDINADOR



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

c.c archivo
Arelis



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

CIEPs **1057-2012**
REG: **442-2011**
REG: **442-2011**

Guatemala, 19 de Julio 2012

Licenciado Marco Antonio García Enríquez,
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.-"Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado García:

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

"NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES QUE PRESENTAN SÍNTOMAS ASOCIADOS CON EL SÍNDROME DE DIÓGENES, RESIDENTES EN EL HOGAR NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE, UBICADO EN 3RA. AV. 7-40 ZONA 1."

ESTUDIANTE:	CARNE No.
Lesbia Noelia Gil Rivas	2002-21452
Tierna Corita Siboney Polillo Cornejo	2005-14425

CARRERA: **Licenciatura en Psicología**

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 12 de Julio 2012 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Marco Antonio García Enríquez
DOCENTE REVISOR



Arelis./archivo

Guatemala, 27 de junio de 2012

Licenciado

Marco Antonio García Enríquez

Coordinador CIEPs

Escuela de Ciencias Psicológicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado Licenciado García Enríquez:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría del contenido del Informe Final de Investigación titulado: "Niveles de Ansiedad en Pacientes que presentan Síntomas Asociados con El Síndrome De Diógenes, Residentes en el Hogar Nuestra Señora De Guadalupe, Ubicado En 3av. 7-40 Zona 1", realizado por las estudiantes: TIERNA CORITA SIBONEY POLILLO CORNEJO, Carné 200514425 y LESBIA NOELIA GIL RIVAS, Carné 200121452.

El trabajo fue realizado a partir del 28 de julio de 2011 al 26 de junio del año 2012.

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

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Licda. Rosa Encarnación Pérez Martínez de Chavarría

Licenciada en Psicología

Colegiado 3452

Asesor de contenido

RPdCH/rpdch

c.c. archivo



Fraternidad de la Divina Providencia

Hogar Nuestra Señora de Guadalupe

Personería Jurídica L.7 F.157 P.87

Fecha 05 de Marzo, 2002

Nit: 2819989-8



Guatemala, junio 22 del 2012

Licenciado

Marco Antonio García Enríquez

Coordinador CIEPs

Escuela de Ciencias Psicológicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado Licenciado García Enríquez:

Por medio de la presente se hace constar que Corita Siboney Pollio Cornejo, 200514425 y Lesbia Noelia Gil Rivas, 200121452 realizaron durante los meses de mayo y junio de 2,012, el trabajo de campo correspondiente a la investigación "Niveles de Ansiedad en pacientes que presentan síntomas asociados con el Síndrome de Diógenes, residentes en el Hogar Nuestra Señora de Guadalupe, ubicado en 3ª. Av. 7-40 Zona 1"

Sin otro particular me suscribo de usted,

Atentamente,

Hgo. Lubja Restrepo

Director

ASOCIACION FRATERNIDAD
DE LA DIVINA PROVIDENCIA
GUATEMALA

3a. Avenida 7-40, Zona 1 Tel.:2238-0669 Fax: 2251-3027 Cel.: 5806-8826

E-mail: comedorguadalupefdp@hotmail.com

Asociación Fraternidad de la Divina Providencia Banco Reformador Cta. No. 0410061540

Ciudad de Guatemala

PADRINOS DE GRADUACIÓN:

POR: LESBIA NOELIA GIL RIVAS

LUIS EDUARDO ORTÍZ AGUILAR

MÉDICO GENERAL
ANESTESIÓLOGO

COLEGIADO 10,728

POR: TIERNA CORITA SIBONEY POLILLO CORNEJO

RENÉ SIBONEY POLILLO CORNEJO

LICENCIADO EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES Y
ABOGADO Y NOTARIO

COLEGIADO 10,842

TONY SIBONEY POLILLO CORNEJO

LICENCIADO EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES Y
ABOGADO Y NOTARIO

COLEGIADO 15,399

ACTO QUE DEDICO:

Lesbia Noelia Gil Rivas:

- A DIOS:** Por ser mi fortaleza en todo momento de la mi vida y ser la luz que me da la sabiduría de ser mejor persona cada día.
- A MIS PADRES:** Luis Antonio Gil Colíndres, que aunque no este en cuerpo siempre esta en mi corazón y mis pensamientos, gracias padre por darme el amor y hacer de mi la persona que soy.
- María Margarita Rivas Gáldamez, por ser la persona más especial y darme el amor incondicional, sabiduría, y aceptarme con mis defectos y mis virtudes gracias mamayita la amo muchisísimo.
- A MIS HERMANOS:** Eric Antonio que aunque ya no estés, si estas en mi corazón. Gabriela Patricia, Sandra Margarita, por todo el amor, alegrías y ser las personas más especiales en mi vida.
- A MI NOVIO:** Por brindarme todo su amor, apoyo, consejos y sobre todo paciencia; por estar en todo momento, por ser la persona con la que quiero compartir el resto de mi vida. Te amo Osmar!
- A MIS TÍOS:** Con especial cariño.
- A MIS SOBRINOS:** Javier, Alizon, Wacknner, Kevin, Oscar, Leonardo Antonio, Luis Pedro, Cristian, Luchy, por ser las personas que llenan de satisfacción mi vida por sus triunfos, los amo mis tesoros.
- A MIS COMPAÑEROS DE ESTUDIO:** Que me apoyaron con sus palabras de ánimo, con mucho cariño.
- A MIS PADRINOS:** Dr. Luis Eduardo Ortiz, por ser una persona super especial, gracias cuñado por darme el Honor de ser mi Padrino!.
- A CORITA POLILLO:** **Por permitirme ser su pareja de tesis y por hacer de mi vida una explosión. Te quiero mucho Corys.**

ACTO QUE DEDICO:

Tierna Corita Siboney Polillo Cornejo:

- A DIOS:** Por ser mi guía en todo momento; por enseñarme que al final del camino siempre hay una luz y Él estará conmigo para llevarme hasta allí. Y por poner personas especiales en mi vida para que el camino se me hiciera más fácil para alcanzar todas mis metas.
- A LA VIRGEN DE GUADALUPE:** Por protegerme a diario y cubrirme con su manto milagroso y escuchar mis ruegos.
- A MIS PADRES:** Mi Pedrito, por darme las herramientas para ser la persona que ahora soy y seguir honrando y en tu memoria seguir llenándome de éxitos. ¡TE EXTRAÑO PAPI!
- DOÑA CORITA, por darme el regalo de estar en este mundo, por sus sabios consejos y estar conmigo hasta el último momento de su vida, ¡LA EXTRAÑO MAMI!
- ¡YO SÉ QUE ESTÁN A LADO DE JESÚS, LES DEDICO MI ÉXITO, LOS AMO Y EXTRAÑO!
- A MIS HERMANOS:** Alex Mauricio, Mario Ernesto, Claudia Fidelina, René Siboney y Tony Siboney, por todo el amor, paciencia y apoyo incondicional, cada uno es un ser especial en mi corazón ¡LOS AMO!
- A MI NOVIO:** Por el apoyo, paciencia, amor y por ser ese brillo que has brindado a mi vida y estar conmigo en todo momento.
- A MIS TÍOS:** Con especial cariño y respeto.
- A MIS SOBRINOS:** Gaby, María Luisa, Sebastián, Pedro Antonio, Tony, Mario René, Lilianita y por el bebé que viene en camino, por ser mi inspiración de vida. ¡LOS AMO!
- LIC. MARCO ANTONIO GARCÍA ENRÍQUEZ:** Por ser un ente inspirador a mi carrera, con cariño y respeto ¡Muchas Gracias Maquito!.
- A MIS COMPAÑEROS DE ESTUDIO:** Por su cariño!!! En especial a los de la Mesa, con todo mi cariño, gracias por ese cariño tan especial y por haberme dado la oportunidad de haber compartido con ustedes todo este maravilloso tiempo.
- A MIS PADRINOS:** Lic. René Siboney Polillo Cornejo y Lic. Tony Siboney Polillo Cornejo, los admiro y sigo su ejemplo, además de ser mis padrinos son mis HERMANOS!!

A mis amigos: Con todo el amor del mundo en especial a la Dra. Cízel Zea, Dra. Silvia Navarrete, Dr. Carlos Chúa, por todo el apoyo que me han brindado a los largo de mi vida y de mi carrera..

A Licda. Martha Irías: Persona que me motivo a la realización de esta investigación. Te quiero y admiro.

A NOELIA GIL RIVAS: Por acompañarme en todo momento y hacer de mi vida una paciencia. Te quiero mucho tú!

AGRADECIMIENTOS:

A: La Gloriosa Universidad de San Carlos de Guatemala, Casa de estudios que con sus sabias enseñanzas forma profesionales para el futuro de nuestro País.

La Escuela de Ciencias Psicológicas, por brindarnos de sabiduría y para desarrollarnos como profesionales, dándonos la oportunidad de aprender tantas cosas y por permitir la realización de esta investigación.

A nuestro Revisor de tesis, Lic. Marco Antonio García Enríquez, por habernos encaminado en el proceso de la investigación y motivado a ser las profesionales que seremos. Con especial cariño!

A nuestra Asesora Licda. Rosa Encarnación Pérez Martínez de Chavarría, por su apoyo incondicional, por la sabiduría, el entusiasmo que brindó durante este proceso y por ser una persona fuera de serie que admiramos mucho!

Al Hermano Lubin Restrepo, por permitirnos realizar nuestra investigación en la Casa Hogar “Nuestra Señora de Guadalupe” y brindarnos confianza, cariño y apoyo para la investigación, muchas gracias!!

ÍNDICE

Resumen.....	1
Prólogo.....	3
Capítulos I	
I Introducción.....	5
1.1 Planteamiento del problema y Marco Teórico	
1.1.2 Planteamientos del problema.....	10
1.1.3 Marco Teórico.....	14
Capítulos II	
II. Técnicas e Instrumentos.....	26
Capítulos III	
III Presentación y Análisis de resultados	29
Capítulos IV	
IV Conclusiones y Recomendaciones	
4.1Conclusiones.....	42
4.2 Recomendaciones.....	43
Capítulos V	
V. bibliografía.....	44
VI. Anexos.....	45

RESUMEN

“OLVIDÁNDOME DE MI MISMO”

Niveles de Ansiedad en pacientes que presentan síntomas asociados con el Síndrome de Diógenes, residentes del Hogar de Ancianos “Nuestra Señora de Guadalupe”, ubicado en 3ª Ave. 7-40, zona 1

Por Tierna Corita Siboney Polillo Cornejo y Lesbia Noelia Gil Rivas

El presente proyecto se identificó los niveles de ansiedad que manifiestan los adultos mayores que presentan síntomas asociados con el “Síndrome de Diógenes”. El “Síndrome de Diógenes” es una afección poco estudiada que se refiere a un evidente auto descuido por parte del adulto mayor en varias de las esferas de su vida. Hace referencia también a un aislamiento social sumamente marcado. El estudio de los niveles de ansiedad permite aportar información sobre esta afección, sino conocer más acerca de ella y de esa manera poder identificar a aquellos adultos mayores que la manifiestan, sino también contar con mejor información para ayudarles de mejor forma a nivel psicológico. El trabajo se realizó en el Hogar de Ancianos Nuestra Señora de Guadalupe, ubicado en 3ª Ave. 7-40, zona 1 de la ciudad de Guatemala. La población estudiada fue de 10 adultos mayores, referidos por presentar sintomatología asociada al “Síndrome de Diógenes”. El trabajo de campo se desarrolló durante los meses de mayo y junio del año 2012.

La medición de los niveles de ansiedad se realizó mediante un test adaptado a la población seleccionada, además del análisis del comportamiento observado. Se realizaron entrevistas con los adultos mayores, el personal que los tiene a su cuidado y los familiares con quienes conviven, cuando esto era posible. Se realizaron también visitas domiciliarias para conocer de primera mano, el entorno en el que se desenvuelve el adulto mayor y los factores que pudieran coadyuvar en los síntomas presentados.

Las relaciones con los amigos influyen más en el bienestar que las relaciones familiares. La satisfacción de muchas personas mayores no es debida a su familia sino a sus propios amigos. Al final de la vida debido a los problemas de salud se incrementa el aislamiento social.

El poco apoyo económico es un cambio importante que conlleva la pérdida de ingresos, parte de la identidad personal asociada a la profesión, pérdida de relaciones sociales y el cambio de hábitos diarios como horarios, ocupaciones.

PRÓLOGO

La presente investigación buscó establecer los niveles de ansiedad presentes; también busca indagar en otros aspectos de esta afección y de la forma en que ellos afectan la calidad de vida de los adultos mayores que conforman la población seleccionada.

Estos son: los rasgos característicos del síndrome que presentan los adultos mayores seleccionados; el porcentaje de población en el universo, de personas que presentan dicho Síndrome. Además, la investigación estudió la forma en que la mencionada afección incide en las relaciones familiares del adulto mayor y de qué manera su familia afronta el problema. Buscó conocer si existen diferencias entre el comportamiento del adulto mayor durante el tiempo que permanece en su hogar nuclear y durante el tiempo que transcurre su estancia en el Hogar de Ancianos al que visita.

Parte de nuestro objetivo fue identificar los Niveles de Ansiedad en pacientes que presentan signos y síntomas asociados con el Síndrome de Diógenes, residentes del Hogar de Ancianos “Nuestra Señora de Guadalupe”, ubicado en 3av. 7-40, zona 1, en personas Adultos Mayores, asimismo, la salud mental de estos pacientes mediante a la aplicación de pruebas estructuradas, para obtener resultados positivos y significativos para la investigación.

Una de las experiencias de mayor trascendencia en nuestro trabajo psicológico fue la colaboración que tuvieron los Adultos Mayores al realizar nuestras entrevistas, parte de los pacientes tenían la necesidad de compartir sus experiencias y contribuir a contar con un mejor apoyo de las personas que visitan el Hogar.

