

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**“LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA EL MANEJO
DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS CON TERAPIAS
GRUPALES Y ALTERNATIVAS, EN UNA POBLACIÓN
DE ADULTOS MAYORES DE AMBOS GENEROS”.**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACION PRESENTADO
AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DE LA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**POR
ROSALINDA MORALES**

**PREVIO A OPTAR EL TITULO DE
PSICOLOGA**

**EN EL GRADO ACADEMICO DE
LICENCIATURA**

GUATEMALA, MAYO DE 2007

CONSEJO DIRECTIVO

**Licenciada: Mirna Marilena Sosa Marroquin
DIRECTORA**

**Licenciado: Helvin Velásquez Ramos; M.A.
SECRETARIO**

**Doctor: René Vladimir López Ramírez
Licenciado: Luis Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTES DE CLAUSTRO DE CATEDRATICOS**

**Licenciada: Loris Pérez Singer
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES
EGRESADOS**

**Brenda Julissa Chamám Pacay
Edgard Ramiro Arroyave Sagastume
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 503-2005
CODIPs. 644-2007

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

14 de mayo de 2007

Estudiante
Rosalinda Morales
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto QUINTO (5o.) del Acta VEINTIDOS GUIÓN DOS MIL SIETE (22-2007), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 11 de mayo de 2007, que copiado literalmente dice:

QUINTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: "LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS CON TERAPIAS GRUPALES Y ALTERNATIVAS, EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DE AMBOS GÉNEROS", de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

ROSALINDA MORALES

CARNÉ 9310915

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Victor Manuel Rodas y revisado por el Licenciado Elio Salomón Teos Morales. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Heviri Velásquez Ramos; M.A.
SECRETARIO



r.c.c.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio 7A
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

REG. 503-05
CIEPs. 019-07

Guatemala, 02 de mayo de 2007

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informales que el Licenciado Elio Salomón Teos Morales, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

"LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS CON TERAPIAS GRUPALES Y ALTERNATIVAS, EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DE AMBOS GÉNEROS"

ESTUDIANTE

CARNÉ No.

Rosalinda Morales

9310915

CARRERA: Licenciatura en Psicología

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

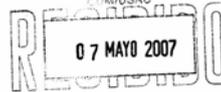
Licenciada Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora

Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"

Escuela de Ciencias Psicológicas
Investigación e Información
CUMUSAC

MLDA/edr

c.c. archivo



Firma: _____ Foto: 15.00 Registro: 503-051

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2445-1910 FAX: 2483-1913 Y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs. 020-07

Guatemala, 02 de mayo de 2007.

Licenciada

Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada de Álvarez:

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

"LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS CON TERAPIAS GRUPALES Y ALTERNATIVAS, EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DE AMBOS GÉNEROS"

ESTUDIANTE

CARNÉ No.

Rosalinda Morales

9310915

CARRERA: Licenciatura en Psicología

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

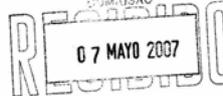

Licenciado Elio Salomón Teos Morales
DOCENTE REVISOR

ESTM / edr

c.c. archivo



Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUMISAC



Firma: _____ hora: 15:00 Registro: 563-05

Guatemala 28 de agosto de 2006

Licenciada:
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora del Centro de Investigaciones en Psicología "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimada Licenciada:

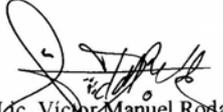
De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la asesoría del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION** titulado "**LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL PARA EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS CON TERAPIAS GRUPALES Y ALTERNATIVAS, EN UNA POBLACION DE ADULTOS MAYORES DE AMBOS GÉNEROS**", de la Carrera: Licenciatura en Psicología, presentado por:

ROSALINDA MORALES

CARNE No. 93-10915

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE**, solicitando continuar con los trámites correspondientes.

Sin otro particular, me suscribo de usted muy cordialmente.


Lic. Víctor Manuel Rodas
Psicólogo
Colegiado 10, 976
Asesor

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpric@usac.edu.gt

c.c: Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg.503-2005

CODIPs. 1698-2005
De aprobación de proyecto de Investigación

11 de noviembre de 2005

Estudiante
Rosalinda Morales
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante Morales:

Transcribo a usted el Punto OCTAVO (8º) del Acta SESENTA Y NUEVE GUIÓN DOS MIL CINCO (69-2005) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 11 de noviembre de 2005, que literalmente dice:

"**OCTAVO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Investigación, titulado: "LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS CON TERAPIAS GRUPALES Y ALTERNATIVAS, EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DE AMBOS GÉNEROS", de la Carrera: Licenciatura en Psicología, presentado por:

ROSALINDA MORALES

CARNÉ No. 93-10915

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN** y nombrar como asesora a la Licenciada Betzabé Bellarina López Méndez y como revisor al Licenciado Luis Tobías Alvarado Sandoval."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA a.i.



/Gladys

**Hogar de Ancianos
Fray Rodrigo de la Cruz**

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA A.S.
4a. AVENIDA SUR No. 6, ANTIGUA GUATEMALA
TEL/FAX: 7832-0347 / 7832-3479
GUATEMALA, C.A.

Guatemala 12 de Mayo del 2006

Licenciada:
Mayra Luna de Alvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Respetable Licenciada:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y a la vez manifestarle que la estudiante ROSALINDA MORALES, quien se identifica con número de carné 9310915; realizo su práctica de investigación de tesis titulado: "LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL PARA EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS CON TERAPIAS GRUPALES Y ALTERNATIVAS, EN UNA POBLACION DE ADULTOS MAYORES DE AMBOS GENEROS", en las fechas comprendidas del 20 de junio de 2005 al 8 de mayo del 2006, tiempo durante el cual se observó dedicación y esmero en su actividad, a lo cual agradezco el aporte legado a esta institución.

Sin otro particular me suscribo como su deferente servidor,

Atentamente,


Dr. Jorge Ricardo Roca Samayoa
Director Ejecutivo



ACTO QUE DEDICO

- A Dios y a la virgen Maria: Fuentes divinas que me han bendecido, iluminado y guiado en todo momento hasta cumplir con la meta propuesta.
- A mi madre, Isabel Morales: Por su amor inagotable y apoyo incondicional para la culminación de este triunfo.
- A mi esposo, Nery Sicál: Gracias por su amor y apoyo.
- A mis hijos Dayana Sofia y Aldo Rodrigo: Bendiciones que Dios me brindó y por quienes me esfuerzo por ser cada día mejor, los amo profundamente.
- A mis hermanos y Sobrinas: Augusto, Erasmo, Luis, Maria Isabel, Ricardo, Alejandra, Karin, Mercy y Charitin, con todo mi amor y apoyo.
- A mis abuelitas: Imelda y Narcisa por su cariño y apoyo.
- A mis suegros: Tereso de Jesús Sical (†)
Rubia de Sical
- A mis cuñados: Con el cariño de siempre
- A mis amigos: Lilian, Betza, Sarita, Claudeth, Carol, Beatriz, Emilia, Víctor, Pablo, Hedí, Noe, Byron y Migue. Gracias por su amistad.
- En especial: Carmen Cámara de Cossio, por su cariño y constantes motivaciones.
- A usted: Por su atención.

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS: Por brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente.

A LIC. VÍCTOR MANUEL RODAS: Por su acertada asesoría, amistad y apoyo incondicional.

A LIC. ELIO TEOS, por su orientación como revisor.

A LOS (AS) ADULTOS MAYORES DEL HOGAR “FRAY RODRIGO DE LA CRUZ” ANTIGUA GUATEMALA. ¡Mil gracias por haberme permitido realizar mi trabajo de campo y obtener resultados satisfactorios!

A las autoridades del asilo, Drs. Ricardo Roca y Gustavo Palencia, por su loable trabajo a favor de los (as) adultos mayores y su colaboración a la ponente.

A la Sra. Berta Lidia Silva, Terapeuta Ocupacional e Interina de Trabajo Social y a los enfermeros graduados: Nicolás Cajtic Ramos, Juan Guillermo Cuyán (†), y demás personal del asilo.

A: Licda. Betzabe López, Licda. Aleyda Merida, Lic. Aroldo Galindo, y Andres Cuyan, por su apoyo y cariño.

NOMINA DE PADRINOS

Licda. Betzabe López M.
Psicóloga
Colegiada No. 9,144

Lic. Víctor Manuel Rodas
Psicólogo
Colegiado No. 10,976

INDICE GENERAL:

TEMA	PÁGINA
PROLOGO:	1
CAPITULO I.	
INTRODUCCION	4
1.2 Marco Teórico	10
1.2.1 Breves antecedentes del hogar.	12
1.2.2 Conceptuación de vejez	14
1.2.3 Marco jurídico y respaldo legal al adulto mayor	15
1.2.4 Cobertura de servicios sociales a personas de la tercera edad.	16
1.2.5 La propuesta para el manejo de trastornos afectivos	18
1.2.6 La psicología existencial y humanista	21
1.3.7. Hipótesis	22
1.3.8. Definición Operacional de las variables	22
CAPITULO II.	
TECNICAS E INSTRUMENTOS	25
2.1 La observación libre	25
2.2 La observación indirecta	25
2.3 La observación estructurada	26
2.4 La entrevista	26
2.5 Selección de la muestra	26
2.6 Técnicas de recolección de datos	27
2.7 Aplicación de test's	28
2.8 Test`s administrados	30
2.9 Herramientas clínicas	31

CÁPITULO III.

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	33
3.1. Proceso metodológico	33
3.2. Analisis del estudio exploratorio	36
3.3. Interpretación de resultados	37

CAPITULO IV.

CONCLUSIONES	39
Recomendaciones	40
BIBLIOGRAFIA	41
ANEXOS	45
Resumen	46

PROLOGO

El tema de los trastornos afectivos en personas de la tercera edad, de ambos géneros recluidos y atendidos en centros institucionales, se consideró oportuno ser objeto de estudios y búsqueda de pautas de atención adecuadas que permitan soluciones dignas y consecuentes que procuren una mejor calidad de vida a estas personas. Esta situación permitió la incorporación de técnicas y terapéuticas adecuadas y readecuadas que permitan reducir o viabilizar el impacto de este trastorno.

En la actualidad corresponde a la geriatría y la gerontología atender a estas poblaciones, desde un enfoque médico-clínico con orientación medicamentosa, intervenciones que han sido efectivas y consecuentes, no obstante se convino abordar este fenómeno desde una perspectiva psicológica y social, vinculada a terapéuticas alternativas ancestrales que cada día cobran auge como procedimientos complementarios a los métodos tradicionales.

Preliminarmente se condujo una fase de recopilación de datos y aspectos que unidos al conocimiento sobre la situación de esta población atendida en el Hogar Fray Rodrigo de la Cruz, Antigua Guatemala, con la finalidad de contar con mayores elementos que nutrieran el diagnóstico institucional para el diseño y la fijación de los objetivos y la consecución de los resultados que permitieron identificar, seleccionar y delimitar la muestra que sirvió de base para la justificación y comprobación de la hipótesis planteada.

Para el análisis de la problemática de los trastornos afectivos y su enfrentamiento en la muestra de adultos mayores seleccionados, la misma consistió en profundizar en la naturaleza integral del mismo, situación que facilitó operativizar las variables que intervinieron en el proceso propio de la investigación de esta disfuncionalidad de psicogénesis multifactorial, en virtud que representa un fenómeno que entorpece y en ocasiones hasta inmoviliza a quienes lo padecen, por que les bloquea toda intencionalidad de alegría, motivación, disfrute de satisfactores y aspiración de cometidos en la vida que aunque en estas personas es más limitado, pervive una vez estén concientes y en condiciones funcionales y de adaptación aceptables. El trastorno afectivo en la población seleccionada involucró factores fisiológicos, emocionales y sociales que merecen ser tratados eficiente y oportunamente porque pueden desencadenar psicopatologías crónicas, afectando la autoestima, la condición humana, la complicada salud y el bienestar individual del ser, que le pueden bloquear una existencia serena, tolerante y consecuente con la realidad de su vida.

En lo referente a la selección de un sector de adultos mayores como muestra etarea, estriba en que, constituye un segmento guatemalteco, que por las condiciones propias de su edad experimentan un ciclo coyuntural existencial por su vulnerabilidad, dependencia, y abandono familiar que conllevan ausencia de afecto y amor, en virtud que en esta etapa predomina la incertidumbre por dejar tras de si un pasado, que en estas personas normalmente se encuentra repleto de insatisfacciones y frustraciones y la cercanía de un futuro incierto y saturado de temores, miedo o la esperanza de una dimensión espiritual desconocida que puede visualizarse idealmente como gratificante o dolorosa, según la ideología religiosa o tradicional de cada uno de ellos.

En lo que respecta a los objetivos que motivaron la presente investigación, estos se diseñaron de acuerdo a los momentos y necesidades que demandaron el proceso de la investigación y se configuraron de la manera siguiente: Los Objetivos Generales: Consistieron en Investigar y procurar la verificación del empleo de las terapias grupales y alternativas como método terapéutico natural alternativo, con la finalidad de reducir los niveles de privación afectiva en el espectro psicosocial que resulta perjudicial, en un segmento de adultos mayores de ambos géneros del Asilo de ancianos "Fray Rodrigo de la Cruz", Antigua Guatemala y su eventual aplicación en otros estratos del país y los Objetivos específicos consistieron en diagnosticar factores psicoafectivos con incidencia psicosocial y la aplicación de los métodos y procedimientos reconocidos por la ciencia para que disminuya esos niveles, asimismo inducir a los responsables de este hogar para que se comprometan en buscar pautas de solución o reducción de estos trastornos y que el personal profesional, técnico y de servicio los apliquen convenientemente a efecto se desempeñen como gestores y multiplicadores de programas con perfiles sociales, psicológicos y reeducativos, que permitan relaciones funcionales de salud mental de ese sector etareo, para desenvolverse con índices de una convivencia pacífica y sana en su ambiente de coexistencia por carencia de un núcleo familiar deseable.

Las diferentes secuencias de la investigación, contrajeron un cúmulo de experiencias de mucho valor para la investigadora, asimismo se obtuvieron otras experiencias gratificantes que estimularon su realización, dado que se pudo percibir el grado de aceptación de esta propuesta, por parte de las personas incorporadas al estudio, por ejemplo, la persona que se desempeña como terapeuta ocupacional, en una ocasión que penetró por razones de su trabajo, al local donde la ponente realizaba una terapia de reflexoterapia en los pies de una paciente, irrumpió en llanto al darse cuenta del método que en todo momento, según externo su opinión, lo consideró como una actitud de humildad y cargada de afecto por parte de la terapeuta hacia la paciente, situación que puede incentivar a este personal para desempeñarse como gestores y agentes terapéuticos de estas disciplinas, por lo que se contempló la eventual inducción y capacitación básica que se puede impartir

a los interesados, También es digno de mencionar que este estudio fortaleció los conocimientos y formación de la investigadora.

Asimismo es oportuno agradecer a las autoridades, personal profesional, técnico, administrativo y operativo, del hogar de ancianos, por su colaboración y comprensión al proceso investigativo y muy especialmente a las y los adultos mayores, ya que su colaboración fue esencial, asimismo a la terapeuta ocupacional que se desempeña interinamente como trabajadora social y al enfermero graduado de la enfermería del hogar, ya que la participación y aporte de todos los mencionados fue vital para la consecución de las distintas fases del estudio.

CAPITULO I

1.1. INTRODUCCION

El presente informe tiene como propósito encausar los elementos científicos, técnicos y metodológicos que comprendieron la ruta del proceso de la investigación del fenómeno del trastorno afectivo en una población de adultos mayores de ambos géneros del Hogar de ancianos Fray Rodrigo de la Cruz, Antigua Guatemala. Para la sustentación y el desarrollo del planteamiento y la fundamentación teórica de la investigación, para lo cual se abordaron las variables involucradas en el estudio como lo son: El trastorno afectivo mayor, otros trastornos afectivos específicos y trastornos afectivos atípicos, todos eslabonados a factores psicosociales como inductores que precipitan patologías severas y otras sintomatologías asociadas, como la depresión emocional, sin reparar mucho en los aspectos clínicos, sino enfocados al campo psicológico y social. En lo relativo a las técnicas psicológicas se usaron técnicas evaluativas como la observación libre, observación estructurada y la entrevista para identificar niveles depresivos y afectivos en esta población, asimismo se consideró conveniente su aplicación para obtener resultados que permitieron una adecuada planificación de los planes y pronósticos que deben de implementarse para instaurar una línea de manejo integral, empleando técnicas y procedimientos reconocidos por la psicología y la ciencia como son las terapias grupales y alternativas, por ejemplo: La estimulación de las regiones pódales de los pacientes por medio de la terapia zonal, o sea la reflexoterapia clásica, la aromaterapia y la aplicación de la musicoterapia como métodos fiables para disminuir el impacto del trastorno afectivo en esta población de adultos mayores.