Al ser una investigación científica cualitativa, propone un mayor grado de acercamiento a la población, ya que permite la consideración de las particularidades del Hogar en el cual se realizó y se vincula directamente con las necesidades que representa la población en el Niveles de Ansiedad en pacientes que presentan síntomas asociados con el Síndrome de Diógenes, residentes del Hogar de Ancianos “Nuestra Señora de Guadalupe”, ubicado en 3av. 7-40, zona 1.

Capítulo I

1. INTRODUCCIÓN

De todos los sectores de nuestro país, uno de los más vulnerables, si no el más vulnerable de todos, por el abandono institucional privado, de la Cooperación Internacional y el evidente olvido estatal, de los adultos mayores.

Algunos de ellos viven internados en espacios institucionalizados privados y otros en instituciones estatales (cada vez menos) en condiciones muy difíciles; otros en sus casas, con sus familias, en muchos casos ignorados o aislados; otros viven solos a veces viven solos, de la caridad pública o con indignantes pensiones de jubilación de las instituciones estatales. La situación de los adultos mayores en nuestro país es, para una gran mayoría, sumamente grave e indignante.

Otros sectores, como niños y mujeres específicamente, ante el auge del interés de la Cooperación Internacional en ellos, cuentan con recursos hacia diversos programas de apoyo. Los adultos mayores no han tenido tanta suerte; se ha convertido en un sector relegado, invisible, con poco interés para nadie. Nuestras sociedades no valoran su experiencia y sabiduría. Son seres improductivos ya para el mercado laboral y no valen ni para las estadísticas. Sin embargo su existencia no se puede ignorar.

Muchos de los adultos mayores adquieren comportamientos que para los familiares que conviven con ellos ó para quienes los cuidan, pueden parecer extraños, excéntricos o raros. Muchos de estos adultos mayores padecen diversas tipologías de demencia o problemas psicológicos derivados en muchas ocasiones del deterioro originado por su avanzada edad. Debido a estos comportamientos muchos de ellos sufren desprecios, malos tratos e incluso abandono por parte de sus familiares y de la

sociedad en su conjunto; atribuyendo a una suerte de “capricho”, “necesidad o “excentricidad” del anciano sus comportamientos.

El presente trabajo permitió identificar los niveles de ansiedad más frecuentes en los adultos mayores que presentan síntomas asociados al “Síndrome de Diógenes”; centrándonos en una población de aproximadamente 10 adultos mayores que asisten al Hogar de Ancianos “Nuestra Señora de Guadalupe”, ubicado en 3av. 7-40, zona 1 de la ciudad de Guatemala.

El “Síndrome de Diógenes”, es un Síndrome relacionado con auto descuido personal, aislamiento y rechazo a las relaciones sociales, principalmente observado en adultos mayores, independientemente de su posición social. Con el abordaje del aspecto de la ansiedad, se utilizó como instrumentos de valoración de los niveles de ansiedad el test de ansiedad de William K. Zung, Historia General del Adulto Mayor y Cuestionario del Adulto Mayor, Síntomas de Síndrome de Diógenes, se profundizó en el conocimiento que existe sobre este Síndrome, aunque fue un estudio pequeño, brindará un nuevo aspecto del mismo.

Asimismo se exploró el entorno social y relacional del anciano que presenta dichos síntomas, además de hacer una aproximación a los porcentajes de la sintomatología relacionada con este Síndrome. El objetivo subyacente de este trabajo fue, acercarnos a conocer un poco más sobre una población que actualmente genera poco interés y se encuentra en el olvido, el objetivo fue llamar la atención sobre una de los sectores más valiosos de nuestra sociedad y a la que menos atención damos: los adultos mayores.

Cómo factores desencadenantes se han descrito: la soledad, determinados rasgos de personalidad que tienden a acentuarse en edades avanzadas (obstinación, desconfianza, suspicacia, etc.) y situaciones estresantes (viudez, pérdida de lazos

afectivos). Sin embargo no parece tener relación con el nivel intelectual, cultural o económico previo.

a. Vejez y Personalidad:

La personalidad es el conjunto de atributos y rasgos personales relativamente estables que una persona posee. La etapa de la vejez fue por mucho tiempo una zona a la que no se le estudio con el mismo énfasis que otras etapas. La mayoría de las teorías le prestan mucha mas atención a las etapas tempranas del desarrollo, como es el caso de Freud quien se enfoco en las etapas que comprenden desde el nacimiento o etapa oral hasta la adultez temprana o etapa genital. La única excepción que se podría mencionar es Erik Erikson, quien con su teoría abarco todas las etapas de la vida desde el nacimiento hasta la vejez.

Durante el siglo XX ha surgido un sorprendente incremento a nivel mundial de personas de mayor edad o “viejos” (sesenta años o más). Para que se tenga una idea, esta población según la Organización de las Naciones Unidas incrementó de 200 millones para 1950 a 342 millones para 1992 y se estima que para el 2025 crecerá a 1,200 millones. Esta proyección junto con el interés de los psicólogos de estudiar este sector poblacional, ha hecho que se enfatice más en el estudio de las personas de edad avanzada y que se desarrollen teorías enfocadas y surjan ramas de la psicología enfocadas en el estudio de este creciente grupo poblacional. Este trabajo tuvo como fin el estudiar algunas de las principales teorías desarrolladas sobre la vejez y que cambios ocurren en la personalidad de estas personas.

En primer lugar, como ya se reflexionó antes fue Erikson quien realizo postulados sobre la etapa de la vejez en su teoría psicosocial. Según Erikson en cada etapa el individuo tiene que afrontar una crisis que supone un cambio y tenemos dos formas de resolver esta crisis: la forma inadaptativa o negativa y la otra adaptativa o positiva. En la

etapa de la vejez la persona se enfrenta a la Integridad del yo Vrs. Desesperanza, en esta etapa es la que se hace una evaluación de toda la nuestra vida.

Características de la vejez:

Las principales características de la tercera edad vienen marcadas por los cambios que sufre este colectivo, que son principalmente:

Cambios en el desarrollo físico:

- El tamaño del cerebro disminuye a partir de los 30 años debido a la continua muerte de neuronas. Se produce una disminución en la producción de neurotransmisores y se pierden las conexiones neuronales. Estas pérdidas se compensan con la experiencia.
- El envejecimiento primario es inevitable y es el desgaste normal del organismo.

Cambios biológicos y funcionales:

- Cambios en los sistemas dérmicos y en el esqueleto.
- El corazón se fatiga más ante el esfuerzo.
- Circulación sanguínea más lenta.
- La cantidad de sueño reparador (sueño REM) va disminuyendo.
- Pérdida de agudeza visual y dificultades para adaptarse rápidamente a los cambios de iluminación.
- Respecto al oído, sufren dificultades para seguir conversaciones con ruido de fondo y también para apreciar sonidos de alta frecuencia o escuchar conversaciones muy rápidas.
- La psicomotricidad es más lenta.

- Disminuyen las respuestas sexuales al haber menos contracciones orgásmicas. Pero muchos ancianos siguen disfrutando de unas relaciones sexuales placenteras.
- La incidencia de enfermedades crónicas en los ancianos es más del 80%. Las más importantes son: artritis, **hipertensión, deficiencia auditiva, enfermedades del corazón.**

Cambios en las capacidades mentales:

- Más problemas para aprender y la atención es menor. Esto es debido a un suministro limitado de energía mental o no utilizar las habilidades cognitivas de forma regular.
- La memoria es menos eficiente debido a la deficiencia de estrategias para ubicar contenidos mentales y recuperarlos. La capacidad operacional de la memoria a corto plazo es menor sobre todo ante tareas complejas. Hay poco deterioro en la memoria de reconocimiento y más en la de recordar. Tienen errores al recordar la fuente de la información debido a la menor codificación de información contextual.

1.1. Planteamiento del Problema

El propósito que motivó a desarrollar este estudio, fue el interés centrado en la posibilidad de explorar y recortar los puntos de vista de los adultos mayores, a través de las expresiones, perspectivas y significados por develar cuales son las representaciones sociales que tienen los Adultos Mayores de sí mismos es incorporare a un grupo sintiéndose parte útil a la sociedad, por lo tanto transformativo en el que interviene el imaginario social e individual, lo simbólico y lo inconsciente.

Estos pacientes son especialmente complejos y dicha complejidad no puede ser contemplada en guías generalizadas, sino que exige un juicio clínico basado en la experiencia del terapeuta, que debe aplicar, según su leal saber y entender, las recomendaciones generales que se mencionan es que sean tratados correctamente, los trastornos de ansiedad tienen buena evolución y mejorarán la calidad de vida, la funcionalidad y el bienestar de los pacientes en terapia cognitivo-conductual, debe de ser contemplada como una estrategia eficaz, pero su limitación procede de la escasez de esquemas diseñados y ajustados a los ancianos y de las dificultades de accesibilidad a éstos programas que tiene el Adulto Mayor con los Niveles de Ansiedad en pacientes que presentan estos síntomas asociados con el Síndrome de Diógenes que residen en el Hogar de Ancianos “Nuestra Señora de Guadalupe”, se elabora esta investigación con el afán de dejar un estudio para las organizaciones que trabajan con estas personas y así poder brindar un mejor servicio y mejorar la calidad de vida.

A partir del conocimiento adquirido, pretendemos aportar nuevos datos respecto de los adultos mayores y su proceso de envejecimiento, que ayuden a que los familiares de los mismos, a las generaciones jóvenes, y los encargados del funcionamiento del hogar, a que visualicen la problemática del trastorno de Ansiedad, el abandono, la marginación, para reflexionar la causalidad de los Adultos Mayores.

El privilegio y endiosamiento social que tienen actualmente la juventud y la productividad ha agudizado la exclusión y olvido en que caen los adultos mayores en nuestras sociedades y de esa cuenta nuestros ancianos desvalorizados e ignorados.

El “boom” por la productividad, la juventud y la eficiencia ha incidido incluso en el ámbito académico y científico, privilegiándose actualmente los estudios que se refieren a esta población y a estos aspectos. El estudio de los adultos mayores o personas que ha sido relegado a un segundo plano, considerándosele irrelevante incluso en algunos ámbitos académicos.

Esto ha generado que los estudios sobre este sector de la población escaseen en los últimos años y en todo caso se hayan hecho adaptaciones de otros estudios de poblaciones similares para equipararlos y aplicarlos con las personas del adulto mayor. En nuestro país en que la producción científica se ve sumamente limitada no solamente por la atención urgente que reclaman los problemas cotidianos, sino por el escaso interés y financiamiento que reciben los programas y proyectos de investigación, se hace urgente un esfuerzo académico que indague en torno a las poblaciones más excluidas de nuestras sociedades. Se hace necesario un esfuerzo que busque profundizar en el estado del adulto mayor y trate de comprender su situación actual y los factores que le afectan.

Los estudios, incluso a nivel mundial, sobre el “Síndrome de Diógenes” son relativamente escasos y se encuentran aún en proceso de una conformación teórica concreta que se le conoce como Acumuladores, Acaparadores, y esta relación con el trastorno Obsesivo-Compulsivo.

El aporte que pueda brindar un estudio exploratorio en la sociedad guatemalteca es de suma relevancia para unirnos a la búsqueda de una mayor y mejor atención hacia el adulto mayor, así como la comprensión de sus problemáticas particulares. Esto sin duda alguna brindará elementos para que dicha ansiedad sea tratada de mejor forma en aquellas instituciones y familias que presenten población con estas características. Por

otro lado también brindará información con relación a este Síndrome y favorecerá la atención y comprensión de las personas que padecen esta sintomatología por parte de sus familiares.

Si bien la tendencia de las sociedades globalizadas ha sido el hacer a un lado a las personas que no están integradas al mercado laboral; también existe un movimiento que plantea la urgente necesidad de ver de nuevo hacia el adulto mayor con una mirada de respeto y dignidad, una visión que les permita continuar siendo parte activa de nuestras sociedades y que se conviertan en voz autorizada por su experiencia para orientarnos en la toma de decisiones y formulación de soluciones para los problemas graves que nos aquejan como sociedad.

El “Síndrome de Diógenes”, “no está reconocido en los manuales diagnósticos internacionales como entidad diagnóstica y además puede aparecer en distintas enfermedades psiquiátricas y neurológicas” (Lera, Hernández y Leal, 2008; Carrato y Martínez, 2010), según Pantoja (2006), “es un trastorno específico que se presenta en algunas personas solitarias, de edad avanzada y que afecta a sujetos de todos los estratos sociales”, que se caracteriza por:

- Una conducta de aislamiento voluntario, con ruptura de las relaciones sociales y una inobservancia de las normas convencionales.
- Una conducta de autonegligencia con abandono de la higiene (tanto personal como ambiental), como de la alimentación y la salud (la mayor parte presentan estados nutricionales deficientes y/o enfermedades somáticas relevantes).
- Con tendencia a acumular compulsivamente grandes cantidades de basura en sus domicilios y vivir voluntariamente en condiciones de pobreza extrema a pesar de poseer medios económicos para llevar mejores condiciones de vida.

- Que se presenta en personas de edad senil que en su mayoría (73,3%) no presentan trastornos psiquiátricos mayores o diferentes del propio síndrome. Si bien en todos los casos se observa la presencia de ciertos rasgos y/o conjunto de rasgos de carácter o personalidad específicos o frecuentes (sujetos dominantes, independientes, poco sociables, obstinados, inestables, solitarios), rasgos que algunos autores consideran como premórbidos o predisponentes de la enfermedad.
- Que rechazan todo tipo de ayudas (tanto sociales como familiares) o se resisten a ser sacados de sus domicilios.
- Y que muestran rechazo activo a cambiar de vida o de conducta, con tendencia a volver a su forma de vida cuando son dados de alta de una institución sanitaria y/o social o se descuida su vigilancia.

1.1.3 Marco Teórico

Síndrome de Diógenes:

El Síndrome de Diógenes¹ (SD) es un trastorno del comportamiento caracterizado por el abandono personal y social, asociado a una conducta patológica de acumulación. El primer estudio de este patrón de conducta fue realizado por “Bateson”² en 1960, en el cual describe un cuadro delirante de pobreza imaginaria. Posteriormente Clark Mankikar, en 1975, acuñó el término SD para referirse a un tipo de trastorno que mayoritariamente afecta a los adultos mayores que se aíslan en sus casas, acumulando todo tipo de basura y desechos, con negligencia de su higiene personal, rechazando la ayuda de los demás y oponiéndose a cualquier cambio en su situación.

Este Síndrome toma su nombre del filósofo griego Diógenes de Sinope (412-323 AC) de Grecia, quien llevó hasta el extremo los ideales de privación e independencia de las necesidades materiales; su apariencia de vagabundo, su actitud de autosuficiencia y hostilidad frente al mundo son los aspectos que se tomaron en cuenta para bautizar con su nombre a este Síndrome. Sin embargo, esto no se corresponde necesariamente con el ideal filosófico de este personaje. Clark no llegó a definir de manera operativa el término y desde entonces persiste una discusión sobre si se trata de un trastorno psiquiátrico o psicológico.

¹ En adelante nos referiremos al Síndrome de Diógenes como: SD.

² Bateson, Gregory (Grantchester, Reino Unido, 9 de mayo de 1904 — San Francisco, Estados Unidos, 4 de julio de 1980) antropólogo, científico social, lingüista y cibernético cuyo trabajo intersecta con muchos otros campos intelectuales.

El SD constituye un objeto de estudio desafiante para los clínicos, debido a que hasta el momento la investigación en este campo es insuficiente, e incluso se ha cuestionado su validez como diagnóstico clínico³.

El SD se define como un comportamiento adquirido, caracterizado por negligencia de la higiene corporal y doméstica, aislamiento social, reclusión en el domicilio, conducta acumuladora, pobreza imaginaria, rechazo de ayuda y negativa a modificar su situación. En cuanto a su etiología, entre la mitad y dos tercios de los casos son diagnosticados con demencia o trastorno psiquiátrico⁴, mientras que aproximadamente un tercio de los pacientes no parecen presentar una patología subyacente y se ha postulado que, en estos casos, el trastorno pueda deberse a la interacción de una situación desencadenante con rasgos de personalidad predisponentes⁵. El SD es más frecuente entre la población del adulto mayor; la incidencia anual estimada es de aproximadamente 0,5 casos por 1000 personas mayores de 59 años, distribuidos por igual entre ambos sexos⁶.

Lo más llamativo del cuadro es el cambio comportamental, la ideación delirante y la conducta acumuladora, que preceden al deterioro cognitivo⁷. El acto motor compulsivo de apilar basura y objetos sin una finalidad concreta, constituye una forma de perseveración que está estrechamente relacionado con la disfunción frontal. La perseveración es una persistencia inapropiada de la misma acción. La conducta de acumulación se presenta en un continuo desde la normalidad (coleccionismo) hasta un extremo patológico.

³Rodríguez Funes, Beatriz y Zurdo Hernández, José Martín. "Síndrome de Diógenes, ¿Cuadro psiquiátrico o psicológico?" Universidad de Barcelona. 2006. Pp.1-5

⁴De la Gándara J., Álvarez M. "Los Adultos mayores solitarios: El llamado Síndrome de Diógenes". Editorial Advocatus. Argentina. 1998. Pp.257-265

⁵Corbera Almajano, Manuel . "Síndrome de Diógenes". Universidad Autónoma de México, UNAM. 2004. pp 68'69

⁶Gomez Pellin, Marcos M, MC. "Un cuento de Nombre Perdido: Síndrome de Diógenes". Aranzdi Editorial. España. 2008. <http://www.forumclinic.org/depresion/noticias/trastorno-de-acumulacin-y-sndrome-de-digenes>

⁷Op. cit: Rodríguez Funes, Beatriz y Zurdo Hernández, José Martín. Pp. 117.

Es importante realizar una adecuada valoración y un adecuado diagnóstico, para diferenciar este trastorno de otros que pudieran generar conductas similares, como trastorno de la personalidad, la esquizofrenia, los trastornos afectivos y el trastorno obsesivo compulsivo. En referencia a este último, hasta un 30% de los pacientes pueden presentar una conducta acumuladora⁸. Es importante recordar que ésta no supone un Síndrome de SD y que los pacientes con este tipo de conducta anómala no tienen porque presentar el resto de síntomas del SD (auto negligencia, reclusión domiciliaria, etc.).

Existe escasa información bibliográfica del SD. Esto se debe a las dificultades para obtener la cooperación de los pacientes, así como a la tendencia de atribuir el trastorno a una enfermedad psiquiátrica. Además, con frecuencia el primer contacto del paciente con el sistema de salud es a través de los servicios de emergencia, como consecuencia de una patología somática grave, o bien los detectan los vecinos y familiares, sin llegar a contactar con las consultas de neurología⁹.

El SD ha trascendido a la opinión pública debido al impacto mediático que tienen algunos casos. Al igual que ocurre con otras alteraciones conductuales en personas de edad avanzada, el estudio detallado de estos pacientes sugiere la asociación de este Síndrome con una disfunción orgánica cerebral¹⁰. Por el contrario, en pacientes jóvenes es más probable la existencia de una patología psiquiátrica subyacente. Es importante disponer de una adecuada valoración neurológica, neuropsicológica y psiquiátrica en todos los casos detectados para poder establecer con mayor precisión su epidemiología, etiología y características clínicas.

⁸Cooney C, Harvid W. "Síndrome de Diógenes. Edad y Envejecimiento". Editorial lectorum. México. 2000. pp. 2

⁹Reyes-Ortiz C. "La Autonegligencia". Ediciones Monitor. México. 2001. pag. 1-5

¹⁰Beuchet O. y colaboradores. "El Síndrome de Diógenes en el Adulto Mayor". Ediciones Águila. Argentina. 2006. pp. 104

Su etiología no está claramente definida ya que hay pocos estudios sobre esta enfermedad. Existe una interrelación entre varios factores que podrían desencadenar la aparición del Síndrome.

1. Rasgos de personalidad: Tendencia al aislamiento, dificultades de adaptación social, rechazo a las relaciones sociales.
2. Factores estresantes propios de la edad tardía: Dificultades económicas, muerte de familiares, rechazo familiar, marginación social, etc.
3. Soledad: Inicialmente condicionada por las circunstancias, pero posteriormente buscada o deseada.

La unión en el tiempo de estos tres factores da lugar a la aparición de conductas de retraimientos extremos, reclusión senil y auto abandono absoluto¹¹.

Lo que suelen reunir este tipo de personas es:

Dinero: desarrollan como una especie de adicción por el dinero y lo acumulan en grandes cantidades, independientemente del lugar que sean, si sirven o no, estos lo almacenan pero de manera exagerada y cuidan de ellos como un tesoro o lo más importante de su vida.

Desechos: Por lo general este tipo de material es lo que más recolectan los pacientes; el acumular latas, colillas de cigarrillos, cartones, pañales, cajas o cualquier cantidad de cosas, es de utilidad, y no desperdicio. Esto es lo más característico en los pacientes Síndrome de Diógenes, y su explicación se debe a que se crean una idea de pobreza, que en términos reales es mental y bajo la misma idea consideran que tiene que ahorrar y guardar todo lo que tienen.

¹¹op. cit. Corbera Almajano, Manuel . Pp. 125.

Animales: esta variante también se incluye en lo que generalmente recogen estos pacientes; generalmente se suele realizar con gatos y perros callejeros; que son recluidos en un espacio abierto o cerrado en condiciones higiénicas escasas, aquí no se lleva a cabo ningún control sanitario, y ocurre que al igual que con las dos anteriores el interés por tener más y más, lo justifica todo.

Generalmente intervienen causas diversas que pueden incluir desde rasgos de personalidad diferenciados, hasta factores estresantes. Como en la mayoría de los casos se presenta en personas de avanzada edad, se considera que su principal causa es el aislamiento o la soledad, aunque también puede ser hereditaria.

También intervienen otros factores que dependen básicamente del ritmo de vida de las personas, es decir, influye el nivel económico (crisis), la muerte de un familiar, y /o el rechazo de la familia. Aunque es necesario destacar, que “No” es necesario ser pobre o ser rico para ser diagnosticado como “Síndrome de Diógenes”.

Según los casos encontrados las causas generales se remiten a:

- Muerte de un ser querido.
- Aislamiento o soledad.
- Rechazo por sus familiares y/o pareja.
- En algunos casos puede ser de tipo hereditario.
- Puede generarse también a raíz de otros trastornos mentales, porque el Síndrome de Diógenes aún no es reconocido como una enfermedad mental propiamente dicha, por lo tanto con los rasgos característicos de otras patologías puede desarrollarse un Síndrome de Diógenes.

Son muchas las maneras en que se manifiesta este Síndrome, pero realmente es el aislamiento, lo que causa este tipo de anomalía, poco a poco las personas van

perdiendo el sentido de la realidad, y precisamente el perder el contacto con la sociedad, los lleva a vivir en condiciones higiénicas abandonadas, muchas veces lo hacen sin importar que ponen en riesgo su salud, y en caso extremo puede ocasionarles la muerte.

El por qué este tipo de pacientes prefieren estar reclusos en sus propios hogares, radica en que sienten más satisfacción en su “mundo real”, que estar socializando, lo que puede hacernos diferir si para estos pacientes el Síndrome de Diógenes es visto como una enfermedad, o simplemente su propio estilo de vida.

Afectaciones Emocionales:

La ansiedad no es un concepto o un estado particular muy limitado ya que es una señal o reacción general bastante común en el ser humano. “La ansiedad normal es una respuesta apropiada ante una situación amenazante”¹². De la misma forma, se diferencia del miedo en que la ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, interior o conflictiva, mientras que el miedo es una respuesta a una amenaza conocida.

La experiencia de ansiedad tiene dos componentes: la conciencia de las sensaciones fisiológicas (como palpitaciones y sudores) y la conciencia de estar nervioso o asustado. El sentimiento de vergüenza puede aumentar la ansiedad, y muchas personas se asombran al enterarse que los demás no se dan cuenta de su ansiedad o, si lo hacen, no pueden percatarse de la intensidad de la misma.

Además de los efectos motores y viscerales, la ansiedad afecta el pensamiento, la percepción y el aprendizaje. Tiende a producir confusión y distorsiones en la percepción, no solo respecto al tiempo y el espacio, sino también en cuanto a las personas y el significado de los sucesos. Tales distorsiones pueden interferir con el aprendizaje al

¹² Kaplan & Sadock, Benjamin. Sinopsis de psiquiatría clínica. Editorial Lippincott Williams and Wilkins. Argentina,,2010. pp. 1460.

disminuir la concentración, reducir la memoria y alterar la capacidad de relacionar la información de un tema con otro¹³.

Un efecto importante de las emociones es su efecto sobre la atención selectiva. Las personas ansiosas están predispuestas a seleccionar ciertas cosas de su entorno y descuidar otras en su esfuerzo por demostrar que está justificado el que consideren una situación como amenazante y respondan en consecuencia. Si falsamente justifican su miedo, sus ansiedades aumentan por la respuesta selectiva y crean un círculo vicioso de ansiedad, distorsión de la percepción e incremento de la ansiedad.

La ansiedad constituye un fenómeno complejo, ya que se trata de un mecanismo que nos prepara ante un acontecimiento desfavorable, su función es de gran utilidad para estimular los esfuerzos, la vivacidad y contribuir a que una persona se mantenga en un elevado nivel de trabajo y conducta, sin embargo en exceso, la ansiedad compromete la eficacia y presenta una actitud de comportamiento aprehensivo y tenso, que se convierte en una desagradable experiencia aunque se trate de una reacción protectora, cuando alcanza cierta intensidad, resulta paradójicamente no solo paralizante sino desintegradora. Es una asociación de sentimientos desagradables y una tensión interna que en más de alguna oportunidad todos hemos experimentado, ya sea en forma de temor, preocupación y zozobra.

Ansiedad en el adulto mayor

La vejez es un período vital según la ley inicia a los 60 años (Papalia y Wendoks, 2001). Los gerontólogos dividen a los adultos mayores en esta etapa, en dos bloques: los viejos jóvenes (entre 65 y 74 años) y los viejos viejos (a partir de los 75 años). Los adultos mayores también pueden clasificarse en adultos mayores sanos y aquellos con una enfermedad que interfiere en su funcionamiento y precisa atención médica o

¹³Canto Pech, Hugo Guadalupe y Castro Rena, Eira Karla. "Depresión, autoestima y ansiedad en la adulto mayor; un estudio comparativo". Universidad de Mayab. México. 2004. Pp. 173.

psiquiátrica. En sí, la vejez es un proceso complejo influido por la herencia, la alimentación, la salud y diversos factores ambientales, y en ella es común encontrar afectaciones o disminuciones en los sentidos como la visión, la audición, el gusto y el olfato¹⁴.

Toda asistencia geriátrica se define como el conjunto de niveles asistenciales hospitalarios y extra hospitalarios, sanitarios y sociales destinados a prestar atención interdisciplinaria, integrada, integral y especializada a las personas mayores que habitan en un determinado sector asistencial. Estos sectores asistenciales pueden tener diversos nombres y objetivos según el país, tales como asilos, casas de cuidado para adulto mayor o casas hogar para el adulto mayor. Sin embargo, las formas directas de adaptación y aplicación de tales conceptos tienen divergencias y carencias debido a que no toda atención asistencial posee servicios médicos ni toda atención sanitaria es multidisciplinaria; aunque de cierta forma estos elementos asistenciales aparecen aisladamente, conforman la única ayuda presente en el medio social.