Para la ubicación e interpretación de los niveles depresivos, estos se midieron con herramientas e instrumentos de carácter clínico como las entrevistas dirigidas, anamnesis, test de síntomas depresivos, el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) y la clasificación internacional de enfermedades, décima revisión, "CI 10", los cuales se utilizaron como procedimientos vinculados a aspectos psicológicos y sociales y procedimientos de intervención avalados por la ciencia con el apoyo de las terapias grupales y alternativas con un enfoque holístico.

Asimismo se procuró desarrollar el trabajo de campo con los adultos mayores, preliminarmente de manera individual y posteriormente de manera grupal, dentro de un contexto social en que se involucró a los colaboradores del centro con la intención de diseñar planes para el perfil del proyecto propuesto, de manera que se haga coparticipes a las autoridades, personal técnico y de servicio del Hogar de ancianos para la resolución de este tipo de problemas y otros colaterales.

También se pretendió comprobar la validez y fiabilidad de las terapias grupales y alternativas en un ambiente social institucionalizado, por lo que se consideró acertada la ejecución del diseño de los elementos que estructuran el programa de intervención a desarrollar, nutridos por corrientes epistemológicas como lo es la Psicología Humanista y Existencial y el aporte de otras escuelas psicológicas.

Como instancia previa al diseño y ejecución de las distintas etapas del proceso de estudio se observó, discriminó y evaluó el comportamiento de las y los adultos mayores, en su entorno que define estilos de vida que no escapan a los objetos de estudio de la psicología que abarca los pensamientos, sentimientos y conducta de esta población, que se desenvuelve en un ambiente que aunque no es del todo familiar, si les permite la adaptación al mismo.

El estatus de vida al que se adaptaron comprende básicamente dos grupos de adulto(a)s mayores, el primero que comprende la mayoría, se movilizan por sus propios medios, con las limitaciones propias de su edad, el segundo se desplaza con limitaciones psicomotoras, con la ayuda de instrumentos y equipo idóneo como sillas de ruedas, andadores, muletas, bastones, etc., y con el apoyo de personal de servicios que incluye otros menesteres como el tren de aseo personal, alimentación, medicación y otros.

En lo relativo a las condiciones de vida rutinaria en el hogar, esta comprende las áreas siguientes: Salud: Consulta externa en las clínicas del edificio, por una médico y cirujano que atiende a las señoras, un galeno que atiende a los varones en horarios preestablecidos y un odontólogo que presta sus servicios en su clínica particular de forma ad-honorem, en lo concerniente a otras áreas, se carece del servicio de una clínica psicológica y de nutrición, mismas que son necesarias. Cuando se requieren los servicios oftalmológicos son referidos al hospital de ojos y oídos "Rodolfo Robles" de la ciudad capital, en lo referente al aspecto recreativo, cuentan con un televisor colectivo que algunas veces genera riñas entre hombres y mujeres, por la programación, se permite salidas a la calle a las mujeres los días jueves y a los hombres los miércoles, en tareas ocupacionales se les incentiva a la elaboración de cascarones, dibujos, preparación de wiper, bordados, etc., por ultimo, los varones juegan naipes diariamente.

En el aspecto social se comunican poco entre si y si lo hacen, conforman parejas o pequeños grupos selectivos, en las mujeres se marcan más las rivalidades y las murmuraciones que degeneran hasta en la agresión física y la comunicación por vía telefónica es muy poco frecuente por factores culturales de los internos y que no tienen familiares y amigos con quien hacerlo.

En lo psicológico y salud somática y mental presenten alteraciones propias de su edad y condición, las que se detallan con mayor amplitud en capítulos posteriores al presente estudio.

Lo anterior hizo reparar en observaciones peculiares como por ejemplo se dan casos de noviazgos y sexualidad entre ambos géneros y hasta algunos casos de homosexualismo.

El estudio tuvo como aspecto preliminar la identificación y la delimitación del problema del trastorno afectivo, derivado de las observaciones preliminares que tuvo la investigadora en visitas anteriores con la intención de realizar la presente investigación, para lo cual se seleccionó la población idónea que reunió las condiciones etareas, sociales, de salud y ambientales que permitieron conceptualizar las variables del problema.

Estas variables comprenden factores multicausales y sintomáticos como: Trastornos de diversas subclasificaciones clínicas, psicológicas y emocionales, tal el caso de los trastornos del sueño, como insomnio, dipsomnias, narcolepsia, apnea del sueño y otros, en lo alimentario y metabólico somático: Astenia, atonía gastrointestinal, problemas circulatorios, nerviosos, glandulares, etc., en lo psicológico y emocional: Apatía desinterés, anomia, hostilidad, irritabilidad, escasa estima, depresión, ansiedad y otros episodios de dolor y angustia, nutridos por varios factores, destacándose el abandono por la falta de contacto afectivo familiar nuclear y visitas de familiares o amigos, ya que muy pocos reciben este tipo de estímulos. En los días autorizados para ello, reciben visitas pero de instituciones filantrópicas, religiosas, inclusive protestantes, no obstante ser de orientación católica el centro, y de algunos extranjeros, que aunque se reconoce su gesto humanitario, no suplen del todo el vacío afectivo familiar y existencial.

Estos factores facilitaron el empleo de los procedimientos y mecanismos de intervención práctica de las terapias alternativas idóneas a los afectados, con la finalidad de confrontar y reducir el sufrimiento psicógeno y social ocasionado por los efectos de los trastornos afectivos que sufre esta población de adultos mayores.

Delimitado el terreno y el escenario a trabajar, se procedió a la ejecución de las terapias propuestas, las cuales se adaptaron a las condiciones propias de la muestra escogida, porque no obstante la experiencia en su aplicación, debe de reconocerse que esta población reunió características especiales y específicas que rindieron frutos propositivos y significativos que permitieron la obtención de beneficios más allá de los esperados, resultados que alentaron a continuar la verificación de la hipótesis.

En lo concerniente a la definición de las terapéuticas alternativas empleadas, las mismas se pueden resumir de la manera siguiente:

La reflexoterapia: Concebida como la disciplina cuyas técnicas aplicadas de manera manipulativa, deviene de una rama de la Reflexología, entendida esta no como la escuela psicológica rusa sino la vertiente fisiológica de la misma, que concibe una relación de los diferentes puntos neuro-hormonales situados principalmente en las zonas podales (plantas de los pies) y las regiones palmares de las manos en una íntima relación con las vértebras de la columna vertebral, espina dorsal, regiones de los hemisferios cerebrales así como del sistema límbico y en sí con el todo que comprende el ser humano.

Áreas orgánicas que al ser presionadas digitopuntualmente y debidamente frotadas producen estimulaciones y sedaciones, o como expone la autora Diana Piazza, “Constituyen refinadísimas técnicas que producen relajación y bienestar”¹ según sea el efecto que se persiga, comparables con un masaje interno, con fines de producir efectos en los diferentes órganos y sistemas del organismo humano con repercusión en el aparato psíquico, organización emocional, energética y probablemente en el espectro espiritual del individuo.

La aromaterapia, como el arte de la utilización de los aromas para mejorar la salud y que dentro otras definiciones se puede tomar la siguiente: “ Es el uso terapéutico de aceites esenciales aromáticos derivados de las plantas para favorecer el bienestar físico y psicológico”², a veces se emplea alternado con masajes terapéuticos y otras técnicas como partes de un planteamiento holístico y ofrece beneficios analgésicos, antibióticos, astringentes y otros, tal como sucede con los fármacos químicos y/o naturales.

Para el efecto existe un amplio repertorio de aceites aromáticos, del que fueron seleccionados un grupo de interés, por parte de la aromaterapeuta conductora de la presente investigación, de conformidad con las necesidades individuales de cada paciente.

Obviamente deben ser aplicados en el lugar y momento oportuno para que rindan el resultado esperado, procurando la inducción e “identificación” del aroma con el sujeto.

¹ Piazza Dalia, “Curso Básico de Reflexología del pie y de la mano”, Editorial de Vecchi, Italia, p.12

² Océano editora, Enciclopedia de las medicinas alternativas, España, 2005, p.152

En lo relativo a la musicoterapia, esta se puede resumir de acuerdo a la definición siguiente: Es una técnica de la medicina complementaria que utiliza la música de una forma programada por terapeutas experimentados y está diseñada para favorecer a los pacientes a superar conflictos físicos, emocionales, intelectuales y sociales.

“Las aplicaciones varían desde pacientes geriátricos recluidos en instituciones hasta la disminución de niveles de estrés y el dolor”³. Como informante clave se entrevistó al Dr. Juan José Roca Colindres, médico y cirujano colegiado, experto en medicina natural y terapéuticas alternativas, quien refirió que el uso de la musicoterapia favorece a las personas que padecen de alteraciones conductuales y patológicas. Esta terapéutica que se aplicó conjuntamente con la aromaterapia fueron los complementos ideales de la reflexoterapia, esta última como terapia base de la intervención, que en conjunto permitieron los resultados predecibles y consistió en música adecuada, clásica y tonos congruentes que facilitaron el estado relajante e idóneo para beneficio de los adultos mayores. Las variables que conformaron el problema fueron las siguientes: El trastorno afectivo, las técnicas psicológicas y las técnicas grupales y alternativas.

Variables que convenientemente amalgamadas condujeron a la obtención de resultados que ofrecieron amplios beneficios para el paciente que las recibió y aprovechó.

La definición de las variables puede sintetizarse así: El trastorno afectivo: Que se comprende como una alteración del estado de ánimo acompañado de un síndrome depresivo o maniaco parcial o completo, no debido a otro trastorno mental o físico⁴, lo que hace que la psique y el organismo procuren estados de compensación para amortiguar los efectos nocivos, convirtiéndose en respuestas adaptativas a esta situación, generalmente acompañados de su sintomatología asociada según la edad.

Las técnicas psicológicas: Las que han sido configuradas con rigor científico por varios precursores e investigadores, que han tenido su auge a partir de la declaratoria de considerar a la psicología como ciencia experimental desde el laboratorio de Wilhem Wundt, en Leipzig y la implementación de diversas formas de aplicación práctica como la logoterapia que emplea un análisis existencial y la relación del “Logos” con el inconsciente entendiéndose esta como una psicoterapia

³ IDEM.P.1054

⁴ American Psychiatric Association, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV, Editorial masson, México, 2003, p.215.

de la “psicología elevada análoga con la psicología profunda”⁵ del psicoanálisis, la logoterapia comprende una educación del individuo para que asuma su responsabilidad y las Terapias grupales: Mismas que han sido instituidas experimentalmente y con buenos resultados por varios investigadores y terapeutas que, de acuerdo a las necesidades contemporáneas, se hizo preciso retomar técnicas y procedimientos antiguos, con preferencia en los métodos orientales sin desvalorizar los occidentales, en virtud de que debe de reconocerse que el ser humano es una diversidad en sus partes y sistemas dentro de una unidad (integración) lo que ha motivado utilizarlas de manera integral, adecuándolas a cada caso, para el efecto una definición indica que: “Estas nuevas modalidades corporales insisten en tres aspectos: La importancia de lo que expresa el cuerpo, el uso que se hace de su energía y El aquí y el ahora con una visión del tiempo y del espacio para vivir un presente vivo.”⁶

Y en lo relativo a las terapias alternativas se puede decir que: “No son métodos nuevos sino devienen de centurias, que conciben un enfoque global de la salud y que buscan las distintas causas que determinan el desequilibrio orgánico, más allá de los simples síntomas aislados”,⁷ terapias que en muchos casos curan y en otros complementan las técnicas médicas ortodoxas. Es conveniente observar que en muchos casos se les llama medicinas alternativas pero en realidad se considera más acertado denominarlas terapéuticas alternativas.

La relación del tema con la realidad nacional guatemalteca estriba en las siguientes esferas:

Esfera científica:

La implementación de un programa práctico con sustentación teórica, circunscrito a un segmento de adultos mayores, que les provea de alivio a su dolor y una esperanza de calidad de vida en sus años otoñales, que puede ser aplicado por psicólogos y otros profesionales, técnicos y manipuladores debidamente preparados y calificados.

Esfera social:

Se pueden aplicar elementos que ayuden a la identificación y posterior tratamiento de problemas sociales que provocan y sufren los adultos mayores que padecen el síndrome de falta de afectividad recíproca con sus familiares y

⁵ Dorsch Friedrich, “Diccionario de Psicología”, Editorial Herder, Barcelona, p.561

⁶ Schutzberger Ancelin, “Nuevas Terapias de Grupo”, Editorial Pirámide S.A. p.21.

⁷ Océano editora, op.cit. p.1

otras personas que antaño formaban su círculo de amistades y compañeros laborales y con las personas se relacionan en la actualidad.

Esfera económica:

Puede ahorrarse al estado y a las organizaciones benefactoras que financian estas instituciones, gastos en infraestructura, salarios de personal y funcionamiento, costes medicamentosos y otros costes que conllevan limitaciones presupuestarias y de atención a la población de la tercera edad, en virtud de que al aplicarse estas terapias se pueden minimizar las complicaciones patológicas y de la salud en general.

Esfera ideológica y humana:

Pueden consolidarse ideas e ideales realistas que permitan estándares de vida dignos y que ofrezcan expectativas de vida al sentirse beneficiados con estas alternativas, lo que redundará en que estas poblaciones pervivan en ambientes que brinden un calor familiar y afectivo entre ellos mismos y el personal que los atiende.

1.2. MARCO TEORICO

Tomado en cuenta que la “misión de la ciencia consiste en reflejar la conexión histórica fundamental que se observa entre los fenómenos a lo largo del desarrollo de un objeto dado, con la seguridad de que en las cuestiones de las ciencias sociales debe abordarse certeramente un problema”⁸, situación que se aplicó en el proceso de la investigación que nutre este informe, ya que las raíces de los postulados de las variables parten de hechos históricos que asignan confianza en las terapéuticas propuestas, Obviamente las terapias propuestas se encuentran inmersas en los métodos de la medicina natural, que tiene su punto de partida en que la “La naturaleza es eterna, no tiene principio ni fin, que es objetiva, infinita, que cambia constantemente y que es cognoscible”⁹. Así también El objetivo de la propuesta de investigación rindió los resultados esperados que fueron: Identificar niveles afectivos y depresivos vinculados con otros problemas, que sufre la población seleccionada, donde no obstante se les brindan los cuidados necesarios, debe de calificarse su estilo de vida, como el de una población en “cautiverio”, en virtud de estar separados de su núcleo familiar que constituye un elemento vital en la vida de cualquier persona.

⁸ Bunge, Mario, La ciencia, su método y su filosofía, ediciones siglo veinte, Argentina, 1958, p.9.

⁹ Tecla J., Alfredo y Garza R., Alberto, Teoría, métodos y técnicas en la investigación social, Pérez Pivaral, José Roberto, Instructivo para la presentación de trabajos y ejercicios de cursos y recopilación de otros fragmentos sobre la ciencia en el devenir histórico, Escuela de Ciencias Psicológicas, USAC., 1994, Guatemala, p.17.