La ansiedad a menudo vuelve a una persona hiperalerta, irritable o incierta. Puede inquietarse o permanecer tensa e inmóvil. Puede ser excesivamente dependiente, constriñendo el alcance de las actividades del individuo y disminuyendo su productividad en el trabajo. Algunos Síndromes psicológicos específicos podrán apreciarse en el paciente ya que éste con una estructura de carácter pasivo dependiente o pasivo agresivo, mostrará al principio no estar motivado con la relación a la ayuda psicológica. Pero el interés por el mejoramiento del paciente y los cambios resultantes en los esquemas conceptuales y en los métodos de exploración no pueden tener lugar de no existir una predisposición particular y esencialmente psicológica, por parte del

^o op. cit. Canto Pech, Hugo Guadalupe y Castro Rena, Eira Karla. Pp. 222.

paciente. “Como sabemos la psicoterapia básicamente se constituye en el tratamiento de los problemas y trastornos emocionales y la personalidad por medios psicológicos”¹⁵

Realmente la ansiedad tiene siempre una causa interna al individuo, y es una reacción o una situación interna de peligro somático o psicológico. Así pues la ansiedad es una señal de peligro y al mismo tiempo no pueden tener lugar de no existir una predisposición particular y esencialmente psicológica, por parte del paciente. Como sabemos la psicoterapia básicamente se constituye en el tratamiento de los problemas y trastornos emocionales y de la personalidad por medio psicológicos. Realmente la ansiedad tiene siempre una causa interna al individuo, y es una reacción interna de peligro somático o psicológico. Así, la ansiedad es una señal de peligro y al mismo tiempo una reacción de defensa que puede asumir en ciertas circunstancias un significado patológico por cuanto se refuerza de continuo. Por otra parte la percepción de los trastornos somáticos periféricos contribuye a aumentar la sensación de incomodidad, de inquietud, peligro y temor, típica de la situación ansiosa.

La ansiedad no excesiva es la base del aprendizaje y de la motivación para obtener placer y evitar el sufrimiento. Supone un poderoso estímulo para el desarrollo de la maduración de la personalidad, forma parte de la existencia humana, y no es un estado psicológico en sí mismo, sino una forma de prepararse para el peligro. Se vuelve anormal cuando es extremadamente fuerte, cuando aparece en situaciones que se conocen que no son dañinas, o cuando ocurre sin causa aparente. La ansiedad anormal puede ser transitoria o volverse crónica. El temor es una emoción claramente enfocada a peligros inmediatos, en tanto la ansiedad suele presentarse por la previsión del peligro angustia o dificultades futuras.

¹⁵ 16 Makinnon, Rogers. *Psiquiatría Clínica Aplicada*. Ed. Interamericana. México 1990 pp. 131, 138,139

La ansiedad no es más que una respuesta normal a amenazas dirigidas contra el cuerpo de uno mismo, (nuestro cuerpo) posesiones, modo de vida, seres queridos o valores acariciados. La ansiedad es un estado emocional displacentero, cuyas fuentes son fáciles de identificar, ya que frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso al agotamiento. Sin embargo es normal durante un esfuerzo extremo o una situación de la vida cambiante que requiere una adaptación continua. La ansiedad excesiva no solo hace infeliz al individuo, sino tiene un efecto deletéreo sobre su funcionamiento. Es primariamente un estado subjetivo del consciente diferentemente descrito como una emoción, un efecto o un sentimiento. “Se manifiesta por ciertas clases de conducta y va acompañada por cambios fisiológicos característicos”¹⁶

El trastorno de la ansiedad generalizada se caracteriza por un sentimiento de ansiedad de carácter persistente, insidioso y generalizado pero sin síntomas específicos que caracterizan los trastornos fóbicos. En la ansiedad generalizada puede haber preocupación inmotivada y excesiva respecto a dos o más circunstancias de la vida. Cuando el sujeto está ansioso presenta: tensión motora, hiperactividad autonómica y no puede establecerse que un factor orgánico que haya originado y mantenido la perturbación.

Como es sabido por todos, la ansiedad ha pasado a formar parte de la división antológica de la especie humana, llegando incluso a decirse que vivimos en un constante período angustioso. El ser humano es una unidad biopsicosocial que responde en forma integral a las alteraciones, y su parte biológico no se resiente sin que su componente psíquico también lo haga. Mostrando que un enfoque de cura ha de ser multidisciplinario. El paciente y su enfermedad, los efectos colaterales de los medicamentos, el rompimiento de las relaciones sociales, escolares, laborales,

¹⁶ Sraason, Barbara R. . Psicología Anormal Ed. Trillas. México 1986 pp. 5-8

familiares; provocan en el paciente síntomas específicos tales como la ansiedad, depresión, temor, desvalorización y otros, que generan actitudes que negativamente influyen en él. Ante la ansiedad el paciente se siente paralizado con un sentimiento de indiferencia o se considera incapaz de tomar la acción apropiada para neutralizar las situaciones provocadoras de la misma. Ésta compromete el funcionamiento del individuo, impulsándolo frecuentemente a pedir ayuda médica. Básicamente, todos los paciente con enfermedades somáticas tienen componentes emocionales asociados, especialmente en el caso de las afecciones invalidantes, graves o crónicas.

Estas correlaciones emocionales expresan cómo el sujeto siente su enfermedad y cómo reacciona frente a ella. En algunos casos, la ansiedad generalmente responde bien al apoyo y al tranquilizante apropiado. Entre la constelación de factores que condicionan esta respuesta se encuentran, el proceso diagnóstico y la implicación pronóstica, la modalidad de terapia, el tratamiento quirúrgico, el dolor la experiencia morbosa previa y, en muchos casos el ambiente hospitalario. “Como factores que contribuyen a conseguir una buena adaptación ante el cambio que significa la enfermedad figuran los recursos personales, el soporte familiar y la red social”.¹⁷

La crisis se contempla como puente decisivo y crítico donde el peligro y la oportunidad coexisten, y los riesgos son altos. En sentido concreto, los resultados peligrosos pueden ser físicos o psicológicos. Antes de un suceso de crisis, el individuo, se encuentra estable, seguro, funcionando adecuadamente como un miembro de un grupo familiar – social que está alojado en un ambiente comunitario, como parte de una amplia cultura social. Pero la crisis psicológica que acompañan una enfermedad grave o lesión física, se relacionan con frecuencia a la amenaza percibida hacia los propósitos importantes de la vida. La histeria, la cólera, y aún la violencia física no son síntomas raros en pacientes con traumas en los centros de asistencia hospitalarios. “Por tradición

¹⁷ Ayuso, José Luis. Trastornos de Angustia Ed. Martínez Roca, S.A. España 1988 pp.. 110.

estas salas ofrecen tratamiento médico, de protección a la vida, con poca atención en lo emocional”.

La ansiedad y otros estados defensivos desempeñan un importante papel en los procesos en que debe efectuarse una adaptación. La teoría de la ansiedad puede entonces ser original desde distintas fuentes del aparato mental. La ansiedad instintiva se debe a la anticipación de la inundación del organismo por una tensión excesiva y por los estímulos desde sus propios drives. La ansiedad del ego resulta de la percepción interiorizada de una situación de peligro que fue sentida. La ansiedad del super ego se debe a la interiorización de una amenaza de castigo o pérdida de efecto sobre bases morales, experimentadas actualmente por el individuo como un sentimiento de culpa.

La ansiedad puede ser determinada en tres grupos: A) Trastornos somáticos, B) trastornos psíquicos, y C) Trastornos conductuales. En los casos en que el individuo fracasa al intentar vivir de acuerdo con su ego ideal, se tiene una forma de ansiedad, cuando hablamos de ello podemos resumir que nos referimos a una característica existente de todos los comportamientos. La intensidad de la ansiedad tiene muchos grados, que van desde inquietudes menores hasta temblores notables e incluso pánicos, siendo esta la forma más extrema de la ansiedad. La evolución de la ansiedad también varía de algunos segundos a horas, o incluso días o meses, aunque los episodios de pánico por lo general se reducen a diez minutos y rara vez duran más de treinta. Si la ansiedad surge de forma inesperada se le llama ansiedad espontánea, si es muy intensa recibe el nombre de pánico espontáneo, cuando ocurre la ansiedad predeciblemente en situaciones específicas se le denomina ansiedad situacional o fóbica, si es extrema pánico situacional o fóbico, y para describir la ansiedad desencadenante por el simple pensamiento de situaciones particulares la describimos como ansiedad anticipada.

La ansiedad es una de las características principales que tiene el “Síndrome de Diógenes”, ya que es un síntoma que representa ya que el envejecimiento secundario es provocado por la acumulación en el cuerpo de problemas derivados de los hábitos perjudiciales: el estilo de vida sedentario y la inactividad, las enfermedades no diagnosticadas, los excesos como los producidos por el consumo de tabaco y alcohol así como la mala alimentación.

CAPITULO II

Técnicas e Instrumentos

No se trabajo únicamente con los adultos mayores del Hogar, sino se necesitará de la participación y colaboración de las autoridades del hogar de Adulto Mayor y de los familiares de los adultos mayores seleccionados.

Los adultos mayores fueron seleccionados entre aquellos que presenten dos o más características de la sintomatología asociada con el “Síndrome de Diógenes”. Dependiendo del número de Adulto Mayor es que presenten estos criterios, se trabajo con la totalidad, en función de la capacidad de las investigadoras.

Además el adulto mayor y las autoridades del lugar, se trabajo también con los familiares de los adultos mayores seleccionados, quienes brindaron insumos para apoyar la resolución de algunos de los objetivos planteados, además de contrastar la información recopilada en las otras fuentes.

En un primer momento se realizó una revisión bibliográfica para determinar las características del “Síndrome de Diógenes” que se encuentren más consensuadas a la fecha. Es importante mencionar que el “Síndrome de Diógenes” presenta particularidades interesantes, una de ellas que es un Síndrome de reciente aparición y por lo tanto poco estudiado; es también interesante señalar que es un Síndrome controversial, ya que existen diferentes enfoques y teorías en relación al mismo; algunas que lo relacionan con un trastorno psiquiátrico y otras que lo ven como el resultado de procesos psicosociales o bien puramente psicológicos. En todo caso una de las primeras tareas será lograr encontrar la mayor cantidad de bibliografía y recursos teóricos con los cuales poder entender lo mejor posible el fenómeno y establecer una postura clara dentro de la investigación

Ya definida una postura teórica conceptual se procedió a definir las características y sintomatología que se asocia al Síndrome de Diógenes, según nuestra recientemente adquirida postura teórico conceptual.

Definido y delimitado, se procedió a iniciar conversaciones, en un primer momento, con autoridades del hogar de adulto mayor; para establecer un primer filtro en búsqueda de adulto mayor que cumplan con las características buscadas y los criterios establecidos.

Definido un primer grupo, se evaluó la capacidad de las investigadoras para poder trabajar con todos aquellos que llenaron el mayor número de características y aceptaron colaborar con el estudio, se trabajo únicamente con ellos.

Paralelo a estas primeras acciones se definieron algunos de los instrumentos a aplicar y se elaboraron otros.

Ya con el grupo definido y con los instrumentos definidos y elaborados, se procedió a iniciar el proceso de trabajo de campo. Se inició estableciendo contactos ocasionales con el adulto mayor en los que se pretendió ganar su confianza con las investigadoras para posteriormente aplicar los instrumentos. A su vez, se realizará una primera visita domiciliaria a la familia del adulto mayor, con quien ya se habría tenido una conversación en la que se le solicita su participación, a quienes se les hizo una serie de entrevistas, una entrevista busco reconstruir de alguna manera aspectos relevantes de la vida del adulto mayor su situación actual y la otras los niveles de ansiedad que el Adulto Mayor manifiesta. Las entrevistas no sobrepasaron los 45 minutos cada una y fue de tipo semi estructurado. Durante estas visitas domiciliarias se aprovecho sondear el ambiente en el que se desenvuelve el anciano.

Al adulto mayor se le realizo también una entrevista breve en la que se busco conocer las razones para comportarse de la manera que lo hace (algunas de las

características del “Síndrome de Diógenes”) para contrastar posteriormente ésta información; además de conocer si tiene cierto nivel de conciencia acerca de lo que hace.

Se aplicó a los adultos mayores seleccionados, el Test de Medición de Ansiedad de William K. Zung. Este test será la principal fuente de información en relación a la ansiedad que maneja el adulto mayor; además de contrastar toda la información recopilada en busca de coherencias o incoherencias.

Se hicieron también períodos de observación no participante al adulto mayor, durante el tiempo que permanece en el hogar del adulto mayor, y se estableció relación entre lo observado con lo manifestado por el personal del hogar y se unió a la información recopilada con la familia.

Toda esta información es sistematizada, analizada y categorizada para realizar inferencias que permitan dar respuesta a los objetivos planteados por la investigación.

La aplicación de las pruebas se realizó en el Hogar Nuestras Señora de Guadalupe, exclusivamente a 10 Adultos Mayores en las edades comprendidas de 65 a 90 años.

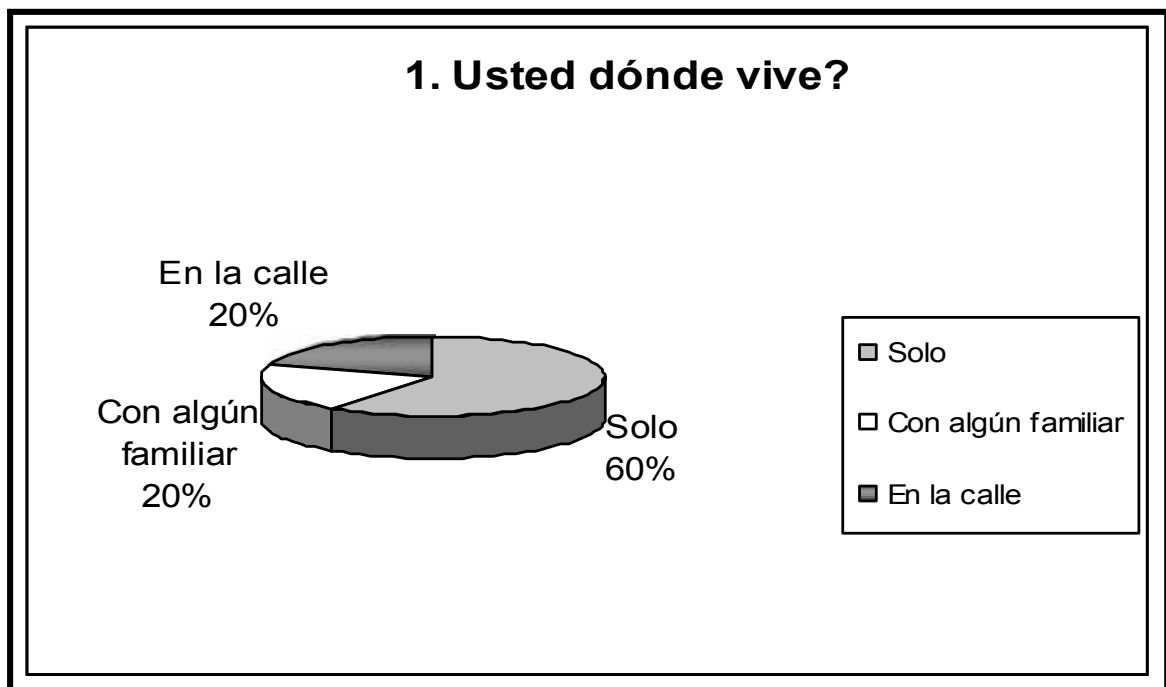
El tipo de muestra fue aleatorio, ya que fue escogido por las personas que realizaron esta investigación, ayudando a detectar homogeneidad en persona que presentan síntomas asociados con el Síndrome de Diógenes.

Capítulo III

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para la recopilación de datos se elaboró una Observación Institucional, y se aplicaron pruebas para medir la Ansiedad en el Adulto Mayor y la Sintomatología asociada al Síndrome de Diógenes. Este tipo de observación nos permitió darnos cuenta la problemática que sufren los Adultos Mayores en el Hogar de Nuestra Señora de Guadalupe.

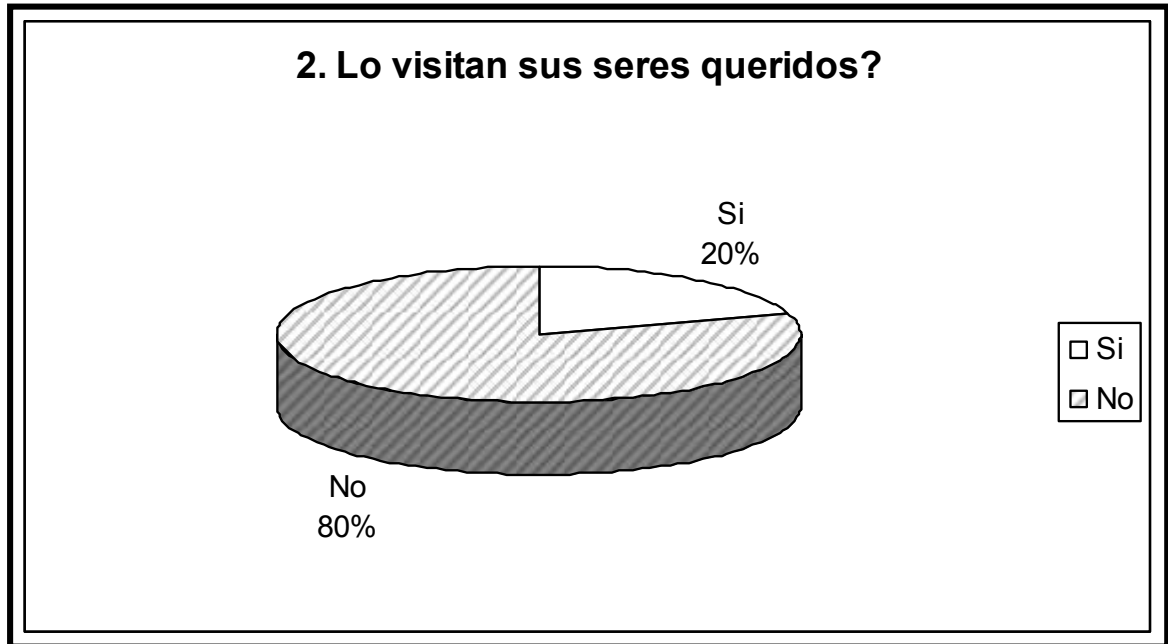
CUADRO Y GRÁFICA No. 1



FUENTE PROPIA: Cuestionario de Investigación No. 1 en el Hogar Nuestra Señora de Guadalupe sobre la Historia General del Adulto Mayor,

Gráfica No. 1: Se puede observar que en su mayoría el 60% del adulto mayor vive solo no tiene apoyo de algún familiar, los que viven con familiares el 20% se sienten aislados y el 20% que viven en la calle son abandonadas por sus familiares. Iniciando así con los síntomas asociados a las ansiedad, depresión y abandono.

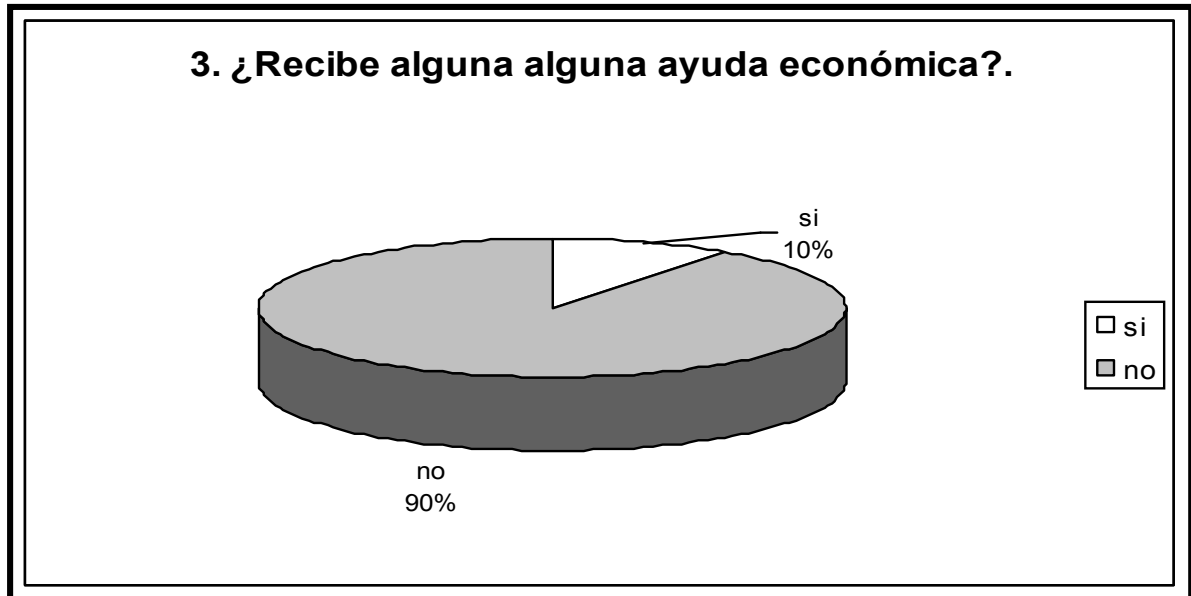
CUADRO Y GRÁFICA No. 2



FUENTE PROPIA: Cuestionario de Investigación No. 1 en el Hogar Nuestra Señora de Guadalupe sobre la Historia General del Adulto Mayor,

Gráfica No. 2: En esta gráfica nos damos cuenta que un 80% de las personas no tienen familia y si la tienen, llegan al grado de que el Adulto Mayor se siente marginado, ya que la misma familia los aísla a tener relación, con el resto del núcleo. Mientras que el otro 20% son visitados eventualmente. En el Hogar estas personas mayores, son independientes, no se interrelacionan, en algunos casos, son indicios de ansiedad como de depresión. El malestar debido al contacto físico, que no tiene con otras personas también lleva a estos a crear una barrera defensiva ante los demás.

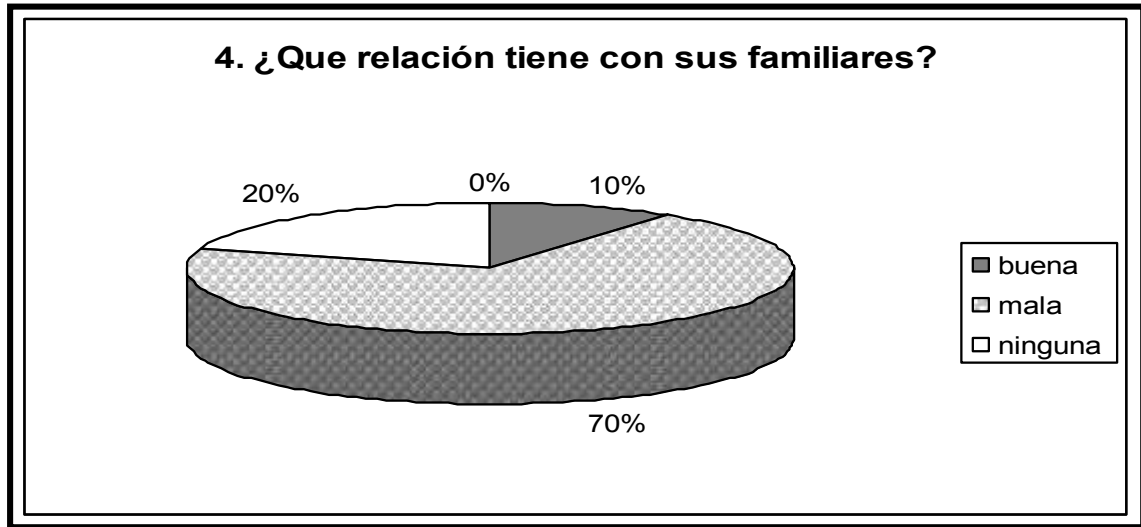
CUADRO Y GRÁFICA No. 3



FUENTE PROPIA: Cuestionario de Investigación No. 1 en el Hogar Nuestra Señora de Guadalupe sobre la Historia General del Adulto Mayor,

Gráfica No. 3: En esta gráfica se puede observar que es un 90% en el que el Adulto Mayor, se sostiene por si mismo, por medio de ventas de dulces o picadillo de retazo, que elaboran en el Hogar Nuestra Señora de Guadalupe, el cual les ayuda a pagar su vivienda y en su mayoría reciben alimentación en este Hogar y el otro 10% recibe ayuda mínima por jubilación y otras entradas económicas. En la mayoría de estas personas mayores, tienen como finalidad vender dulces en la calle para el pago del lugar donde residen, algunos no consiguen el total para el pago que ejecutan en vivienda y la alimentación la hacen en el hogar, donde realizan el picadillo de tela para hacer almohadas y el wipe, el cual se les da el desayuno, almuerzo y una refacción, las personas mayores al salir de allí no prueban algún tipo de bocado, debido a que no tienen dinero para compra de la alimentación.

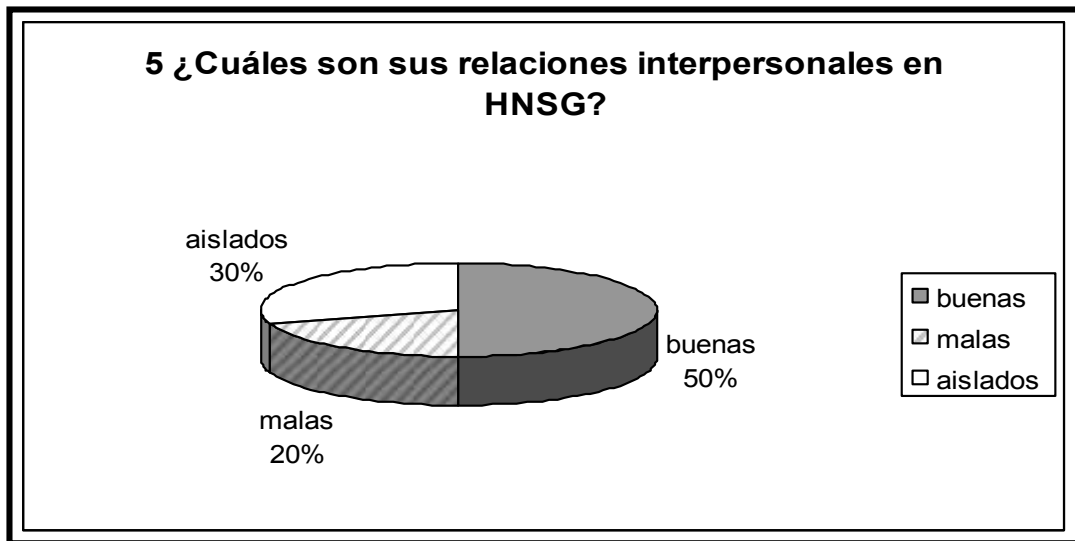
CUADRO Y GRÁFICA No. 4



FUENTE PROPIA: Cuestionario de Investigación No.1 en el Hogar Nuestra Señora de Guadalupe sobre la Historia General del Adulto Mayor,

Gráfica No. 4: En la anterior gráfica, se puede observar que el 70% del Adulto Mayor, tiene mala relación con sus familiares, ya que los familiares no los hacen partícipes de las actividades diarias que ellos realizan, mientras que el 20% no tienen familiares y los pocos que tiene no los frecuentan por la pérdida de comunicación y no tienen forma de localizarse, siendo indiferentes y excluidos. El 10% tiene poca comunicación. Esta en su mayoría no fue criada con diferentes patrones, los cuales no permiten que la relación con las familias sea de poca comunicación, y a la vez que se comuniquen con el entorno. En su propio círculo familiar, debido al patrón que estos tenían, la difusión familiar debido a los cambios sociales que producen con mayor rapidez afectando a todas las estructuras que se sustentan en sus inicios, empezando con la familia, escuela, economía, relación y comunicación.