Consecuente a la intención de realizar el estudio e investigación, se pudo constatar que no obstante que las condiciones de atención a los adultos mayores recluidos son las adecuadas por las autoridades, personal profesional, técnico y de servicio, persisten en la mayoría de la población, actitudes de hostilidad, de escasa estima, indiferencia, angustia, resentimiento, enfermedad y otros trastornos que en su mayoría refleja niveles depresivos, debidamente clasificados por los estudiosos de la gerontología, debidos en parte por la disfuncionalidad afectiva, distinguiéndose estos “como pérdida de interés o placer en las actividades usuales, cambios en el apetito y peso, trastornos del sueño, fatiga y pérdida de energía y un gran sentido de desesperanza”.¹⁰

La conceptualización y fundamentación teórica del problema radica en que se investigaron los niveles psicoafectivos y depresivos de los adultos mayores objeto del estudio, con la intención de arribar a identificaciones y evaluaciones psicosociales, con el propósito de diseñar una propuesta para el diseño de un programa de intervención que mejore la calidad de vida de los internos, desde la multicausalidad de la problemática y en concatenación con la geriatría y la gerontología, que parte del principio que éstas disciplinas se ocupan del estudio del proceso de envejecimiento y su patología¹¹ que dentro de otras definiciones, reza que: La geriatría es una parte de la gerontología que se ocupa de las enfermedades de los ancianos, que según Burger “es la contraparte de la pediatría y sobre la gerontología indica que es el estudio de la vejez y de los fenómenos que se asocian con la edad avanzada o a consecuencia de ella, la edad en que empieza la enfermedad fisiológica y psíquica es muy variada, involucrando aspectos sociológicos y económicos y su campo de estudio también comprende la profilaxis e higiene en esta época de la vida”¹², obviamente desde un enfoque multifactorial, abarca los aspectos biológicos (anatomía, fisiología y bioquímica), psicológicos (personalidad y manifestaciones conductuales), sociales y ambientales vinculados a su mundo existencial desde el marco del ser único integrado en sus partes, lo que lo hace susceptible a la precipitación de severas psicopatologías.

Teóricamente, la problemática se abordó conforme antecedentes de estudios efectuados al respecto y hallazgos contemporáneos, conducidos por expertos en el tema, en el ámbito internacional y particularmente en el terreno de la realidad guatemalteca.

¹⁰ Grupo ermita, texto del diplomado en adulto mayor, Guatemala, 2003, p.32.

¹¹ Girón Mena, Manuel, Gerontología y Geriatría Social, Editorial José de Pineda Ibarra, Guatemala, 1982, p.32.

¹² Dorsch, op.cit.p.420-421.

Para el efecto se determinó circunscribir el tema de la manera siguiente:

1.2.1. Breves antecedentes del Hogar Fray Rodrigo de la Cruz.

Al respecto no se cuenta con historia escrita, pero según los relatos de los empleados más antiguos se determinó que en el año de 1943, a raíz del cumpleaños del presidente Jorge Ubico, en lugar de la tradicional feria, celebración nacional que acostumbraba, este mandatario, funda este hogar como un gesto de respeto y homenaje a la gente de edad, hasta el 29 de septiembre de 1961 funcionó en el local que actualmente ocupa el Instituto para maestras de educación para el hogar, zona 13 de la ciudad de Guatemala, fecha que se trasladó a su actual sede, y como dato anecdótico es de mencionar que es el único centro dependiente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala que atiende este tipo de población, dentro de los requisitos de admisión está, profesar la fe católica y si algún interno ostenta una religión diferente debe de guardar respeto por la primera. El hogar alberga en la actualidad 135 personas, de las cuales 52 son mujeres y 83 hombres y cuenta con la infraestructura física, mobiliario, equipo y recurso humano necesarios, con sus consecuentes limitaciones presupuestarias para su funcionamiento.

Condiciones de las instalaciones del hogar para ancianos:

De conformidad con un recorrido preliminar que se hizo a las instalaciones como parte del diagnóstico institucional al edificio que alberga el hogar, se pudieron determinar algunas situaciones peculiares como: Que únicamente reciben adultos mayores de la ciudad capital, no obstante tener su sede en antigua Guatemala.

Sobre los servicios con que cuenta, estos consisten en alojamiento, alimentación y atención por parte del personal de turno y otras condiciones que se enumeran en el capítulo I del presente estudio.

Las condiciones de habitación se evidenciaron por medio de las fotografías que se adjuntaron en su oportunidad al proyecto de investigación.

Seguidamente de esta breve descripción física de las instalaciones, conviene sustentar algunos aspectos de los(as) adultos(as) mayores, enunciados de la siguiente manera:

Etapas de la vida de la persona:

Estas parten de un ciclo vital de la existencia y hay varias clasificaciones para su entendimiento, pero se tomó en cuenta una que se considera sencilla en su interpretación y se describe así:

La vida es:

- 1, La formación del individuo que termina hasta que muere porque siempre tendrá algo que aprender o corregir.
- 2.- El envejecimiento es un proceso biológico que principia con el nacimiento y transcurre a lo largo de la vida, independientemente del estado de salud.
- 3.- La preparación para el verdadero disfrute de la etapa del descanso, principia desde la etapa de formación.
- 4.- El trabajo - sea este físico o intelectual - alarga la vida, más que dinero, da vida.

Asimismo se dice que la edad no es una, sino es múltiple; puede ser edad cronológica, edad patológica, edad fisiológica, edad emocional y edad psicológica y cada una de ellas con sus correspondientes fases pero para los fines que interesaron en la investigación, convino considerar dos, que son:

- a. Fase física o biológica: Que abarca la edad del desarrollo, la edad adulta y la madurez; y
- b. Fase espiritual o sea la vejez.

A estas fases también se les denomina primera y segunda vida del hombre (La segunda comprende la tercera y cuarta edad).

Al respecto conviene considerar las etapas del desarrollo de Erik Erikson, que sitúa la octava escala como de madurez decreciente. "La integridad del yo como etapa ultima la alcanzan los individuos que se han abierto a las cosas y han adaptado los triunfos y los fracasos, implicando un sentido de sabiduría y filosofía de la vida".¹³

Cualquiera que sea la clasificación que se adopte para el estudio del desarrollo biológico de la vida humana, se puede afirmar que no son los años ni los rasgos físicos ni psíquicos, que se entremezclan en las diversas etapas de la vida, los que diferencian de un modo preciso al joven del hombre maduro ni al hombre maduro del viejo, no tienen valor alguno en sí mismas, sino que por su contenido; cada edad tiene su encanto. A la juventud divino tesoro, se le asigna un tiempo de

¹³ Estrada Rodríguez, Mauro, Goñi Laura y Corona David, "Creatividad en la Tercera Edad" Editorial Panorama, p.38-39.

promesas, de esperanzas, de ensueño, de vigor, a esto se opone la ancianidad, edad dorada, tiempo de recuento, de examen de conciencia, de meditación, de verdad desnuda, en la que la debilidad biológica es su mayor fuerza y a la vez uno de sus mayores encantos, puesto que ayuda al anciano a despojarse de toda vanidad y de toda soberbia.¹⁴

1.2.2. Conceptuación de vejez.

Sobre la connotación del termino en si, se considera oportuno no tanto definirla sino conocer su realidad por lo que se retoma una acepción de la Oficina Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud que concibe como persona envejecida a todo mayor de 60 años, “sin que con esto se uniforme a toda persona enmarcada en esta edad, porque es preciso destacar que constituyen un grupo altamente heterogéneo”.¹⁵

Tercera edad: Este termino surgió en Francia cerca de 1950 acuñado por J.A. Huet, precursor de la gerontología en ese país, abarcó a personas de cualquier edad, jubiladas y pensionadas, consideradas de baja productividad, bajo consumo y poca o nula actividad laboral., “esta denominación fue duramente criticada en su momento, por no reflejar la realidad ya que un porcentaje alto de personas mayores de 60 años no presentan discapacidad, muchos permanecen trabajando y son productivos para sus familias y comunidades”¹⁶

Aceptación del término de adulto mayor:

“En abril de 1994 la Oficina Panamericana de la Salud decidió emplear el término adulto mayor, para designar a toda persona de 60 años o más, el cual parece ser el más adecuado y es el utilizado contemporáneamente”¹⁷

Los límites cronológicos entre las diversas edades son aún más imprecisos que los límites de otras clasificaciones, para algunos serán de larga duración, para otras cortas, pero al final todo terminará, se llega a la consumación de la vida y solo resta su fin, un cambio de preludeo existencial, o sea la muerte. Al respecto se pueden observar dos tipos relacionales importantes del sujeto de la tercera edad y su entorno, primero la relación familiar en que se compara la situación, en que en la antigüedad los viejos eran vistos con respeto y con frecuencia, en los casos difíciles

¹⁴ Hernández Méndez, Jorge H. “La Jubilación y la Vejez”, Editorial del Ejercito, p.161

¹⁵ Universidad Francisco Marroquín, Grupo Ermita, Diplomado en el adulto mayor, Documento impreso, Guatemala, p.7

¹⁶ IDEM. P.8

¹⁷ IDEM. P.9

de la vida pública y privada, se les solicitaba su consejo, la familia era compuesta por tres generaciones; abuelos, padres e hijos que a su vez integraban una unidad de producción interaccionando sentimientos de amor, afecto y simpatía. Hoy en día, principalmente en las grandes urbes las generaciones se han reducido a padres e hijos, relegando a los abuelos, con el agravante que ambos padres trabajan y se separan del hogar por largas jornadas, esto por supuesto en hogares funcionales, legando a los hijos un tipo de educación “moderna” sin el contacto afectivo de los abuelos de antaño y el abuelo es marginado y recluso separándolo del núcleo familiar. En segunda instancia se enfoca el aspecto de la relación social, que se basa en el principio que según el maestro Aristóteles dice que el hombre es gregario, solo los dioses y las bestias pueden vivir solos en este mundo, decía el maestro, pues el individuo es un ser eminentemente social, pues no puede permanecer aislado espiritualmente y sin relación afectiva con los demás, por lo consiguiente la persona de la tercera edad necesita continuar como un miembro valioso de la sociedad, ante estas necesidades cabe preguntar sobre las posibilidades que existen para dar a los viejos los sentimiento afectivos y liberarlos del aislamiento psicológico y sociológico, por lo que merece tomar en cuenta una reflexión al respecto que indica que es más importante añadir vida a los años y no años a la vida, lo que orienta a recapitular la importancia que tiene que el adulto mayor viva el aquí y el ahora, resumiendo que “el verdadero mal del envejecimiento no es la decadencia del cuerpo sino la indiferencia del espíritu”¹⁸,

1.2.3. Marco jurídico y respaldo legal al adulto mayor.

Internacionalmente el marco legal para la atención del adulto mayor obedece a una invocatoria de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad, mediante la resolución 48/91. Esta incentiva los principios de Independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.

En el contexto nacional guatemalteco, “el Congreso de la república promulgó el Decreto número 80-96”¹⁹, publicado en el diario oficial el 21 de junio de 1996, denominado “ley de protección a personas de la tercera edad”, para lo cual se conformó el consejo de protección a la tercera edad adscrito a la vicepresidencia de la república, considerándose esto como una tentativa legal y un logro para enfrentar este problema, aunque en la realidad no existe una política concreta de estado ni programas específicos congruentes de atención a esta población etarea, no obstante existen organismos gubernamentales y multisectoriales que han efectuado estudios al respecto, sin que a la fecha su cobertura abarque a las grandes mayorías, lo que hace oportuno comparar esta situación con otros países donde si

¹⁸ Estrada Rodríguez Mauro, op.cit.p.32

¹⁹ Universidad Francisco Marroquín, op.cit.p.16

existen derechos sociales, como en los Estados Unidos de Norteamérica, en que las personas de la tercera edad gozan de algunos privilegios, como la exoneración o la mitad del pago del transporte, medicamentos a menos costo, opción a espacios recreativos y otros prebendas obtenidas mediante la presentación de una tarjeta o gafete codificada, como una retribución de la sociedad a quienes que con su esfuerzo y fuerza laboral contribuyeron al actual desarrollo material de esa nación, en el caso de Guatemala, fue hasta hace escasos meses que se logró el beneficio de abordar buses del transporte urbano sin costo pero sin respaldo legal de un acuerdo o decreto legislativo, sino mediante un convenio entre el viceministerio de comunicaciones y la gremial de empresarios del transporte, suscrito el 2 de febrero de 2005 y puesto en vigencia el 3 de febrero del mismo año, lo que permite predecir que se está haciendo algo por mejorar las cosas.

Así sucesivamente se han ido promulgando y publicando posteriores instrumentos legales, como los decretos números 2-97 y 51-98 que modifican al original 80-96.

Como sucede con otras leyes en nuestro país, normalmente no se cumplen, situación que muchas veces no es por total falta de voluntad de las autoridades gubernamentales o los responsables de las mismas sino por varios factores que influyen en el problema, y es de manera progresiva que se van cumpliendo los preceptos contenidos en los decretos respectivos, muchas veces producto de las manifestaciones populares de presión, como en la actualidad, que por vez primera en la historia del país, se gestan movimientos de adultos mayores que reclaman ser acogidos por regimenes de protección social a los que carecen de una cobertura de esta naturaleza, consiguiéndose logros como el ofrecimiento del presidente de la república de destinar un 5 % por una readecuación de gravámenes por concepto de impuestos por parte de todos los contribuyentes.

1.2.4. Cobertura de servicios sociales a personas de la tercera edad.

Estadísticas recientes, dan cuenta que²⁰ según el Instituto Nacional de Estadística, la defensoría del adulto mayor de la Procuraduría de los Derechos Humanos y de la Asociación Nacional de la Tercera edad, de Guatemala, entidades que gozan de seriedad y que registran datos comparativos confiables, indican que en Guatemala, en el año 2002, pervivían 713, 780 adultos mayores que no gozaban de cobertura social, otros sondeos sitúan estas cifras de la manera siguiente: Un 12.4 % tienen una jubilación, un 26.2 % son asalariados y un 11.1 no tienen remuneración, en síntesis hay un 45.5 % que viven en pobreza y un 10 % en

²⁰ Pérez, Leslie, "Las personas de la tercera edad en el abandono", Prensa libre, domingo 27 de febrero de 2005. p.29

extrema pobreza, obviamente como toda estadística tiene un rango de error, situación que pudo ponderarse parcialmente, durante el proceso de la investigación. Cabe agregar el agravante que en el campo laboral, las expectativas de oferta de trabajo se limitan hasta los 30 años de edad. Asimismo, según la defensoría del adulto mayor, el aspecto más descuidado de todas las áreas, es “la salud” y en lo relativo a la incidencia de abandono del adulto mayor, frecuentemente repercute en la proliferación de indigentes de tercera edad que sobreviven en las calles, utilizando varias estrategias, comúnmente sumidos en la mendicidad y las adicciones y marginados por la sociedad a la que sirvió y de la que de alguna manera es producto.

Esto permite reflexionar en el sentido de que si las personas de la tercera edad han decrecido en sus capacidades volitivas, motrices, sensoriales, biológicas, laborales, etc., esto les impide desenvolverse adecuadamente, lo que orienta a buscar mecanismos de afrontamiento para este fenómeno.

En el contexto social guatemalteco, en lo referente a la condición social del adulto mayor, hasta hace poco tiempo se han abierto espacios para que esta población logre algunos beneficios y derechos, pero esto es en el menor de los casos y se da en ciertas capas socioeconómicas, no así en las mayorías, en que prevalecen condiciones desfavorables como la persistencia de convivir en un entorno adverso, segregacionista y discriminatorio, correspondiendo a la adulta y adulto mayor desempeñar múltiples actividades por ejemplo ocuparse como trabajadores informales y mal pagados, desempeño de labores domésticas, asumen el papel de madre-abuela o padre-abuelo, guardianes y obreros de la casa, sin sueldo ni prestaciones y otros roles que el sistema les impone, situación que se agrava cuando llegan a una edad avanzada, en que lejos de recibir un reconocimiento gratificante, como en otras culturas en que se reconoce y hasta se glorifica la sabiduría y experiencia obtenida por la vida, se le relega y muchas veces es la familia la que propicia esta situación, en que el adulto mayor constituye un estorbo y son objeto de marginación e indiferencia, hasta el grado de ser confinados por iniciativa de sus familiares en un asilo u hogar que será el bunker de sus últimos días.

Asimismo es oportuno mencionar que en el país no existen suficientes albergues por parte del gobierno u otras entidades que brinden protección a las mayorías de personas de la tercera edad donde se les brinden los satisfactores a sus necesidades básicas de subsistencia, mucho menos en materia de salud mental y física.