CUADRO Y GRÁFICA No. 5



FUENTE PROPIA: Cuestionario de Investigación No. 1 en el Hogar Nuestra Señora de Guadalupe sobre la Historia General del Adulto Mayor,

Gráfica No. 5: se puede observar que el 50% del Adulto Mayor tiene buena relación con sus compañeros del Hogar Nuestra Señora de Guadalupe, el 30% se mantiene aislados por el mismo rechazo de la sociedad, prefieren mostrarse a distancia. Factores que también contribuyen a la ausencia de relaciones personales satisfactorias: falta de personas significativas de soporte (familiares, amigos, grupos), recursos personales inadecuados, diferencias culturales con el grupo mayoritario, enviude, emigración, procesos degenerativos e invalidante en su propia persona y/o en familiares cercanos (en caso de ser el cuidador primario) y el 20% tienen malas relaciones ya que son personas conflictivas que no permiten el acercamiento de otros Adultos Mayores que residen en el Hogar y la falta objetiva de personas significativas de soporte ¡proyección de hostilidad en su voz y su conducta! Retraimiento, mutismo, falta de contacto ocular, temblor de manos. Inseguridad en público. Ellos tienen buena relación en el hogar y deben tener en cuenta que las relaciones interpersonales funcionan tanto como un medio para alcanzar ciertos objetivos como un fin en sí mismo. El ser humano es un **ser social** y necesita estar en contacto con otros de su misma especie.

CUADRO Y GRÁFICA No. 6



FUENTE PROPIA: Cuestionario de Investigación No. 1 en el Hogar Nuestra Señora de Guadalupe sobre la Historia General del Adulto Mayor,

Gráfica No. 6: Se puede observar que en su totalidad el Adulto Mayor su sentir es de soledad, aún yendo a la Casa Hogar “Nuestra Señora de Guadalupe”, ya que el abandono que ellos tuvieron es determinante, ya que la historia les cambia después de la salida del Hogar, pues no cuentan con compañía alguna. La soledad también se considera como uno de los posibles factores que causan otros desordenes. Entre ellos depresión, suicidio y graves problemas médicos, como las enfermedades cardiovasculares.

Este problema ha sido sistemáticamente negado como un trastorno que requiere de una atención seria, talvez por que quienes lo sufren no siempre admiten que pueden ser la raíz de otros males. O no quieren reconocerse como “solos”, debido a que experimentan vergüenza de sus sentimientos o de su inadecuación para supera el aislamiento.

CUADRO Y GRÁFICA No. 7

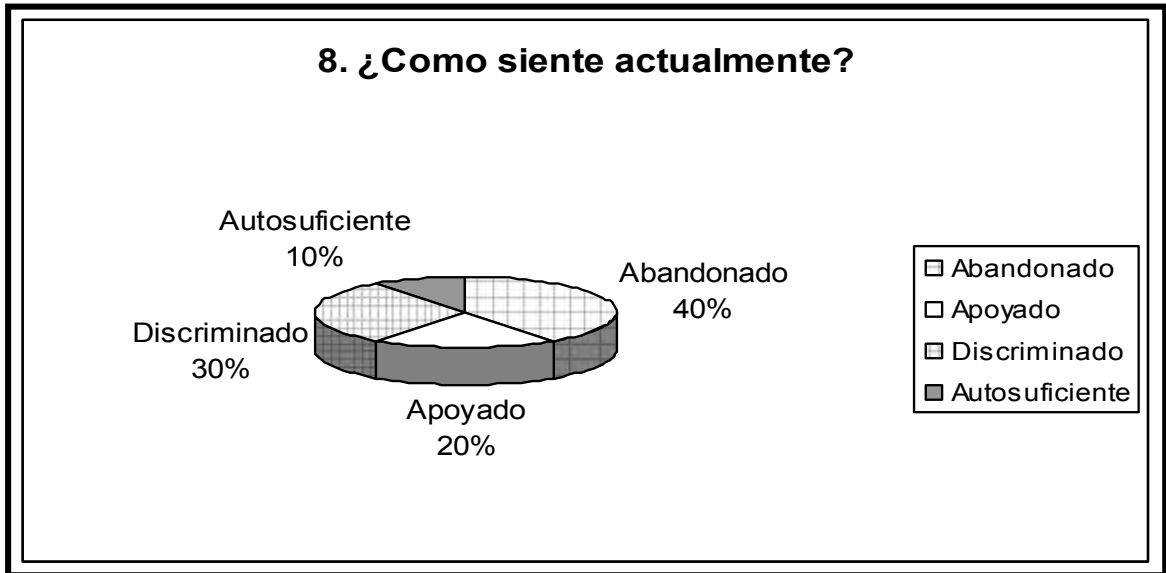


FUENTE PROPIA: Cuestionario de Investigación No. 1 en el Hogar Nuestra Señora de Guadalupe sobre la Historia General del Adulto Mayor,

Gráfica No. 7: Se puede observar que el 80% del Adulto Mayor, sufre de miedos y estos son basados a la situación económica que ellos padecen, ya que se contribuye al no poder conseguir el dinero suficiente al pago del cuarto donde viven, alimentación y medicamentos a lo cual crean una angustia o ansiedad. Al contrario del 20% el cual tiene estabilidad habitacional.

Hemos visto como el Adulto Mayor se encuentra ante una serie de cambios. Asistimos a ellos, los constatamos, pueden preocuparnos, tratamos de disimularlos, negarlos, compensarlos, asumirlo. Son distintas actitudes que se pueden tener. Es beneficiosos estar dispuesto para el cambio y para esto cierto grado de rigidez puede resultar un escollo. Es conveniente aclara algunos términos que se emparentan con los miedos, para lograr un mejor esclarecimiento en torno al tema. Palabras como ansiedad, angustia, miedo, fobia, depresión, son habitualmente usadas, y no siempre en el sentido verdadero del término.

CUADRO Y GRÁFICA No. 8



FUENTE PROPIA: Cuestionario de Investigación No. 1 en el Hogar Nuestra Señora de Guadalupe sobre la Historia General del Adulto Mayor,

Gráfica No. 8: En la gráfica anterior, se pudo observar, que el adulto mayor sufre del abandono en la mayoría de sus esferas, teniendo un 40% sintiéndose abandonado debido a la poca atención que recibe, el 30% de la población siente discriminación. El 20% son reconocidos por sus familiares y es mínimo el porcentaje que existe en la autosuficiencia del Adulto Mayor. Se estima que uno de cada siete adultos de la tercera edad sufre depresión. Lo que más se le recomienda a una persona deprimida es platicar, que abra su corazón y nos permita conocer todo lo que esta dentro de él, que saque todo lo que tiene dentro para que busque desahogo y se sienta comprendido.

Pero resulta que los ancianos viven en una perpetua soledad, están abandonados y en depresión, así que no les queda otro camino que caer más en esa profunda tristeza que lo va agobiando, haciéndolo sentir peor, con menos deseos de vivir. No falta el día que le empiecen atravesar por sus cabeza pensamiento de suicidio, por que se siente tan mal, tan abandonado. Todo esto viene a complicar aún más las cosas, aquellos que dieron todo lo que tenían en su vida, preparación, conocimiento, tiempo y salud, ahora son persona que ya no pueden ofrecer lo mismo, empiezan a menguar en muchos aspectos. No son pocos los que pueden tener una vejez digna, porque supieron cuidarse, ser sabios durante su adolescencia y adultez, y hoy pueden tener una vejez armoniosa y completa, pero hay muchos que no y son la gran mayoría.

Tabla Índice Escala de Autoevaluación de la Ansiedad (EAA)

Modo de evaluación de la Escala de William Zung

Los ítems tienen dirección positiva o negativa, por ejemplo, la primera frase “Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre” tiene un sentido positivo, mientras que la frase “Me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto”, tiene un sentido negativo, pues describe la sensación opuesta a la que tienen la mayoría de las personas ansiosas, que es intranquilidad y dificultad para estarse quieto.

Los ítems que evalúan una dirección positiva son:

Me siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre (Item 1)

Me siento con temor sin razón (Item 2)

Despierto con facilidad o siento pánico (Item 3)

Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos (Item 4)

Me tiemblan los brazos y las piernas (Item 6)

Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura (Item 7)

Me siento débil y me canso fácilmente (Item 8)

Puedo sentir que me late muy rápido el corazón (Item 10)

Sufro de mareos (Item 11)

Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar (Item 12)

Se me adormecen o hinchan los dedos de las manos y pies (Item 14)

Sufro de molestias estomacales o indigestión (Item 15)

Orino con mucha frecuencia (Item 16)

Siento bochornos (Item 18)

Tengo pesadillas (Item 20)

Los ítems que evalúan una dirección negativa son:

Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme (Item 5)

Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente (Item 9)

Puedo inspirar y expirar fácilmente (Item 13)

Generalmente mis manos están secas y calientes (Item 17)

Me quedo dormido(a) con facilidad y descanso bien durante la noche (Item19)

En la tabla 1 se presenta un resumen de los ítems y la dirección que asumen:

Tabla 1 Dirección de los Ítems de la EAA

<u>Dirección Positiva</u>	<u>Dirección Negativa</u>
<u>1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11,</u> <u>12, 14, 15, 16, 18, 20</u>	<u>5, 9, 13,17,19</u>
<u>15 ítems</u>	<u>05 ítems</u>

Tabla Índice Escala de Autoevaluación de la Ansiedad (EAA)

Impresión de Equivalencia Clínica

Índice EAA	Equivalencia Clínica
Menos de 45	Dentro de límites normales. No hay ansiedad presente
45 ± 59	Presencia de ansiedad mínima moderada
60 ± 74	Presencia de ansiedad marcada a severa.
75 a más	Presencia de ansiedad en grado máximo

Cuadro 1

Escala de Ansiedad del Dr. William W. K. Zung

Escala	Total	Porcentaje
Normal 0 ninguna Ansiedad	0	0%
Ansiedad mínima o moderada	2	20%
Ansiedad marcada a severa	4	40%
Ansiedad en grado máximo	4	40%
Total	10 Adultos Mayores	100%

El 80% de la población Adulto Mayor si presenta Ansiedad, debido a la situación del entorno en el que se desenvuelven ya que en la mayoría es emocional y económica.

Cuadro 2

Distribución de la Muestra por Género

Sexo	Total	Porcentaje
Hombre	9	90%
Mujer	1	10%
Total	10	100%

La población en su mayoría predomina el sexo femenino teniendo un 90% de participación al contrario de los hombres que tienen un 10%.

Cuadro 3

Distribución de la Muestra por Rango de Edad

Edades	Total	Porcentaje
63 a 90 años	10	100%
Total	10	100%

El rango de edad en la que se aplicó las pruebas es del Adulto Mayor, tomando las edades de 63 a 90 años.

3.1 Características del lugar y de la población

<p>Características del lugar</p>	<p>El área con la que se contó era un lugar apropiado para realizar la investigación, con ventilación, espacio el cual es llamado “Hogar de Ancianos Nuestra Señora de Guadalupe”, ubicado en 3av. 7-40 zona 1 de la ciudad capital de Guatemala.</p>
<p>Características de la población</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conducta de aislamiento voluntario, con ruptura de las relaciones sociales y una inobservancia de las normas convencionales. Debido a que pierden el interés por interactuar con las personas optan por recluirse en sus propios hogares, muchas veces solo salen a buscar lo que su mente les pide, pérdida de intereses en sus relaciones sociales. 2. Conducta de auto negligencia con abandono de la higiene, nutrición y la salud. 3. Tendencia a acumular grandes cantidades de basura y vivir de forma voluntaria en condiciones de pobreza extrema a pesar de poseer medios para evitar esta situación, en ocasiones se encuentran preocupados por una ruina económica no real (pobreza imaginaria¹⁸) 4. Rasgos de personalidad especiales en pacientes sin patología psiquiátrica de base. 5. Rechazo activo de cambiar de vida o de conducta. 6. Trastorno específico que se presentan en algunas personas mayores, solitarias y en cualquier tipo de status social. 7. Los individuos que los padecen poseen nula conciencia del problema y justifican sus acciones, siempre tienen una disculpa no reconoce su problema, todo lo contrario justifican sus acciones porque en su absurda “pobreza” que en términos reales es mental, el recolectar es una base fundamental para la supervivencia.

¹⁸op. cit. Marcos M, Gómez Pellin MC. Pp. 118.

Capítulos IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

Se concluye que:

- La mayoría del Adulto Mayor presenta, Síntomas asociados con el “Síndrome de Diógenes” ya que llenan la sintomatología en los aspectos evaluados.
- En la esfera laboral se observó que por ser personas de la avanzada edad no se les brinda la oportunidad de trabajo y eso les da un sentir de no ser útiles para la vida, la impotencia de no sentirse útiles los lleva a tener mayores enfermedades, en las que se puede mencionar problemas estomacales, y como principal que es la **Ansiedad** que estos generan por la misma impotencia, porque a pesar que son personas adultas mayores tienen necesidad de sostenerse por si mismas, asociándose al “Síndrome de Diógenes”.
- La mayoría del Adulto Mayor es maltratado por nuestra misma sociedad ya que en vez de valorar su enseñanza, experiencia ante la vida, se piensa en la utilidad que estos pueden brindar en su productividad.
- Al constatar que la preocupación del Adulto Mayor es más en el aspecto económico, ya dicho factor es el que les genera a la mayoría el trastorno de **Ansiedad**.
- El Adulto Mayor reemplaza ausencia de compañía, la afectividad y la marginación, suplantada por medio de la acumulación de objetos inservibles.

4.2 Recomendaciones

- Se debe de reflexionar en la ayuda que se le puede brindar al Adulto Mayor ya que estos carecen de fuerzas para seguir adelante y promover programas para el control de ansiedad.
- Brindarles talleres de auto ayuda para hacerlos sentir útiles.
- Establecer nuevas leyes de beneficio al Adulto Mayor para la ayuda económica mensual, techo mínimo, y alimentación o realizar bolsas de trabajo para el sustento del adulto mayor como así mismo realizar jornadas médicas en programas de salud en las cuales les proporcionen la ayuda del medicamento.
- Realizar programas psicológicos para la preparación de ayuda temprana del Adulto Mayor y concientizar a los familiares de la problemática que se puedan presentar en los síntomas asociados con el “Síndrome de Diógenes”.
- Es de suma importancia brindarle al adulto mayor, un respaldo para una calidad de vida y esto sería comenzar a valorar sus enseñanzas que estos puedan brindar y capacitar jóvenes adultos.

Bibliografía

1. Gómez Pellin, Marcos M, MC. "Un cuento de Nombre Perdido: Síndrome de Diógenes". Aranzdi Editorial. España. 2008. 246pp.
2. Cooney C, Harvid W. "Síndrome de Diógenes. Edad y Envejecimiento". Editorial lectorum. México. 2000. 195 pp.
3. De la Gándara J., Álvarez M. "Los Adultos mayores solitarios: El llamado Síndrome de Diógenes". Editorial Advocatus. Argentina. 1998. 158 pp.
4. Beuchet O. y colaboradores. "El Síndrome de Diógenes en el Adulto Mayor". Ediciones Águila. Argentina. 2006. 269 pp.
5. Canto Pech, Hugo Guadalupe y Castro Rena, Eira Karla. "Depresión, autoestima y ansiedad en la adulto mayor; un estudio comparativo". Universidad de Mayab. México. 2004. 386 pp.
6. Rodríguez Funes, Beatriz y Zurdo Hernández, José Martín. "Síndrome de Diógenes, ¿Cuadro psiquiátrico o psicológico?" Universidad de Barcelona. 2006. 317 pp.
7. Corbera Almajano, Manuel, "Síndrome de Diógenes". Universidad Autónoma de México, UNAM. 2004. 253 pp.
8. Reyes-Ortiz C. "La Autonegligencia". Ediciones Monitor. México. 2001 175 pp.

Anexos

HISTORIA GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha: _____ Edad: _____ Estado Civil _____

Informantes: _____

Historia Familiar

Padre:

Salud _____

Personalidad _____

Edad y causa de fallecimiento _____

Madre:

Salud: _____

Personalidad: _____

Edad y causa de fallecimiento: _____

Hermanos:

Nombre	Edad	Personalidad	Salud	Relación con el Adulto mayor

Historia Personal

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Desarrollo evolutivo: _____

Estudios: _____

Hábitos sociales: _____

Habilidades: _____

Relaciones: _____

Lugares de residencia: _____

Ocupación	Edad	Duración	Motivo de cambio	Grado de satisfacción

Jubilación: _____

Inclinación y práctica sexual: _____

Historia matrimonial: _____

Noviazgo: _____

Fecha de matrimonio: _____

Esposo /a: _____ Edad: _____

Personalidad: _____

Relación: _____

Fecha y causa de fallecimiento: _____

Reacción emocional del adulto mayor: _____

Hijos:

Nombre	Edad	Profesión	Personalidad	Salud	Relación

Historia Médica:

Enfermedades: _____

Operaciones: _____

Accidentes: _____

Salud mental previa: _____

Tratamientos: _____

Personalidad previa al aparecimiento de los síntomas

Relaciones Sociales:

Amigos: _____

Compañeros: _____

Familiares: _____

Actividades preferidas, intereses, tiempo libre: _____

Estado de ánimo: _____

Actitud hacia sí mismo: _____

Energía: _____

Hábitos: _____

Pensamiento: _____

Condición actual

Síntomas y conductas que presenta: _____

Desde cuando presenta estas conductas: _____

Frecuencia: _____

Forma familiar de afrontarlo: _____

Explicación que brinda la familia o encargado: _____

Medición de la ansiedad, William K. Zung, M.D.

Nombre: _____

Edad: _____ Residencia: _____

Profesión: _____ Fecha: _____

Responda por favor a las preguntas marcadas con una cruz la casilla que corresponda a lo que usted siente:

No.	Preguntas	No o Muy pocas veces	A veces	A menudo	Todo o casi todo el tiempo
1	Me siento más nervioso y ansioso que de costumbre				
2	Fácilmente me preocupo o siento pánico				
3	Tengo miedo sin motivo				
4	Siento que voy a estallar				
5	Siento que todo esta bien y que nada malo va a pasar				
6	Me tiemblan los brazos y las piernas				
7	Sufro de dolores de cabeza, nuca y espalda.				
8	Me siento débil y me canso fácilmente.				
9	Me siento tranquilo y puedo estar quieto fácilmente.				
10	Siento que el corazón me late con rapidez.				
11	Siento atarantamiento.				

12	Siento vahídos y que me voy a desmayar.				
13	Puedo respirar con facilidad.				
14	Siento adormecimiento y hormigueos en los dedos, las manos y los pies.				
15	Tengo dolores de estómago o indigestión.				
16	Tengo que orinar muy a menudo.				
17	Por lo general tengo las manos tibias y secas.				
18	La cara se me pone caliente y roja.				
19	Me duermo rápido y amanezco descansado.				
20	Tengo pesadillas constantes.				

Fuente: Medición de la ansiedad de la William K. Zung, M.D.

Tabla Índice Escala de Autoevaluación de la Ansiedad (EAA)

Impresión de Equivalencia Clínica

Índice EAA	Equivalencia Clínica
Menos de 45	Dentro de límites normales. No hay ansiedad presente
45 ± 59	Presencia de ansiedad mínima moderada
60 ± 74	Presencia de ansiedad marcada a severa.
75 a más	Presencia de ansiedad en grado máximo

Cuestionario Adulto Mayor Síntomas Síndrome de Diógenes

Nombre: _____ Fecha: _____

¿Presenta problemas de hábitos de higiene? _____

¿Cuáles? _____

¿Presenta problemas de orden e higiene en general? _____

¿Cuales? _____

¿Cómo son sus relaciones sociales con los demás (tanto familiares como personas que frecuentan la casa)? _____

¿Sale con regularidad de casa para caminar, hacer algún mandado o visitar a algún amigo? _____

¿Presenta conductas acumuladoras de algún tipo? _____

¿Qué cosas acumula? _____

¿Ha notado alguna conducta que indique que percibe una situación de pobreza poco realista? _____

¿Ha tratado de hablar estas situaciones con el adulto mayor? _____ ¿Cuál ha sido la reacción que ha tenido la persona ante sus comentarios? _____

GLOSARIO

Abandono: Pérdida de afecto real o imaginaria que experimenta un individuo. Entre otras aportaciones psicoanalíticas sobre el abandono destaca que enfatizó las graves consecuencias ulteriores que provoca en el niño la separación prolongada de su madre, especialmente si se produce durante el segundo semestre de vida. Según Spitz, si la separación dura más de tres meses, puede sobrevenir un grave cuadro que denominó depresión anaclítica (v.). Por su parte, la psiquiatra suiza G. Guex describió el Síndrome de abandono como una alteración psicopatológica, cuya principal característica es la angustia que provoca el abandono materno y una fuerte necesidad de seguridad. El cuadro de Síndrome de abandono es frecuente en personas recluidas en instituciones como hospitales, orfanatos, asilos, internados y prisiones. Por ello, también se utiliza el término abandono institucional.

Aburrimiento: Estado emocional de insatisfacción dentro de una existencia que, durante ese período, se percibe como insulsa y sin sentido.

Acomodación: En la teoría piagetiana es la modificación de los marcos de referencia o esquemas mentales existentes para tener en consideración nueva información e incluir experiencias nuevas de tal forma que el sujeto se adapte a las realidades que le presente el medio, buscando siempre una equilibración. Proceso en virtud del cual el medio ambiente produce modificaciones en el ser vivo, o bien éste se modifica por influencia del medio ambiente.

Actitud: En general es tomado como una disposición para la acción basado en opciones afectivas y cognitivas. Predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente. Habitualmente se entiende por actitud la tendencia determinante o el modo de

proceder habitual ante sucesivas situaciones. Según Allport es “una disposición Psíquica y nerviosa, organizada por la experiencia, que ejerce una influencia orientadora sobre las reacciones del individuo como forma de reacción básica”.

Acumulación: 1. f. Agrupación o amontonamiento de algo en cantidad: acumulación de viviendas. 2. Acción y efecto de acumular.

Adultos mayores: Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etéreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzada este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

Agresión pasiva: Mecanismo de defensa en que el individuo muestra agresividad hacia los demás de forma indirecta y no asertiva. Existe una máscara externa de abierta sumisión a los demás, detrás de la que en realidad se esconde resistencia, resentimiento y hostilidad encubiertos.

Agresividad: Estado emocional que consiste en sentimientos de odio y deseos de dañar a otra persona, animal u objeto. La agresión es cualquier forma de conducta que pretende herir física y/o psicológicamente a alguien.

Ancianos: El término anciano se utiliza para referirse a aquella persona que se encuentra dentro de los parámetros de lo que se llama tercera edad o población de personas mayores.

Ansiedad: (Del lat. *anxiētas*, *-ātis*). 1. f. Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. 2. f. *Med.* Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.

Carácter. Conjunto de las propiedades personales que definen la forma de ser y pensar de un individuo. En Psicología es un término en desuso. Ha sido englobado bajo el concepto de personalidad. Conjunto de características que distinguen a una persona de otra. Es la suma de todos los rasgos que forman nuestro ser y por lo que nos identifican los demás. El carácter de una persona puede cambiarse o educarse de ahí el entrenamiento en asertividad o habilidades sociales.

Comportamiento: En psicología y biología, el **comportamiento** es la manera de proceder que tienen las personas u organismos, en relación con su entorno o mundo de estímulos. El comportamiento puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, público o privado, según las circunstancias que lo afecten. La ciencia que estudia la conducta y el comportamiento animal es la etología y la ciencia que estudia la conducta desde el punto de vista de la evolución es la ecología del comportamiento.

Delirio: Conjunto de ideas y sentimientos que se toman como reales sin serlo. Las personas aquejadas de delirio sufren alucinaciones sin ser conscientes de ello.

Depresión: La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento.

Desorientación: Confusión acerca de la hora del día, la fecha o la estación (temporal), acerca de donde se encuentra uno (lugar) o de quién es (persona).

Desplazamiento; Por este mecanismo de elaboración onírica, el significado fundamental del sueño puede aparecer en el contenido manifiesto como un elemento accesorio o secundario, y, al revés, el elemento más importante del contenido manifiesto presentarse como un elemento secundario del auténtico sentido. Este mecanismo hace

que se desplace el significado desde la parte central del sueño a lugares accesorios de éste.

Devaluación: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo atribuyendo cualidades exageradamente negativas a sí mismo o a los demás.

Egoísmo. Afecto excesivo de alguien para consigo mismo, anteponiendo su propia conveniencia a la de los demás. Palabra que proviene del griego, Ego=Yo y que representa esa inclinación natural del ser humano a pensar exclusivamente en sí mismo. La educación frena de alguna manera ese egoísmo natural enseñando a valorar el resto que forman el entorno en que vivimos.

Emociones. Son estados que constan de reacciones fisiológicas (la tasa cardiaca o en la presión sanguínea), estados cognitivos subjetivos (que son las propiamente llamadas emociones) y conductas expresivas (señales externas de estas reacciones internas).

Enfermedad: es un proceso y el estatus consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado de salud. El estado o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo: estos factores se denominan noxas (del griego νόσος, nósos: «enfermedad», «afección de la salud»).

Estado de ánimo: Emoción generalizada y persistente que influye en la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo la depresión, alegría, cólera y ansiedad.

Estímulo: Es una energía o factor físico o químico que excita un receptor y que produce una respuesta del organismo.

Estímulo discriminativo: En el condicionamiento operante, llamamos estímulo discriminativo al estímulo que le señala al sujeto la disponibilidad del refuerzo. Por ejemplo, si hemos condicionado a un animal para que pulsando un botón obtenga alimento, pero éste sólo cae en la jaula cuando está encendida una luz, la luz encendida es el estímulo discriminativo.

Estrés: Cualquier exigencia que produzca un estado de tensión en el individuo y que pida un cambio o adaptación por parte del mismo.

Euforia: Estado de excitación psíquica que se acompaña de un alto tono afectivo.

Fobia: Miedo irracional, desproporcionado y persistente, provocado por un objeto o situación. El miedo aparece ante la presencia del objeto o la situación, si bien puede anticiparse a ella. A pesar de que el miedo es reconocido por el propio sujeto como irracional, su control escapa a la voluntad. La exposición al objeto provoca, casi invariablemente, ansiedad. Con el fin de evitar la ansiedad, aparece una conducta caracterizada por la evitación del estímulo o situación temida. Según Freud, la ansiedad fóbica es un síntoma afectivo; existe una correspondencia entre el miedo provocado externamente y un miedo interno. Los objetos y situaciones ansiógenas representan, a menudo de manera simbólica, deseos reprimidos y mecanismos de defensa

Fobia social: Miedo irracional, desproporcionado y persistente a situaciones sociales, que puedan exponer a la persona al escrutinio de los demás e inducirle a manifestar, externamente, ansiedad o a actuar de una manera embarazosa o humillante. El miedo y la evitación pueden limitarse a una o varias situaciones o bien ocurrir en la mayoría de ellas. A veces, se manifiesta como miedo a ejecutar una tarea ante la presencia de los demás.