En lo referente a las terapéuticas que se propusieron y fueron aplicadas en la parte operativa del perfil del programa objeto de este informe, con la finalidad

de afrontar el efecto psicopatológico del fenómeno psicoafectivo, estas son: La reflexoterapia, como técnica manipulativa reflexológica, la que se interpreta como una técnica terapéutica que se basa en la creación de ciertos reflejos condicionados para modificar algunas funciones alteradas²¹ que procura estimular o relajar regiones orgánicas y psíquicas que pueden estar sufriendo disfuncionalidad, la aromaterapia como terapia para estabilizar o crear condiciones de equilibrio psíquico, emocional y mental con la finalidad de suprimir o reducir niveles depresivos, ansiosos, de frustración, de anomia y angustia, como causas y efectos de un estado de desamparo y separación de los cuadros familiares o de amistades y la musicoterapia como la emisión de frecuencias y ondas de longitud que incentivan estados de armonía en el individuo. Asimismo hubo necesidad de incorporar o substituir otras terapéuticas de acuerdo a las realidades de aplicación del programa tales como la incorporación de la meditación y los ejercicios respiratorios, así como los círculos de discusión de logros y deficiencias en la operatividad de los diferentes planes del perfil del programa, en que se integraron los usuarios y colaboradores, actividades que se interpretaron como dinámicas completas en que intervienen la mayor parte de las funciones psicocorporales con beneficios científicamente comprobados, es una higiene mental que transforma, calma y hasta abre espacios sutiles a quien la practica²² y otras que se pudieron alternar dentro del contexto vivencial de los ejercicios participativos como las técnicas clásicas de relajación tipo oriental hindúes y chinas,²³ como los ejercicios básicos de Hata Yoga y Tai Chi., que ofrecen una apertura de probabilidades de adaptación al grupo ejecutante y la substitución de los ejercicios de ocupaciones creativas y recreativas, por no considerarla necesarias en este caso, ofreciendo una miscelánea de actividades ocupaciones en un ambiente ameno y lúdico, desde el pensamiento que dice que no basta un hooby, hay que hacerlo útil²⁴

1.2.5. La propuesta de la implementación de un programa para el manejo de trastornos afectivos.

Derivado de los aspectos psicológicos y los cambios en la constitución psíquica paralelas a los cambios biológicos, los ciclos del envejecimiento conllevan modificaciones en la inteligencia, en la memoria, en las actitudes, en las motivaciones, en el aprendizaje, en la percepción y en el carácter general de los individuos lo que hace retomar lo tratado en paginas anteriores sobre la necesidad de atender los trastornos afectivos desde un enfoque psicosocial que involucre aspectos científicos, profesionales, técnicos y de sensibilidad humana para aportar

²¹ Almazán, Petra, La reflexoterapia, Editorial Llbsa, Barcelona, 2003, p.6

²² Schütçzenberger, op.cit. pp., 173-174.

²³ IDEM, pp.255-256

²⁴ Rodríguez Estrada, Mauro, op.cit. p.106.

elementos que reduzcan los niveles de dolor físico y psicógeno en la población afectada objeto de la investigación realizada y otros segmentos poblacionales que en el futuro pueden tener acceso a este programa.

Si se toma en consideración que en términos generales se ha fomentado el concepto de que el futuro es de los jóvenes y el pasado de los viejos, visión que debe de cambiarse porque si se pueden consolidar anhelos en una persona adulta con vistas al futuro sobre un aquí y un ahora, hasta “configurar una psicología del anciano netamente definida”.²⁵ Dentro de una temporalidad y fragilidad de la vida humana, en que debe dejar atrás el espectro de la muerte y proyectarse en una intención de vivir, más que todo aprender a vivir, alejando los fantasmas del temor, la rigidez, la introversión y la cautela porque lesionan su autoestima y la hacen presa fácil de la depresión, encerrándolo en si mismo, menos receptivo y más expuesto al estrés y la depresión dentro de un proceso morboso que lo hace repelente a las expresiones afectivas de los demás y la baja de energía del yo. Situación que fomenta un temor a la vida y a la muerte.

Como primera intención de aplicación de esta propuesta de programa, se consideró que luego de su diseño, se pudo adaptar, desarrollar, ejecutar y conseguir buenos resultados en la población objeto de estudio y posteriormente visualizar un macro programa con una expectativa más ambiciosa como por ejemplo incorporarlo al Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública de Guatemala, dentro de las políticas de reforma del sector salud y el desarrollo del sistema integrado de atención en salud bajo el auspicio de organismos como las naciones unidas²⁶.

Derivado de los factores teóricos expuestos se puede deducir que los mismos permitieron profundizar en las causas y pautas tentativas de solución o disminución de los problemas encontrados, mediante la ejecución de este programa y su propuesta consecuente con la verificación de los resultados obtenidos en el escenario de su aplicación como resultante del proceso de investigación, en que se emplearon elementos de las áreas del conocimiento desde las perspectivas psicológicas, emocionales, fisiológicas, psiquiátricas y biosociales y el empleo de las terapéuticas grupales y alternativas que rindieron el fruto esperado, bajo el amparo epistemológico de la Escuela psicológica denominada “existencialismo” y por extensión “El humanismo” y la eventual aplicación de la logoterapia como herramienta alterna de intervención psicoterapéutica. Programa que puede exponerse así:

²⁵ Estrada Rodríguez Mauro, op.cit..pp.29-30.

²⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Construyamos la felicidad, programa de asistencia psicosocial con familias, documento impreso para ejecución, Guatemala, p.7.

Obviamente la ejecución de un programa de este tipo, aunque parezca sencillo, en realidad contiene todo un proceso que conlleva varias facetas que interaccionadas fructifican en la consecución de los objetivos trazados a corto y largo plazo.

Las áreas a cubrir son:

Recuperación de la Identidad y autoestima

Rescate o incremento de la afectividad

Incremento de la comunicación

Autodeterminación y reducción de la codependencia

Salud mental

Autogestión terapéutica, individual, por parejas o grupo.

Consecuentemente cada una de estos aspectos en su aplicación deben de ser objeto de los planes y estrategias de intervención debidamente conducidos por el personal, metodologías y tecnologías que en estos casos proceden.

Asimismo se pueden elaborar protocolos que contengan los elementos que deban de ser utilizados para la revisión y verificación de casos resueltos y registros de interés que sirvan de antecedentes para ratificar o rectificar resultados que viabilicen la ejecución, la planificación y proactivación de la aplicación práctica, procurando en todo momento, involucrar al paciente en su propia autoterapéutica e incentivarlos a que colaboren en la implementación de grupos de apoyo entre sí para beneficiarse del programa.

Todas estas áreas dentro de un plan seguimiento y la eventual elaboración de uno o más manuales de aplicación y ocupación alternativa-complementaria, como herramienta guía.

Los planes y programas que haya que elaborar, en todo momento, deben de configurarse dentro de un procedimiento de autogestión, una metodología participativa que involucre a las autoridades, personal profesional, técnico, de servicio y de apoyo, orientado principalmente al campo psicológico con la tendencia de inducir que sean los propios adultos(as) mayores los protagonistas de la aplicación de los parámetros que redunden en su bienestar, tratando de evitar la codependencia de ser atendidos en aspectos y tareas que ellos mismos pueden

ejecutar, que eventualmente les servirá de terapia ocupacional y la satisfacción de sentirse útiles y capaces, como una alternativa de proactivación y utilización de sus capacidades, motrices, motoras, cognitivas dentro de un ambiente de apoyo mutuo entre ellos mismos como agentes activos y no pasivos-enfermos, salvo claro está en situaciones de incapacidad física y mental comprobada en que merecen ser auxiliados. Todo dentro de un clima comprensivo por parte de los terapeutas.

En el apéndice de “Anexos” se presenta un cuadro sinóptico, de la programación propuesta

1.2.6. La Psicología Existencial y Humanista.

La psicología existencial también conocida como Análisis existencial tiene como punto de partida la consideración de la existencia en general, fue desarrollada por el eminente Psicólogo Víctor Frankl, de acuerdo con su orientación psicológica elevada frente a una psicología profunda dando importancia a la voluntad de sentido como de poder²⁷, este autor defiende su postura al considerar que en muchas personas persiste un vacío existencial el cual se llena al fabricar un sentido de vida y para eso se configuró su psicoterapia “La logoterapia”.

Sobre el humanismo cabe mencionar que se desprende de corrientes de pensamiento de pensadores de la talla de Jean Paúl Sartre y otros, y de la escuela existencialista y le corresponde a Abraham Maslow desarrollar el concepto de esta corriente también conocida como tercera fuerza, que determina que los psicólogos de esta tendencia tienen una meta en común, humanizar la psicología²⁸ y en términos más amplios llegar a una autorrealización personal al trascender las necesidades básicas de la existencia.

Derivado de la síntesis anterior se deduce que este tipo de corriente filosófica y a la vez práctica, convino aplicarla a la población que se trabajó durante el transcurso de la investigación y principalmente el estilo de psicoterapia existencial “La logoterapia” ya que esta ofrece una condición de alivio al dolor humano y a la vez una esperanza de vida a la cual esta población tiene el derecho de aspirar como un derecho de dignidad y como un legado de amor en estas últimas fases de su existencia material

Tomando en cuenta que la investigación de merito se fundamentó epistemológicamente en el existencialismo y el humanismo que respaldan parte de su enunciados y postulados sobre esta premisa, lo que hace observar que no debe

²⁷ Dorsch, op.cit.pp.42-43

²⁸ Davidoff, Linda, Psicología, pp.21-22.

darse mucha importancia al pasado, principalmente si este le produce frustración y sobre todo el bloqueo afectivo, y al respecto se debe tomar en cuenta este aspecto de la siguiente manera: Dado que estas corrientes se consideran paralelas, se debe de utilizar una forma de psicoterapia acorde a sus postulados, por lo que convino la aplicación de la logoterapia, misma que puede explicarse Así: No tiene una relación con la lógica sino con el sentido o significación y con lo anímico y tiene relación con el inconsciente de manera irreflexionada e irreflexible, a cada detalle de la historia de la vida corresponde un valor de expresión personal, en una importancia “del como” más que “del que”, es una psicoterapia no psicoanalítica, y se le concibe concatenada a el conductismo y la Reflexología, penetrando en la dimensión de los fenómenos específicamente humanos.²⁹

1.3.7. HIPOTESIS

“La aplicación de la reflexoterapia y las Terapias Grupales y Alternativas” redujo el impacto psicosocial de los Trastornos Afectivos a una población de adultos Mayores de ambos géneros del Hogar de ancianos “Fray Rodrigo de la Cruz”. Antigua, Guatemala.

1.3.8. DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Las variables dependiente e independiente se enuncian de la manera siguiente:

A. La variable dependiente consiste en los trastornos afectivos.

Para lo cual se utilizaron las terapias reflexologicas, aroma y musicaterapeuticas las que se pueden definir así: La reflexoterapia permite definir, identificar y estimular las regiones somatopsiquicas de interés y la aromaterapia y musicoterapia son complementos que brindan bienestar físico y psicológico al usuario.

Estos trastornos pueden definirse así:

Trastornos afectivos:

La sintomatología esencial de este grupo comprende una alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo o maniaco parcial o completo, no debido siempre a otro trastorno mental o físico, acompañado de un síndrome afectivo parcial.

²⁹ Frankl Viktor E., “Ante el Vacío Existencial”, Editorial Herder, Barcelona 1988, pp.53-54.

Trastornos afectivos según la edad:

En este aspecto se relaciona la sintomatología asociada a la edad, que aunque los síntomas esenciales del episodio mayor son similares en niños, adolescentes y adultos, hay diferencia, en virtud que los ancianos pueden presentarse síntomas que sugieren demencia, así como desorientación con pérdida de memoria y la pérdida del interés o satisfacción en las actividades habituales, denotando apatía.

Definición Operacional de las Variables:

Para el efecto, la sintomatología esencial se resume: Como una enfermedad que comprende episodios maníacos y depresivos que pueden ser debidos a trastornos mentales o la ausencia de comprensión social y/o familiar.

Por lo anterior conviene asumir como indicadores: La angustia, ansiedad, frustración, depresión y la tensión, que degeneran en un vacío existencial:

Los anteriores indicadores precipitan la búsqueda de pautas de enfrentamiento y disminución de las consecuencias psicopatológicas y sociales que afectan a la población atendida.

Variable dependiente: Consecuente del beneficio de las terapias aplicadas, se generaron indicadores como: La relajación y recuperación de la estima, como parámetros de salud mental, que incentivaron en los usuarios un sentido de vida:

Sin lugar a dudas los indicadores de mayor impacto fueron los relativos al sentido de vida y de salud mental, en virtud que vincula otros indicadores.

B. La variable independiente consiste en la aplicación de la reflexoterapia y terapias afines.

De las variables anteriores se desprenden los indicadores que se definen operacionalmente así:

La aromaterapia: Consiste en el uso terapéutico de aceites esenciales aromáticos de plantas, debidamente agrupadas y clasificadas para su aplicación en cada caso, combinadas con los puntos digitales en correspondencia con la zona fisiológica e instancia psicoemocional a tratar.

La musicoterapia: Como vivencia acústica de armonización que permite canalizar niveles de tranquilidad, por medio de música clásica y de sonidos y tonos adecuados al tipo de terapia que se aplica, alternándose con los momentos de psicoterapia breve, un ambiente propicio.

En síntesis: En la variable dependiente se identifican los trastornos afectivos para su afrontamiento y la variable independiente consiste en la oferta de un programa para el manejo de estos trastornos por medio de terapias grupales y alternativas. (ver el programa en el apéndice “Anexos”).

Y para el afrontamiento del trastorno afectivo se propone el uso de técnicas psicológicas grupales y alternativas, mediante el empleo de indicadores tales como: La ansiedad, que se presenta frecuentemente generalizada en el afectado, la depresión, que lleva implícita una sintomatología asociada con humor irritable y pérdida de interés o placer, afectividad escasa: que se produce cuando el sujeto es dueño de una pobreza emocional y mental que lo torna incapaz de sentir y permitir que sientan afecto por el, desvalorización: como consecuencia de que el individuo no ostenta una escala de valores y de autoestima y la demencia, producto de un síndrome clínico caracterizado por una pérdida de las capacidades cognitivas.

En lo relativo a la variable independiente, se ofrece un programa para disminuir el trastorno afectivo por medio de terapias grupales y alternativas, derivado de los indicadores que afectan la salud mental y se pueden resumir así: El ánimo de vivir como resultado de la disminución de factores angustiantes de ansiedad y depresión, el relajamiento, como una gratificación, que produce tranquilidad física, mental, emocional y social, la autoestima, que permite compensar la pérdida afectiva y recuperar un concepto de ser aun útil en la vida, la capacidad de amar que se obtiene cuando el individuo establece relaciones interpersonales armoniosas, ofreciendo amistad, entendimiento, comprensión y afectividad con sus iguales y la revalorización, que se obtiene al rescatar principios y valores que le hagan sentir que ocupa un espacio vital.

CAPITULO II

2. TECNICAS E INSTRUMENTOS

Estos se emplearon de acuerdo al alcance de la objetividad propia de la investigación y la intención de obtener resultados satisfactorios, se configuró la unidad de análisis de la siguiente manera: Lugar y tiempo: El escenario de la investigación lo constituyó el Hogar para ancianos Fray Rodrigo de la Cruz, ubicado geográficamente en la ciudad de la Antigua Guatemala, en un tiempo de estudio e investigación de once meses, principiando en el mes de junio de 2005 al mes de mayo de 2006, de junio a enero en un horario comprendido de 08 a 12 horas los días lunes, miércoles y viernes y de febrero a junio de 2006 en un horario de 08 a 17 horas los días viernes, sábado y domingos y otros días cuando fue necesario.