Genética: Rama de la biología cuyo objeto de estudio consiste en todo lo relacionado con la herencia de los organismos.

Genotipo: Es el conjunto de genes de un individuo que representan el material heredable.

Hábito: Tendencia a repetir una determinada conducta ante situaciones similares. Tendencia a actuar de una manera mecánica, especialmente cuando el hábito se ha adquirido por ejercicio o experiencia. Se caracteriza por estar muy arraigado y porque puede ejecutarse de forma automática.

Hipótesis: En psicología es una predicción acerca de una conducta que ha de ser investigada en un proyecto de investigación. Es una presuposición con la que, partiendo de varios hechos se infiere algo sobre la existencia o propiedades de un objeto, una relación o la causa de un fenómeno, sin que se considere que está plenamente demostrado, después de comprobada se convierte en una Teoría Científica.

Histeria: En el contexto del desarrollo del psicoanálisis fue muy importante la investigación de **Freud** y **Breuer** de las pacientes con trastornos histéricos. Estos consisten en la presencia de trastornos físicos, (como por ejemplo no poder mover el brazo o el cuello) sin una causa orgánica. La interpretación freudiana señalaba la represión de contenidos psíquicos inaceptables para el sujeto como causa de dichas somatizaciones.

Idealización: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo atribuyendo cualidades exageradamente positivas a los demás.

Imaginación: Capacidad del ser humano para representarse, mediante imágenes mentales, lo que no está presente en la realidad inmediata. Facultad de representarse mentalmente objetos, personas, situaciones no presentes en la realidad.

Impulsos biológicos: Son un conjunto de movilizadores innatos de la conducta, que reflejan las necesidades de los órganos y los procesos fisiológicos del organismo.

Inadaptativa: Grupo de habilidades conceptuales, sociales y prácticas, que las personas han aprendido, para funcionar en su vida diaria y que permiten responder a las circunstancias cambiantes de la vida y a las exigencias contextuales.

Inadaptación social: Estado en el que el sujeto establece unas relaciones conflictivas con su entorno social.

Incoherencia: Lenguaje o pensamiento que resulta esencialmente incomprensible a los demás porque las palabras o las frases se unen sin una conexión lógica o significativa.

Introyección: Mecanismo de defensa por el que se hacen propios rasgos de la personalidad de un sujeto.

Labilidad: Estado emotivo caracterizado por una alteración del control consciente de las reacciones emotivas.

Logoterapia: Es una clase de psicoterapia destinada a ayudar a la persona con problemas a redescubrir el sentido de su vida, que ha perdido.

Meditación: Proceso mental a través del cual el sujeto alcanza su yo más profundo.

Memoria: Facultad del cerebro para almacenar y recuperar información. Capacidad mental de conservar y evocar cuanto se ha vivido. Fenómeno psíquico muy complejo en el que entran en juego el psiquismo elemental (rastros que las sensaciones dejan en el tejido nervioso), la actividad nerviosa superior (creación de nuevas conexiones nerviosas por repetición, es decir, reflejos condicionados) y el sistema conceptual o inteligencia propiamente dicha. Actividad específicamente humana en cuanto comporta el reconocimiento de la imagen pasada como pasada.

Micropsia: Percepción visual de que los objetos son menores de lo que realmente son.

Miedo: Reacción emotiva frente a un peligro reconocido como tal en estado de conciencia.

Modos: En la filosofía cartesiana, son las modificaciones variables de las sustancias: el tamaño, la forma, el movimiento... en el caso de los cuerpos; la memoria, la voluntad, las emociones... en el caso de las mentes.

Motivación: Conjunto de motivos que intervienen en un acto electivo, según su origen los motivos pueden ser de carácter fisiológico e innatos (hambre, sueño) o sociales; estos últimos se adquieren durante la socialización, formándose en función de las relaciones interpersonales, los valores, las normas y las instituciones sociales.

Motivo: Un motivo es un estado interior presupuesto de un organismo, con el fin de explicar sus elecciones y su conducta orientada hacia metas. Desde el punto de vista subjetivo, es un deseo o anhelo.

Negación: Mecanismo de defensa por el que se rechazan aquellos aspectos de la realidad que se consideran desagradables. El individuo se enfrenta a conflictos

emocionales y amenazas de origen interno o externo negándose a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad externa o de las experiencias subjetivas que son manifiestos para los demás. El término *negación psicótica* se emplea cuando hay una total afectación de la capacidad para captar la realidad.

Neurona: Es la célula que constituye la unidad biológica básica del sistema nervioso. La neurona manipula y transmite información entre las diferentes partes del cuerpo.

Observación: La observación es una parte fundamental de la práctica científica. En las ciencias empíricas la investigación empieza y acaba en la observación: el científico comienza su investigación con la medida o descripción de algún fenómeno percibido, y la termina con la comprobación de que la realidad se comporta tal y como suponen sus hipótesis.

Obsesión: Pensamiento, impulso o imagen recurrente y persistente, que se experimenta en algún momento del trastorno como intruso e inapropiado (aunque se reconoce como producto de la propia mente), causa ansiedad o malestar significativo y no se reduce a una simple preocupación excesiva sobre problemas de la vida real.

Obsesivo-compulsiva, neurosis: Neurosis en las que las obsesiones y compulsiones se han hecho crónicas, perturbando la vida normal del sujeto

Obstinación: Se confunde a menudo con la voluntad. La persona obstinada parece no ver más allá de sus propias fronteras, sin aceptar diálogos o mostrar entendimiento y comprensión ante las explicaciones del otro. Suele ser sinónimo de tozudez.

Odio: Emoción reactiva frente a una persona o una vivencia que hiere o amenaza. Característica íntima del ser humano. Emoción que surge del miedo, de las situaciones

frustrantes, de la envidia, de la impotencia. Si el odio es transitorio es normal pero si perdura se transforma en rencor, puede llegar a ser patológico porque invalida la vida positiva de la persona.

El individuo con complejos siente odio contra sí mismo por aquellas partes que le causan impotencia y humillación.

Pánico: Episodio agudo de los estados de ansiedad caracterizado por un miedo intenso e irracional. Una forma extrema de ansiedad que puede resultar en parálisis temporal o desmayo.

Patología: Rama de medicina que versa sobre el estudio de las enfermedades.

Pensamiento: Término genérico que indica un conjunto de actividades mentales tales como el razonamiento, la abstracción, la generalización, etc. cuyas finalidades son, entre otras, la resolución de problemas, la adopción de decisiones y la representación de la realidad externa.

Pensamiento mágico: Creencia errónea de que los propios pensamientos, palabras o actos causarán o evitarán un hecho concreto de un modo que desafía las leyes de causa y efecto comúnmente aceptadas. El pensamiento mágico puede formar parte del desarrollo normal del niño.

Percepción: La percepción es el conocimiento directo, no conceptual, de los objetos físicos. Los enfoques empiristas de la percepción tienden a considerarla como la suma de las sensaciones que tenemos de un objeto, a negar un papel activo en el sujeto y a negar la influencia de elementos que no se encuentren en los estímulos –como los recuerdos, las valoraciones del sujeto).

Persona: El individuo entendido como ser vivo dotado de conciencia.

Personalidad: (De *personal*). **1.** f. Diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra. **2.** f. Conjunto de características o cualidades originales que destacan en algunas personas.

Personas mayores: La expresión **tercera edad** es un término antropico-social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas. En esta etapa el cuerpo se va deteriorando y, por consiguiente, es sinónimo de **vejez** y de **ancianidad**. Se trata de un grupo de la población que está jubilada y tiene 65 años de edad o más. Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término **personas mayores** (en España y Argentina) y *adulto mayor* (en América Latina).

Población: La población es un término definido desde la Demografía y señala la cantidad de personas que viven en un determinado lugar en un momento en particular.

Problemática: (Del lat. *problematicus*, y este del gr. προβληματικός). **1.** adj. Que presenta dificultades o que causa problemas. *Manténían unas relaciones muy problemáticas* **2.** f. Conjunto de problemas pertenecientes a una ciencia o actividad determinadas.

Proyección: Mecanismo de defensa caracterizado por proyectar hacia los demás sentimientos, deseos o impulsos inaceptables para uno mismo.

Pulsión: Tendencia instintiva que empuja a realizar o rehuir ciertos actos.

Rasgo: Elemento característico de la personalidad relativamente estable. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo inventando sus propias explicaciones, tranquilizadoras pero incorrectas, para encubrir las verdaderas motivaciones que rigen sus pensamientos, acciones o sentimientos.

Razón: En filosofía, la facultad de conocimiento superior. Gracias a ella, en particular para los racionalistas, alcanzamos el conocimiento.

Razonamiento: Procedimiento lógico mediante el cual se relacionan las ideas para alcanzar una conclusión.

Reflejo incondicionado: Los reflejos incondicionados son los reflejos innatos. El esquema de los reflejos incondicionados es Estímulo Incondicionado ———> Respuesta Incondicionada.

Reflejo condicionado: Los reflejos condicionados son los reflejos aprendidos, consecuencia de haber experimentado la asociación entre el estímulo incondicionado y el estímulo neutro. El esquema de los reflejos condicionados es Estímulo condicionado ———> Respuesta condicionada.

Resistencia: Oposición inconsciente o quizá consciente a llevar al nivel de la conciencia experiencias, ideas, afectos, etc., pasados, que provocarían ansiedad. En términos psicoanalíticos, oposición que manifiestan las personas al recordar los sucesos, pensamientos o emociones del pasado que les provocan ansiedad.

Respuesta: Definición una respuesta en el ámbito de la psicología, es cualquier conducta provocada por un estímulo.

Sensibilidad: Facultad que nos permite conocer a través de los sentidos. También se utiliza como propensión de los seres humanos a ser afectados por determinados sentimientos como la ternura o la compasión.

Signo: Manifestación objetiva de un estado que puede ser patológico. Los signos son observados por el clínico más que descritos por el individuo afectado.

Síndrome: Conjunto de síntomas que caracterizan una enfermedad. Grupo de síntomas y signos que revelan la alteración de una función somática, relacionados unos con otros por medio de alguna peculiaridad anatómica, fisiológica o bioquímica del organismo. Implica una hipótesis sobre el trastorno funcional de un órgano, un sistema orgánico o un tejido.

Síndrome de Diógenes: La observación de casos repetidos de mayores con comportamientos extremadamente huraños que vivían reclusos en sus propios hogares y rehuían cualquier contacto con otras personas motivó la aparición en la década de los 60 de un trabajo científico que detallaba este extraño patrón de conducta. En 1975 fue bautizado como Síndrome de Diógenes, en referencia a Diógenes de Sínope, un filósofo de la época de Aristóteles famoso por preconizar un modo de vida austero y renunciar a todo tipo de comodidades.

Somático: Relativo al cuerpo.

Temperamento: Es la conformación reactiva de un individuo, el aspecto espontáneo de su personalidad. Procede de la combinación de disposiciones características emanadas de sus apetitos, emociones y estados de ánimo.

Teoría: Es un grupo de afirmaciones relacionadas con los datos, que los agrupan y les dan sentido, explican los fenómenos, guían investigaciones futuras y sugieren hipótesis posibles.

Tercera edad: Todas las personas, desde su nacimiento hasta su muerte, pasan por distintas etapas. Tres son las principales: juventud, adultez y madurez y, por último, la vejez. Fue el gerontólogo francés Huet quien definió a esta última como “tercera edad”.

La Tercera Edad o vejez tendría como comienzo cronológico el retiro de la actividad laboral, aproximadamente a los sesenta y los sesenta y cinco años, pero en realidad los cambios comienzan algunos años antes. Varía de cultura en cultura y de período histórico en período histórico.

Test: Prueba diseñada específicamente para medir aptitudes, conocimientos, capacidades, personalidad..., y en general, cualquier aspecto psíquico.

Validez: Una recogida de datos -por ejemplo en la observación sistemática o la aplicación de un test- para que sea aceptable debe tener validez, es decir, la puntuación registrada ha de medir aquello que se ha determinado medir; así un test es válido cuando sirve para medir aquello que se quiere medir

Variable: Objeto, proceso o característica que está presente, o supuestamente presente, en el fenómeno que un científico quiere estudiar. Los objetos, procesos o características reciben el nombre de variables en la medida en que su modificación provoca una modificación en otro objeto, proceso o característica. Las variables principales a las que se suele referir la investigación en psicología pueden ser independientes, dependientes, intermedias, conductuales, observables, o inobservables.

Variable dependiente: Es un aspecto (s) conductual o proceso(s) cognitivo que se estudia durante la realización de un experimento. En el método experimental de investigación es una respuesta o conducta observable que puede verse influida por la manipulación a través de una variable independiente.

Vejez: Es la **cualidad de viejo** (alguien de edad avanzada o algo antiguo y que no es nuevo o reciente). La vejez hace referencia a la **senectud** o **edad senil**. Aunque no existe una edad exacta a la que se pueda considerar como el comienzo de la vejez, suele decirse que una **persona** es vieja cuando supera los **70 años de vida**.

Viejos: Del lat. vulg. *věclus*, y este del lat. *vetŭlus*). Adj. Se dice de la persona de edad. Comúnmente puede entenderse que es **vieja**.

Vetarras: 1. adj. *El Salv., Hond. y Méx.* Dicho de una persona: **vieja** (de edad). U. t. c. s.

Voluntad: La facultad psíquica que tiene el individuo para elegir entre realizar o no un determinado acto. Depende directamente del deseo y la intención de realizar un acto en concreto.

Voluntad de sentido: Según el Viktor Frankl, la voluntad de sentido es el impulso innato a encontrar un significado y propósito en la propia vida.

Vulnerable: *Adj.* Se aplica a la persona, al carácter o al organismo que es débil o que puede ser dañado o afectado fácilmente porque no sabe o no puede defenderse: los niños son vulnerables; tiene un carácter vulnerable; está bajo de defensas y es muy vulnerable a las infecciones. Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L.