Para la selección de la muestra se utilizaron las técnicas siguientes:

La observación: Entendida esta como el proceso de percepción conducido sistemáticamente siguiendo directrices metódicas (lógicas) y con atención, dirigida a un objeto determinado con la intención de obtener el conocimiento más amplio y exacto posible sobre él. Es base esencial de toda ciencia experimental,³⁰ derivado de lo anterior esta técnica se aplicó segmentadamente de la manera siguiente:

- 2.1. La observación libre: Se ejecutó preliminarmente sobre el terreno y escenario físico social y colectivo humano del universo poblacional, procurando aislar selectivamente la pre-muestra de interés para la investigación y se concentró en observar el comportamiento y actitudes espontáneas de las y los adultos mayores en sus actividades cotidianas, como las horas de alimentación, tiempos de descanso, espacios de recreación, momentos de silencio, horarios de medicación y cavilación de pensamientos intrasubjetivos, percibidos por la observadora como remembranzas de su pasado, en la mayoría de las veces frustrante y otros quehaceres de su rutina, espacios de vida en su entorno que en todo momento se registraron por escrito en un diario cronológico de recopilación de datos, para retroalimentar el banco de datos del proyecto de estudio.
- 2.2. La observación indirecta: Se realizó observando el comportamiento y actitudes, particularmente de la población muestra, para la fijación de los objetivos y estrategias de diseño de la investigación en un tiempo que abarcó 4 días en las instalaciones del asilo.

³⁰ Dorsch.op.cit.P.652

- 2.3. La observación estructurada: Se efectuó de manera individualizada e intencional, para la recopilación de datos que revistieron importancia, para la anotación de registros de interés clínico y social.

La entrevista: Que dentro de otras definiciones puede describirse así:

Es un medio de investigación, que en psicología y sociología es conducida en forma de conversación libre, pero en realidad metódica y sistemática que suministra material para la investigación y hasta para el diagnóstico. Se diferencia claramente del cuestionario³¹.

- 2.4. La entrevista: Conducida a autoridades, personal profesional, administrativo, técnico y de servicio, como una primera intención de conocer su opinión sobre el motivo de la investigación y su punto de vista sobre la presencia de factores psicoafectivos que afectan a la población elegida, externando su acuerdo en el proyecto y por unanimidad coincidieron en ratificar la presencia del trastorno, especialmente el personal que permanece la mayor parte del tiempo con los adultos mayores internos.

Las entrevistas y observaciones preliminares para la conformación de la selección de la muestra, se verificaron en tres momentos, así:

Como primer momento, de un universo de 135 adultas y adultos mayores se aisló una muestra de 28 personas, con el objeto de efectuar la preselección de la muestra base, conduciéndoles entrevistas focalizadas. En un segundo momento, se entrevistó de forma selectiva a 22 sujetos de la preselección de 28, lo que permitió elegir un subtotal de 21, y el tercer momento permitió elegir a 2 adultos mayores más, para completar la muestra requerida, con la variante que dos personas no colaboraron y una falleció, sumando la muestra en 11 del género femenino y 9 del género masculino, para completar 20. Adicionalmente se entrevistó a 10 sujetos ajenos a la muestra, para comparar y/o suavizar errores porcentuales de selección, verificación de datos y tolerancia de rangos estadísticos.

- 2.5. La selección de la muestra se realizó de la siguiente manera:

La muestra tuvo un tamaño de 20 adultos mayores de ambos géneros, 11 mujeres y 9 hombres, de un universo de 135 individuos, para satisfacer los requerimientos de una muestra Intencional o de Juicio, que reunieron las características que interesaron a los fines de la investigación.

³¹ Dorsch.op.cit.p.308.

Las edades oscilaron entre 65 a 100 años. Notándose una media por edades entre las década de 70 a 79 años. Organizados por género de la manera siguiente: 11 femeninos y 9 masculinos, de condición socioeconómica clase, baja y un indigente, que reunieron porcentajes de abandono, en virtud de que más del 90 % no reciben visitas de sus familiares por múltiples razones.

En lo referente a las condiciones fisiopatológicas, las que sobresalen en la población son, en hombres: Problemas prostáticos, diabéticos y artríticos y un caso de VHI. En las mujeres prevalecen las incidencias artríticas.

Fue importante observar que todos los integrantes de la muestra colaboraron en las instancias y fases preliminares así como en los trabajos de gabinete y en el trabajo de campo.

La consecución del trabajo si rindió los resultados esperados de acuerdo a los objetivos fijados, logro obtenido en buena proporción a la colaboración del personal del asilo.

2.6. Técnicas de recolección de datos:

Fueron aplicadas de manera técnica y profesional, arrojando rangos validos y fiables, conforme la ruta metodológica descrita así:

La recolección de datos implicó algunas visitas al asilo y la búsqueda de información con el personal de servicio, posteriormente con personal técnico y profesional y luego la formalización de la propuesta del perfil del proyecto con la dirección y subdirección del hogar.

Al obtenerse la autorización respectiva, se realizaron los acercamientos siguientes:

Una reunión con el personal de atención en el área de salud, seguidamente se llevo a cabo una presentación para dar a conocer los objetivos y alcances del proyecto de la investigación, con fines de configurar la logística adecuada al mismo.

Tres reuniones con la persona que se desempeña como terapeuta ocupacional y sule a la trabajadora social, por ausencia de esta y el enfermero profesional, las cuales comprendieron las secuencias siguientes.

1. Orientación sobre los beneficios de las terapéuticas a emplear.
2. Ensayo sobre el método a utilizar con los pacientes.
3. Aplicación práctica con los colaboradores para que verificaran los efectos del procedimiento y familiarización con el mismo para la eventualidad de su empleo en casos reales.

Las referidas actividades se ejecutaron dentro del cronograma diseñado, alternándose con otras tareas vinculantes con la investigación, como observaciones, entrevistas y recopilación de datos con los sujetos de la muestras.

Como parte de la programación también se implementaron faenas lúdicas, recreativas y de apoyo emocional con los integrantes de la muestra, como una alternancia psicoterapéutica y social.

En la mayoría de las actividades se emplearon acciones participativas.

2.7. Aplicación de test

Como test se concibe como la voz inglesa “Testimonium”, que en general tiene un sentido de prueba. Ha sido adoptada internacionalmente en psicología para designar pruebas que se proponen examinar las cualidades psíquicas en los individuos.³²

Y en la presente investigación se emplearon los siguientes:

- a. Test de evaluación de síntomas depresivos.
- b. Instrumento de valoración de la función afectiva.
- c. Instrumento discriminador de riesgo psicosocial y su test adjunto “Como me siento, como soy”.
- d. Escalas de automedición de depresión y escalas de autovaloración de la ansiedad “de Zung”.

Los procedimientos de aplicación de las pruebas y test colectivos, se administraron grupalmente, ciñéndose a los protocolos e instructivos correspondientes y los instrumentos personalizados fueron administrados de manera individual.

³² Dorcsh. Op.cit.p.976.

Los formatos empleados para la recolección de datos, fueron:

En infraestructura:

a. Guía de observación y diagnóstico institucional: Sirvió como una inspección, para la observación de las condiciones de las instalaciones del asilo, tales como Materiales de construcción, ambientes, ventilación, iluminación, servicios y otros.

Instrumentos para la recopilación de datos personales:

b. Guía de observación sistemática: Como documento escrito para observar y discriminar aspectos de apariencia, estado físico, conducta y lenguaje y pensamiento del seleccionado, paralelo a un examen mental.

c. Boletas de encuesta: Con la finalidad de nutrir el banco de datos y recopilación de la información para la preselección y selección de la muestra. Esto permitió conocer tiempo de permanencia en el hogar, estado de ánimo y relaciones interpersonales del interno.

d. Formato para entrevista: Utilizado para conducir las entrevistas para retroalimentar información de interés.

e. Boleta de comprobación de aplicación de baterías de test's.: Como evidencia probatoria de que se aplicaron los instrumentos, por medio de la firma o huella dactilar de los evaluados.

f. Boleta de reporte de variables de salud: Para conocer las fisiopatologías de mayor frecuencia en ambos géneros. Proporcionadas por personal de la enfermería.

g. Boleta de reporte de medicación: Para saber el tipo de medicamentos que ingieren los pacientes, según fisiopatología, proporcionados por personal de la enfermería.

Fichas Técnicas: Para la recolección de datos, previo a la aplicación de los test.

Fichas Clínicas: Para la recolección de datos, previo a la aplicación de las anamnesis

2.8. Test administrados: Estos consistieron en conocer y evaluar aspectos clínicos, psicológicos y sociales y fueron los siguientes:

a. Test de evaluación de síntomas depresivos.

Análisis: Mide rangos y rasgos de sintomatología depresiva.

Interpretación: Este test ubicó mayor incidencia depresiva como factor de descenso psicoafectivo. Fue configurado por el médico psiquiatra Adalberto Campo Arias.

b. Instrumento de valoración de la función afectiva.

Análisis: Se emplea para medir niveles de distorsión afectiva.

Interpretación: Este test midió los eventos de trastorno afectivo, es de carácter clínico-social, y para su calificación se utiliza una sumatoria de subtotales que rinden una interpretación numérica. Que varía desde rangos de normalidad, depresión moderada hasta depresión severa se consideraron rasgos incidentales de interés patológico y social. Es utilizado en Guatemala por el cuerpo profesional médico-psicológico del diplomado en atención al adulto mayor.

c. Instrumento discriminador de riesgo psicosocial y su test adjunto "Como me siento, como soy".

El instrumento discriminador de riesgo, comprende la versión ampliada y modificada de las escalas del cuestionario de síntomas, avalado por la Organización Mundial de la Salud y adaptado por el departamento de psiquiatría de la Universidad del Valle, Cali, Colombia, para la atención integral de personas de otras edades, En este caso se adaptó a la población etarea que interesó. Marcó una moderada significación del trastorno.

Y en lo relativo al test "Como me siento, como soy", consistió en formular 36 preguntas sobre síntomas generales para identificar somatizaciones, con la amena ilustración de dibujos. También adaptado para la población objetivo.

Análisis: Para la detección de factores de síndrome depresivo con degeneración psicoafectiva, se adaptó y rindió buenos resultados.

Interpretación: Su análisis y evaluación complementa la historia clínica para la detección de trastornos psicológicos y emocionales y comprende la aplicación del test adjunto al kit, no está diseñado para el manejo concreto de diagnósticos, sino identifica factores de riesgo y somatizaciones conexas.

d. Escalas de automedición de depresión y escalas de autovaloración de la ansiedad “de Zung”.

Análisis: Mide rasgos ansiosos y depresivos. Converge en tipificar depresión.

Interpretación: Instrumento diseñado por el Dr. William W.K.Zung, y considera a la depresión como una enfermedad y no un síntoma, para su calificación se utiliza una tabla numérica que arrojan sumas comparativas, relaciona grupos de valoración de controles, reacciones, desordenes y reacciones de ajuste. En lo relativo a la depresión correlaciona síntomas de desordenes afectivos persistentes con sus equivalentes psicológicos y fisiológicos. La formula de totales numéricos se hace de una sencilla manera sumatoria.

2.9. Herramientas Clínicas: Se aplicaron de la manera siguiente:

a) Anamnesis:

Para los fines de la investigación se optó por esta herramienta en virtud que la historia clínica clásica es muy extensa y la anamnesis fue la más indicada como instrumento escrito individualizado y de mayor recurrencia para el interrogatorio y desborde emocional, útil para, el registro, procesamiento y el vaciado de datos de interés clínico y social, aportados por los adultos mayores seleccionados, alternado con elementos, como la observación, el examen mental, los momentos de silencio o significativos de la persona, que evalúan los cuadros etiológicos enunciados en la presente investigación que en todo momento reflejaron alteraciones y problemas de tipo depresivo y en la presente investigación la Anamnesis se perfiló como un instrumento clínico con incidencia social con valores de validez y fiabilidad, producto de los episodios de catarsis aportados, y sobre las pruebas psicológicas aplicadas y los instrumentos clínicos y sociales utilizados, estos se consideraron como complemento para los análisis finales.

b) “DSM IV”, avalado por la Asociación Psiquiátrica Americana, su descripción es: Manual de Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta revisión

c) “CIE 10, capítulo V”, certificado por la Organización Mundial de la Salud. Su descripción es: Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión, pautas diagnósticas y de actuación ante los trastornos mentales y del comportamiento.

Independientemente de la anamnesis, los manuales arriba mencionados, constituyen herramientas clínicas de identificación y discriminación de diversos trastornos físicos, mentales y emocionales desde una perspectiva clínica, social y comportamental.

En el presente estudio del trastorno afectivo., ambos instrumentos de reconocimiento internacional se adaptaron a las necesidades de la comprobación hipotética. Y fueron empleados como medio comparativo de cuadros nosológicos y psíquicos procurando observar un perfil más social y comportamental.

Para el cotejo y ponderación de resultados porcentuales, no se utilizaron técnicas estadísticas cuantitativas, de cálculo estadístico frío y concreto objetivo, por considerar que de acuerdo a la naturaleza de la investigación, esta respondía a un perfil social, lo que permitió comparar los resultados que arrojaron los instrumentos arriba enunciados, desde una óptica concatenada a las técnicas de observación, aplicación de pruebas psicológicas y la anamnesis, de conformidad a la convivencia de la terapeuta y los sujetos de la muestra, observando una ponderación cuantitativa y cualitativa, como se demuestra en las gráficas plasmadas en el capítulo III de la presente investigación.

CAPITULO III

3. PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

3.1 La presentación de resultados cuantitativos y cualitativos se estimaron de manera fáctica sobre la realidad del fenómeno investigado a partir de los resultados ponderados de los instrumentos enunciados que permitieron describir los resultados siguientes: Cuantitativamente se operó el vaciado de datos y la tabulación se ponderó dentro de un margen de tolerancia de error de muestreo, internacionalmente aceptable, y cualitativamente se evaluaron y discriminaron los rasgos tipológicos, estructurales, funcionales, psicológicos y comportamentales de las y los adultos mayores delimitados en la muestra.

El proceso metodológico comprendió el procedimiento siguiente:

- a) Conociendo la historia de vida de las adultas y adultos mayores, producto de las anamnesis, se configuraba la aplicación práctica, discriminando y sectorizando las zonas podales y palmares a manipular de conformidad a la fisiopatología y psicopatología identificada en cada caso.
- b) Previo a la aplicación de la terapia manual, se establecía la alianza terapéutica, psicológica y reflexológica, con fines exploratorios, procurando el desborde emocional de (la) paciente con la finalidad de socializar el momento.
- c) Durante la ejecución de la reflexoterapia se procuraba observar momentos de silencio, observando los lapsos en todo momento significativos para fines de evaluación de resultados.
- d) Al finalizar la sesión terapéutica, se dejaba descansar al (la) paciente, observando en todo momento sus reacciones y actitudes.
- e) Como dato promedio se verificó en la mayoría de los casos, efectos de beneficio en el estado somático y psicológico-emocional ya que sus estados alterados, depresivos, de anomia, tristeza y desinterés mejoraban ostensiblemente dado que era evidente su cambio de estado de animo a tal grado que asumían comportamientos expresivos, como suspiros placenteros, remembranzas de su pasado que reflejaban complacencia y bienestar, llantos de conmiseración y drenaje de sentimientos de culpa, reflexiones o frustraciones que producían estados de desahogo y paz mental.

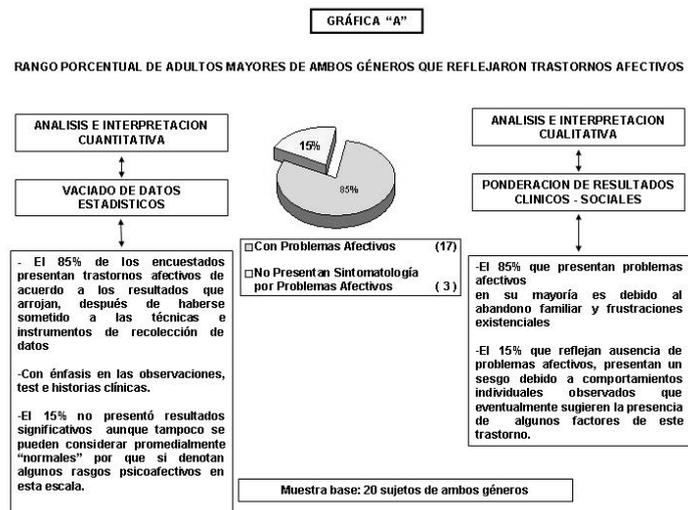
Asimismo es de hacer mención que de los casos de mayor interés clínico y social se abrieron protocolos de registro y de resultados arrojados como base de los antecedentes respectivos.

Los aspectos anteriores denotaron que las reflexoterapias fueron efectivas de conformidad a los resultados esperados.

Colateralmente a estos resultados propositivos es oportuno mencionar datos anecdóticos, como la producción de catarsis repletas de significados de sus historias personales que inducían una plena confianza en la terapeuta por parte de los usuarios, que normalmente finalizaban en llanto al relatar sus confidencias., asumiendo actitudes de agradecimiento y en ciertos casos glorificando y privilegiando la labor de la terapeuta, así también personal de apoyo y servicio requirieron someterse a la terapia y externaban su interés en conocer más de la misma que según ellos era novedosa.

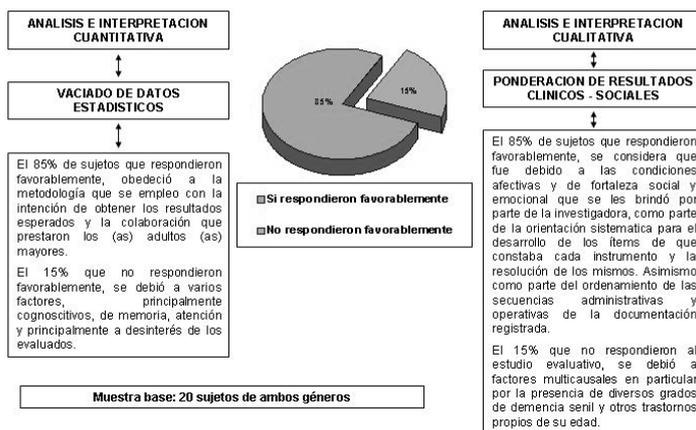
El método de muestreo obedeció a una muestra sensible y socialmente enfocada y fue representativa por su incidencia promedia del trastorno afectivo estudiado, que permitió evitar el exceso de formulas estadísticas probalísticas, lo que facilitó un manejo no aleatorio, por constituir una muestra intencional o de juicio.

La interpretación de resultados cuantitativos y cualitativos se respalda por las siguientes gráficas de pie.



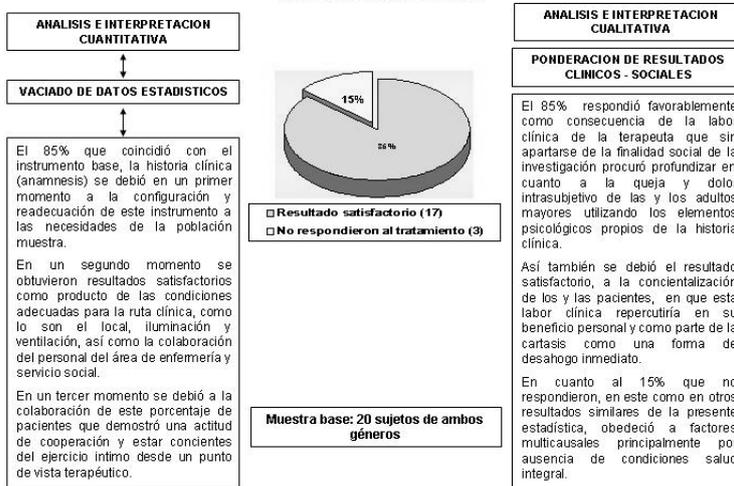
GRÁFICA "B"

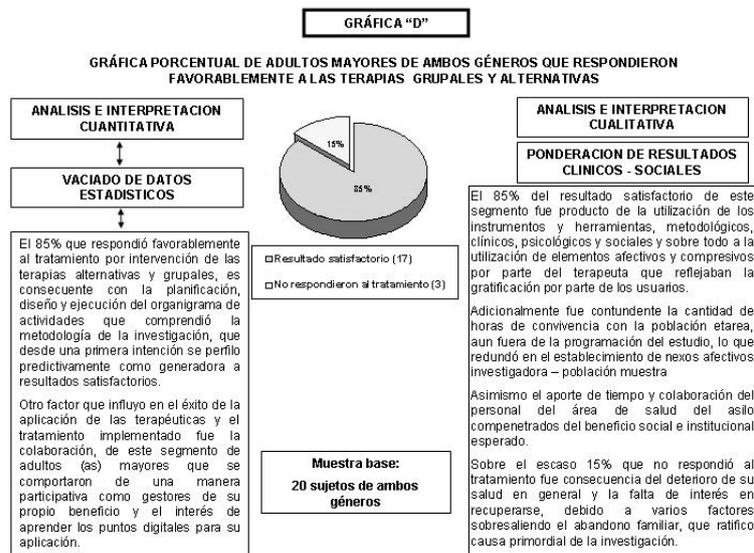
RASGO PORCENTUAL DE ADULTOS MAYORES DE AMBOS GÉNEROS QUE RESPONDIERON A LA PONDERACIÓN DE LOS TEST



GRÁFICA "C"

DATO PORCENTUAL DE ADULTOS MAYORES DE AMBOS GÉNEROS QUE COINCIDIERON EN LAS ANAMNESIS Y OTRAS PRUEBAS





3.2 Para el análisis del estudio exploratorio, éste tuvo como instancia preliminar, las encuestas respectivas, recopilación, registro y sistematización de la información, para el adecuado empleo de la metodología y técnicas, apropiadas y la utilización de los parámetros más idóneos para la medición social no paramétrica.

Para la aplicación de las Anamnesis, se utilizaron elementos psicológicos y clínicos sin desestimar los aspectos sociales, que eran los que interesaban, los que nutrieron la investigación con el ánimo de aprovechar la información y observación proporcionada por los pacientes.

Conviene mencionar que las pruebas con instrumentos escritos se aplicaron durante seis meses.

3.3 La interpretación de los resultados refleja la coincidencia con las diferentes fases de la metodología, instrumentos y herramientas empleadas, lo que permitió concluir y confirmar que se obtuvieron resultados efectivos en las diversas instancias intra y extrapsíquicas y sociales de las personas sometidas a las terapias alternativas aplicadas.

Para la discriminación y ponderación de resultados de las pruebas psicológicas y clínicas, se hicieron comparaciones con los instrumentos de medición y la coincidencia con las anamnesis y la observación sobre el terreno y el grupo etareo.

Los puntajes ponderados fueron evaluados conforme los protocolos de aplicación de cada prueba, para lo cual se operaron los rangos porcentuales que permitieron el puntaje matriz y su distribución en varias escalas de estimación a partir de un piso porcentual sobre una escala tope.

- a) Las bases porcentuales las constituyeron los valores de los resultado de los tests psicológicos y clínicos aplicados y las anamnesis, procurando acercar la coincidencia de esta última con los restantes instrumentos y herramientas para los hallazgos de niveles psicoafectivos, el examen mental, las observaciones, entrevistas y tomando en cuenta el grado de tolerancia de los resultados numéricos objetivos de los test´s preveendo las probabilidades de los márgenes consecuentes de error.
- b.) La evaluación ofreció resultados favorables en comparación con los objetivos de la investigación.

3.3 Interpretación de resultados:

Análisis de resultados

La muestra de 20 individuos que reflejan trastornos psicoafectivos, marcó un amplio porcentaje que si lo padecen y un escaso porcentaje que no lo padecen, consecuente con los instrumentos y tablas de medición socio-clínica.

En lo referente a la respuesta favorable a las terapias grupales y alternativas fue igualmente de un amplio porcentaje sobre un leve porcentaje negativo al determinarse su efectividad experimental respaldada por la experiencia en otros escenarios y grupos selectos y populares.

Obviamente la experiencia de la terapeuta sobre estas intervenciones fue importante, pero aun más determinante fue la disposición y colaboración espontánea de los pacientes, situación que permitió vivenciar hechos anecdóticos, repletos de singularidad, sentimiento y emoción satisfactoria para la investigadora.

Durante las secuencias de la operativización de las terapéuticas, se registró el incremento de la participación y motivación a los y las pacientes, alentando y estimulado a la terapeuta, ya que la mayoría de usuarios sometidos a las mismas, durante las primeras sesiones terapéuticas manifestaban los características cuadros sintomatológicos, propios de su estado psicoafectivo, como la tristeza, anomia, falta de interés en sus actividades cotidianas, desamor, desesperanza, depresión, revivencia de los fantasmas atormentadores de su pasado y escasa autoestima, pero conforme se sometían a los procedimientos

alternativos, su estado de ánimo mejoraba, pues se tornaban más amistosos, accesibles a la psicoterapia breve y la proactivación de niveles de sentido de vida y aceptación de su realidad.

Conviene mencionar algunos testimonios que respaldan la referida efectividad de las terapias utilizadas, por ejemplo: El caso de una paciente que al ser objeto de la fase de preparación para el procedimiento, manifestaba una permanente queja de su situación personal, referente al abandono familiar, sentido por ella con nostalgia y congoja, con accesos de llanto y conmiseración, hasta degenerar en episodios de histeria, pero luego de ser enfrentada y fortalecida verbalmente y la aplicación simultánea de la terapia zonal en pies y manos, disminuía paulatinamente su pesar y terminaba relatando pasajes de su vida, de una manera más alentadora y según comentarios del personal de atención del asilo y compañeros(as) de dormitorio, su carácter y estado de ánimo había mejorado.

Otro ejemplo de solidaridad comprensiva con las terapéuticas utilizadas y la aceptación de la naturaleza del proyecto de esta investigación, en el prólogo de la misma se relata el caso de la terapeuta ocupacional, que desbordó en llanto al observar una intervención con una paciente.

En síntesis se consideraron satisfactorios los resultados como consecuencia de la aplicación terapéutica a los adultos(as) mayores, resultados que ratificaron la predictiva efectividad de la reflexoterapia y las terapias complementarias utilizadas en este caso, como lo fueron la aromaterapia y la musicoterapia.

La coincidencia en la aplicación de las anamnesis y otras pruebas fueron alentadoras, situación que se considera muy aceptable y consecuente por constituir instrumentos clásicos y vigentes para fines diagnósticos y de evaluación.

Los resultados porcentuales se operaron y registraron estadística y fenomenológicamente desde una perspectiva social en menor rango cuantitativo y mayor rango cualitativo, con respaldo clínico, conservando y justificando su valoración.

Por lo que se considera que reunieron los rangos positivos siguientes:

“Si son aceptables los puntajes para la confirmación de la hipótesis”.

“Si se cumplió con el cometido propuesto”.

Sobre el diseño de gráficas, se utilizó el sistema de “pie”, por su sencilla interpretación visual y amena interpretación en cuanto a resultados.

CAPITULO IV

4.1 CONCLUSIONES

- 4.1. Si se acepta la hipótesis. Por el estudio, diagnóstico, hallazgo y verificación del trastorno afectivo en las y los adultos mayores, como resultado del proceso de la investigación realizada.
- 4.2. Si fue propositiva la intervención con terapias grupales y alternativas en las y los adultos mayores investigados, en virtud que si respondieron favorablemente al diagnóstico y aplicación de estas terapéuticas.
- 4.3 Al final se concluye que las y los adultos mayores del universo y particularmente los aislados para la muestra si padecen trastornos afectivos, los que se diferencian por el grado de intensidad, producto al entorno social y en que se desenvuelven, agravados por el abandono familiar y vacío existencial.
- 4.4 La consecución del estudio permitió factibilizar la conveniencia del empleo de la metodología científica del uso de instrumentos y herramientas reconocidos por la psicología y las terapéuticas holísticas.
- 4.4. Se concluye, que derivado de los resultados obtenidos en la presente investigación conviene considerar la posibilidad de conducir estudios de esta naturaleza en otras poblaciones con características similares...
- 4.5. También se concluye que la comunidad científica y organizaciones e instituciones que atienden al adulto mayor, con énfasis en las variables de salud mental, contemplen la incorporación de estas terapéuticas antiguas y a la vez vigentes abarque una mayor cobertura social.
- 4.6 De manera concluyente se determinó que las terapias grupales y alternativas no constituyen una curación o solución total de la problemática abordada pero reducen y/o suavizan el impacto del trastorno afectivo en la población muestra.

4.2 RECOMENDACIONES

Como consecuencia de la comprobación de la hipótesis planteada se pueden presentar las recomendaciones siguientes:

- 4.1.1. La ejecución, derivada del diseño y configuración de los planes y el proyecto del presente programa con alcances a corto y mediano plazo, por parte de los responsables del hogar para ancianos "Fray Rodrigo de la Cruz", Antigua Guatemala, y el apoyo de grupos multidisciplinarios con enfoque social y holístico para el enfrentamiento de este y otros trastornos paralelos.
- 4.1.2 Se recomienda proponer u ofertarse proyectos de este tipo a organismos gubernamentales, no gubernamentales o instituciones que atienden poblaciones en riesgo, como la del adulto mayor.
- 4.1.3. Pueden proponerse programas de capacitación a profesionales, técnicos, estudiantes de psicología y otras áreas de la salud o personas comprometidas con estas disciplinas para formarlos en el uso de estas terapéuticas.
- 4.1.4. Se recomienda implementar y hacer funcionar una clínica de psicología en el hogar de ancianos "Fray Rodrigo de la Cruz", Antigua Guatemala, con la finalidad de atender el trastorno objeto de la presente investigación y otras patologías similares en materia de salud mental.
- 4.1.5 Se recomienda que la Universidad de San Carlos y otras universidades privadas del país pueden considerar incluir dentro de sus pensa y pensum de estudios, este tipo de alternativas terapéuticas para enriquecer la preparación y formación de los egresados en las áreas de la salud.
- 4.1.6. Se recomienda que se pueden implementar mecanismos y contactos con otras instituciones educativas y con la comunidad científica internacional con la finalidad de establecer intercambios de información y experiencias en este tipo de programas con el propósito de actualizar y operativizar los programas y planes para su ejecución.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Almengor López Delma Lissette, “La Incidencia de Síntomas Depresivos en Personas Institucionalizadas de la Tercera edad que sufren de marginación familiar” Tesis de graduación, Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, 2004, 90 pp.
2. Asociación psiquiátrica americana, Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta revisión, “DSM IV”, impresora Masón, México, 513 pp.
- 3.- Bensabat, Soly y 28 expertos más, Estrés, grandes expertos responden, ediciones mensajero, España, 1994, 322 pp.
- 4.- Barrero Fernández Antonio, “Estrés y Ansiedad”, Impresión mimeografiada España, 317 Pp.
- 5.- Bunge, Mario, La ciencia en el devenir histórico, ediciones siglo veinte, Argentina, 1958, 113 pp.
- 6.- Chávez Zepeda, Juan José, Elaboración de Proyecto de Investigación, Documento reproducido, Guatemala, 1998, 76 pp.
- 7.- Confort Alex, “Una buena edad, la Tercera Edad” Editorial Blume, México, 1999, 280 Pp.
- 8.- Dávila Vásquez, Carlos, “Promoción de la Salud en el Adulto Mayor”, 90 Pp.
- 9.- De la Fuente, Ramón, Psicología Medica, Nueva Versión, Fondo de Cultura Económica, México, 1997, 789 pp.
- 10.- Dorch Friedrich, Diccionario de Psicología, Editorial Arder Saa, Barcelona 1976, España, 1403 pp.
- 11.- Estrada Rodríguez Mauro, Goñi Laura y Corona David, “Creatividad en la Tercera Edad” Editorial Panorama, 125 Pp.
- 12.- Farre Marti, Joseph M. “Enciclopedia de la Psicología”, Editorial Océano, 448 Pp.

- 13.- Frankl Viktor E, "La Presencia Ignorada de Dios", Editorial Herder, Barcelona 1988, 130 Pp.
- 14.- Frankl Viktor E., "Ante el Vacío Existencial", Editorial Herder, Barcelona 1988, 170 Pp.
- 15.- Frankl Viktor E., "La voluntad de sentido", Editorial Herder, Barcelona 1988, 231 Pp.
- 16.- Gillanders Ann, "Reflexología, una guía paso a paso", Editorial Paidós Ibérica, 141 Pp.
- 17.- Girón Mena, Manuel Antonio, "Gerontología y Geriatria Social", Editorial José de Pineda Ibarra, 160 Pp.
- 18.- Harding Jennie, "Los secretos de la Aromaterapia" Editorial Evergreen, 224 Pp.
- 19.- Hernández Méndez, Jorge H. "La Jubilación y la Vejez", Editorial del Ejercito, 161 Pp.
- 20.- Hospital Nacional de Salud Mental, Guía Farmacológica, folleto litografiado, Guatemala, 1996, 40 pp.
- 21.- Hueso Arriaga David Alberto, Silvia Elizabeth Ruiz Juárez, "El vacío Existencial de las personas de la Tercera Edad institucionalizadas en el área urbana Guatemalteca" Tesis de graduación, Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, 1996, 50 pp.
- 22.- Jimeno Ledesma, L. Meledero Marcos, "Estudio Sobre las Depresiones" Editorial Salamanca España, 1989, 357 Pp.
- 23.- Krapp Kpristine, Longe, L. Jacqueline. "Enciclopedia de las Medicinas Alternativas" Editorial Océano, 1568 Pp.
- 24.- Kolb, Lawrence, Psiquiatría Clínica Moderna, Editorial la Prensa Mexicana, México, 1983, 1017 pp.
- 25.- Levin, Jack, Fundamentos de estadística en la investigación social, editorial Harla, México, 1979, 306 pp.

- 26.- Merson Stephen, "Depresión" "Guía practica para entender y manejar esta enfermedad", Editorial Norma, Colombia, 1997, 119 Pp.
- 27.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Construyamos la felicidad, programa de asistencia psicosocial con familias, documento impreso para ejecución, Guatemala, 2002, 69 pp.
- 28.- Monedero, Carmelo, Psicopatología General, editora biblioteca nueva, España, 1976, 908 pp.
- 29.- Océano editora, Enciclopedia de las medicinas alternativas, España, 2005, 1568 pp.
- 30.- Organización Mundial de la Salud, Manual sobre Pautas Diagnósticas de Actuación ante los Trastornos Mentales en Atención Primaria en Salud, décima revisión, "CIE-10", Capítulo V, España, 1999, 100 pp.
- 31.- Orjuela López Liliana, "La Depresión Control y Superación", Editorial Libro - Hobby - Club, s.a, 317 Pp.
- 32.- Pérez Pivaral, José Roberto, Instructivo para la presentación de trabajos y ejercicios de cursos y recopilación de otros fragmentos sobre la ciencia en el devenir histórico, Escuela de Ciencias Psicológicas, USAC., 1994, Guatemala, 153 pp.
- 33.- Piazza Dalia, "Curso Básico de Reflexología del pie y de la mano", Editorial de Vecchi, Italia, 2001, 20 Pp.
- 34.- Roose, P. Steven, Dunita Martín, "Demencia y Depresión en el Anciano", Editorial Lundbeck, 50 Pp.
- 35.- Rubinstein, Leontiev. S. I; Objeto de la Psicología, Naturaleza de lo psíquico, Editorial Grijalbo s.a; México, 1968, 611 pp.
- 36.- Sahakian, William, Historia de la psicología, editorial trillas, España, 673 pp.
- 37.- Sánchez Gómez, Antolin Augusto, "La jubilación y el tipo de actividad sustitutiva que realizan las personas de tercera edad y su incidencia en el apareamiento de la depresión" Tesis de graduación, Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, 2004, 82 pp.

- 38.- Schutzeberger Ancelin, "Nuevas Terapias de Grupo", Editorial Pirámide S.A. 303 Pp.
- 39.- Universidad de San Carlos de Guatemala, Universidad del valle y Universidad Rafael Landivar epidemiología, Curso de Especialización en Salud Mental, Modulo IV. Guatemala, 1999, .97 pp.
- 40.- Universidad Francisco Marroquín, Grupo Ermita, Diplomado en el adulto mayor, Documento impreso, Guatemala, 122 pp.
- 41.- Wolman, Benjamín, Corrientes contemporáneas en psicología, Editorial trillas, México, 1975, pp.352.
- 42.- Zetina Castellanos, Waldemar, Fundamentos teóricos, proceso y técnicas de la investigación científica, documento reproducido, Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos Guatemala, 1996, 258 pp.
43. - Sitios y portales de internet consultados.

www.healthpastoral.org/events/18conference/cervera.htm. Yahoo.com

www.psicofarmacologia.bizlan.com/TDM.html. Google

ANEXOS

La presente propuesta tiene como finalidad la implementación de un programa que permita y factibilice la aplicación de terapéuticas alternativas y grupales con el propósito de afrontar el flagelo del trastorno psicoafectivo en una población de adultas y adultos mayores atendidos en el Hogar de ancianos "Fray Rodrigo de la Cruz", Antigua Guatemala.

CONTENIDO:

Conocer y socializarse con la naturaleza integral de la condición humana del adulto mayor.

Establecer planes y estrategias tendentes a tratar a las y los internos del asilo.

Establecer un compromiso de trabajo con equipos integrantes de los grupos de apoyo reflexoterapéutico y psicoterapéutico.

ATRIBUTOS:

Sinceridad: Ser veraz, franco y real con los pacientes.

Comprensión: Se entiendan, respeten y acepten las actitudes y comportamiento de los pacientes.

Voluntad de acción: Determinación y firmeza para lograr los resultados con disposición, intención, deseo y compromiso.

Convicción de que es posible mejorar: Convencimiento pleno, creer que juntos es posible el bienestar derivado de reflexionar, analizar y decidir.

OBJETIVOS	ACTIVIDAD	METODOLOGIA	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION
<p>A. General: Que el terapeuta aplique las terapéuticas adecuadas a cada caso.</p> <p>B. Específicos: Que el terapeuta identifique y se familiarice con cada paciente.</p> <p>1. Que se someta a vigilancia y ponderación el progreso de los tratamientos.</p> <p>2. Que el Psicólogo aplique los métodos y técnicas psicológicas como apoyo psicoterapéutico.</p>	<p>01. Conformación de las redes de apoyo.</p> <p>01.1 Preparación del escenario y los participantes para la ejecución de las terapias.</p> <p>01.2 Aplicación de la reflexoterapia, aromaterapia y de la musicoterapia.</p> <p>01.3 Reunión con los pacientes para ventilar resultados.</p> <p>01.4 Reunión con el grupo o grupos de apoyo para confrontar y discutir resultados de la actividad y otras actividades anteriores.</p>	<p>A. Participativa</p> <p>B. Psicológica</p> <p>C. Socioafectiva.</p>	<p>01. En los salones y salas destinadas para el efecto.</p> <p>01.1 Bajo la coordinación de un terapeuta calificado</p> <p>01.2 Planificación del procedimiento a ejecutar en la próxima actividad.</p>	<p>A. Institucionales: Infraestructura: Instalaciones del hogar.</p> <p>01 Espacios abiertos y cerrados para la labor de reflexoterapia y clínica psicológica.</p> <p>B. Humanos: Terapeuta responsable, Auxiliares y personal de apoyo.</p> <p>C. Materiales: a. Psicológicos: b. Fichas clínicas. c. Historias clínicas/anamnesis.</p> <p>D. Reflexológicos: 01. Camillas o mesas de reflexomasaaje. 01.1 Toallas. 01.2 sets de aceites aromáticos. 01.3 Equipos de sonido y cd's musicales. 01.4 Mapas de reflexoterapia.</p>	<p>A. Temporal: 01. En un horario de cuatro horas diarias, de lunes a viernes y eventualmente, por urgencia o como actividad grupal.</p> <p>01.1 en un espacio terapéutico de 30 a 45 minutos por paciente.</p> <p>01.2 Para la psicoterapia un tiempo de 45 minutos por paciente.</p> <p>B. Atemporal</p> <p>01.3 Indefinido. Mientras dure la permanencia del paciente en el hogar o se reincorpore a otro ambiente familiar propio o sustituto.</p>	<p>01. Al final de cada actividad.</p> <p>01.2 Semanalmente.</p> <p>01.3 Mensualmente.</p> <p>01.4 Cuando las necesidades lo requieran.</p>

DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL

1. ASPECTOS GENERALES:
 - 1.1 NOMBRE DEL CENTRO:
 - 1.2 DIRECCIÓN:
 - 1.3 DEPARTAMENTO:
 - 1.4 TELEFONOS:
 - 1.5 NOMBRE DEL DIRECTOR:
 - 1.6 DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA EL CENTRO:
 - 1.7 TIPO DE POBLACIÓN A LA QUE ATIENDE:
2. ESTRUCTURA FISICA:
 - 2.1 TIPO DE CONSTRUCCIÓN:
 - 2.2 EXTENSIÓN:
 - 2.3 PLANO GRAFICO:
 - 2.4 ORGANIZACIÓN:
 - 2.5 PERSONAL:
 - 2.6 COLABORADORES:
 - 2.7 ORGANIGRAMA:

Hogar de ancianos FRAY RODRIGO DE LA CRUZ
Antigua Guatemala

GUIA DE OBSERVACION SISTEMATICA

Nombre del adulto(a) mayor: _____

Edad: _____ Género: _____ Fecha de observación: _____

ASPECTOS A OBSERVAR:

APARIENCIA (Marcar con una X)

Limpio _____ Sucio _____ Descuidado(a) _____ Presentable _____ Peso adecuado _____

ESTADO FISICO:

Se ve relativamente sano(a) _____ Se ve enfermo(a) _____ Presenta golpes _____

En donde _____ Se viste de acuerdo a su edad: Si _____ No _____ Porque _____

Usa objetos extravagantes: Si _____ No _____

CONDUCTA:

Sociable _____ Aislado(a) _____ Timido(a) _____ Inquieto(a) _____ Tranquilo(a) _____

Hiperactivo(a) _____ Colaborador(a) _____ Participativo(a) _____ No participativo(a) _____

Agresivo(a) _____ Ansioso(a) _____ Amable _____ Egocentrico(a) _____ Generoso(a) _____

Otras conductas _____

LENGUAJE Y PENSAMIENTO:

Habla claro: Si _____ No _____ Tartamudea: Si _____ No _____ Cuesta que hable: Si _____ No _____

No se entiende lo que dice: Si _____ No _____ No pronuncia bien alguna letra Si _____ No _____

Grita para hablar: Si _____ No _____ Habla quedo: Si _____ No _____ Habla mucho Si _____ No _____

OBSERVACIONES: _____

No.

Hogar de ancianos FRAY RODRIGO DE LA CRUZ
Antigua Guatemala

BOLETA DE ENCUESTA

NOMBRE: _____ GÉNERO: MASCULINO: _____ FEMENINO: _____

EDAD: _____ DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

TIEMPO DE ESTAR INTERNO _____ SE SIENTE FELIZ: _____ TRISTE: _____

NORMAL: _____ CREE QUE SE MANTIENE DEPRIMIDO(A): _____ SE LLEVA BIEN CON COMPAÑEROS (AS)
SI _____ NO _____

CREE QUE NECESITA AYUDA O APOYO EMOCIONAL: SI: _____ NO: _____ QUE MEDICINAS TOMA _____

PUEDA COLABORAR EN ESTE ESTUDIO: SI: _____ NO: _____

SE SIENTE BIEN EN ESTE CENTRO SI _____ NO _____ OBSERVACIONES: _____

Hogar de ancianos "Fray Rodrigo de la Cruz"
Antigua Guatemala.

No.

FICHA TÉCNICA

NOMBRE _____ FECHA: _____

EDAD: _____ GENERO: _____ TIEMPO DE VIVIR EN EL HOGAR _____

SABE LEER Y ESCRIBIR: SI ___ NO ___ ESCUCHA BIEN: SI ___ NO ___ ESCOLARIDAD _____

TIPO DE TEST'S A APLICAR: 1 _____ 2 _____

3 _____ 4 _____ OTRAS PRUEBAS: _____

FECHAS DE ADMINISTRACIÓN: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

5. _____ Nombre del evaluador: _____

Hogar de ancianos FRAY RODRIGO DE LA CRUZ
Antigua Guatemala

No.

FICHA CLINICA

Nombre: _____

Edad: _____ Genero: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Nombre de algún familiar cercano o responsable: _____

Teléfono de Familiares: _____

Fecha de elaboración de esta ficha: _____

Fecha de elaboración de la anamnesis: _____

Nombre de la entrevistadora: _____

ANAMNESIS

I. DATOS GENERALES

Nombre: _____

Edad: _____ Genero: _____ Lugar y fecha de Nacimiento _____

Domicilio de la Familia: _____

Teléfono de Algún Familiar o Responsable: _____

Escolaridad: _____

Fecha de Elaboración: _____

II. MOTIVO DE CONSULTA: _____

Queja Principal: _____

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL. _____

IV. HISTORIA SOCIAL: _____

Relación con otros internos (AS): _____

V. HISTORIA FAMILIAR: _____

VI. HISTORIA PERSONAL. _____

Antecedentes de salud: _____

Uso de Ayudas: _____

Análisis y Pruebas Aplicadas: _____

VII. EXAMEN MENTAL:

1. Aspecto General: _____

2. Conciencia: _____

3. Atención: _____

4. Memoria: _____

5. Mímica: _____

6. Orientación: _____

7. Manifestaciones Físicas y Emocionales: _____

8. Afectividad: _____

9. Conducta Motora: _____

10. Pensamiento: _____

VIII. IMPRESIÓN CLÍNICA: _____

IX. PLAN TERAPEUTICO: _____

X. PRONÓSTICO: _____

XI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: _____

HOJA DE EVOLUCIÓN

PX.:

RESULTADOS:

OBSERVACIONES:

Institución:
Hogar Fray Rodrigo de la Cruz
Antigua Guatemala

Expediente No. _____

Formato de entrevista

Género: M. _____ F. _____

Instrucciones: Responda las siguientes preguntas

1. ¿Usted es feliz en este momento? (Sentido de vida)

Si () No ()

Por Qué _____

2. ¿Cuál cree usted que es el sentido de su vida? (Vacío y Frustración)

a) Estar con su familia () b) Ser independiente () c) Ser Feliz ()
d) Ninguno ()

3. ¿Qué proyecto a lo largo de su vida ha logrado, metas, objetivos de vida?
(Autorrealización y autotranscendencia)

Si () No ()

Cuáles: _____

4. ¿A lo largo de su vida cree usted que ha aportado de forma positiva a su familia o amigos, para mejorar su vida y la de ellos? (Valor creativo - Dar)

SI () No ()

Qué cosas: _____

5. ¿Qué ha recibido usted de su familia y amigos? (Valores Experienciales,
Recibir)

a. Amor _____ b. Amistad _____ c. Solidaridad _____
d. Cosas Materiales _____ e. Nada _____ f. Otros _____

6. ¿Cómo se siente hoy en día al estar en este lugar?

(Valores Actitudinales y Tríada Trágica)

7. ¿Si pudiera cambiar algo de su vida, qué cambiaría?

a. Nada () b. Algunas cosas () c. Todo ()

Por qué: _____

Expediente No. _____

TEST DE EVALUACION DE SINTOMAS DEPRESIVOS

Sexo: M _____ F _____ Edad: _____

Instrucciones: Marque la casilla de los apartados que correspondan con su estado actual, ya que se obtendrá una lista de síntomas que puede ayudar a determinar si hay indicios de depresión.

1. Mantiene sentimientos de tristeza o irritabilidad:
SI () NO ()

2. Perdida de interés o placer en actividades que antes disfrutaba.
SI () NO ()

3. Cambios en el peso o en el apetito.
SI () NO ()

4. Cambios en las pautas de dormir (Disminución o aumento de las Horas de sueño).
SI () NO ()

5. Sentimiento de culpa o inutilidad.
SI () NO ()

6. Dificultad para concentrarse, recordar cosas o tomar decisiones.
SI () NO ()

7. Fatiga o pérdida de energía.

SI () NO ()

8. Agitación o disminución de la actividad notado por otros.

SI () NO ()

9. Pensamiento de suicidio o muerte.

SI () NO ()

10. ¿Les sucede todo esto desde hace más de dos semanas?

SI () NO ()

Test elaborado por el médico Psiquiatra Adalberto Campo Arias, Profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

TEST DE EVALUACION DE SINTOMAS DEPRESIVOS

Exp. No.	Genero		Edad	p1		p2		p3		p4		p5		p6		p7		p8		p9		p10	
	Masculino	Femenino		si	no	si	no																
1		1	79	1	1			1	1			1	1					1	1			1	1
2		1	72	1	1			1	1			1	1					1	1			1	1
3		1	86	1	1			1	1			1	1					1	1			1	1
4	1		65	1	1			1	1			1	1					1	1			1	1
5	1		66	1	1			1	1			1	1					1	1			1	1
6	1		79	1	1			1	1			1	1					1	1			1	1
7		1	100	1	1			1	1			1	1					1	1			1	1
8		1	61	1	1			1	1			1	1					1	1			1	1
9	1		70	1	1			1	1			1	1					1	1			1	1
10		1	82	1	1			1	1			1	1					1	1			1	1
11		1	82	1	1			1	1			1	1					1	1			1	1
12	1		75	1	1			1	1			1	1					1	1			1	1
13	1		68	1	1			1	1			1	1					1	1			1	1
14		1	63	1	1			1	1			1	1					1	1			1	1
15	1		80	1	1			1	1			1	1					1	1			1	1
16		1	81	1	1			1	1			1	1					1	1			1	1
17	1		79	1	1			1	1			1	1					1	1			1	1
18	1		88	1	1			1	1			1	1					1	1			1	1
19		1	92	1	1			1	1			1	1					1	1			1	1
20		1	70	1	1			1	1			1	1					1	1			1	1
Total	9	11		13	7	9	11	10	10	15	5	11	9	7	13	14	6	11	9	5	15	12	8

Institución:
Hogar Fray Rodrigo de la Cruz
Antigua Guatemala

Expediente No. _____

Nombre: _____

Edad: _____ Género: _____ Fecha: _____

Instrumento para Valoración de la Función Afectiva
(detección de depresión)

- ¿Esta usted básicamente satisfecho con su vida?: NO:
- ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?: SI:
- ¿Ha sentido usted que su vida está vacía?: SI:
- ¿Se siente a menudo Aburrido?: SI:
- ¿Tiene a menudo buen animo?: NO:
- ¿Tiene miedo de que algo malo le este pasando?: SI:
- ¿Se siente feliz muchas veces?: NO:
- ¿Se siente a menudo abandonado?: SI:
- ¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer nuevas cosas?: SI:
- ¿Cree que usted tiene mas problemas de memoria que la mayoría de las personas?: SI:
- ¿Piensa que es maravilloso vivir?: NO:
- ¿Se siente bastante inútil en el medio en el que esta?: SI:
- ¿Se siente lleno de energía?: NO:
- ¿Siente que su situación es desesperada?: SI:
- ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?: SI:

Total

Interpretación

0-5	Normal
6-10	Depresión moderada
11-15	Depresión severa

**ESTE DOCUMENTO ES CONFIDENCIAL Y DE USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL
QUE LE ATIENDE**

FECHA _____ ESTABLECIMIENTO _____

EXPEDIENTE _____ NOMBRE COMPLETO _____

EDAD _____ DIRECCIÓN _____

¿COMO ME SIENTO, COMO SOY?

Los cuadros con los dibujos y preguntas que le entregaron forman parte del estudio médico, Psicológico y Social que debe tener todo adulto para poder ayudarlo y atenderlo mejor, Marque su respuesta con **SI** o **NO**, de acuerdo a como usted se ha sentido en los últimos 30 días.

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 01.- SI () NO () | 19.- SI () NO () |
| 02.- SI () NO () | 20.- SI () NO () |
| 03.- SI () NO () | 21.- SI () NO () |
| 04.- SI () NO () | 22.- SI () NO () |
| 05.- SI () NO () | 23.- SI () NO () |
| 06.- SI () NO () | 24.- SI () NO () |
| 07.- SI () NO () | 25.- SI () NO () |
| 08.- SI () NO () | 26.- SI () NO () |
| 09.- SI () NO () | 27.- SI () NO () |
| 10.- SI () NO () | 28.- SI () NO () |
| 11.- SI () NO () | 29.- SI () NO () |
| 12.- SI () NO () | 30.- SI () NO () |
| 13.- SI () NO () | 31.- SI () NO () |
| 14.- SI () NO () | 32.- SI () NO () |
| 15.- SI () NO () | 33.- SI () NO () |
| 16.- SI () NO () | 34.- SI () NO () |
| 17.- SI () NO () | 35.- SI () NO () |
| 18.- SI () NO () | 36.- SI () NO () |

¿COMO ME SIENTO, COMO SOY?

- 1- **¿Tiene fuertes dolores de cabeza?**
Responda "Si", si en los últimos 30 días viene padeciendo de fuertes dolores de cabeza dos o más veces por semana.
- 2- **¿Tiene poco apetito?**
Responda "Si", si en últimos 30 días no ha tenido apetito, como muy poco, o no siente deseos de comer Si es lo contrario marque "No".
- 3- **¿Duerme mal?**
Responda "Si" si tarda dos o más horas en quedarse dormido por las noches. Si se despierta en la mañana dos o más horas antes de lo acostumbrado, Si su sueño es interrumpido con frecuencia sobresaltos.
- 4- **¿Se asusta con facilidad?**
Responda "Si", cuando todo le asusta o se asusta fácilmente y los demás lo notan.
- 5- **¿Sufre de temblor de manos?**
- 6- **¿Se siente nervioso(a). Tenso (a) o aburrido(a)?**
- 7- **¿Sufre de mala digestión?**
Responda "Si", si en los últimos 30 días todo lo que como le cae mal al estomago. Marque "No", si sólo sucede pocas veces.
- 8- **¿No puede pensar con claridad?**
Responda "Si", si en los últimos 30 días no puede pensar con claridad y le cuesta pensar a tal punto que no puede realizar sus labores diarias.
- 9- **¿Se siente triste?**
Responda "Si", si en últimos 30 días se ha sentido triste casi todo el tiempo.
- 10- **¿Llora con mucha frecuencia?**
Responda "Si", si en los últimos 30 días llora por cualquier cosa, Si ha llorado por una causa razonable, por ejemplo la muerte de un ser querido, explíquesele a la enfermera.
- 11- **¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?**
Responda "Si", si las actividades diarias le causan problemas y sufrimientos.
- 12- **¿Tiene dificultad para tomar decisiones?**
Responda "Si", Si en el momento de tomar decisiones aún en el caso de situaciones sin importancia, no es capaz de llegar a una determinación final.

- 13- **¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? Sufre con el trabajo, encuentra que no le gusta nada de los que hace o que se le olvidan las cosas con frecuencia?**
- 14- **¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?**
Siente que son inútiles todos sus esfuerzos por conseguir algún papel útil en su vida?
- 15- **¿Ha perdido interés en las cosas?**
Responda "Si", si en los últimos 30 días ha perdido totalmente el interés y gusto por las cosas que antes le llamaban la atención.
- 16- **¿Siente que es una persona inútil?**
Le parece que todas las cosas le salen mal?
O siente que lo que hace carece de valor o de utilidad?
- 17- **¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?**
- 18- **¿Se siente cansado(a) todo el tiempo sin que haya una causa para ello?**
- 19 **¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?**
Responda "Si", si ha sentido ardor, dolor o pesadez en el estómago en los últimos 30 días.
- 20- **¿Se cansa con facilidad?**
Responda "Si", si este cansancio lo siente haciendo las mismas cosas que antes no le cansaban.
- 21- **¿Siente que alguien ha tratado de herirle en alguna forma, o sea que alguien le persigue para hacerle daño o causarle algún perjuicio y esto le mantiene muy preocupado.**
- 22- **¿Es usted una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?**
Responda "Si", si siente que es un gran personaje que tiene poderes especiales, que tienen mucho dinero o que ha hecho grandes inventos.
- 23- **¿Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos?**
Responda "Si", si siente que están controlando la mente, recibe órdenes telepáticas o por televisión, u órdenes de otros planetas o de otras personas.
- 24- **¿Oye voces sin saber de donde vienen y que otras personas no pueden oír?**

- 25- ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas, con mordedura de lengua o pérdida del conocimiento?
- 26- ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado café?
- 27- ¿Alguna vez ha querido dejar de beber café, pero no ha podido?
- 28- ¿Ha tenido alguna vez dificultad en realizar actividades a causa de fumar, o beber café?
- 29- ¿Ha estado en alguna riña con sus compañeros(as) que le hayan causado daño físico o emocional?
- 30- ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado café?
Responda "Si", si una o más veces a la semana toma más de 3 tasas al día.
- 31- ¿Tiene usted amigos que fuman?
- 32- ¿Fuman en la habitación?
- 33- ¿Ha fumado cigarrillos (tabaco)?
- 34- ¿Ha inhalado pegamento o alguna sustancia similar?
- 35- ¿Ha fumado marihuana?
- 36- ¿Ha ingerido medicamentos que no le hayan sido recetados por un médico?

*ESCALA PARA LA AUTO-MEDICIÓN
DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG*

NOMBRE: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

ÍTEM		MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUA MENTE
1.	Me siento abatido y melancólico.				
2.	En la mañana me siento mejor.				
3.	Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4.	Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5.	Como igual que antes solía hacerlo.				
6.	Todavía disfruto de las relaciones sexuales.				
7.	Noto que estoy perdiendo peso.				
8.	Tengo molestias de constipación.				
9.	El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10.	Me canso sin hacer nada.				
11.	Tengo la mente tan clara como antes.				
12.	Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.				
13.	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14.	Tengo esperanza en el futuro.				
15.	Estoy más irritable de lo usual.				
16.	Me resulta fácil tomar decisiones.				
17.	Siento que soy útil y necesario.				
18.	Mi vida tiene bastante interés.				
19.	Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.				
20.	Todavía disfruto con las mismas cosas.				
TOTAL					

ESCALA PARA LA AUTOVALORACIÓN DE LA ANSIEDAD DE ZUNG

NOMBRE: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

ÍTEMS		Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1.	Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre.					
2.	Me siento atemorizado sin motivo.					
3.	Me altero o me angustio fácilmente.					
4.	Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos.					
5.	Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo.					
6.	Me tiemblan los brazos y las piernas.					
7.	Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda.					
8.	Me siento débil y me canso fácilmente.					
9.	Me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto.					
10.	Siento que el corazón me late aprisa.					
11.	Sufro mareos.					
12.	Me desmayo o siento que voy a desmayarme.					
13.	Puedo respirar fácilmente.					
14.	Se me duermen y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies.					
15.	Sufro dolores de estómago o indigestión.					
16.	Tengo que orinar con mucha frecuencia.					
17.	Generalmente tengo las manos secas y calientes.					
18.	La cara se me pone caliente y roja.					
19.	Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche.					
20.	Tengo pesadillas.					
Puntuación total						

HOGAR DE ANCIANOS FRAY RODRIGO DE LA CRUZ
Antigua Guatemala

No.

**BOLETA DE COMPROBACION DE
APLICACIÓN DE BATERIA DE TEST'S**

**Proyecto de investigación "LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION
PSICOSOCIAL PARA EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS CON TERAPIAS GRUPALES
Y ALTERNATIVAS, EN UNA POBLACION DE ADULTOS MAYORES DE AMBOS GÉNEROS"**

Aplico

Escuela de Ciencias Psicologicas

Evaluado

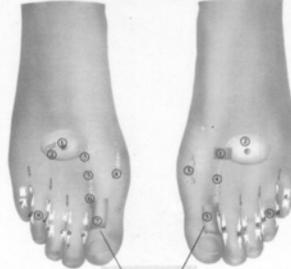
F: _____
Huella Dactilar

ZONAS REFLEJAS DE LOS PIES

Basadas en el libro "La respuesta está en los pies"

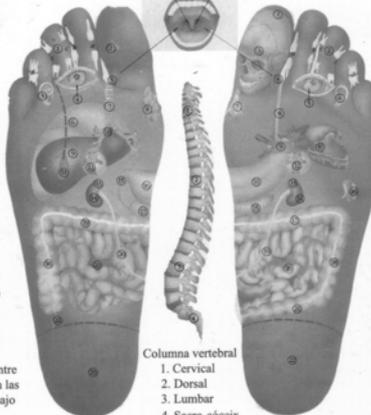


- Mama
- Vesícula biliar
- Bronquitis
- Esternón
- Tráquea-Esófago
- Larínge
- Cavidad buco-naso-faríngea
- Dentadura
 - incisivos
 - caninos
 - premolares
 - molares
 - tercer molar (muela del juicio)



- Cardias
- Mama
- Esternón
- Tráquea-Esófago
- Cavidad buco-naso-faríngea
- Dentadura
 - incisivos
 - caninos
 - premolares
 - molares
 - tercer molar (muela del juicio)

- Dentadura
 - incisivos
 - caninos
 - premolares
 - molares
- Hipófisis
- Oído
- Ojo
- Amígdala
- Pulmón
- Tráquea
- Tiroides
- Hígado
- Bronquios
- Vesícula biliar
- Plexo solar
- Suprarenal
- Riñón
- Píloro
- Estómago
- Páncreas
- Colon ascendente
- Colon transverso
- Uréter
- Intestino delgado
- Apéndice
- Área del bajo vientre (se refleja mejor en las caras laterales, debajo de los tobillos)



- Bóveda craneal
- Dentadura
 - incisivos
 - caninos
 - premolares
 - molares
- Base craneal
- Amígdala
- Ojo
- Oído
- Tiroides
- Esófago
- Cardias
- Corazón
- Estómago
- Plexo solar
- Suprarenal
- Riñón
- Páncreas
- Bazo
- Colon transverso
- Colon descendente
- Uréter
- Intestino delgado
- Sigma
- Bajo vientre (Se refleja mejor en las caras laterales, debajo de los tobillos)

- Columna vertebral
- Cervical
 - Dorsal
 - Lumbar
 - Sacro-cóccix

FORMA Y DURACION DEL MASAJE

La normalización de los puntos o zonas "anormales" (dolorosas) encontrados en los pies se consigue realizando un masaje especial con la punta del dedo pulgar. El masaje de cada punto será de 1 minuto aproximadamente, repitiéndose de forma cíclica a lo largo de cada sesión, cuya duración no será menor de 15 a 20 minutos.

LOCALIZACION DE LOS PUNTOS

Las zonas reflejas de los órganos de nuestro cuerpo se hallan situadas en las partes blandas de los pies, concretamente en la planta (la mayoría), en algunos surcos longitudinales del dorso de la cara interna (bajo vientre), borde interno (columna vertebral) y cara y borde externo (poca importancia).

LAS MANIPULACIONES BASICAS EN RTP

- Manipulación exploradora
- Manipulación terapéutica, que pueden ser en forma de pequeños círculos o espirales, en forma de presiones rápidas o en forma de roce lento y profundo.
- Manipulaciones sintomáticas ante un dolor corporal muy agudo.

ZONAS QUE REQUIEREN UNA ATENCION ESPECIAL

- Dedos de los pies.
- Dorso de los pies.
- "Garganta" de los pies (surco transversal que va entre los dos tobillos).
- Depresión o hendidura existente por detrás del tobillo interno.

PERIODICIDAD DE LAS SESIONES

Se realizarán 3 veces por semana en los casos agudos y 2 veces por semana en los crónicos. Se irán practicando mientras el paciente vaya experimentando una progresiva mejoría. Cuando ésta se haya estacionado o se haya conseguido la curación total, cesará el tratamiento. No conviene que el número de sesiones sea menor de 6. Por regla general, el término medio suele oscilar entre 6 y 12.

RESUMEN

Este informe final reunió los elementos epistemológicos, metodológicos, técnicos y de observancia académica dentro de un contexto científico que abordó el tema del trastorno afectivo en una población de adultos mayores atendidos en un hogar de ancianos en Antigua Guatemala.

La definición del problema se delimitó teóricamente para facilitar la operativización de las variables que conformaron el mismo.

El método de abordamiento del problema consistió en la aplicación de las terapias grupales y alternativas, desde una óptica más psicológica y social sin desestimar los aspectos clínicos, los cuales se emplean con mayor énfasis por las instancias que atienden a esta población etarea.

El aporte y la cooperación de varias personas en la ejecutoria de las terapias de merito fueron vitales para la consecución de los resultados que fueron alentadores y efectivos, para la confirmación de la hipótesis afirmativa, que brindaron confiabilidad y validez a la propuesta del programa de intervención que se propone.

Es oportuno ratificar que el trabajo de campo se realizó de manera objetiva y real, de acuerdo a las faenas de fatiga y observación del método científico, por parte de la investigadora y los colaboradores en la ruta investigativa.

Asimismo los resultados obtenidos en la aplicación de las terapéuticas propuestas fue alentador, al haber ponderado datos que rindieron el fruto esperado que factibilizaron ponderar la efectividad de las terapéuticas empleadas y la satisfacción del diseño del programa propuesto.